

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

GABRIELLE FONTES MAU

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SEUS
EFEITOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM MINAS GERAIS**

**VIÇOSA – MINAS GERAIS
2020**

GABRIELLE FONTES MAU

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SEUS
EFEITOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira
Coorientador: Evandro Rodrigues de Faria

**VIÇOSA – MINAS GERAIS
2020**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

M447a
2020
Mau, Gabrielle Fontes, 1993-
Análise da implementação do Programa Mais Médicos e
seus efeitos na atenção básica de saúde em Minas Gerais /
Gabrielle Fontes Mau. – Viçosa, MG, 2020.
121 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Programa Mais Médicos - Avaliação - Minas Gerais.
2. Cuidados primários de saúde. 3. Política pública. 4. Política de
saúde. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em
Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 362.1098151


GABRIELLE FONTES MAU

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SEUS
EFEITOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM MINAS GERAIS**

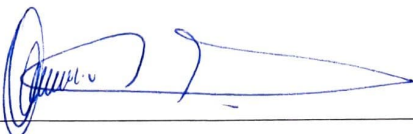
Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 09 de junho de 2020.

Assentimento:



Gabrielle Fontes Mau
Autora



Marco Aurélio Marques Ferreira
Orientador

Dedicado a Deus e aos que me apoiam incondicionalmente...
à família que Deus me deu e à que eu escolhi
Aos profissionais da saúde e àqueles que lutam por um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter propiciado que eu chegasse até aqui, pelas bênçãos e conquistas.

Aos meus pais pela educação, incentivo, apoio e ensinamentos de vida. Sou privilegiada por ter vocês!

À minha irmã, por me fazer companhia nas madrugadas de luzes acesas estudando.

Agradeço também ao meu orientador Marco Aurélio Marques Ferreira, por ter me acolhido, pela disponibilidade, apoio, paciência, ensinamentos e conselhos ao longo desses dois anos de trabalho. Foi uma honra!

Um muito obrigada ao meu coorientador Evandro Rodrigues de Faria, que se fez presente desde a idealização deste trabalho, sempre ajudando e trazendo soluções para o labirinto de perguntas durante esse tempo. Essa pesquisa não seria possível sem esse comitê de orientação.

Minha gratidão aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFV, que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho e aos funcionários do Departamento de Administração e Contabilidade, pelo suporte durante todo o mestrado.

A todos os meus colegas de pós-graduação, pela parceria, principalmente nos momentos de dificuldades.

Às minhas companheiras de estágio de ensino, Lívia e Luana, pelas conversas e ideias trocadas durante os semestres.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Administração, Governo e Sociedade (N+APGS), por todo apoio e troca de conhecimentos durante as reuniões. Em especial ao Alex, Wesley, Wanderson, Débora e Juliana, pelas conversas, força, ajuda e inspiração durante esses anos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa.

Às Secretarias de Saúde dos municípios de Amparo do Serra, Catas Altas da Noruega, Rio Espera e Vieiras, que me acolheram com muita gentileza desde o primeiro contato e aos entrevistados que se disponibilizaram a participar da pesquisa, cedendo parte do seu tempo para contribuir com seus conhecimentos e experiências.

Por fim, a todos os meus amigos e familiares que estiveram presentes durante este ciclo, deixo registrada a minha gratidão! “Juntos somos mais fortes”, usem máscara para sair.

“O que sabemos é uma gota, o que não sabemos é um oceano”

(Isaac Newton)

RESUMO

MAU, Gabrielle Fontes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2020. **Análise da implementação do programa mais médicos e seus efeitos na atenção básica de saúde em Minas Gerais.** Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira. Coorientador: Evandro Rodrigues de Faria.

Como primeiro nível de atenção e acesso à saúde pública, tem-se a atenção básica de saúde, que é considerada a porta de entrada a tais serviços. Considerando-se que nessa modalidade grande parte dos problemas são resolvidos ou evitados, foram criados arranjos institucionais, que culminaram com a elaboração e implementação de programas de fortalecimento desse nível, visando sua efetividade. Dentre esses programas destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, com o objetivo de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais (eixo de provimento emergencial), prevendo ainda, investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (eixo de infraestrutura), além de qualificar a formação desses profissionais (eixo de educação). Com o intuito de trazer conhecimentos sobre a trajetória do PMM, em termos de continuidades e avanços, e a visualização teórica da forma pela qual encontra-se estruturado, este trabalho contribui para promover melhorias à realidade onde foi analisada sua implementação, de acordo com seu arranjo institucional. Assim, este trabalho teve como objetivo geral analisar a implementação do eixo de provimento emergencial do PMM no estado de Minas Gerais e seus efeitos na Atenção Básica de saúde, buscando compreender o papel dos arranjos institucionais neste processo. Especificamente, pretendeu-se: descrever a teoria do Programa Mais Médicos e analisar a implementação do seu eixo de provimento emergencial no nível local, a partir da perspectiva de arranjos institucionais; Analisar os efeitos do eixo de provimento do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de Saúde nos municípios de Minas Gerais; e analisar os efeitos do Programa Mais Médicos na atenção básica de saúde a partir da ótica dos atores envolvidos na implementação do programa no nível local. Para responder aos objetivos propostos por este trabalho, foi utilizada uma abordagem mista, com técnicas qualitativas (entrevistas semiestruturadas, análise documental e análise de conteúdo) e quantitativas (*Propensity Score Matching*, com recorte temporal entre 2012 e 2018). A importância deste trabalho se deve à possibilidade de contrastar os resultados estatísticos com os achados da pesquisa de campo, que demonstram que os benefícios do PMM vão além dos números, partindo para o subjetivo, fortalecendo a Atenção Básica através do vínculo e das inovações criadas em cada localidade que recebe o Programa. Contrastando os resultados estatísticos com

a pesquisa de campo, foi possível perceber que o PMM consegue cumprir com seu objetivo de fortalecer a Atenção Básica de Saúde, propiciando um maior acesso ao sistema de saúde, ao passo em que trabalha para satisfazer as necessidades em saúde da população. O Programa também se mostrou promissor em relação à resolutividade, longitudinalidade e à integralidade da atenção básica de saúde. Em relação ao arranjo institucional do PMM, identificou-se que este foi estruturado de forma pertinente ao retratado na teoria do programa, com promissoras integração horizontal e territorialidade. Por fim, como pontos de atenção, têm-se as trocas de gestão e as recentes mudanças ocorridas no desenho do Programa, que trazem incertezas em relação à continuidade do mesmo nos próximos anos.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção Básica de Saúde. Implementação. Arranjos Institucionais. Avaliação de Políticas Públicas.

ABSTRACT

MAU, Gabrielle Fontes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2020. **Analysis of the implementation of the more doctors (Mais Médicos) program and its effects on primary health care in Minas Gerais.** Adviser: Marco Aurélio Marques Ferreira. Co-adviser: Evandro Rodrigues de Faria.

As the first level of care and access to public health there is the primary health care, which is considered the gateway to such services. Considering that in this modality a large part of the problems is solved or avoided, institutional arrangements were created, which culminated in the elaboration and implementation of programs to strengthen this level, aiming at its effectiveness. Among these programs, the Mais Médicos Program, created in 2013, stands out, with the objective of taking more doctors to regions where there is a shortage or absence of these professionals (emergency supply axis), also foreseeing investments for construction, renovation and expansion of Basic Health Units (infrastructure axis), in addition to qualifying the training of these professionals (education axis). In order to bring knowledge about the Mais Médicos trajectory, in terms of continuities and advances, and the theoretical visualization of the way in which it is structured, this work contributes to promote improvements to the reality where its implementation was analyzed, according to its institutional arrangement. Hence, this work aimed to analyze the implementation of the Mais Médicos emergency supply axis in the state of Minas Gerais and its effects on Primary Health Care, seeking to understand the role of institutional arrangements in this process. Specifically, the intention was to: describe the theory of the Mais Médicos Program and analyze the implementation of its emergency supply axis at the local level, from the perspective of institutional arrangements; Analyze the effects of the supply line of the Mais Médicos Program on Primary Health Care in the municipalities of Minas Gerais; and to analyze the effects of the Mais Médicos Program on primary health care from the perspective of the actors involved in the implementation of the program at the local level. To respond to the objectives proposed by this work, a mixed approach was used, with qualitative techniques (semi-structured interviews, document analysis and content analysis) and quantitative (Propensity Score Matching, with time frame between 2012 and 2018). The importance of this work is due to the possibility of contrasting the statistical results with the findings of the field research, which demonstrate that the benefits of the PMM go beyond the numbers, moving to the subjective, strengthening Primary Care through the bond and the innovations created in each location that receives the Program. Contrasting the statistical results with the field research, it was possible to realize that the PMM is able to fulfill its objective of

strengthening Primary Health Care, providing greater access to the health system, while working to meet the health needs of the population. The Program also proved to be promising in terms of resolvability, longitudinality and the comprehensiveness of primary health care. In relation to the Mais Médicos institutional arrangement, it was identified that it was structured in a pertinent manner to that portrayed in the program's theory, with promising horizontal integration and territoriality. Finally, as points of attention, there are the changes that have occurred in the management and, recently, in the design of the Program, which bring uncertainties regarding its continuity in the coming years.

Keywords: Mais Médicos Program. Primary Health Care. Implementation. Institutional Arrangements. Public Policy Evaluation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos analisados referentes ao Programa Mais Médicos.	33
Quadro 2- Municípios selecionados para entrevista e seus dados nos anos anteriores e iniciais do PMM.	34
Quadro 3 - Categorias de análise de arranjos institucionais de implementação.	35
Quadro 4- Variáveis utilizadas no modelo.	69
Quadro 5- Municípios selecionados para entrevista e seus dados nos anos anteriores e iniciais do PMM.	96
Quadro 6- Categorias de análise do efeito do PMM na Atenção Básica de Saúde dos municípios.	97
Quadro 7- Relatos sobre acesso na atenção básica.	100
Quadro 8- Relatos referentes à longitudinalidade.	102
Quadro 9- Relatos pertinentes à integralidade.	104
Quadro 10 - Relatos referentes à inovação e aprendizagem na AB.	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Elementos usados para elaboração de modelo lógico de programas.	31
Figura 2- Programa Mais Médicos e seus eixos de ação.	37
Figura 3- Componentes do arranjo institucional do PMM.	40
Figura 4- Referências Básicas do Programa Mais Médicos.	41
Figura 5- Modelo Lógico proposto para o PMM, considerando o contexto geral.	42
Figura 6 - Programa Mais Médicos, em seus anos iniciais, nos municípios de Minas Gerais.	72
Figura 7- Nuvem de palavras	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis de resultado utilizadas no modelo PSM.	72
Tabela 2 - Modelo Probit.....	74
Tabela 3- Cálculo do efeito de tratamento do PMM na AB em 2015.	75
Tabela 4- Cálculo do efeito de tratamento do PMM na AB com dados recentes.....	76
Tabela 5 - Estatística descritiva das variáveis de controle utilizadas para o escore de propensão	117
Tabela 6 - Estatística descritiva das variáveis utilizadas para o PSM.	117

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ALMG	Assembleia Legislativa de Minas Gerais
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ESF	Equipes de Saúde da Família
eSF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
IVCS	Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos Brasil
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	15
PROGRAMA MAIS MÉDICOS: DA TEORIA À IMPLEMENTAÇÃO	23
1. Introdução.....	23
2. Revisão da Literatura.....	25
3. Procedimentos metodológicos.....	32
4. Resultados e Discussão.....	35
5. Considerações finais	50
AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	56
1. Introdução.....	56
2. Revisão Bibliográfica	59
3. Procedimentos Metodológicos	65
4. Resultados e Discussão.....	71
5. Considerações Finais	79
EFEITOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE A PARTIR DA ÓTICA DOS ATORES MUNICIPAIS.....	85
1. Introdução.....	85
2. Revisão Bibliográfica	87
3. Procedimentos metodológicos.....	95
4. Resultados e Discussão.....	97
5. Considerações finais	107
5. CONCLUSÃO GERAL	114
APÊNDICES	117
APÊNDICE A – ESTATÍSTICA ARTIGO 2	117
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	120

1. INTRODUÇÃO GERAL

A saúde pública no Brasil vem passando por uma série de mudanças nos últimos anos, propiciando sua evolução para um sistema que visa a garantia da saúde coletiva e sua efetividade nas diversas regiões do país.

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF/88), foi promovida a descentralização política, com transferência de receitas, autoridade administrativa, fiscal e política aos governos subnacionais, além de maior disponibilidade de recursos financeiros, propiciada pelo incremento em receitas próprias e de transferências intergovernamentais (MARENCO; STROHSCHOEN; JONER, 2017). Com essa mudança constitucional, o poder local passou a assumir novas responsabilidades na busca para equacionar os desafios impostos pelas necessidades de desenvolvimento social, político e econômico (ROCHA, 2004).

Além disso, a CF/1988 proporcionou mudanças no setor da saúde, assegurando o direito à saúde como sendo fundamental e social do ser humano, resguardado através do artigo 6º da Carta Magna e reforçado em seu artigo 196, ao tratar tal assunto como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Tal preceito é complementado pela lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), em seu artigo 2º, que identifica a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990). Assim, a saúde, que anteriormente era dever apenas da União e relativo ao trabalhador segurado, passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, o que fez com que seu conceito fosse ampliado (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Foi especificado que 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, os municípios passaram a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde local, devendo cumprir as metas dos programas nacionais, utilizando os recursos destinados pelo Governo Federal, contornando os desafios do setor.

Alguns desses desafios se concentram em gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente (como a área da saúde), prover recursos humanos para as diferentes localidades, levando em consideração suas capacidades estatais, de acordo com suas especificidades e restrições orçamentárias, de forma em que o sistema opere com ótima transformação de insumos (tecnológicos, humanos e de capital) em produtos e serviços, atendendo as necessidades da população e reduzindo a desigualdade de acesso (FERRAZ; KRAICZYK, 2010; FONSECA; FERREIRA, 2009). Dessa forma, ao longo dos anos, foram

então desenvolvidas formas alternativas, referentes ao atendimento da saúde, que têm entre seus objetivos primordiais, a melhoria e o aumento da eficiência e da eficácia nos serviços prestados à população (FONSECA; FERREIRA, 2009).

Assim, no que remete à 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).

Nesse sentido, tem-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como expressão constitucional da saúde, enquanto um direito de todos e dever do Estado, ressaltando princípios básicos responsáveis por torná-lo um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo (PAIM, 2008). A partir da década de 1990, após a criação do SUS, foram realizados diversos investimentos visando a ampliação do acesso à saúde, incluindo mudanças significativas no cenário da Atenção Básica (AB), 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).

A Atenção Básica de Saúde 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 (BRASIL, 2017). Considerando-se que nessa modalidade grande partes dos problemas são resolvidos ou evitados (SAÚDE, 2007), foram sendo criadas estruturas, conhecidas como arranjos institucionais, responsáveis por especificar quais são os agentes habilitados a realizar uma determinada ação, o objeto de uma transação e as formas de interações entre os agentes, no desenvolvimento dessa ação (FIANI, 2013). Esses arranjos institucionais culminaram com a elaboração e implementação de programas de fortalecimento da Atenção Básica de Saúde, visando sua efetividade.

Dentre esses programas, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), criado e instituído em 2013, através da Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, atuando em três frentes, com o desenvolvimento de seus três eixos ocorrendo de maneira simultânea, e que tem como objetivo levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais (eixo de provimento emergencial), prevendo, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (eixo de infraestrutura), além de qualificar a formação desses profissionais (eixo da educação) (BRASIL, 2019). O Programa é

parte do esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS.

O PMM foi lançado em um contexto de significativa escassez médica com tendência a piorar ao longo dos anos, visto que a crescente demanda nos serviços públicos não é proporcionalmente acompanhada pela quantidade anual de médicos formados (RIBAS, 2016). Os médicos se encontravam concentrados nas regiões metropolitanas, de maior renda e infraestrutura melhor e, mesmo nas grandes cidades, havia a ausência destes profissionais nas áreas de maior vulnerabilidade. No ano de 2011, o Brasil possuía o quantitativo de 1,8 médico por mil habitantes e mais de 1.900 municípios possuíam menos de 1 médico para cada 3.000 habitantes na atenção básica (BRASIL, 2017).

Ainda no contexto de criação do PMM, os municípios àquela época possuíam orçamentos sobrecarregados e gastos crescentes com a força de trabalho da saúde (sobretudo com médicos), seguidos do reconhecimento da necessidade de investimentos federais na Atenção Primária em Saúde e aumento do orçamento na área, culminando na mobilização de prefeitos e da população, exigindo ações do governo federal para combater a carência de médicos no país (RIBAS, 2016).

Em virtude da discricionariedade do PMM, constatada em sua normativa, que define os tipos de localidades prioritárias e permite aos municípios se candidatarem para receber os médicos do Programa, e o fato de que há uma parcela de municípios que não são contemplados com o mesmo, entende-se que estes possuem diferentes capacidades e percepções de distintos atores e arranjos acerca da adoção de tal política, fazendo com que nem todos os municípios participem deste programa.

Tal fato é relacionado ao conceito de capacidade estatal que, segundo Stein (2015), foi desenvolvido para explicar por que alguns Estados possuem maior eficácia e eficiência em prover bens públicos, impulsionar e direcionar o desenvolvimento socioeconômico ou alcançar determinados objetivos em políticas específicas e como essas capacidades tendem a ser influenciadas pelos arranjos institucionais e a interação e articulação entre os atores envolvidos no processo.

Diante de tal situação, há a possibilidade de municípios com características semelhantes possuírem níveis de capacidade estatal distintos, bem como a possibilidade de que os níveis de capacidade influenciem na decisão dos atores políticos quanto a adoção e implementação ou não de determinadas políticas. Considerando que o estado de Minas Gerais possui um quadro com municípios contemplados e não-contemplados pelo programa, e localidades com

capacidades específicas, percebe-se a necessidade de estudar a implementação e efeitos do PMM nesse estado em maior profundidade.

Assim, estudou-se o Programa Mais Médicos no estado de Minas Gerais, dado que o estado é o terceiro, apenas atrás de São Paulo (14,95%) e Bahia (9,26%) em proporção de médicos do PMMB no ano de 2017, conforme dados obtidos pela Lei de Acesso à Informação. Naquele ano, o estado possuía 1.359 profissionais ou 8,01% dos 16.958 médicos em atividade no país, de modo que esses profissionais estavam em 86% dos municípios mineiros (MACEDO, 2019).

No tocante ao PMM, alguns autores se propuseram a tratá-lo como tema de suas pesquisas, como é o caso de Collar *et al.*, (2015); Alencar *et al.* (2016); Girardi *et al.*, (2016); Oliveira *et al.*, (2016); Ribas (2016); Pinto *et al.*, (2017); Mazetto (2018); Santos (2018) que avaliaram o impacto do PMM em diversas regiões do Brasil demonstrando que o PMM se mostra eficiente em relação a alguns indicadores da Atenção Básica de Saúde.

Outros trabalhos buscaram estudar sobre a implementação do Programa Mais Médicos (Pereira, 2017; Comes *et al.*, 2016; Kemper *et al.*, 2016; Pinto, 2020; Ferla *et al.*, 2017; Jesus, de *et al.*, 2017; Darias *et al.*, 2018; Vargas *et al.*, 2016; Mota; Barros, 2016), outro estudo trouxe como é o arranjo institucional do Programa Mais Médicos (LOTTA *et al.*, 2016) e outros autores construíram um modelo lógico do PMM no contexto do Distrito Federal (MOREIRA *et al.*, 2017) e outros realizaram uma análise lógica do PMM no contexto geral (MACEDO *et al.*, 2019) Porém, ainda não foram encontrados trabalhos que retratem de forma aprofundada como o PMM se estrutura nos municípios de Minas Gerais e como foi configurado o arranjo institucional, para sua implementação nos municípios do estado.

A partir do exposto, o presente trabalho pretende aprofundar as pesquisas sobre a implementação do PMM, levando em consideração o contexto de Minas Gerais e trazer contribuições para os estudos na área de Administração Pública, levantando a seguinte questão: De que forma o Programa Mais Médicos foi implementado nos municípios de Minas Gerais e quais os efeitos de sua implementação na atenção básica de saúde no estado? Objetivamente, esse trabalho pretende analisar a implementação do PMM no estado de Minas Gerais e os efeitos do seu eixo de provimento emergencial na Atenção Básica de saúde, buscando compreender o papel dos arranjos institucionais neste processo. Especificamente, pretende-se:

- Descrever a teoria do Programa Mais Médicos e analisar a implementação do seu eixo de provimento emergencial no nível local, a partir da perspectiva de arranjos institucionais;
- Analisar os efeitos do eixo de provimento do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de Saúde nos municípios de Minas Gerais;

- Analisar os efeitos do Programa Mais Médicos na atenção básica de saúde a partir da ótica dos atores envolvidos na implementação do programa no nível local.

Ao estudar a implementação do programa no nível local, entendendo como os atores se organizaram para participar, os arranjos que foram constituídos, os fatores motivadores e limitantes para participar ou não da intervenção, lançando o olhar para as capacidades dos municípios, com seus recursos, estruturas e pessoas, é possível vislumbrar a potencialidade da política pública, além de apontar melhorias necessárias. Logo, este trabalho visa contribuir com os estudos referentes à implementação de políticas públicas, auxiliando ainda na detecção de pontos de aprendizagem e evolução da gestão do PMM no nível municipal.

Este trabalho está estruturado em formato de artigos, de modo que cada um dos tópicos das seguintes seções corresponda a um artigo, cada um buscando responder a um dos objetivos específicos desta introdução, totalizando três artigos, que serão utilizados como resposta ao propósito central desta dissertação.

Referências

- ALENCAR, A. P. A. *et al.* Impacto Do Programa Mais Médicos Na Atenção Básica De Um Município Do Sertão Central Nordestino. **Gestão e Sociedade**, [S. l.], v. 10, n. 26, p. 1290, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2085>
- BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Presidência da República. Brasília. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências., 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>.
- BRASIL. **Cartilha Programa Mais Médicos**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 38. 2017.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília. 2017.
- BRASIL. **Programa Mais Médicos**, 2019. Disponível em: <maismedicos.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2019.
- COLLAR, J. M.; NETO, J. B. de A.; FERLA, A. A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde : contribuições iniciais e análise comparativa FORMULATION AND IMPACT OF MAIS MÉDICOS BRAZILIAN PROGRAM IN ATTENTION AND HEALTH CARE : INITIAL CONTRIBUTIONS AND. **Saúde em Redes**. 2015, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 43–56, 2015.
- COMES, Y. *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>
- DARIAS, M. *et al.* Programa Más Médicos en el Estado de Pernambuco, a 4 años de implementación. Logros y desafíos. [S. l.], 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**, [S. l.], v. 21, n. c, p. 1241–1255, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0555>
- FERLA, A. A. *et al.* Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: O caso do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, p. 1129–1141, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0337>
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. [S. l.], v. 9, n. 1, p. 70–82, 2010.
- FIANI, R. Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. **Texto para discussão**, [S. l.], v. 1815, p. 1689–1699, 2013.
- FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigation of efficiency levels in the use of resources in the health sector: An analysis of the micro-regions of minas gerais. **Saude e Sociedade**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 199–213, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200004>
- GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p.

2675–2684, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C. Políticas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 13–19, 2006.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2785–2796, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M.; FAVARETO, A. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: Intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2761–2772, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16042016>

LUCCHESI, P. T. R. (org) *et al.* Políticas públicas em Saúde Pública. [S. l.], p. 90, 2004.

MACEDO, A. dos S. *et al.* Programa Mais Médicos : análise lógica à luz da modelagem de políticas públicas. **Meta: Avaliação**, [S. l.], v. 11, n. 32, p. 406–437, 2019.

MACEDO, A. dos S. **Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no Programa Mais Médicos**. 2019. - Universidade Federal de Viçosa, [s. l.], 2019.

MARENCO, A.; STROHSCHOEN, M. T. B.; JONER, W. Capacidade estatal, burocracia e tributação nos municípios brasileiros. **Revista de Sociologia e Política**, [S. l.], v. 25, n. 64, p. 3–21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987317256401>

MAZETTO, D. Assessing the impact of the mais médicos program on basic health care indicators. **Mestrado**, [S. l.], v. 2, p. 203, 2018.

MOREIRA, A. de C. G. *et al.* Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico. **Comun. ciênc. saúde**, [S. l.], v. 28, n. 3–4, p. 291–302, 2017.

MOTA, R. G. da; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2879–2888, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>

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**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2719–2727, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. [S.l.]: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, E. de C. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI. **Dissertação. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente.**, [S. l.], p. 98, 2017.

PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: Avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, n. c, p. 1087–1101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>

PINTO, H. A. Reflexões Sobre As Contribuições Do Programa Mais Médicos Para a Implementação E Coordenação De Políticas Públicas. In: MELLO, J. *et al.* (org.). **Implementação De Políticas E Atuação De Gestores Públicos**. Brasília: IPEA, 2018. *E-book*.

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)**, [S. l.], p. 1–119, 2016.

ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE.BR**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 12, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512004000100006>

SANTOS, F. J. S. dos. **O Programa Mais Médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil**. 2018. - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [s. l.], 2018.

SAÚDE, M. D. **Entendendo o SUS**. Ministério da Saúde. Brasília. 2007.

STEIN, G. de Q. Capacidades Estatais e Políticas Públicas: Análise das Políticas Industriais Brasileiras no Século XXI. **Anais 1 Seminário Internacional de Ciência Política**, [S. l.], p. 79–104, 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**, [S. l.], v. 10, n. 26, p. 1313, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2088>

ARTIGO 1

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: DA TEORIA À IMPLEMENTAÇÃO

Resumo

Dentre as ações adotadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, 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. Analisando o contexto do Programa Mais Médicos e sua implantação, surge a seguinte questão: O eixo de provimento do Programa Mais Médicos está sendo implementado de acordo com sua teoria? Assim, esse estudo teve como objetivo central, entender como é o Programa Mais Médicos na teoria e analisar a sua implementação no nível local, a partir da perspectiva de arranjos institucionais. Para isso, foi realizada uma análise documental para o resgate da teoria do PMM, em conjunto com entrevistas semiestruturadas com os atores responsáveis pela implementação do Programa no nível local. A partir das análises realizadas em relação ao eixo de provimento emergencial, percebeu-se que o PMM, por ser uma política de nível central, é implementado de acordo com sua teoria, dado que os municípios não possuem autonomia para modificar o processo de implementação, somente podendo organizar sua relação com o médico durante o processo. Além disso, foi identificado que a comunicação é um desafio a ser trabalhado em relação à implementação do PMM.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Arranjos Institucionais; Teoria do Programa

1. Introdução

A saúde pública e seus níveis de atenção vem sendo amplamente discutidos no contexto atual, principalmente pós promulgação da Constituição Federal de 1988, no qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever dos entes federados, onde fazem-se presentes diversos campos para sua atuação e políticas destinadas a sua consecução e efetividade.

A Saúde Pública é definida por Winslow (1920) como um conjunto de medidas para prevenir doenças, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental. Para isso, é necessário o esforço organizado da comunidade, para o diagnóstico precoce, pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social, que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (WINSLOW, 1920). Para garantir o direito à saúde, visando sua efetividade, são elaboradas políticas públicas para esse setor.

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).

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) sendo que, nos anos seguintes à sua criação, foram realizadas 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 a 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, 2017a).

Considerando-se que nessa modalidade grande parte dos problemas são resolvidos ou evitados (SAÚDE, 2007), foram constituídos arranjos institucionais, que, por sua vez, buscam dar conta das regras que mediam as relações e as transações entre os agentes participantes de uma política pública, de modo a coordená-los, determinando quem participa e quem é excluído dos processos, formular objetivos e linhas de ação e, concretamente, executar as diretrizes estabelecidas (STEIN, 2015).

Esses arranjos culminaram com a elaboração e implementação de programas de fortalecimento da Atenção Básica de Saúde, visando sua efetividade e universalização do acesso. Ao analisar como se constituem os arranjos de implementação de políticas públicas e seus efeitos sobre os resultados observados, é possível ampliar a compreensão sobre a ação do Estado no cenário atual, extraindo-se subsídios para a inovação institucional da gestão das políticas públicas no atual contexto democrático brasileiro (FIANI, 2013).

Dentre as ações adotadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), que possui três eixos de atuação (provimento emergencial, formação médica e infraestrutura) e consiste em uma iniciativa intersetorial, contemplando uma série de medidas para fortalecer e consolidar a Atenção Básica. O PMM 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).

O PMM, apesar de manter um contexto de implementação pautado pela realidade econômica, política e social do Brasil, 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).

Alguns trabalhos se propuseram a estudar sobre a implementação do Programa Mais Médicos (Pereira, 2017; Comes *et al.*, 2016; Kemper *et al.*, 2016; Pinto, 2020; Ferla *et al.*, 2017; Jesus, de *et al.*, 2017; Darias *et al.*, 2018; Vargas *et al.*, 2016; Mota; Barros, 2016), uma outra pesquisa analisou o arranjo institucional do Programa Mais Médicos no contexto geral (LOTTA *et al.*, 2016), outros autores construíram um modelo lógico do PMM no contexto do Distrito Federal (MOREIRA *et al.*, 2017) e outros realizaram uma análise lógica do PMM no contexto geral (MACEDO *et al.*, 2019), porém ainda não foram encontrados trabalhos que resgataram a teoria do PMM, a fim de utilizá-la para a avaliação ou análise de acordo com a perspectiva dos arranjos institucionais em nível local. Nesse trabalho, foi usado como local de análise, o contexto de Minas Gerais, posto que este está entre os quatro estados pioneiros na adoção do apoio institucional do Programa (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Dessa forma, ao considerar o contexto do Programa Mais Médicos e sua implantação nos municípios, surge a seguinte questão: O eixo de provimento emergencial de médicos do Programa Mais Médicos está sendo implementado de acordo com sua teoria? Assim, considerando a existência de poucos trabalhos sobre o tema, esse estudo tem como objetivo central, entender como é o Programa Mais Médicos de forma geral na teoria e analisar a implementação do seu eixo de provimento no contexto municipal, a partir da perspectiva de arranjos institucionais.

Esse olhar para a implantação e gestão do Programa Mais Médicos nos municípios, visa trazer contribuições para a Administração Pública, no sentido de promover o entendimento da dinâmica de implementação da política pública no nível municipal, possibilitando ainda, melhorias nesse processo, de acordo com as características dos arranjos institucionais.

2. Revisão da Literatura

Arranjos institucionais de políticas públicas no contexto da saúde

Na concepção de necessidades em saúde, estas são consideradas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização e legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação (EGRY *et al.*, 2009). Tendo em vista que as necessidades em saúde são dinâmicas, social e historicamente construídas, faz-se necessário que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e sensíveis a essas necessidades (FAUSTO; MATTA, 2007).

Para suprir algumas dessas necessidades em saúde, o Governo Federal faz uso de políticas públicas. Rua (1997) descreve as políticas públicas como *outputs* da atividade política, compreendendo o conjunto das ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Tal atividade política inscreve-se em uma estrutura de poder que informa possibilidades e formas de interação entre os atores em um determinado ambiente. Isso gera redes de interações, comunidades e instituições, que são incorporadas ou que apenas servem de marco para o processo de elaboração, formação e implementação das políticas públicas. Diante desta perspectiva, uma política pública envolve, cria, mantém e muda instituições (ROCHA, 2004).

Rocha (2004) defende que uma política pública envolve conjuntos de regras e procedimentos, da mesma forma em que possui objetivos a serem alcançados e que os busca através da definição de metodologias que instruem processos e definem maneiras de se desempenhar certas ações. Além disso, políticas públicas envolvem organizações, desde as ligadas à sua formulação até aquelas relacionadas a sua operacionalização. Sendo assim, tanto os frutos de arenas institucionais quanto as partes que as constituem, representam elementos constritores destes ambientes organizacionais (ROCHA, 2004).

A partir do processo de elaboração de políticas públicas, é introduzido o conceito de arranjos institucionais, que podem ser definidos como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma pela qual se articulam atores e interesses na implementação de uma política pública específica (PIRES; GOMIDE, 2015).

A definição de arranjo institucional foi estabelecida de forma pioneira por Davis e North (1971). De acordo com os autores, um arranjo institucional é o conjunto de regras que governa a forma pela qual agentes econômicos podem cooperar e/ou competir. Dessa maneira, arranjos institucionais são regras que definem a forma particular como se coordena um conjunto específico de atividades econômicas em uma sociedade (FIANI, 2013). Esses arranjos buscam

promover o envolvimento entre os diversos atores (governo, sociedade e mercado) para alcançar a efetividade das políticas públicas (LOTTA; VAZ, 2015).

No Brasil, a noção de arranjos institucionais começou a ser mobilizada como estratégia analítica para lidar com a complexificação dos processos de produção de políticas públicas posteriormente à Constituição de 1988 (PIRES; GOMIDE, 2016). Logo, entende-se que tais arranjos apresentam grande importância para a formulação de políticas públicas (FIANI, 2013) e, quando bem organizados, têm o potencial de dotar o Estado das capacidades necessárias para a execução bem-sucedida de tais políticas (GOMIDE; PIRES, 2014). Ao analisar como se constituem os arranjos de implementação de políticas públicas e seus efeitos sobre os resultados observados, é possível ampliar a compreensão sobre a ação do Estado no cenário atual, propiciando a inovação institucional da gestão das políticas públicas no atual contexto brasileiro (FIANI, 2013).

É na fase de implementação de políticas públicas que as ações formuladas são colocadas em prática. Nesse sentido, tem-se como objetivo identificar quem são os atores responsáveis ou envolvidos na implementação, quais são os papéis, como esse processo ocorre, as formas de contratualização e suas diferenças com relação ao que foi formulado (LOTTA; VAZ, 2015). Um arranjo institucional de implementação é definido por Pires e Gomide (2015) como o conjunto de regras, mecanismos e processos que define a forma como se coordenam os atores e interesses na implementação de uma política pública específica. Por processo de implementação compreende-se todo o conjunto de decisões e ações desempenhadas entre o lançamento de uma política governamental e a percepção dos seus resultados (PIRES; GOMIDE, 2015).

Desse modo, um arranjo institucional de implementação:

define quem são os atores envolvidos, quais são os seus papéis e de que forma interagem na produção de uma ação, plano ou programa governamental. Constituindo assim, a arena onde as decisões e ações das burocracias governamentais se cruzam com as decisões e ações de atores políticos e sociais, repercutindo em impasses e obstáculos ou aprendizados e inovações nas políticas públicas. Esses arranjos de implementação podem assumir contornos variados – em função da mobilização de diferentes recursos organizacionais, financeiros, tecnológicos e humanos, condicionados por trajetórias passadas – e dotar o Estado de maiores ou menores capacidades de execução (PIRES; GOMIDE, 2015, p. 204).

No que tange aos novos arranjos institucionais, analisar a implementação significa distinguir quem são os responsáveis pela execução e como eles foram envolvidos no planejamento, a lógica de repasse dos recursos, incentivos e induções, o papel dos diversos entes federativos e suas relações, entre outros. Dessa forma, os processos de implementação

são permeados pela lógica de que os municípios são responsáveis pela execução do que foi definido (ou negociado) em nível federal (LOTTA; VAZ, 2015).

Ao considerar um setor específico como a saúde, tem-se como exemplo de arranjo institucional de política pública o Sistema Único de Saúde (SUS), que abrange todas as ações do Ministério da Saúde e das secretarias municipais e estaduais (LOTTA; VAZ, 2015). Historicamente, o processo de construção do SUS se deu em cenários políticos de avanços e retrocessos, que se refletem nas lacunas de sua regulamentação e tentativas de arranjos normativos e de pactos interfederativos, culminando com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, por meio do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012). Nesse cenário, houveram avanços como o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

No tocante ao Programa Mais Médicos, seu arranjo institucional corresponde à articulação dos atores responsáveis por sua coordenação e gestão em seus três eixos de ação – Provimento Emergencial, Formação Médica e Infraestrutura. Para a implementação desses três eixos, a formulação do PMM foi resultado de uma ação incremental e rearticulação, envolvendo os três níveis de governo, sob uma nova proposta de coordenação, com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação e a participação dos Ministério da Defesa, Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

No contexto atual de políticas públicas no Brasil, a institucionalização e implementação dessas políticas representam a incorporação de novidades ao conjunto de processos e procedimentos que dão forma à administração pública tradicional, dado que, quando considerados em conjunto, os programas e projetos apontam para a ampliação da cidadania, aliada à busca por maior responsabilização na utilização dos recursos públicos (ROCHA, 2004).

Em geral, as inovações em políticas públicas têm sido caracterizadas pelo surgimento de novas áreas de atuação, novas formas de concepção das políticas e novas formas de gestão e processos (FARAH, 2000). O caráter de novidade gera a necessidade de avaliação e construção de uma base informacional sobre a integração da política no ambiente institucional em que se insere. Considerando-se que uma política pública envolve e se constitui a partir da articulação de um aglomerado de instituições, é possível constatar que as suas etapas de implementação e manutenção possuem a capacidade de influenciar os resultados políticos, uma vez que incorporam elementos capazes de moldar a identidade, o poder e a estratégia dos atores (ROCHA, 2004).

O resgate da Teoria do Programa para análise da sua implementação

Implementar consiste em aplicar um programa de ação a um problema. É nessa fase que o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos. Deveras, em função dos atores envolvidos (os agentes que implementam a política e o público-alvo do programa), dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos (existência de um órgão específico ou não, mecanismos de supervisão, especialização das organizações, etc.), a distância entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas pode ser mais ou menos importante (FLEXOR; LEITE, 2006).

O interesse da análise de políticas nesta fase refere-se, particularmente, ao fato de que nem sempre os resultados e impactos reais de certas políticas, correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação. No que diz respeito à análise dos processos de implementação, pode-se distinguir entre abordagens dirigidas a programas ou a estruturas e atores. No primeiro caso tem-se em vista, antes de mais nada, o conteúdo dos programas. Comparando os fins estipulados na formulação dos programas com os resultados alcançados, examina-se até que ponto foi cumprida a encomenda de ação e quais as causas das eventuais falhas de implementação (FREY, 1999).

No segundo caso, que será o utilizado neste trabalho, o que está em primeiro plano é o processo de implementação, isto é, a descrição do como e da explicação do porquê. De maneira indutiva e empírica descreve-se o que acontece, quais atores atuam com quais motivos e com quais resultados (FREY, 1999).

Para analisar a implementação de um programa, é necessário compreender a sua estrutura antes. Assim, faz-se necessário estudar a sua teoria. A teoria do programa se concentra nos mecanismos que intervêm entre a prestação das atividades do programa e o alcance dos seus resultados. Ou seja, a teoria do programa ocupa-se dos mecanismos que intermediam os processos e os resultados (WEISS, 1997; SERAPIONI, 2016).

A teoria do programa envolve a conceituação de como um programa específico se destina a funcionar e inclui a identificação de uma cadeia de atividades, esperando que produzam os impactos pretendidos, declarados nos objetivos do programa. Essa inclusão de detalhes é o que distingue a teoria do programa e os modelos resultantes, com base na teoria da ampla visão geral teórica. Portanto, embora essa abordagem comece com a teoria, ela se move rapidamente para a implementação prática. A teoria do impacto do programa, em termos simples, é a projeção teórica do que um programa alcançará - ou seja, seu efeito e impacto desejados (MACNAMARA; LIKELY, 2017).

Ao tratar sobre teoria de programas, Weiss (1997) ressalta que existem tipos de análises que incorporam dois elementos diferentes da teoria, chamados pela autora de teoria da implementação e teoria programática. A teoria da implementação, foco deste trabalho, se concentra em como o programa é realizado. O pressuposto teórico testado é que, se o programa for conduzido conforme o planejado, com qualidade, intensidade e fidelidade suficientes, os resultados desejados serão alcançados.

A avaliação baseada em teoria está demonstrando sua capacidade de ajudar os leitores a entender como e por que um programa funciona ou deixa de funcionar. Conhecer apenas os resultados não diz o suficiente para informar a melhoria do programa ou a revisão de políticas. A avaliação precisa entrar na caixa preta e fazê-lo sistematicamente. Um dos benefícios colaterais desse tipo de avaliação, é a sua contribuição para o planejamento mais sábio do programa, mesmo antes de a avaliação começar (WEISS, 1997).

As teorias de programas são o núcleo das formas de avaliação orientadas pela teoria e são tipicamente representadas como diagramas gráficos que especificam relações entre ações programáticas, resultados e outros fatores, embora também possam ser expressas em forma de tabela, narrativa ou outras (CORYN *et al.*, 2011). Tais representações variam amplamente em sua complexidade e nível de detalhe. Os elementos utilizados para descrever ou representar uma teoria do programa, frequentemente incluem recursos (*inputs*), atividades e resultados, que, em conjunto, formam uma teoria do processo do programa e, resultados iniciais, resultados intermediários e resultados a longo prazo (às vezes chamados resultados ou impactos), que pretendem representar uma teoria de impacto do programa ou alguma variação deles. As entradas incluem vários tipos de recursos necessários para implementar um programa (CORYN *et al.*, 2011).

Para resgatar a teoria de um programa, é recomendado utilizar o modelo lógico. Este modelo busca configurar um desenho do funcionamento do programa, que seja factível em circunstâncias esperadas, para resolver os problemas identificados. Pode ser a base para um convincente relato do desempenho esperado, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se qualifica para enfrentá-lo (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

Os elementos do modelo lógico são: recursos, atividades, produtos, resultados intermediários e finais, como indicados na Figura 1, assim como as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto. Os pressupostos sobre os recursos e atividades e como esses levam aos resultados esperados, são frequentemente referidos como a teoria do programa. As hipóteses são de que os recursos certos serão

transformados em ações necessárias para os beneficiários certos e isso, em um contexto favorável, irá levar aos resultados que o programa pretende alcançar. Tornar explícitas as hipóteses sobre como o programa supostamente deve funcionar, em variados contextos, cria a referência principal em que se baseia a gestão e o seu instrumento imprescindível de avaliação (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Figura 1- Elementos usados para elaboração de modelo lógico de programas.



Fonte: Adaptado de Kellogg Foundation (2004).

Como os programas, os modelos lógicos podem mudar ao longo do tempo. À medida que um programa cresce e se desenvolve, o mesmo ocorre com o modelo lógico. Um modelo lógico de programa é apenas uma representação de um programa em um ponto no tempo; não é o programa com seu fluxo real de eventos e resultados. Um modelo lógico é um trabalho em andamento, um rascunho de trabalho que pode ser refinado à medida que o programa se desenvolve (KELLOGG FOUNDATION, 2004).

Usando as variações entre os diferentes níveis e contextos de implementação, não como "ruído" a ser filtrado, mas como oportunidades para testar hipóteses, pode-se construir um argumento mais forte de que o programa não apenas contribui para os resultados observados, mas também para explicar como (ROGERS, 2007).

A partir do entendimento da teoria do programa, de como ele é coordenado e da articulação dos atores no seu processo de implementação, é possível analisar o arranjo institucional do Programa, inclusive em contextos específicos. Alguns autores que analisaram os arranjos institucionais de implementação, propuseram quatro categorias de análise: a intersetorialidade, as relações federativas, a participação social e a territorialidade (LOTTA; FAVARETO, 2016; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; LOTTA; VAZ, 2015).

A primeira categoria proposta pelos autores, foi a da intersetorialidade ou articulação horizontal, que compreende a coordenação entre os diversos setores públicos na construção de soluções que venham a superar problemas. Essa dimensão pressupõe a articulação de competências setoriais, programas ou temas de políticas públicas com foco em um território, certo público-alvo ou um problema complexo a ser enfrentado (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016). A segunda categoria, da coordenação vertical ou federativa, diz respeito à interação entre as políticas públicas e as relações federativas, o que envolve os governos federal, estaduais e municipais, evidenciando suas responsabilidades e de seus atores na

formulação e execução das políticas públicas (LOTTA; FAVARETO, 2016; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; LOTTA; VAZ, 2015).

A terceira categoria a ser retratada, a da dimensão territorial, analisa em que medida as políticas incorporam lógicas territoriais na sua concepção e implementação, levando em consideração a intermunicipalidade e a perspectiva intersetorial, com a coordenação de interesses e capacidades condizentes com as especificidades das estruturas sociais locais; a permeabilidade, considerando os interesses; e a participação das forças sociais locais nos mecanismos de planejamento e gestão. A última dimensão a ser analisada é da participação de atores sociais nos processos decisórios, buscando compreender a inserção dos atores sociais no ciclo de políticas públicas (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

As categorias supracitadas serão melhor exploradas nos tópicos seguintes, a partir da análise do arranjo de implementação do PMM nos municípios visitados, após entender como está estruturado o Programa e o funcionamento deste na teoria.

3. Procedimentos metodológicos

Para atender ao objetivo do presente trabalho, que consiste em descrever como é o Programa Mais Médicos na teoria, analisando a implementação do seu eixo de provimento emergencial no nível local, a partir da perspectiva de arranjos institucionais, foi utilizada uma abordagem qualitativa. Quanto aos fins, a pesquisa foi descritiva, devido ao fato de ter como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1989).

A fim de entender a teoria do programa, com seus arranjos institucionais e seus atores, foi realizada uma pesquisa documental. As fontes de documentos para a pesquisa documental utilizadas são constituídas por leis, estatísticas oficiais, registros ministeriais, debates, discursos políticos, registros e relatórios de comissões administrativas e governamentais, conteúdo da mídia de massa, entre tantas outras fontes (MAY, 2004).

Para seleção dos documentos, foi consultado o site oficial do Programa Mais Médicos junto ao Ministério da Saúde, o Diário Oficial da União, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e de outras instituições como do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS), Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), entre outros. Os documentos selecionados foram escolhidos por possuírem informações oficiais, bem como os normativos e suas alterações que regem o PMM e relatórios que evidenciam o contexto do programa. O recorte temporal de consulta dos

documentos foi do período de junho de 2013 (anterior a implementação da política) a dezembro de 2019 e o termo utilizado para seleção dos documentos foi “Programa mais médicos”.

No Quadro 1 estão representados os documentos selecionados e analisados para a construção do modelo lógico do Programa Mais Médicos neste trabalho.

Quadro 1 - Documentos analisados referentes ao Programa Mais Médicos.

Documento	Ano	Descrição
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.
Cartilha Programa Mais Médicos	2017	Apresenta informações gerais sobre o PMM.
Resolução nº 2	26 de outubro de 2015	Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências.
Portaria nº 8	5 De julho de 2019	Divulga a relação dos municípios com vagas remanescentes para a segunda fase da chamada pública do Edital SGTES/MS nº 11, de 10 de maio de 2019.

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

Para a construção da proposta de Modelo Lógico para o PMM, foram utilizadas como referências em modelagem de programas W.K. Kellogg Foundation (2004) e Cassiolato e Guerresi (2010). Para verificar se a implementação do PMM é realizada de acordo com a maneira proposta pela sua normativa, ou seja, se na prática a teoria do programa está sendo seguida e como está disposto seu arranjo institucional no nível local, foram coletados dados por meio entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado (Apêndice C).

Como área de abrangência, este estudo tomou como base o estado de Minas Gerais que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, possui 853 municípios, representando o maior número entre os estados brasileiros e o segundo mais populoso do país, respondendo pela terceira maior economia do Brasil, onde percebem-se diversas disparidades socioeconômicas entre as diferentes regiões de seu território (IBGE, 2018). A escolha do estado de Minas Gerais se justifica, pela capacidade desse estado de retratar a diversidade de realidades, entre elas, as condições para a implementação de políticas públicas, em especial do Programa Mais Médicos, identificado assim, municípios que foram atendidos por esta política pública e seus arranjos institucionais, além de ser um dos quatro estados pioneiros na adoção do apoio institucional do PMM (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Para a coleta dos dados com as entrevistas, foi escolhida a mesorregião da Zona da Mata, possibilitando a comparação em municípios próximos. A seleção se deu em razão da Zona da Mata abranger a localidade da Universidade Federal de Viçosa, onde foi realizada a pesquisa,

e por, segundo o IBGE, apresentar o quarto maior PIB, sendo a segunda mesorregião com maior densidade demográfica e também a segunda em número de municípios, totalizando 142, ficando atrás apenas do Sul/Sudoeste de Minas que possui 146 (IBGE, 2018).

Logo, foram escolhidos três municípios da Zona da Mata, os quais foram selecionados tomando em conta a distância entre os municípios e a Universidade sede desta pesquisa e dados que representam as condições de saúde dos mesmos. Como fator de escolha, foi consultado o Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS) de 2012 elaborado por Macedo (2019). O índice variava de 0 a 1, indicando que, quanto mais próximo de zero, maior era a situação de vulnerabilidade em saúde no município, demonstrando a necessidade de receber o PMM e, quanto mais próximo a 01, menores eram as vulnerabilidades em saúde (MACEDO, 2019).

Ademais, foi delimitado, intencionalmente, um raio de cento e vinte (120) quilômetros a partir da cidade sede desta pesquisa (Viçosa- MG), contemplando os municípios que aderiram ao PMM no ano de sua criação e permaneceram no mesmo até 2019 e que possuíam, de acordo com o IVCS de 2012, alta ou média vulnerabilidade e necessidade de saúde (faixas selecionadas entre 0,44 a 0,51) e cuja taxa de médicos da AB aumentou ou permaneceu constante após a implementação do PMM (Quadro 2).

Quadro 2- Municípios selecionados para entrevista e seus dados nos anos anteriores e iniciais do PMM.

Município	IVCS12	Taxa de Médicos AB (2012)	Taxa de Médicos AB (2015)
Amparo do Serra	0,49	0,76	1,50
Rio Espera	0,44	0,00	1,18
Vieiras	0,51	0,95	0,94

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Macedo (2019).

Para a realização do estudo de campo, foi feito o contato com as secretarias de saúde e agendadas as entrevistas e visitas aos municípios, conhecendo pontos como prefeitura, secretaria de saúde e UBS. Após a aprovação do Comitê de Ética, esta etapa do estudo foi realizada em dois momentos, em que o primeiro se deu no dia 27/11/2019, com a visita ao município de Vieiras, e o segundo foi realizado no dia 04/12/2019, nas cidades de Amparo do Serra e Rio Espera, em um total de aproximadamente 400 Km percorridos.

Para a consecução das entrevistas, optou-se por entrevistar os gestores de saúde e os coordenadores da atenção básica de cada município, responsáveis pela implementação do PMM no nível local. As entrevistas foram gravadas, transcritas e textualizadas. No total, foram 6 entrevistas, sendo 2 entrevistas realizadas em cada um dos três municípios selecionados. Os

atores são identificados no texto como Gestor de Saúde (GS1; GS2; GS3) e Coordenador da Atenção Básica (CAB1; CAB2; CAB3).

Os resultados obtidos a partir das entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo, método que consiste em utilizar metodologias de análise de comunicações, com o objetivo de alcançar indicadores quantitativos ou qualitativos, ocasionando uma inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Tal análise é composta por três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

As dimensões utilizadas para análise das entrevistas foram baseadas na literatura sobre arranjos institucionais. Para isso, foi seguida a sugestão de PIRES e GOMIDE, (2015) de realizar o mapeamento e descrição dos arranjos institucionais que nortearam a implementação da política, plano ou ação, por meio da identificação dos atores envolvidos (estatais e não estatais), das organizações e dos recursos (humanos, financeiros, tecnológicos etc.) e instrumentos (legais, administrativos, etc.) através do qual eles interagem. Como categorias de análise (Quadro 3) foram escolhidas as propostas por Lotta e Vaz (2015), que são:

Quadro 3 - Categorias de análise de arranjos institucionais de implementação.

Categorias	Descrição
Integração Horizontal: Intersetorialidade	Baseada na articulação de várias ações e atores em torno de focos específicos.
Integração Vertical: subsidiariedade federativa	Baseada em como diferentes entes federativos articulam na produção de políticas públicas.
Territorialidade	Trata das especificidades locais nas políticas públicas.
Participação social	Trata da existência e funcionamento de instâncias de participação social.

Fonte: Lotta e Vaz (2015).

4. Resultados e Discussão

Descrição do Programa e fatores que influenciaram sua criação

Para compreender a estrutura do Programa, faz-se necessário conhecer o contexto que culminou com sua criação, citando os fatores desencadeantes do PMM, os que trouxeram à tona o debate político, geraram uma janela de oportunidade e se tornaram uma questão social.

Com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, o atendimento básico foi alçado à condição de prioridade de governo. Com isso, a PNAB não apenas definiu mecanismos para o aperfeiçoamento do sistema, como também consolidou a valorização da atenção básica junto à população e aos profissionais de saúde. Entre os principais desafios identificados à época como condicionantes de desenvolvimento da atenção básica, foram elencados a quantidade insuficiente de médicos, a necessidade de ampliação do acesso

aos serviços de saúde e redução do tempo de espera, de melhoria de infraestrutura das UBS, além da necessidade de qualificação de profissionais para atuação na Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2013), nos anos anteriores ao Programa Mais Médicos, o número de médicos por habitantes estava abaixo da média de países com padrão similar de desenvolvimento ao do Brasil, de países com sistemas universais de saúde e dos 34 países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os médicos estavam concentrados nas regiões metropolitanas, de maior renda e infraestrutura melhor e, mesmo nas grandes cidades, havia a ausência destes profissionais nas áreas de maior vulnerabilidade. No ano de 2011, o Brasil possuía o quantitativo de 1,8 médico por mil habitantes e mais de 1.900 municípios possuíam menos de 1 médico para cada 3.000 habitantes na atenção básica (BRASIL, 2017b).

Deste modo, nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, desenvolveu ações buscando resolver a questão da escassez de médicos no país: realizou-se uma chamada nacional para médicos, por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), ofertando trabalho supervisionado em regiões de difícil acesso ou de pobreza extrema. Nessa fase, também foi ampliada a oferta de bolsas para residência. Um ano após a implementação do PROVAB, em 2012, o número de médicos continuava longe do ideal e as vagas para os cursos de medicina permaneciam insuficientes (MARTINS *et al.*, 2019)

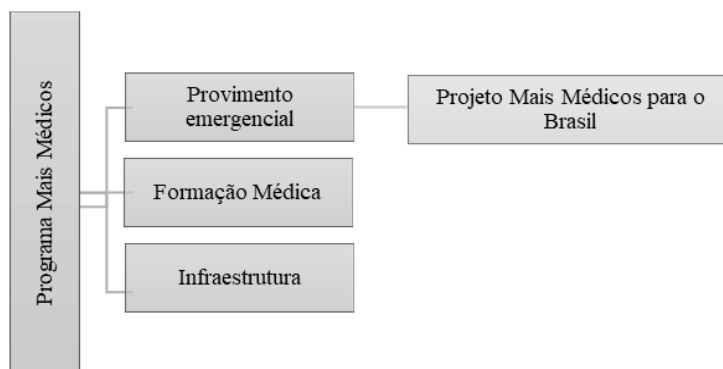
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a ausência de cobertura assistencial médica no Brasil era apontada como crítica. O Brasil precisaria de 168.424 médicos, de acordo com a população em 2013, para alcançar o índice de países com maior cobertura assistencial pública (a exemplo do Reino Unido, Canadá e Austrália). Os motivos que propiciaram a formulação do Programa, foram marcados principalmente pelas mobilizações populares em junho de 2013, a marcha dos prefeitos 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).

Como atores centrais para a criação do Programa Mais Médicos, foram identificados o Governo, os movimentos sociais (dentre eles os protestos e manifestações das conhecidas Jornadas de Junho), as mídias (tanto a grande imprensa quanto as redes sociais) e os Conselhos de Medicina, sendo que a formulação e implementação do Programa foram permeadas por diversos debates, conflitos e interesses diversos. O programa já estava na agenda do Governo,

mas acabou sendo implementado antes do previsto, em virtude da pressão social e política (MACEDO *et al.*, 2016).

Assim, o Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado em 08 de julho de 2013, pela Presidente Dilma Rousseff, por meio da Medida Provisória nº 621. O 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.

Figura 2-Programa Mais Médicos e seus eixos de ação.



Fonte: Elaborada pela autora.

Como demonstrado na Figura 2, o programa é dividido em três eixos. O eixo provimento emergencial é uma resposta ao problema da falta de cobertura e acesso à Atenção Básica de Saúde (AB) por parte importante da população brasileira, de modo que o PMM seleciona profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, para atuarem na modalidade ensino-serviço, nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade e para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade, de acordo com as diretrizes da PNAB (PINTO *et al.*, 2017).

O eixo formação médica, que previu medidas de curto a longo prazo, como aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, com reorientação da distribuição das mesmas no território nacional, até a mudança da formação de médicos e especialistas para responder às necessidades da população e do SUS (PINTO *et al.*, 2017). E o terceiro eixo, o de infraestrutura, visa melhorar a ambiência das UBS para os usuários, as condições de atuação dos profissionais e o funcionamento e ampliação do escopo das práticas do serviço, aumentando a meta de reformas e ampliações de UBS existentes (PINTO *et al.*, 2017).

Arranjo institucional de implementação do Programa Mais Médicos

De acordo com a legislação do Programa (BRASIL, 2013a), ficou instituído que o PMM possui três representantes do Ministério da Educação e três do Ministério da Saúde, à frente de sua coordenação geral. Compete à Coordenação, instituir as Comissões Estaduais do Projeto (artigo 8º, inciso XIII), possibilitando que as funções destas sejam desempenhadas pelas Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Também foram instituídos o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa, composto pelos Ministérios da Saúde, da Educação; do Planejamento, Orçamento e Gestão e pela Casa Civil da Presidência da República. Foi assinalado que o Grupo Executivo poderá convidar para participar das reuniões representantes de outros órgãos e entidades, públicos e privados, e especialistas em assuntos afetos ao tema, especialmente: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes); a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); e as entidades associativas nacionais médicas e de estudantes de medicina.

A legislação do PMM (BRASIL, 2013b) também definiu as competências do Programa de acordo com os atores responsáveis e entes federativos. Dessa forma, os gestores do SUS, possuem como competências no Projeto:

- No Distrito Federal e estados: atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto; compor as Comissões Estaduais do Projeto; e adotar as providências necessárias para a realização das ações do Projeto no seu âmbito de atuação.
- No Distrito Federal e Municípios: atuar em cooperação com os demais atores envolvidos no processo, no âmbito de sua competência, para as ações de execução do Projeto; adotar as providências necessárias para a realização das ações previstas no termo de compromisso firmado; inserir os médicos em equipes de atenção básica em regiões prioritárias para o SUS, respeitando-se os critérios de distribuição estabelecidos no Projeto; fornecer condições adequadas para o exercício das atividades dos médicos, conforme exigências e especificações da PNAB, inscrever o médico participante do Projeto recebido pelo Município no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e identificá-lo na respectiva equipe de atenção básica em que atuará;

e exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 horas semanais, prevista pelo Projeto para os médicos participantes, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Projeto (BRASIL, 2019).

- Os Municípios terão ainda que se comprometer a: não substituir os médicos que das equipes de atenção básica pelos participantes deste Projeto; manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto; garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável; e compromisso de adesão ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), do Ministério da Saúde, em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto (BRASIL, 2019).

- Compete às Instituições públicas de educação superior brasileiras: atuar em cooperação com os demais atores envolvidos no processo, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto; monitorar e acompanhar as atividades executadas pelos médicos participantes, supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do Projeto; coordenar o desenvolvimento acadêmico do Projeto; indicar os tutores acadêmicos do Projeto; realizar a seleção dos supervisores do Projeto; ofertar os módulos de acolhimento e avaliação aos médicos intercambistas; ofertar curso de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço (BRASIL, 2015).

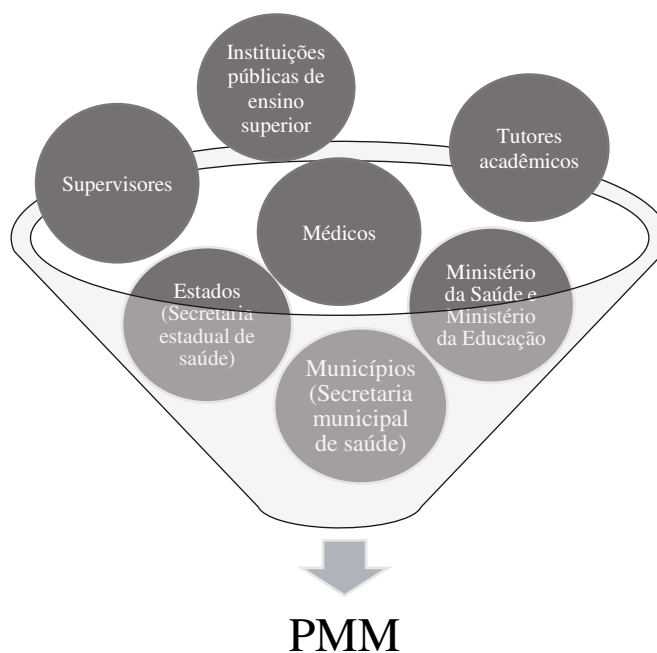
- Atribuições dos tutores acadêmicos: coordenar as atividades acadêmicas de integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS; indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação; monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade; integrar as atividades do curso de especialização às atividades de integração ensino-serviço; e apresentar relatórios periódicos da execução de suas atividades no Projeto à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto (BRASIL, 2013b).

- Atribuições dos supervisores: realizar visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes; estar disponível para os médicos participantes, por meio de telefone e internet; aplicar instrumentos de avaliação; e exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço,

inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes (BRASIL, 2013a).

Entender como é constituído o arranjo institucional do Programa e como devem se articular os atores (Figura 3) para a efetiva execução do PMM, faz-se imprescindível para poder analisar a implementação do Programa, de acordo com seus arranjos institucionais no nível local. Ademais, ao compreender o arranjo na teoria, é possível observar possíveis falhas na prática, como será retratado nos próximos tópicos.

Figura 3- Componentes do arranjo institucional do PMM.

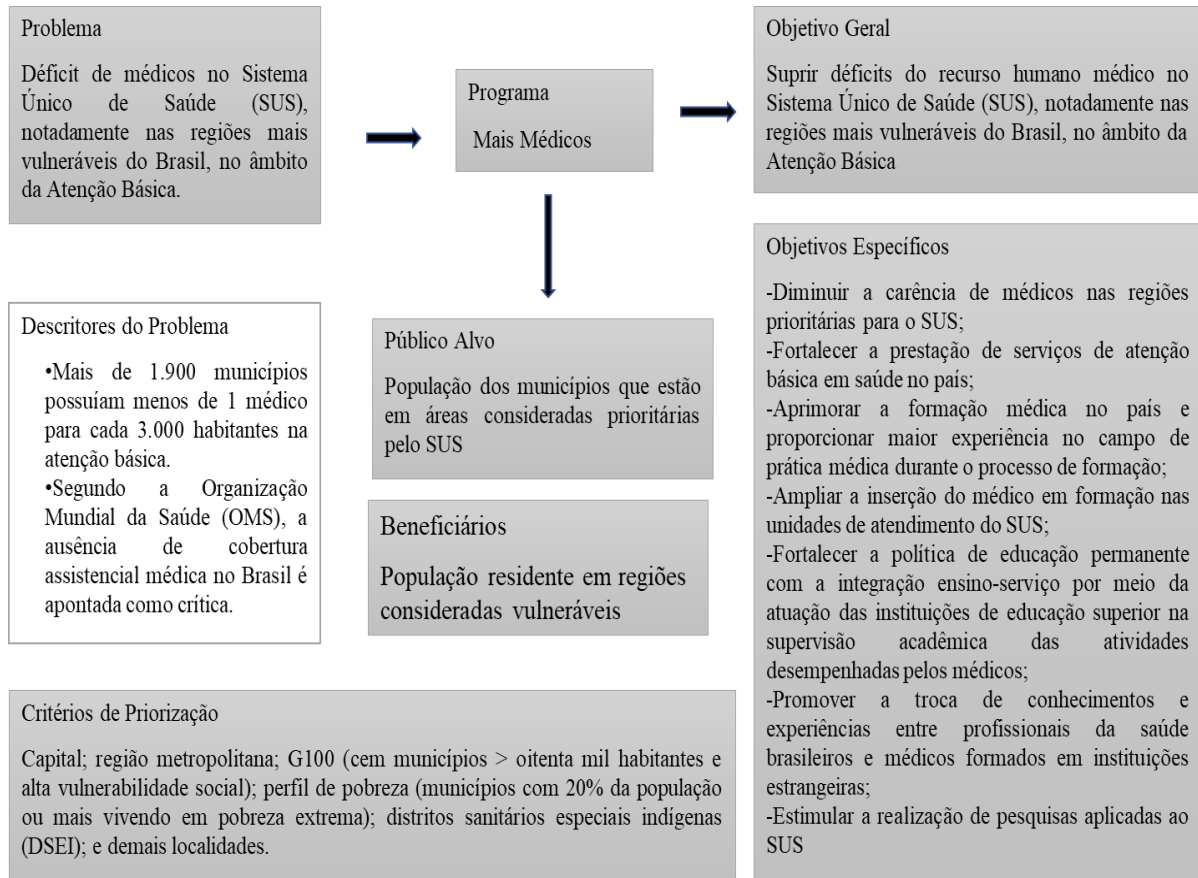


Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

Modelo lógico do Programa Mais Médicos

Exposto o contexto que proporcionou a criação do Programa, seus elementos gerais e, elencados os atores e as competências destes no ambiente institucional do PMM, faz-se necessário demonstrar as características básicas do Programa, para facilitar a visualização e entendimento do mesmo. Assim, na Figura 4 estão representadas as referências básicas do PMM, conforme sugerido por (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

Figura 4- Referências Básicas do Programa Mais Médicos.



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

As referências básicas do Programa correspondem a um dos elementos gráficos que evidenciam a teoria de um Programa. Como apresentado na figura acima, o PMM possui desenho voltado para suprir a carência de profissionais na atenção básica de saúde e fortalecer o acesso e os serviços da AB em regiões prioritárias, consideradas vulneráveis.

Após a exposição e entendimento do problema que pretende ser resolvido pelo Programa Mais Médicos e seus principais objetivos, além de seu público-alvo e beneficiários, considerando os critérios de priorização para entrega do PMM aos mesmos, fez-se necessário um olhar mais profundo ao programa, a fim de entender quais são os recursos investidos e atividades a serem desempenhadas, para que o Programa consiga entregar produtos aos seu público-alvo, alcançando os resultados e impacto esperados.

Para elencar estes elementos, utiliza-se o modelo lógico de programas. Em geral, a construção do modelo lógico é uma nova forma de pensar um programa, sendo importante usar uma linguagem simples para facilitar o entendimento por todos. O modelo lógico proposto do PMM foi construído de acordo com os três eixos do Programa. Vale ressaltar que o modelo lógico proposto por esse trabalho não foi validado frente aos gestores do Programa Mais Médicos.

Figura 5- Modelo Lógico proposto para o PMM, considerando o contexto geral.

Eixos PMM	Recursos	Atividades	Produtos	Resultados Esperados	Impacto Esperado
Provimento Emergencial (Projeto Mais Médicos para o Brasil)	Bolsa-formação; bolsa-supervisão; bolsa-tutoria; e custeio das despesas com deslocamento dos médicos.	Definição das regiões prioritárias para recebimento dos médicos. Realização de chamadas e seleção de médicos, para aloca-los em regiões prioritárias.	Disponibilização de um total de 18.240 vagas em 4.058 municípios de todo o país, cobrindo 73% das cidades brasileiras e 34 DSEIs nos primeiros anos.	Atingir a proporção de 2,7 médicos por mil habitantes em 2026, de forma a suprir a carência de médicos em regiões com escassez destes profissionais.	Expansão do acesso à saúde, por meio de médicos qualificados, de acordo com os preceitos da atenção básica de saúde, com uma infraestrutura de qualidade.
Educação	Estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em medicina.	Reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência Médica; Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; Promoção do aperfeiçoamento de médicos na AB, mediante integração ensino-serviço. Seleção e contrato de tutores e supervisores.	Criação de 11,5 mil vagas de graduação em medicina, interiorizando cada vez mais os cursos de medicina. Criação de 12,4 mil vagas de residência médica para formar especialistas.	Formação profissional mais adequada e qualificada, para melhoria do atendimento ao paciente.	
Infraestrutura	Investimento de mais de R\$ 5 bilhões para o financiamento das obras.	Construção de novas unidades básicas de saúde e reforma e ampliação das unidades já existentes. Implantação do núcleo tele saúde, portal saúde baseado em evidências e à comunidade de práticas.	26 mil obras em quase 5 mil municípios do país.	Garantir a estrutura necessária e condições adequadas de trabalho, para que os médicos do SUS atendam a população, com o máximo de qualidade e motivação.	

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

A análise lógica do PMM (Figura 5), considerando as referências de modelagem de programas de W.K. Kellogg Foundation (2004), permite compreender a teoria da política pública onde se descreve a interação entre os componentes, os insumos (recursos) necessários, as atividades previstas, os produtos e os resultados esperados em um contexto favorável ao desenvolvimento do programa.

Como fatores de contexto gerais favoráveis têm-se o apoio popular, dos profissionais e dos gestores em relação ao PMM, além do incremento, ainda que desigual, do número de médicos em locais antes desassistidos, auxiliando na ampliação da cobertura populacional da AB e melhoria nos indicadores de saúde, quando se considera taxa de internação por condições sensíveis à AB (MACEDO *et al.*, 2019).

Em relação aos fatores gerais de contexto desfavoráveis, foi notada a falta de informações oficiais sobre os recursos financeiros destinados para os Eixos de Provimento Emergencial e Eixo de Formação de Recursos Humanos para o SUS (MOREIRA *et al.*, 2017). Faz-se necessário, ainda, mencionar as mudanças governamentais e mudanças sofridas pelo programa ao longo de sua vigência, que podem dificultar o processo de implementação do PMM (MACEDO *et al.*, 2019).

Ao analisar as normativas e documentos referentes ao PMM e elaborar seu modelo lógico, apesar da falta de especificação de metas e recursos na legislação, foi possível observar que o Programa possui um desenho robusto, com potencial para alcançar seu impacto esperado, desde que haja articulação eficiente entre os atores e sua coordenação, cumprindo com suas atividades e gerando seus produtos e resultados, de acordo com os recursos e esforços disponibilizados. Para descobrir se alguns pontos da teoria do PMM (modelo lógico) estão sendo realizados na prática, foi analisado o arranjo institucional do Programa no nível local.

Fatores de contexto e implementação do PMM no nível local

Já com as informações gerais e específicas em relação ao PMM, é importante analisar o contexto de implementação do programa, mais especificamente do seu eixo de provimento emergencial (Projeto Mais Médicos para o Brasil), no nível local, para entender se a implementação segue conforme a teoria do programa, ou se existem inconsistências no processo. Para isso, foi utilizada a perspectiva de análise dos arranjos institucionais que permeiam o PMM e, os resultados obtidos com as entrevistas, foram elencados de acordo com as categorias de análise pré-estabelecidas.

- ***Integração Horizontal: Intersetorialidade***

Essa dimensão compreende a coordenação entre os setores públicos na construção de soluções que venham a superar problemas existentes na realidade. É construída pela conjunção de saberes e experiências para formulação, implementação, monitoramento ou avaliação de políticas públicas, buscando alcançar resultados sinérgicos em situações complexas (LOTTA; FAVARETO, 2016). A intersetorialidade é definida pela medida em que diferentes programas ou temas de políticas públicas são organizados horizontalmente, permitindo integração entre eles, concretizando-se em graus diferentes nas políticas (LOTTA; VAZ, 2015).

Ao optar pela adesão ao PMM, o município se prontifica a fazer a integração do médico do Programa com as equipes de Saúde da Família, de modo que o PMM possui ligação direta com a ESF e se insere com uma ação para o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde nos municípios. Para aderir e renovar sua participação no PMM, de acordo com um dos gestores, o

município precisa ter uma estrutura, um veículo e uma equipe entrosada, que faça o PMM funcionar. “É preciso inovar sempre, na estrutura e nos materiais” (GS3). Quando termina o contrato de um médico, que geralmente é de 3 anos, o gestor solicita no sistema a renovação.

No nível local, os responsáveis - elencados pelos atores entrevistados - pela implementação do PMM são: o gestor da saúde (secretário municipal de saúde), que faz a adesão e solicita o programa, o coordenador da atenção primária, que possui contato direto com o médico do PMM e a equipe de saúde da família, que fazem a dinâmica da equipe e o PMM funcionar. Para tratar sobre o PMM, eles passam por um acompanhamento, com uma equipe de monitoria e tem um médico supervisor, selecionado pelas instituições de ensino vinculadas ao Ministério da Educação (MEC), que faz uma avaliação mensal para saber se eles estão cumprindo com o determinado e se estão atendendo ao município.

De acordo com relato do CAB1, os atores relacionados à implementação e continuidade no PMM são:

“O médico, o supervisor de educação estadual do programa, a coordenadora da atenção básica, para coordenar o médico e o secretário de saúde, para lidar com a parte burocrática. Tem um apoio institucional do MS, mas não é ativo mais. Ele vinha pelo menos 2 vezes por ano. Supervisor estadual/ regional vinha 1 vez por mês. Antes tinham encontros loco-regionais, mas agora não há mais com a mesma frequência. Os médicos cubanos tinham dificuldade de entender, e quando tinham esses encontros, era uma troca muito boa, mostrando a visão de quem estava envolvido com a medicina” (CAB 1).

Esse relato demonstra que os municípios não possuem contato direto com as instituições de ensino superior, sendo que apenas o médico possui esse contato. O médico precisa estar com a produção ativa e tem a supervisão de um outro médico, seu supervisor indicado por uma instituição de ensino vinculada ao MEC que analisa seu andamento. Mensalmente, os gestores municipais de saúde precisam responder o *form-SUS*, uma plataforma on-line que avalia o desempenho do médico no município, ou seja, se ele está ou não cumprindo a carga horária e as atividades propostas, para que assim, o médico receba a bolsa, como descrito no modelo lógico do programa.

As secretarias municipais de saúde possuem autonomia na implementação do programa apenas na questão de coordenar as atividades do médico do PMM, de acordo com as necessidades do local. Tem autonomia para gerenciar as atividades do médico, em comum acordo com ele. A agenda do médico é decidida entre o coordenador da atenção básica e/ou o secretário municipal de saúde e ele. A partir do momento que o médico está no município, há autonomia para o gestor adaptar as atividades à realidade local. O médico já vai para o município de sua escolha orientado sobre o Programa e segue suas diretrizes, mas isso não interfere em sua ação dentro do município, o que os gestores relataram ser um ponto positivo

do Programa, dado que todas as normas já vêm prontas e entregues pelo nível central. Isso pode ser notado através da fala do gestor 3:

“Nós temos autonomia para resolver com o médico como ele irá trabalhar, fazemos a interação dele com os médicos das outras ESF, há discussão de casos e interação com o resto da equipe e também com o NASF. A gente possui uma articulação das três equipes com reuniões mensais. Se precisa de algo, a secretaria dá o suporte necessário” (GS3).

O médico do PMM de um dos municípios visitados, apontou que o Ministério da Educação, através das instituições federais de ensino e através dos supervisores e tutores, seguem dando o apoio e suporte necessário para que o médico trabalhe conforme especificado na legislação do Programa, com visitas mensais. Esse apoio só foi percebido através do médico do Programa, pois os gestores de saúde dos municípios relataram na ocasião que possuem pouco ou nenhum contato com esses atores durante o processo de implementação do Programa, principalmente em época de troca de gestão na área da saúde ou no PMM.

Em um dos municípios, os gestores citaram a integração e o suporte que as equipes do NASF dão ao médico do PMM, que é previamente integrado às equipes de saúde da família dos municípios, e como essa integração tem potencial para gerar inovações na atenção básica de saúde nas localidades. Portanto, a integração horizontal do PMM percebida no nível local é mais nítida em função da integração do médico nas equipes de saúde da família e da integração destas com as equipes do NASF.

Tal integração também foi percebida no trabalho de Comes *et al.* (2016), que realizaram um estudo em 32 municípios brasileiros em relação à implementação do PMM, encontrando que, dos municípios que relataram ter NASF, muitos comentaram que a integração se dá por meio de trabalhar em conjunto e que esta era facilitada pelo fato de compartilhar o mesmo lugar físico. O NASF sempre está junto com o médico, com o Mais Médicos. O estudo também demonstrou que a integralidade da AB se observa na integração de práticas das equipes e com os NASF, já que ambos favorecem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade respectivamente (COMES *et al.*, 2016)

Diante de tais informações, é possível observar que a participação de outros setores na implementação do PMM no nível local se dá de forma mínima. Essa informação vai de encontro à análise geral do arranjo institucional do PMM, realizada por Lotta *et al.* (2016) que evidenciaram que, embora haja envolvimento de outros ministérios em etapas específicas, há um amplo protagonismo do Ministério da Saúde e de suas estruturas e lógicas mais tradicionais de funcionamento, sobrando pouco espaço para que haja integração com outros setores durante o processo de implementação e execução do Programa em determinado território.

▪ ***Integração Vertical: subsidiariedade federativa***

A segunda dimensão a ser analisada, Integração Vertical, corresponde à maneira como se dão as relações federativas – entre Governo Federal, governos estaduais e governos municipais. Assim, se faz necessário analisar como os diversos entes federativos se relacionam e se responsabilizam no processo de formulação e execução das políticas públicas (LOTTA; FAVARETO, 2016).

As informações coletadas através das entrevistas demonstraram que, por ser uma política centralizada no Governo Federal, os municípios tendem a cumprir com as diretrizes do PMM, caso contrário, perdem o direito de adesão ou renovação ao Programa. Um dado comum nas respostas dos gestores e atores responsáveis pela implementação nos municípios analisados, foi em relação à comunicação com o nível central, que vai ficando cada vez mais limitada a cada troca de gestão no Ministério da Saúde ou nas secretarias estaduais e regionais, provocando atrasos na implementação e continuidade do Programa nos municípios analisados. Tal fato pode ser percebido na fala do gestor 1:

“Antes nós tínhamos uma equipe do MS que nos atendia. Ela era muito atuante, participativa e presente, então ela não deixava que o município passasse despercebido. Nenhum link, nenhuma data, nenhuma informação, seja de um credenciamento, seja de uma renovação. Atualmente nós não temos mais esse suporte, existe uma equipe, que mudou há pouco tempo, não sei se devido a essa mudança, que pode estar gerando uma fragilidade, mas os municípios ficaram um pouco órfãos nesse sentido. A gente percebe que tem gerado grandes transtornos.” (GS 1)

A comunicação com o nível estadual também foi relatada pelos gestores como quase nula, sendo o estado representado pelas secretarias regionais de saúde, que se fazem mais presentes na gestão da atenção básica dos municípios. Dessa forma, a comunicação com os demais entes federativos responsáveis pela coordenação do PMM, se dá apenas por formulários digitais preenchidos mensalmente pelos gestores dos municípios e alimentados os dados na plataforma do Ministério da Saúde.

“O médico precisa estar com a produção ativa e tem a supervisão de um outro médico. A supervisão agora está bem ruim. Nós tínhamos uma representante do MS que sempre nos ajudava, e desde que houve a troca de gestão na coordenação do PMM, e ela saiu, a gente ficou bem perdido em relação ao PMM. Não temos mais o suporte como era antigamente. O supervisor sempre vinha e conversava comigo o que eu estava achando, se precisava de alguma coisa, deixava o contato dele comigo. Agora não tem isso mais” (GS1).

“[...] Sem o apoio institucional, fica difícil realizar todos os procedimentos para renovar ou dar férias ao médico” (CAB1)

“Não tem comunicação com outros níveis de governo. Eles colocam a secretaria regional para coordenar. A falta de comunicação é um desafio em momentos de troca dos médicos. A única comunicação é com o supervisor regional. Só quando o cubano foi embora que tentaram comunicação direta com o MS, mas foi difícil” (CAB2)

Alguns gestores colocaram também a questão de demora nas respostas aos pedidos de renovação ou solicitação de novos médicos para o município, relatando que, em certas ocasiões, há uma espera de mais de seis meses para reposição do médico do PMM no município.

A questão da comunicação não é uma fragilidade apenas das localidades de Minas Gerais, sendo que esta foi apontada também por autores que realizaram uma análise do PMM no estado do Mato Grosso, dado que 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). 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) e, como possível consequência os autores constaram que em 30% dos municípios houve apoio restrito ou insuficiente dos gestores aos médicos do programa no estado de Mato Grosso (MOTA; BARROS, 2016).

- ***Territorialidade***

Essa dimensão analisa em que medida o Programa está desenhado, incorporando a dimensão territorial em sua formulação, implementação e avaliação. Para analisa-la, importa saber de que forma as estruturas sociais locais são mobilizadas na estratégia do Programa, e qual é a participação dos atores representativos dos interesses locais na concepção e implementação da iniciativa (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

Segundo os relatos obtidos pelas entrevistas, municípios de pequeno porte possuem a vantagem de facilitar o acesso da atenção básica à população, devido à proximidade do território e também das visitas domiciliares, que viabilizam o acesso às pessoas que moram nas zonas rurais e não possuem meios para ir às UBS. Tal fato é observável nas falas do gestor e do coordenador da atenção básica de saúde:

“Quanto menor o município, a população têm um acesso muito facilitado ao serviço de saúde. Primeiro na questão de conhecer as pessoas que estão dentro na UBS. Segundo a questão geográfica, o acesso, tudo é muito perto. Com isso faz que as pessoas, principalmente os mais idosos, busquem mais as UBS. Então os números de consultas são altos” (GS1).

“Eles (os médicos) fazem visita domiciliar. Atendemos nas capelas, em imóveis neutros, vamos mais para perto da comunidade. Temos pequenas regiões da zona rural mais distantes e nas quartas feiras são as visitas domiciliares programadas. Tem também as visitas de urgência. [...] A população ficou muito satisfeita, porque eles tinham muita dificuldade de vir até o município. Porque muitas vezes vem a pé, ou de charrete ou depende do carro da saúde para buscar e aí eles precisam largar seus

serviços na roça para isso. Então o médico indo para lá, fica mais fácil para eles e melhora o acesso” (CAB1).

Pelo relato de um dos coordenadores da atenção básica de saúde (CAB1), é possível perceber que o PMM vem surtindo efeito em um dos seus objetivos expostos no modelo lógico, visto que este conseguiu suprir a necessidade de um dos municípios, de fixar o profissional no seu distrito na zona rural, onde o acesso aos serviços de saúde eram dificultados pela ausência de médicos, dada a alta rotatividade no local.

“Toda a nossa equipe teve muita dificuldade para conseguir e contratar um médico para o nosso distrito, uma zona rural, lá tem em torno de 800 habitantes e foi muito difícil, ficamos 5 meses sem médico e quase perdemos nossa equipe por não conseguir médico. A partir da implementação do PMM, houve uma diferença grande, porque ficou fácil o acesso e o trabalho com o médico” (CAB 1).

Esse relato vai de encontro aos resultados obtidos no trabalho de Pereira e Pacheco (2017), que elencaram os fatores que interferem na procura e continuidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, sendo eles a acessibilidade geográfica, falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos, dificuldades na realização de exames e limitações da rede de atenção especializada. No quesito territorialidade, os autores observaram que grande parte dos usuários da UBS entrevistados mora distante, tanto da UBS de referência quanto da sede do município. Expondo que a barreira geográfica, composta pela distância e pela má qualidade das estradas, é uma realidade da zona rural, agravada pelo fato de que o transporte coletivo não é frequente e que a condição financeira dos usuários, nem sempre, permite o deslocamento pago (PEREIRA; PACHECO, 2017).

Em relação à interação com outros municípios ou regiões, os gestores mencionaram reuniões e encontros loco-regionais, onde são trocadas experiências entre os municípios, em relação à atenção básica em geral, considerando a atração e fixação de médicos, trocando ideias também sobre possíveis melhorias na relação do município com o médico do PMM, com formas de integrá-lo em atividades no local e em seu processo de adaptação ao município.

“Alguns problemas são discutidos em reuniões de COSEMS, que são reuniões com os secretários da região, no intuito de um ajudar o outro, indicando. A regional também está sempre nos ajudando e nos apoiando, nos ajuda a procurar um médico. Mas infelizmente eles não conseguem ajudar mais do que isso, porque se eu fico muito tempo sem um médico no sistema, eu perco o recurso (GS1).

“Antes tinham encontros loco-regionais, mas agora não há mais com a mesma frequência. Os médicos cubanos tinham dificuldade de entender, e quando tinham esses encontros, era uma troca muito boa, mostrando a visão de quem estava envolvido com a medicina” (CAB 1).

Esses resultados demonstram uma articulação territorial em relação ao PMM, principalmente em relação à troca de vivências e experiências intermunicipais, que mesmo não

tendo a mesma frequência em razão das rupturas provadas pelas trocas de gestão na área da saúde, como apontado pelo coordenador de atenção básica, mostra sua importância na aprendizagem e possível contribuição para a melhoria do PMM no nível local.

Nesse sentido, se torna válido o argumento de Lotta, Galvão e Favareto (2016), de que há uma visão que privilegia as estratégias de curto prazo – provimento de médicos – e que, por se tratar de territórios historicamente deficitários neste tipo de serviços e equipamentos, há dificuldade em estabelecer sinergias com estruturas locais (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

- ***Participação Social***

A dimensão da participação social busca observar em que medida os arranjos do programa abrem espaço para decisões compartilhadas e participativas e deve ser analisada observando a participação nas fases de formulação, implementação e avaliação do programa (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

Nos municípios visitados, observou-se a existência e atividade dos conselhos municipais de saúde, porém foi mencionado pelos coordenadores da atenção básica de saúde e gestores que não há espaço para discussões sobre o PMM, pelo fato das decisões do programa serem tomadas no nível federal, cabendo aos municípios apenas sua execução. O coordenador da atenção básica de um dos municípios falou sobre reuniões internas, referentes à atenção básica no município:

“Na área da saúde tem uma sala de reuniões. Tem reunião com as ESF todo mês e avaliam a atenção básica ali internamente. Em questão de horário, de atendimento, das demandas” (CAB3).

Por conseguinte, os conselhos municipais de saúde não possuem voz em relação ao PMM, dado que qualquer dificuldade em relação ao Programa deve ser encaminhada à secretaria regional de saúde, que busca, em algumas vezes com sucesso, fazer a ponte entre o governo federal e os municípios para fortalecer a Atenção Básica de Saúde.

A falta de participação social direta em relação ao PMM pode se dar ao fato da população do município beneficiária do PMM não possuir informações sobre o programa, nem conseguir identificar seus elaboradores, mesmo sendo atendidos pelos médicos dele participantes. Tal fato foi evidenciado na pesquisa de Sousa e Oliveira Silva (2015), que demonstrou que o Mais Médicos se tornou invisível aos beneficiários, os quais não associam o atendimento médico ao programa. Tal situação, acrescida ao reduzido acesso à informação e ao baixo nível escolar dos beneficiários, implica em uma menor participação dos cidadãos nos debates e discussões a respeito dessa política pública (SOUSA; OLIVEIRA SILVA, 2015).

Mesmo não possuindo participação social direta em sua gestão, o PMM se beneficia indiretamente da estrutura de participação já constituída no âmbito do SUS, ou seja: das conferências federal, estaduais e municipais e dos conselhos de saúde (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

5. Considerações finais

O cumprimento do objetivo desta pesquisa, trouxe, em particular, o conhecimento sobre a trajetória do PMM, em termos de continuidades e avanços, e a visualização teórica da forma pela qual encontra-se estruturado, para prover melhorias à realidade onde foi analisada sua implementação, de acordo com seu arranjo institucional de implementação local.

Foi possível identificar vantagens ao desenhar a Teoria do Programa, dado que, dessa forma, facilita o entendimento em relação ao mesmo, possibilitando uma noção clara da integração entre insumos, atividades, resultados e os agentes relacionados à execução e acompanhamento. Assim, ao se desvendar o desenho do Programa, é possível facilitar o monitoramento e avaliação da política em questão. Traz ainda benefícios aos implementadores e executores, pois ao traçar o caminho lógico de condução da intervenção, tem-se o delineamento claro da cadeia de sequenciamento do programa ou projeto, haja vista que os agentes podem realizar diferentes leituras sobre a forma pela qual o programa deve ser conduzido.

Observou-se que o arranjo institucional do programa é bem desenhado e possui boa articulação, de acordo com o proposto em sua teoria, porém conta com rupturas na comunicação a cada troca de gestão dos atores envolvidos no seu processo de implementação e avaliação. Analisando o arranjo institucional do PMM no nível local foi possível visualizar claramente as funções de cada ator no programa e, como suas competências convergem em um bom ou ruim funcionamento do PMM nos municípios. A partir dos relatos, ainda foi possível constatar o cumprimento de alguns pontos citados no modelo lógico, como os recursos para o eixo de provimento emergencial e as atividades no nível local, como a atividade de ensino-serviço, demonstrando o potencial do PMM em cumprir com seu impacto esperado a longo prazo.

Ademais, demonstrou-se a importância da questão da territorialidade para o PMM, visto que a troca de experiências e vivências dos médicos entre os municípios de uma determinada região de saúde, realizadas nos encontros de conselhos municipais ou conselhos regionais, mostra um potencial de melhorias na execução do Programa no nível local, implicando em benefícios também para a Atenção Básica de Saúde.

A partir das análises realizadas, percebeu-se que o PMM, por ser uma política de nível central, é implementado de acordo com sua teoria, dado que os municípios não possuem autonomia para modificar o processo de implementação, somente podendo organizar sua relação com o médico durante o processo. Foi identificado também que a falta de comunicação é um desafio a ser trabalhado em relação à implementação do PMM, que a longo prazo pode inviabilizar sua continuidade nos municípios dependentes. Logo, mesmo com suas limitações e fragilidades, vem alcançando bons resultados, porém ainda deve percorrer um longo caminho para conseguir cumprir suas metas.

Esse trabalho traz um avanço nos estudos de implementação de políticas públicas e na análise de arranjos institucionais no nível local, dado que são temas pouco explorados na literatura atual. Uma outra abordagem para pesquisas futuras seria a análise do PMM, considerando a ótica dos usuários do Programa e seu nível de percepção e satisfação em relação ao mesmo.

Referências

- ALMEIDA, E. R. de *et al.* Projeto Mais Médicos Para O Brasil: a Experiência Pioneira Do Apoio Institucional No Ministério Da Educação. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 49, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i4.1758>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: [s.n.], 1977.
- 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. Brasília, DF. 2013a.
- BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369**. Ministério da Saúde e ministério da Educação. Brasília. 2013b.
- BRASIL. **Resolução nº2 de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o carater educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências**. Ministério da Saúde. Brasília. 2015.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília. 2017a.
- BRASIL. **Cartilha Programa Mais Médicos**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 38. 2017b.
- BRASIL. **Portaria nº8 de 5 de julho de 2019. Divulga a relação dos municípios com vagas remanescentes para a segunda fase da chamada pública do Edital SGTES/MS nº 11, de 10 de maio de 2019**. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2019.
- CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. **IPEA**, [S. l.], n. 6, p. 77, 2010.
- COMES, Y. *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>

CORYN, C. L. S. *et al.* A Systematic Review of Theory-Driven Evaluation Practice From 1990 to 2009. *[S. l.]*, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1098214010389321>

DARIAS, M. *et al.* Programa Más Médicos en el Estado de Pernambuco, a 4 años de implementación. Logros y desafíos. *[S. l.]*, 2018.

DAVIS, L. E. . N. D. C. . & S. C. **Institutional change and American economic growth.** [S.l.]: CUP Archive, 1971.

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**, *[S. l.]*, v. 21, n. c, p. 1241–1255, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0555>

EGRY, E. Y. *et al.* Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, *[S. l.]*, v. 43, n. spe2, p. 1181–1186, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600006>

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, *[S. l.]*, v. 5, n. 18, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v5n18.43841>

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** *[S. l.: s. n.]. E-book.* Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

FERLA, A. A. *et al.* Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: O caso do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, *[S. l.]*, v. 21, p. 1129–1141, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0337>

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. COMO ELABORAR MODELO LÓGICO DE PROGRAMA : *[S. l.]*, 2007.

FIANI, R. Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. **Texto para discussão**, *[S. l.]*, v. 1815, p. 1689–1699, 2013.

FLEXOR, G.; LEITE, S. P. Análise De Políticas Públicas: Breves Considerações Teórico- Metodológicas. *[S. l.]*, v. 1, p. 1–22, 2006.

FOUNDATION, W. K. K. W.K. Kellogg Foundation Logic Model Development Guide. *[S. l.]*, *[s. d.]*.

FREY, K. Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, *[S. l.]*, v. 18, n. Setembro, p. 38, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GOMIDE, A. de Á.; PIRES, R. R. C. **Capacidades Estatais e Democracia.** *[S. l.: s. n.]. E-book.*

IBGE. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, *[S. l.]*, v. 21, n. 9, p. 2785–2796, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, *[S. l.]*, v. 24, n. 57, p. 49–65, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987316245704>

- LOTTA, G. S.; GALVÃO, M.; FAVARETO, A. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: Intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2761–2772, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16042016>
- LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Novos Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. 171–194, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i2.409>
- LUCCHESI, P. T. R. (org) *et al.* Políticas públicas em Saúde Pública. [S. l.], p. 90, 2004.
- MACEDO, A. dos S. *et al.* O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cadernos EBAPE.BR**, [S. l.], v. 14, n. spe, p. 593–618, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395117188>
- MACEDO, A. dos S. *et al.* Programa Mais Médicos : análise lógica à luz da modelagem de políticas públicas. **Meta: Avaliação**, [S. l.], v. 11, n. 32, p. 406–437, 2019.
- MACEDO, A. dos S. **Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no Programa Mais Médicos**. 2019. - Universidade Federal de Viçosa, [s. l.], 2019.
- MACHADO; BAPTISTA; LIMA. **Políticas de saúde no Brasil, continuidades e mudanças**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- MACNAMARA, J.; LIKELY, F. Revisiting the disciplinary home of evaluation: New perspectives to inform PR evaluation standards. **Research Journal of the Institute for Public Relations**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 1–21, 2017.
- MARTINS, D. A. B. *et al.* Programa Mais Médicos no Brasil : análise de conjuntura More Doctors program in Brasil : conjuncture analysis. **Emancipação**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 1–15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.19.0011>
- MAY, T. **Pesquisa Social, Questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, v. 3, 2004.
- MOREIRA, A. de C. G. *et al.* Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico. **Comun. ciênc. saúde**, [S. l.], v. 28, n. 3–4, p. 291–302, 2017.
- MOTA, R. G. da; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2879–2888, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>
- OPAS, O. P.-A. da S. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica. [S. l.], p. 68, 2017.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. [S.l.]: Fiocruz, 2008.
- PEREIRA, E. de C. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI. **Dissertação. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente.**, [S. l.], p. 98, 2017.
- PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, p. 1181–1192, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>

PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: Avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, n. c, p. 1087–1101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>

PINTO, H. A. Reflexões Sobre As Contribuições Do Programa Mais Médicos Para a Implementação E Coordenação De Políticas Públicas. In: MELLO, J. *et al.* (org.). **Implementação De Políticas E Atuação De Gestores Públicos**. Brasília: IPEA, 2018. *E-book*.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. de A. Variações setoriais em arranjos de implementação de programas federais. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. 195–226, 2015. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21874/rsp.v66i2.523>

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. de Á. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, [S. l.], v. 24, n. 58, p. 121–143, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987316245806>

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)**, [S. l.], p. 1–119, 2016.

ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPÉ.BR**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 12, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512004000100006>

ROGERS, P. J. Theory-Based Evaluation: Reflections Ten Years On. [S. l.], n. 114, p. 63–81, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ev>

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, M. D. **Entendendo o SUS**. Ministério da Saúde. Brasília. 2007.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. [S. l.], v. XXXI, 2016.

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**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2899–2906, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>

SOUSA, D.; OLIVEIRA SILVA, R. J. O Programa Mais Médicos Na Perspectiva Dos Atores Sociais Responsáveis Por Sua Implantação E Dos Beneficiários No Município De Boqueirão, Pb. **REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 59, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18696/reunir.v5i3.354>

STEIN, G. de Q. Capacidades Estatais e Políticas Públicas: Análise das Políticas Industriais Brasileiras no Século XXI. **Anais 1 Seminário Internacional de Ciência Política**, [S. l.], p. 79–104, 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**, [S. l.], v. 10, n. 26, p. 1313, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2088>

WEISS, C. H. Theory-Based Evaluation: Past, Present, and Future. **NEW DIRECTIONS FOR EVALUATION**, no. 76, 1997.

WINSLOW, C. E. A. The untitled fields of public health. **Science**, v. v. 51, n. 1306, p. 23-50, Janeiro 1920.

ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**Resumo**

A atenção primária, também chamada de atenção básica, constitui-se no primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e, por ser considerada a porta de entrada para o acesso ao sistema de saúde pela população, vários programas foram sendo elaborados e aprimorados, a fim de garantir sua efetividade. Dentre esses programas, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, com o objetivo de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, prevendo ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de qualificar a formação desses profissionais. Considerando o contexto de criação e implementação do PMM, esse estudo teve como objetivo central, analisar os efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de Saúde, nos municípios de Minas Gerais. Para realizar o estudo, foram utilizados dados dos 418 municípios que aderiram ao PMM em seus dois primeiros anos, que foram pareados com os demais 435 municípios que não aderiram ao programa, com dados de 2012 e dos anos entre 2015 e 2018. Os municípios foram pareados através da técnica quase experimental *Propensity Score Matching* e, como resposta ao objetivo central do trabalho, obteve-se que, em seus anos iniciais e dentre os diversos indicadores testados, o PMM apresentou impacto positivo apenas na resolutividade (ICSAP) da atenção básica de saúde e na taxa de mortalidade infantil nos municípios de Minas Gerais que aderiram ao Programa nos anos após sua implementação.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Atenção Básica de Saúde; *Propensity Score Matching*.

1. Introdução

No Brasil, muito se tem discutido sobre o sistema de saúde, dado que este passou por mudanças nas últimas décadas, visando sua garantia e efetividade. O atual sistema público de saúde brasileiro foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), sob a denominação de Sistema Único de Saúde (SUS). A CF/88 determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. Determina, ainda, que o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal e igualitário (BRASIL, 1988).

Após a instituição do SUS, a Lei Federal nº 8.080, de 1990, estabeleceu que é diretriz do sistema a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, conferindo maior responsabilidade dos serviços para os municípios. Foram definidos

três níveis de atenção para a prestação da assistência à saúde, com os serviços classificados de acordo com o seu nível de complexidade (BRASIL, 1990).

A atenção básica ou primária, também chamada de assistência de baixa densidade tecnológica, deve ser prestada por todos os municípios. Nesse nível de atenção, o município é o principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde e, por conseguinte, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A atenção de média complexidade é oferecida pelas regiões de saúde, compostas por vários municípios contíguos. Já os serviços de média e alta complexidade são prestados nas regiões ampliadas de saúde, compostas por algumas regiões de saúde (ALMG, 2018).

A atenção primária constitui-se no primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, compondo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (BRASIL, 2019). Por ser considerada a porta de entrada para o acesso ao sistema de saúde pela população, foram elaboradas políticas públicas para garantir sua efetividade.

Dentre esses programas elaborados, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, com o objetivo de levar mais médicos para regiões onde há falta ou maior necessidade desses profissionais, além de qualificar a formação médica, prevendo, ainda, investimentos para construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013a).

O PMM foi lançado em um contexto de significativa escassez médica, com a crescente demanda nos serviços públicos, que não é proporcionalmente acompanhada pela quantidade anual de médicos formados, aliada a orçamentos municipais sobrecarregados e gastos crescentes com a força de trabalho da saúde (sobretudo com médicos). Por meio do reconhecimento da necessidade de investimentos federais na Atenção Primária em Saúde, além da mobilização de prefeitos e da população, exigindo ações do governo federal para combater a carência de médicos no país e suprimento das necessidades em saúde, foi justificada a implementação do PMM (RIBAS, 2016).

Instituído pela lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos consiste em uma iniciativa intersetorial, coordenada pelos Ministérios da Saúde e da Educação em nível nacional, e em nível estadual envolve as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições de ensino. O PMM possui três eixos fundamentais: a contratação emergencial de médicos (Projeto Mais Médicos para o Brasil); a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em diversas regiões do país, com a implantação de um novo

currículo, voltado para o atendimento mais humanizado e focado na valorização da Atenção Básica; e investimentos voltados à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013b).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) destaca que, apesar de o PMMB manter um contexto de implementação pautado pela realidade econômica, política e social do Brasil, ele comporta uma diversidade de experiências registradas em diferentes realidades, que dialogam com as políticas e ações nos níveis municipal, estadual e federal, inclusive internacionalmente. Compreender o conjunto e a diversidade das experiências produzidas no Brasil e em suas diferentes localidades, em suas particularidades e convergências, é um passo importante para vislumbrar sua expansão e consolidação no País (OPAS, 2017a).

Alguns trabalhos se propuseram a estudar sobre o Programa Mais Médicos e seu impacto na Atenção Básica de Saúde (ALENCAR *et al.*, 2016; CARRER *et al.*, 2016; COLLAR; NETO; FERLA, 2015; DA SILVA *et al.*, 2016; DE LIZ; LIMA, 2017; GIRARDI *et al.*, 2016; KEMPER, 2016; LAPA, 2018; MACEDO, 2019; MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016; OPAS, 2017b; PEREIRA; SANTOS, 2018; PINTO *et al.*, 2017; SANTOS, 2018). Estes autores estudaram os impactos do PMM em diversos indicadores da atenção básica de saúde no contexto nacional ou em regiões do país.

Os resultados obtidos pelos estudos supracitados demonstraram que o impacto do programa é diferente de acordo com a região e os indicadores abordados, mostrando a necessidade de se estudar regiões específicas e entender os resultados do PMM nesses locais. Considerando que ainda não foram encontrados trabalhos que avaliaram os resultados do PMM em relação ao acesso da Atenção Básica no estado de Minas Gerais, este estudo se propôs a realizar tal pesquisa.

A partir do exposto, o presente trabalho levanta a seguinte questão: quais foram os efeitos da implementação do eixo de provimento emergencial do Programa Mais Médicos, na Atenção Básica de Saúde, no estado de Minas Gerais? Assim, esse estudo possui como objetivo central, analisar os efeitos do eixo de provimento emergencial do Programa Mais Médicos nos indicadores da Atenção Básica de Saúde, nos municípios de Minas Gerais, após dois anos da implementação do programa (2015) e compará-los com resultados mais recentes, até o ano de 2018.

Por conseguinte, este trabalho visa contribuir com a Administração Pública, além da melhoria do PMM no estado de Minas Gerais, por meio de um olhar estatístico, para retratar quais indicadores da Atenção Básica de Saúde vêm sendo impactados de forma positiva pelo

PMM, mostrando ainda possíveis pontos de aperfeiçoamento, com os indicadores que não mostraram diferença significativa após a implementação do Programa.

2. Revisão Bibliográfica

Sistema Público de Saúde e a implementação do Programa Mais Médicos

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi responsável por impulsionar e formalizar o processo de descentralização, ampliando a autonomia administrativa, política e financeira dos municípios, uma vez que estes passaram a ser tratados e reconhecidos como entes federativos (ROCHA, 2004). Esse novo status ampliou prerrogativas políticas e administrativas locais, promoveu maior taxa própria e aumento nas transferências constitucionais da União e dos estados para os municípios, possibilitando maior receita fiscal para estes entes. Ao mesmo tempo, a municipalização de serviços conferiu-lhes maior responsabilidade na promoção do desenvolvimento econômico local e de bens públicos (FALLETI 2010; MARENCO *et al.*, 2017).

Uma dessas novas responsabilidades adquiridas pelos municípios foi a de promover a saúde, sendo que, de acordo com a CF/88, o financiamento das ações e serviços de saúde passou a ser responsabilidade das três esferas de governo (CARDOSO, 2014). A legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de transferência de recursos federais para os governos subnacionais, estabelecendo que os recursos sejam transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Municipais (FMS), observando-se critérios como: perfil demográfico e epidemiológico da população, características da rede de serviços de saúde, desempenho no período anterior, níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais, previsão de investimentos e ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo, com ênfase na definição de montantes per capita. A legislação ainda preconizou que os recursos transferidos sejam destinados a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial, hospitalar e demais ações e serviços de saúde (LIMA, 2007).

Essas transferências de recursos para os municípios foram concebidas inicialmente para possibilitar aos gestores municipais o uso planejado do recurso. Porém, os recursos federais ganharam vinculação, ou seja, possuem destinação (CARDOSO, 2014), sendo que os diferentes tipos de transferência federal estão sujeitos às regras previstas na legislação da saúde – existência de Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Fundo de Saúde - e nas portarias ministeriais específicas – habilitação nas condições de gestão previstas nas Normas Operacionais (NO),

certificação nos programas de atenção básica, cumprimento dos requisitos para o recebimento dos recursos, informação da produção, entre outros (LIMA, 2007).

A atenção básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (ALMG, 2018). Esse primeiro nível de atenção tem a Saúde da Família como estratégia prioritária, que incorpora princípios do SUS e alguns dos seus pressupostos, como o acesso no primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e a orientação da família e das comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008)

A AB tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde qualificados e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território delimitado, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada (ALMG, 2018). Entretanto, existem alguns obstáculos que afetam a sua efetividade, como a baixa capacidade gestora dos municípios, falta de vínculo dos profissionais, incipiente definição de redes regionalizadas de atenção à saúde e baixa oferta de cuidado continuado e coordenado (FERTONANI *et al.*, 2015; HEIMANN *et al.*, 2011)

Dentre as dificuldades enfrentadas pela AB no Brasil, o provimento e a fixação de médicos repercutem no acesso e na qualidade dos serviços, gerando uma insatisfação dos usuários com o SUS, o que remete à necessidade de prover esses profissionais para AB e articular mecanismos para sua fixação nos serviços, além de propor mudanças no modelo de atenção e cuidado à saúde e na formação médica (CARVALHO; SOUSA, 2013; RIBAS, 2016).

Com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, resultantes da determinação social da saúde como escolaridade e renda, as condições de habitação, acesso à terra, à água e ao saneamento, à segurança alimentar e nutricional, os conflitos interculturais e preconceitos, entre outros (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016), o Ministério da Saúde (MS) desencadeou iniciativas como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), em 2011, que consistia em uma estratégia de aprimoramento das ações e dos serviços de saúde em áreas de difícil acesso e provimento com populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Ainda nesse cenário, no sentido de combater as desigualdades relacionadas ao acesso à Atenção Primária, foi instituído, pela lei N° 12.871, de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM). No Brasil, o Programa Mais Médicos é a maior iniciativa implementada para combater a escassez de médicos. Tem sido concebido como uma política ampla e complexa, com estratégias múltiplas, desde a inserção do médico nas equipes de atenção básica, como

ações voltadas para formação e estruturação dos serviços. O PMM tem como um dos objetivos suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades.

O Programa é composto por três eixos: o primeiro prevê a melhoria da infraestrutura nos serviços de saúde. O segundo se refere ao provimento emergencial de médicos, tanto brasileiros (formados dentro ou fora do país), quanto estrangeiros. O terceiro eixo é direcionado à ampliação de vagas nos cursos de medicina e nas residências médicas, com mudanças nos currículos de formação, para melhorar a qualidade da atenção à saúde (OPAS, 2017a). Em seu primeiro artigo (BRASIL, 2013c, p. 1) são apontados os objetivos do PMM, os quais são:

1. Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
2. Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
3. Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
4. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
5. 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;
6. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
7. Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
8. Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O PMM contempla ainda uma série de medidas para fortalecimento e consolidação da Atenção Primária. Este previu, além de recursos humanos, investimentos para 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).

Como parte do programa, foi também criado o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com objetivo de provimento emergencial destes profissionais em áreas vulneráveis. Na ocasião de lançamento do PMMB, as áreas com populações pobres e em situação de vulnerabilidade contavam com ausência de médicos ou número insuficiente para suas demandas. Com a implantação do Programa, a partir de 2013, foi significativo o aumento da oferta de médicos em municípios que aderiram a ele, chegando a 11,6%, bem diferente dos municípios que não aderiram, cujo crescimento ficou em torno de 2,9% (BRASIL, 2019; OPAS, 2017a)

Todos os municípios brasileiros poderiam/podem participar do PMM; no entanto, não é permitido substituir os médicos já atuantes na Atenção Básica. Os critérios de prioridade para ocupação das vagas, de acordo com os documentos do programa, são: municípios com

percentual de população em extrema pobreza igual ou superior a 20%, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo/muito baixo, e integrante de regiões prioritárias; regiões de alta vulnerabilidade de capitais, regiões metropolitanas e grupo de municípios populosos, mas com baixa arrecadação; e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2013a; SILVA; CECÍLIO, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), o PMM proporciona um número maior de consultas a médicos preparados para cuidar de toda a família e com capacidade de resolver 80% dos problemas que levam as pessoas a procurar atendimento. Com isso, o PMM garante mais acompanhamento de pré-natal, de pacientes com doenças crônicas e problemas relacionados à saúde mental, da saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, traz mais garantia de cuidado imediato em situações de pequenas urgências, entre outros. O Programa ainda propicia cuidado personalizado e humanizado perto de casa por um médico e uma equipe que se vincula ao paciente e sua família resolvendo problemas de saúde e evitando que as pessoas precisem de atendimento nas emergências, hospitais e consultas com especialista (BRASIL, 2019).

No ano de 2016, o PMMB foi considerado uma das boas práticas relevantes para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aprovados na Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável. O programa foi citado entre as iniciativas consideradas como exemplos de boas práticas, que contemplam o terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável – saúde de qualidade –, e consiste em assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar geral, em todas as idades. Segundo a publicação da ONU (2016), o PMMB é replicável e potencialmente benéfico em qualquer país que decida adotá-lo. A Organização das Nações Unidas ainda destaca que o Brasil fez um substancial investimento econômico para realizar o projeto e que os benefícios em longo prazo tendem a superar esses investimentos (ONU, 2016).

De acordo com a OPAS (2017a), a peculiaridade do programa de provimento médico no Brasil é dada, entre outras características, pelas suas dimensões quantitativas – mais de 18.000 profissionais incorporados ao sistema de saúde nacional – e pela abrangência territorial, atingindo todas as regiões do País, em uma imensa pluralidade de condições socioeconômicas que produziu mudanças em contextos bastante diversos. Essa diversidade de experiências tornam o PMMB uma rica fonte de reflexões sobre os avanços e desafios desta política pública e o seu potencial de transformar as práticas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) e consolidar seus atributos.

O Programa Mais Médicos no contexto da avaliação de Políticas Públicas

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Em outras palavras, ela é estabelecida com o intuito de tratar ou resolver um problema entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2010). Costa (1998) define uma política pública como o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas ou que respondam a demandas de grupos de interesses. Logo, para saber se uma política está cumprindo com seus objetivos e mostrando resultados, deve ser realizada uma avaliação da mesma.

A fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública. Nessa fase, apreciam-se os programas já implementados no tocante a seus impactos efetivos. Trata-se de indagar os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações futuras (FREY, 2000). A avaliação se destina ao julgamento dos procedimentos e dos resultados obtidos, tendo em vista indicar mudanças necessárias nos planos e na sua execução. Em termos instrumentais, a avaliação de políticas relaciona-se com a implementação da política ou programa, visando obter um fluxo contínuo de informações para monitorar a execução do programa, ou seja, constatar o processo de construção do esperado, em termos de volume e qualidade, sempre procurando averiguar os impactos. A avaliação julga, valoriza, informa, interpreta e identifica os dados a serem alterados na ação das políticas e programas sociais públicos (FAGUNDES; DE MOURA, 2009).

Fagundes e Moura (2009) relatam que a avaliação é atribuição de mérito ou julgamento sobre o grau de eficiência, eficácia e efetividade de políticas e programas sociais. Por avaliação de eficácia, entende-se avaliar a relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa. Nesta análise são estudados não apenas os efeitos diretos, resultantes da intervenção, mas também seus efeitos indiretos, sejam eles relacionados à intencionalidade da ação, ou sejam eles efeitos contraditórios em relação ao intento da ação. Assim, em uma avaliação, a compreensão desses aspectos deve estar sempre presente, para que não se analise a intervenção em si, esquecendo suas determinações. É importante ressaltar que não é só a intervenção programada, nem o cotidiano previsto e conhecido que irão determinar o desenvolvimento e os resultados da ação; existem eventos não previstos que influenciam substancialmente os resultados de uma ação programada. Nessa modalidade de avaliação, mais importante do que contar com as melhores técnicas de medida, é o aperfeiçoamento dos procedimentos para

análise dos efeitos da ação sobre o processo no qual intervém, ou seja, a conexão entre ação e produto (FAGUNDES; DE MOURA, 2009).

Já a análise dos efeitos visa a eficácia da intervenção e tem por objeto a relação de causalidade entre as atividades e os efeitos e, para tal, deve-se responder às seguintes perguntas: Que efeitos medir? Os efeitos observados são atribuídos à intervenção ou a outros fatores? Nesta análise, é importante tanto a abordagem qualitativa, quanto a quantitativa. Os efeitos produzidos por uma intervenção podem ser positivos, negativos ou nulos (efeitos possíveis), e devem ser considerados na mesma, pois quando se mede para além dos efeitos positivos, se obtém uma imagem válida dos efeitos e, além disso, é relevante considerar a experiência dos atores e participantes, e não somente os textos publicados devido a uma sub-representação dos efeitos nulos ou indesejáveis (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

A eficiência de uma política ou programa social estabelece a correlação entre os efeitos dos programas e os esforços empreendidos para obtê-los. Traz como referência o montante dos recursos envolvidos, buscando aferir a otimização ou desperdício dos insumos utilizados na obtenção dos resultados. A avaliação da eficiência incide diretamente sobre a ação desenvolvida. Tem por objetivo reestruturar a ação para obter, ao menor custo e ao menor esforço, melhores resultados (FAGUNDES; DE MOURA, 2009).

A avaliação da efetividade questiona a proposta, os objetivos e a ação desenvolvida, não em termos de sua capacidade de execução, mas em termos de sua capacidade de dar respostas adequadas ao desafio posto pela realidade por inteiro, no limite do âmbito da intervenção da ação planejada. Nesse tipo de avaliação de políticas ou programas, a maior dificuldade consiste em estabelecer o grau de efetividade em uma perspectiva comparativa entre o antes (*ex-ante*) e o depois (*pós-facto*), como também em demonstrar que os resultados encontrados estão relacionados aos produtos ou serviços oferecidos. Nessa perspectiva, pretende-se avaliar o sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições prévias de vida da população atingida pelo programa ou política. É importante destacar que esse tipo de avaliação deveria ser aplicado continuamente nos programas e políticas públicas, considerando que seu objetivo é de avaliar realmente o impacto e os resultados obtidos na implantação e implementação das ações de Governo (FAGUNDES; DE MOURA, 2009).

Ao avaliar uma política ou um programa social específico, deve-se ter claro que as condições para a avaliação já devem estar presentes desde o processo de formulação da referida política. Isto porque são necessárias informações sobre as condições dos grupos (ou regiões, ou instituições, ou qualquer outra unidade de análise) antes de a política ter sido implantada e depois de sua implantação. Estes dois momentos no tempo (o antes e o depois) são essenciais,

pois, sem eles não tem como identificar possíveis mudanças que possam ter ocorrido em função daquela intervenção (RAMOS, 2009).

Outro pré-requisito crucial em desenhos de avaliação diz respeito à necessidade de um grupo comparativo, o que recebe o tratamento (que foi atingido pela política pública) e um grupo de controle (aquele que não recebe ou não foi atingido pela política pública). Idealmente, o mais correto seria poder comparar o mesmo grupo (ou sujeitos, instituições, regiões) fazendo parte de uma política social e ele mesmo sem ter feito parte. Isto é, o ideal seria ter na pesquisa o sujeito atingido e seu clone exato. Todavia, como isso não é possível, um dos pontos mais delicados do desenho de avaliação diz respeito à tentativa de encontrar o grupo comparativo ou, como se chama na literatura sobre avaliação, o *contrafactual*. Especificamente, quando se busca verificar o impacto de uma política/programa social, há uma abordagem relacionando causa e efeito (RAMOS, 2009).

Os trabalhos que avaliaram os efeitos do Programa Mais Médicos na atenção básica de saúde, utilizaram-se de métodos quase experimentais, como o *Propensity Score Matching* e Diferenças em Diferenças. Alguns deles obtiveram como resultado o impacto do PMM na redução das internações por condições sensíveis a atenção primária - ICSAP, com efeitos maiores para os municípios mais pobres e situados nas regiões Norte e Nordeste do país, em 6%, a partir do segundo ano da intervenção do PMM (FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018). Macedo (2019) indicou que a implementação do PMM implicou em um incremento na taxa de médicos da atenção básica de saúde e também na possibilidade de aumento da cobertura das equipes de saúde da família em 25,6%.

A depender das variáveis utilizadas nos modelos construídos pelos autores e também das regiões estudadas, os estudos mostram diferentes efeitos do PMM nos indicadores da atenção básica. Mazetto (2018) demonstrou efeito do PMM na ampliação do atendimento à população, com mais consultas, encaminhamentos, exames e visitas domiciliares. Por outro lado, os resultados do estudo conduzido por Santos (2018) não identificaram efeitos do PMM sobre o número de consultas médicas realizadas, consultas pré-natais e nos indicadores de mortalidade (neonatal e a neonatal tardia). Carrillo e Feres (2017), por meio do método diferença em diferença, identificaram incremento de médicos de 17% nos municípios tratados, o que refletiu na ampliação de consultas médicas em 4,3% e atendimento pré-natal em 10%.

3. Procedimentos Metodológicos

Área de estudo e dados utilizados

Para atender ao objetivo do presente trabalho, que consiste em analisar os efeitos do eixo de provimento emergencial do Programa Mais Médicos nos indicadores da Atenção Básica de Saúde, nos municípios de Minas Gerais, utilizou-se um método quantitativo com uma abordagem quase experimental. A abordagem quase-experimental, como é o caso do método utilizado neste estudo, compara os resultados de uma intervenção com uma simulação do que os resultados teriam sido, caso não houvesse nenhuma intervenção, contornando o problema da omissão de dados (KHANDKER; GAYATRI; HUSSAIN, 2010).

Como área de abrangência, este estudo tomou como base o estado de Minas Gerais que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), possui 853 municípios, representando o maior número entre os estados brasileiros, onde percebem-se diversas disparidades socioeconômicas entre as diferentes regiões de seu território.

A escolha do estado de Minas Gerais se justifica pela capacidade deste de retratar a diversidade de realidades, entre elas, as condições para a implementação de políticas públicas, em especial do Programa Mais Médicos, identificado assim, municípios que aderiram a política pública e aqueles que optaram por não fazer parte do Programa. Conforme o Banco Nacional do Desenvolvimento - BNDES (2000), citado por Delgado e Machado (2007), o estado é reconhecido como um caso ilustrativo das desigualdades sócio regionais presentes no Brasil, permitindo extrapolações e futura aplicação ao caso brasileiro. Além disso, a escolha do estado se deve a este fazer parte dos quatro estados pioneiros na adoção e recebimento do apoio institucional do PMM (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Para a análise, foram utilizados dados secundários do período anterior a implementação do PMM (2012) e do período posterior a implementação do Programa (2015 a 2018). Foi considerado este período pela disponibilidade e diversidade de dados correspondentes ao PMM e a Atenção Básica, considerando dois anos antes e dois anos após a criação do Programa, para então, compará-los com os dados mais recentes disponíveis (2018).

Para seleção das variáveis de análise, foi consultada a literatura sobre o PMM e a atenção básica de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) divide os indicadores para se avaliar a saúde em três grupos de acordo com a finalidade. No primeiro grupo estão as variáveis que tentam traduzir a saúde (ou sua falta) em determinada população como, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil. O segundo se refere às condições do meio e que têm influência sobre a saúde, como o saneamento básico e condições econômicas. E o terceiro, busca medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde: número de unidades básicas de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas realizadas (LAURENTI *et al.*, 1984; SANTOS, 2018).

Para analisar o efeito do PMM no acesso à AB, foram consideradas as variáveis de número de consultas, atendimentos e visitas domiciliares, como proposto na descrição do PMM (BRASIL, 2019). O indicador relativo às internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), é utilizado para medir a proporção das internações que seriam evitadas caso a atenção básica tivesse maior resolutividade (DEMAS, 2015).

Estratégia empírica

A abordagem quase-experimental requer uma comparação antes e depois de uma amostra que recebeu um tratamento específico (adesão ao PMM) e uma amostra idêntica (ou o mais próximo possível) que não recebeu o tratamento. A vantagem em usar os métodos quase-experimentais está em reduzir os vieses de seleção que possam ocorrer, uma vez que se comparam indivíduos semelhantes quanto a determinadas características (KHANDKER; GAYATRI; HUSSAIN, 2010).

Para fins deste estudo, foram identificados um grupo tratamento e um controle. Ao grupo “Tratamento” pertencem os municípios que aderiram ao PMM e ao grupo “Controle” pertencem os municípios que optaram por não aderir ao Programa. O impacto foi medido nas variáveis referentes à atenção básica de saúde (Quadro 4).

Ao utilizar metodologias de avaliação de tratamento, podem ocorrer três tipos de vieses: os provenientes da distribuição de características observáveis, os da ausência de suporte comum e o viés de seleção por características não observáveis (HECKMAN *et al.*, 1998). Portanto, na tentativa de controlar os vieses que poderiam surgir ao estimar o impacto médio da implementação do PMM na Atenção Básica de Saúde nos municípios mineiros, utilizou-se o Pareamento por Escore de Propensão (*Propensity Score Matching* - PSM) combinado com Diferenças-em-Diferenças (DD). O PSM permite parear os municípios controles com os municípios tratados, conforme características observáveis similares no período anterior ao tratamento (ano base). Com a sub amostra de não tratados selecionada pelo PSM, pode-se então estimar o efeito médio do tratamento sobre os tratados através do DD (BECKER; ICHINO, 2002).

No método PSM, o pareamento é feito controlando-se pelas covariáveis, usando uma função particular delas, especificamente a probabilidade condicional de tratamento, ou seja, faz-se o pareamento sobre o escore de propensão, que pode ser calculado por uma regressão *logit* ou *probit*.

Neste estudo, o status de tratamento do município é representado por uma variável *dummy* (T) que possui valor “1” se o mesmo aderiu ao PMM (Tratamento), e valor “0”, caso

não tenha aderido (Controle). Ainda, representa-se por Y_i^1 o valor das variáveis de resultado para o município i , caso ele esteja sujeito ao Tratamento, e Y_i^0 o valor das mesmas variáveis, caso este município pertença ao grupo controle. O impacto médio do tratamento sobre os municípios “tratados” (ATT) é dado por:

$$ATT = E[Y_i^1 - Y_i^0 | T_i = 1] = E(Y_i^1 | T_i = 1) - E(Y_i^0 | T_i = 1) \quad (1)$$

Na literatura de avaliação, $E[Y_i^1 - Y_i^0 | T_i = 1]$ é chamado de efeito do tratamento ou efeito médio do tratamento sobre o tratado (*average treatment effect on treated* – ATT). Porém, o resultado contrafactual de um município sob tratamento (que aderiu ao PMM) $E(Y_i^0 | T_i = 1)$ (2) não pode ser observado, uma vez que um município só pode ser considerado como pertencendo ao grupo tratado ou controle em um ponto específico do tempo, ou seja, não é possível que o município possua o PMM e não o possua ao mesmo tempo. Consequentemente, devem-se impor algumas hipóteses em (1) para que o ATT possa ser estimado. Uma forma é substituir o resultado esperado do município que participou do tratamento (tem PMM) se ele não tivesse participado (2) pelo resultado esperado dos municípios que de fato não participaram (não tem PMM) $E(Y_i^0 | T_i = 0)$ (3).

Entretanto, como a escolha dos municípios tratados não foi conduzida aleatoriamente, dado que os normativos do PMM estabelecem critérios alocativos de prioridade no recebimento da política e o PMM depende da vontade manifesta dos entes municipais e dos médicos em realizar a adesão a partir de chamamentos públicos, não se pode assumir que substituindo (2) por (3) tem-se uma estimativa não viesada, pois é improvável que $E(Y_i^0 | T_i = 1) = E(Y_i^0 | T_i = 0)$. Tal improbabilidade deve-se à existência de viés, que surge devido a diferenças nas características observáveis e a diferenças nos atributos não-observáveis entre os grupos. Ao considerar as características observáveis do processo de seleção, pode-se reescrever a equação (1) como:

$$ATT = E[Y_i^1 - Y_i^0 | T_i = 1, X] = E(Y_i^1 | T_i = 1, X) - E(Y_i^0 | T_i = 0, X) \quad (4)$$

Em que X representa o vetor das características observáveis que, no caso deste estudo, são: a proporção de famílias contempladas com o Programa Bolsa Família (PBF), o PIB per capita, a taxa de urbanização, a taxa de distorção idade-série e a taxa de planos privados de saúde dos municípios.

Rosenbaum e Rubin (1983), definem o escore de propensão $P(x)$ como a probabilidade condicional de um município receber o tratamento (aderir ao PMM), dadas suas características

observáveis X. Isto é, $P(X)$ = Probabilidade ($T=1|X$). Os autores mostram que na expressão (4), X pode ser substituído por $P(X)$, assim:

$$ATT = E[Y_i^1 - Y_i^0 | T_i = 1, P(X)] = E(Y_i^1 | T_i = 1, P(X)) - E(Y_i^0 | T_i = 0, P(X)) \quad (5)$$

A utilização do escore de propensão baseia-se em duas hipóteses principais: balanceamento das características observáveis e existência de um suporte comum. Devido ao fato da estimativa do escore de propensão não ser suficiente para estimar o efeito médio do tratamento, vários métodos são propostos para lidar com este problema, como é o caso dos métodos de pareamento por vizinhos mais próximos, por estratificação, por raio e o pareamento por Kernel (BECKER; ICHINO, 2002).

O método do vizinho mais próximo consiste em pegar cada unidade tratada e procurar a unidade de controle com o escore de propensão mais próximo, ou seja, o vizinho mais próximo. Depois que cada unidade tratada é correspondida com uma unidade de controle, é calculada a diferença entre o resultado das unidades tratadas e o resultado das unidades de controle correspondentes. O ATT de interesse é obtido pela média dessas diferenças (BECKER; ICHINO, 2002).

O método de estratificação consiste em dividir o intervalo de variação do escore de propensão em intervalos tais que, dentro de cada intervalo tratado, as unidades de controle têm em média o mesmo escore de propensão. No método Radial, cada unidade tratada é pareada apenas com as unidades de controle cujo escore de propensão cai em uma vizinhança predefinida do escore de propensão da unidade tratada. Com o pareamento Kernel, todos os tratados são combinados com uma média ponderada de todos os controles com pesos inversamente proporcionais à distância entre o escores de propensão de tratados e controles (BECKER; ICHINO, 2002).

Diante do exposto, as variáveis utilizadas para responder a este objetivo estão organizadas no Quadro 4.

Quadro 4- Variáveis utilizadas no modelo.

Variáveis	Descrição	Cálculo	Fonte	Literatura
Atenção Básica de Saúde – Variáveis de resultado				
Taxa de Consultas	Média de consultas médicas realizadas por residente cadastrado da área de abrangência da equipe em determinado período.	(Número total de consultas médicas, em determinado local e período/População residente cadastrada no mesmo local e período) x 100	Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB	(LAPA, 2018; LIMA <i>et al.</i> , 2016; MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)

Taxa de ESF	Mede a capacidade de cobertura populacional das equipes de saúde do município.	$(n^{\circ} \text{ de ESF} \times 3450 \text{ habitantes} / \text{População do município no mesmo local e período}) \times 100$	Elaborado a partir de CNES e IBGE	(LAPA, 2018; MACEDO, 2019; MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)
TxMed_AB Taxa de médicos da AB	Indica a quantidade de médicos (da ESF, Médico de família e comunidade, Médico Pediatra) que atuam diretamente no SUS em relação a população com maior prioridade de cobertura de atenção básica.	$(n^{\circ} \text{ de médicos da AB} / \text{População do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica no mesmo local e período}) \times 3450 \text{ habitantes}$	Elaborado a partir de CNES; IBGE; SIAB/ANS/MS	(CARRILLO; FERES, 2017; LAPA, 2018; MACEDO, 2019; MAZETTO, 2018)
TxAt_Diabt Taxa de atendimento diabetes	número médio de atendimentos para a população com diabetes mellitus, residente em determinado local e período.	$(\text{Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes, em determinado local e período} / \text{Número de pessoas com diabetes cadastradas no mesmo local e período}) \times 100$	SIAB	(MAZETTO, 2018; SILVA <i>et al.</i> , 2016)
TxAt_PrevCit Taxa de atendimento preventivo	Atendimento preventivo (coleta de Papanicolau): atendimentos médicos e de enfermagem em residentes no município.	$(n^{\circ} \text{ de atendimento preventivo} / \text{População feminina cadastrada na faixa etária dos 15 aos 59 anos no mesmo local e período}) \times 100$	SIAB	(CARRILLO; FERES, 2017; MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018; SILVA <i>et al.</i> , 2016)
TxAt_Grupo Taxa de atendimento	Atendimento em grupo: número de atendimentos em grupo para desenvolvimento de atividades de educação em saúde.	$(n^{\circ} \text{ de atendimento em grupo} / \text{População do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica no mesmo local e período}) \times 3450 \text{ habitantes}$	SIAB	(MAZETTO, 2018)
TxAt_HipA Taxa de atendimento hipertensão arterial	Atendimento hipertensão arterial: atendimentos médicos e de enfermagem em residentes no município.	$(n^{\circ} \text{ de atendimentos médicos e de enfermeiro para hipertensos, em determinado local e período} / n^{\circ} \text{ de hipertensos cadastrados no mesmo local e período}) \times 100$	SIAB	(MAZETTO, 2018; SILVA <i>et al.</i> , 2016)
TxAt_Prenatal Taxa de Atendimento Pré-natal	Atendimento de pré-natal: atendimentos médicos e de enfermagem em residentes no município nas doenças e condições cujo acompanhamento deve se dar de forma sistemática.	$(n^{\circ} \text{ de atendimento de pré-natal} / n^{\circ} \text{ de gestantes acompanhadas}) \times 100$	SIAB	(CARRILLO; FERES, 2017; MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)
Taxa de Visitas médicas	Visita realizada por médico: número de visitas domiciliares realizadas pelo profissional médico.	$(n^{\circ} \text{ de vistas médicas realizadas} / \text{população do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica no mesmo local e período}) \times 3450$	SIAB	(CARRILLO; FERES, 2017; LAPA, 2018; SANTOS, 2018)
TMI	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	$(n^{\circ} \text{ de óbitos de menores de um ano de idade} / n^{\circ} \text{ de nascidos vivos de mães residentes}) \times 1.000$	Elaborado a partir de SIM e SINASC	(CARRILLO; FERES, 2017; LAPA, 2018; MACEDO, 2019; MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)

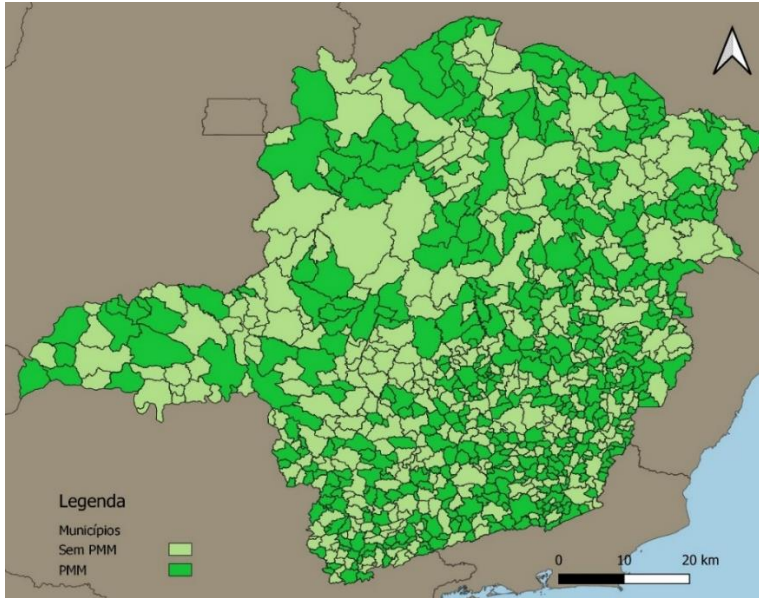
ICSAP	Razão entre o número de internações hospitalares por condições sensíveis a APS, excluídos as internações de longa permanência, e o número total de internações hospitalares, excluídas as internações de longa permanência e partos.	n° de internações hospitalares por condições sensíveis a AB, excluídas as internações de longa permanência/ n° total de internações hospitalares, excluídas as internações de longa permanência e partos) x 100	IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social	(LAPA, 2018; MACEDO, 2019; MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)
Fatores Socioeconômicos – Variáveis de controle				
Txbpbf- Taxa de beneficiários do Programa Bolsa Família	Indica a proporção de famílias contempladas com o Programa Bolsa Família (PBF)	(n° de beneficiários do PBF / população no mesmo local e período) x 1000 habitantes	IMRS	(CARRILLO; FERES, 2017; LAPA, 2018; MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)
Proporção da população coberta PS	Razão entre a população beneficiária de planos privados de saúde e a população total do município, em percentual.	(usuários de plano de saúde/população no mesmo local e período) x 100	IMRS	(MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)
Taxa de urbanização	Razão entre o número total de pessoas residentes na área urbana do município e a sua população residente total.	N° total de pessoas residentes na área urbana do município/ população residente total.	IMRS	(MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)
Taxa distorção idade série	indicador educacional que permite acompanhar o percentual de alunos, em cada série, que têm idade acima da esperada para o ano em que estão matriculados.	total de matrículas de pessoas que estão cursando determinada série em idade superior à considerada ideal/ total de matrículas na série em questão	IMRS	(MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)
Ln PIB per capita	Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Logaritmo neperiano do PIB per capita	IBGE	(MAZETTO, 2018; SANTOS, 2018)

Fonte: Elaborado pela autora.

4. Resultados e Discussão

Para verificar o possível impacto do PMM na atenção básica de saúde, foi realizada uma avaliação quase-experimental, antes e depois da implementação do Programa Mais Médicos nos 853 municípios de Minas Gerais. Na Figura 6 abaixo, é possível observar o nível de adesão dos municípios mineiros ao PMM, em seus anos iniciais.

Figura 6 - Programa Mais Médicos, em seus anos iniciais, nos municípios de Minas Gerais.



Fonte: Elaborada pela autora com Qgis.

A cor verde escura do mapa representa os municípios - um total de 418 - que aderiram ao PMM nos seus primeiros anos e permaneceram no programa até o ano de 2015, tendo sofrido a intervenção da política pública por, pelo menos, dois anos, compondo o grupo de tratados. Os municípios em verde claro representam os municípios – um total de 435- que, ou não eram elegíveis ao PMM ou optaram pela não adesão ao Programa, fazendo parte do grupo controle.

Após testar outras variáveis sócio econômicas para o escore de propensão, foram utilizadas a Taxa de beneficiários do Programa Bolsa Família e o PIB per capita do ano base (2012), além da Taxa de distorção idade-série, que se mostraram significativos no modelo. Em seguida, foram calculadas as diferenças das variáveis de resultado, dos anos de pós adesão ao PMM (2015 a 2018) em relação ao ano anterior ao PMM (2012). O resultado das diferenças e as variáveis utilizadas para avaliar o impacto são descritas na Tabela 1 e no apêndice A.

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis de resultado utilizadas no modelo PSM.

Variáveis de resultado	Mínimo			Máximo			Média			Desvio padrão		
	2012	2015	Dif	2012	2015	Dif	2012	2015	Dif	2012	2015	Dif
TxMedAB	0,00	0,00	-5,64	11,41	12,55	5,02	2,09	2,32	0,23	1,52	1,53	1,11
TxESF	0,00	0,00	-46,22	100,00	100,00	100,00	88,51	92,11	3,59	19,17	15,69	10,89
TxAtPrevCit	0,00	0,00	-32268,43	32275,00	8433,83	8417,01	60,21	30,69	-34,87	1117,03	326,48	1142,27
TxVis_med	0,00	0,00	-3519,30	5072,62	4444,18	4021,36	220,37	172,73	-47,59	368,07	268,45	316,90
ICSAP	2,00	3,45	-45,57	65,01	61,30	19,50	24,41	21,28	-3,13	10,77	9,76	6,72
TxAtDiabt	0,00	0,00	-289,25	391,28	15993,13	15959,43	40,29	59,37	14,98	32,51	569,14	547,69
TxAtGrupo	0,00	0,00	-13717,08	13879,60	111562,33	111496,18	147,63	263,89	116,12	598,24	3839,98	3872,52
TxAtHipA	0,00	0,00	-1910,98	1956,92	4656,87	4626,26	30,18	34,10	1,64	81,92	172,03	183,15

TxAtPrenatal	0,00	0,00	-1750,00	2675,00	19126,70	18981,90	86,50	125,19	29,84	107,52	683,69	656,02
TxConsul	9,80	0,00	-12552,37	12552,37	1488500,00	1488374,68	177,49	2371,64	1694,23	485,61	57415,00	50965,85
TMI	3,66	2,83	-66,67	78,95	133,33	133,33	20,27	19,05	-1,83	12,74	14,62	20,17

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados encontrados.

Ao observar os dados, é possível perceber que houve uma diferença média na taxa de médicos da Atenção Básica de Saúde no estado de Minas Gerais de 0,23, demonstrando que, mesmo com os esforços realizados para aumento no número de médicos, após a implementação do PMM, ainda houveram municípios no estado que tiveram menos médicos em 2015 do que em 2012, com uma diferença mínima de -5,64%. É possível dizer o mesmo em relação à cobertura das equipes de saúde da família, já que em alguns municípios houve uma considerável diferença negativa entre os anos 2012 e 2015 (-46,22) demonstrando que, em algumas localidades, a cobertura das ESF diminuiu entre os dois anos, mesmo com uma média estadual positiva de 3,59.

Em relação às consultas, atendimentos e visitas médicas, a taxa de consultas obteve uma diferença média entre os anos de 2012 e 2015 no estado de 1694,23, demonstrando um aumento no número de consultas no estado. Na taxa de visitas médicas houve uma diminuição no estado (-47,59), mesmo com o aumento destas em alguns municípios (diferença máxima de 4021,36). Com relação aos atendimentos, os de diabetes, hipertensão arterial, pré-natal e em grupo, demonstraram um aumento no estado, representado pela diferença média positiva (14,98; 1,64; 29,84 e 116,12, respectivamente) entre os anos. Já os atendimentos preventivos (-34,87) e as visitas domiciliares (-47,59), seguiram na direção contrária, apresentando uma diferença média nos municípios do estado negativa, demonstrando uma diminuição destes atendimentos, entre os anos 2012 e 2015.

A taxa de mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis à atenção básica de saúde demonstraram uma melhoria, ao considerar os anos de 2012 e 2015, dado que a diferença média de ambos os indicadores foi negativa para os municípios do estado (-1,83 e -3,13, respectivamente), mesmo que tenham aumentado em algumas localidades.

Após observar as informações no estado em geral, se fez necessário dividir os municípios e pareá-los, para fins de comparação e análise do impacto do PMM na atenção básica de saúde no estado. Para isso, foi estimado o modelo *Probit*, a fim de obter o escore de propensão de cada município que aderiu ao PMM, dadas as características observáveis, para posteriormente obter o pareamento entre os indivíduos similares, com base nas mesmas características.

Na Tabela 2, apresenta-se o resultado do modelo *Probit* para a estimação do escore de propensão. As especificações finais do modelo foram encontradas mediante diversas tentativas, incluindo o maior número de variáveis possíveis, de modo a obter um melhor pareamento entre os municípios do grupo tratamento e controle, satisfazendo a hipótese de balanceamento entre as variáveis incluídas no modelo.

Tabela 2 - Modelo Probit

Grupo_1314	Coef.	Erro Padrão	z	P>z	Intervalo de Confiança - 95%	
Tx_urba~2012	0,0015	0,0030	0,51	0,607	-0,0043	0,0074
Ln_PIBp~2012	-0,2418	0,0927	-2,61	0,009***	-0,4235	-0,0602
TDIS_2012	0,0117	0,0070	1,68	0,093*	-0,0019	0,0254
Txbpbf_2012	-0,0033	0,0014	-2,36	0,018**	-0,0061	-0,0006
TxPS_2012	-0,0028	0,0053	-0,53	0,597	-0,0133	0,0076
_cons	2,1881	0,9121	2,40	0,016	0,4005	3,9757

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados encontrados.

Nota: ***significativa a 1%, **significativa a 5%, *significativa a 10%.

Em função dos resultados observados, é possível perceber que três variáveis permitiram a formação dos grupos de comparação e controle. A probabilidade estimada de adesão ao PMM é negativamente associada ao PIB per capita dos entes municipais. Ou seja, se o ente municipal possui um alto PIB per capita, sua capacidade de contratação de médicos por recursos próprios é maior, o que contribui para diminuir a possibilidade de demandar médicos de políticas públicas com provimento federal.

A taxa de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), variável usada para representar a vulnerabilidade no município, também possui probabilidade estimada de adesão ao PMM negativamente associada a ela. Isto é, os municípios que possuem baixa taxa de beneficiários do Programa Bolsa Família e, logo, menor vulnerabilidade, possuem menor probabilidade de adesão ao PMM do que municípios que possuem alta taxa de beneficiários do PBF.

Por outro lado, a taxa de distorção idade série, proxy da área educacional, afeta positivamente a adesão ao PMM, indicando que municípios que possuem este indicador mais alto, possuem maior probabilidade de adesão ao PMM, dada a vulnerabilidade socioeconômica indicada por esse indicador.

A partir da estimação do modelo *Probit* e determinados os escores de propensão dos municípios, foi realizado o pareamento pelo método vizinho mais próximo, pelo método radial, pelo de estratificação e pelo pareamento de Kernel.

Na Tabela 3 é possível observar os valores do ATT, referentes ao impacto da implementação do Programa Mais Médicos nas variáveis da Atenção Básica de Saúde no ano de 2015.

Tabela 3- Cálculo do efeito de tratamento do PMM na AB em 2015.

Variável	Método de pareamento	Número de Tratados	Número de controle	ATT	Erro Padrão	t
Taxa de Médicos AB	Vizinho mais próximo	418	231	-0,011	0,108	-0,099
	Radial	418	431	-0,023	0,081	-0,281
	Kernel	418	431	-0,024	0,074	-0,326
	Estratificação	418	431	-0,016	0,072	-0,218
Taxa ESF	Vizinho mais próximo	418	231	-2,139*	1,010	-2,117
	Radial	418	431	-1,174	0,789	-1,488
	Kernel	418	431	-1,126	0,747	-1,507
	Estratificação	418	431	-1,088	0,724	-1,502
Taxa Atendimento Preventivo	Vizinho mais próximo	418	231	-60,174	73,581	-0,818
	Radial	418	431	-58,740	85,673	-0,686
	Kernel	418	431	-58,643	69,939	-0,838
	Estratificação	418	431	-58,365	95,130	-0,614
Taxa Atendimento Diabetes	Vizinho mais próximo	418	231	40,739	39,303	1,037
	Radial	418	431	40,880	42,552	0,961
	Kernel	418	431	40,824	39,441	1,035
	Estratificação	418	431	40,699	40,803	0,997
Taxa Atendimento Grupo	Vizinho mais próximo	418	231	249,741	303,755	0,822
	Radial	418	431	238,429	269,608	0,884
	Kernel	418	431	239,132	280,703	0,852
	Estratificação	418	431	244,723	281,151	0,870
Taxa de atendimento Hipertensos	Vizinho mais próximo	418	231	13,236	13,135	1,008
	Radial	418	431	17,828	12,742	1,399
	Kernel	418	431	17,908	12,927	1,385
	Estratificação	418	431	17,339	13,767	1,259
Taxa Atendimento Pré-natal	Vizinho mais próximo	418	231	23,683	25,816	0,917
	Radial	418	431	-56,570	56,303	-1,005
	Kernel	418	431	-53,427	42,988	-1,243
	Estratificação	418	431	-49,207	46,782	-1,052
Taxa de Consultas	Vizinho mais próximo	418	231	-7105,552	6300,305	-1,128
	Radial	418	431	-3884,688	4027,764	-0,964
	Kernel	418	431	-3684,222	3420,762	-1,077
	Estratificação	418	431	-3540,130	3525,767	-1,004
Taxa de Visitas Médicas	Vizinho mais próximo	418	231	-17,869	30,616	-0,584
	Radial	418	431	-29,698	19,242	-1,543
	Kernel	418	431	-28,327	21,919	-1,292
	Estratificação	418	431	-21,267	22,275	-0,955
TMI	Vizinho mais próximo	418	231	-4,061*	1,889	-2,149

	Radial	418	431	-1,906	1,502	-1,269
	Kernel	418	431	-1,953	1,662	-1,175
	Estratificação	418	431	-2,214**	1,321	-1,676
ICSAP	Vizinho mais próximo	418	231	-0,923	0,599	-1,541
	Radial	418	431	-0,949**	0,499	-1,903
	Kernel	418	431	-0,953*	0,463	-2,060
	Estratificação	418	431	-1,070*	0,499	-2,142

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados encontrados.

Nota: *significativo a 5%, **significativo a 10%.

Para fins de comparação dos dados recentes com os resultados dos anos iniciais do programa, na Tabela 4 é possível observar os valores do ATT, referentes ao impacto da implementação do Programa Mais Médicos nas variáveis da Atenção Básica de Saúde nos anos de 2016, 2017 e 2018.

Tabela 4- Cálculo do efeito de tratamento do PMM na AB com dados recentes.

Variável	Método de pareamento	Número de Tratados	Número de controle	ATT	Erro Padrão	t
Taxa de Médicos AB 2017	Vizinho mais próximo	418	231	-0,015	0,13	-0,113
	Radial	418	431	-0,071	0,077	-0,923
	Kernel	418	431	-0,069	0,083	-0,834
	Estratificação	418	431	-0,059	0,091	-0,655
Taxa ESF 2018	Vizinho mais próximo	418	231	-0,913	1,265	-0,722
	Radial	418	431	-0,787	0,998	-0,788
	Kernel	418	431	-0,728	0,981	-0,742
	Estratificação	418	431	-0,718	0,832	-0,862
Taxa de Visitas Médicas 2016	Vizinho mais próximo	418	231	27,817	40,659	0,684
	Radial	418	431	-18,484	25,730	-0,718
	Kernel	418	431	-16,612	28,552	-0,582
	Estratificação	418	431	-9,397	26,199	-0,359
TMI 2018	Vizinho mais próximo	418	231	-9,296	10,397	-0,894
	Radial	418	431	-1,500	7,072	-0,212
	Kernel	418	431	-2,026	8,005	-0,253
	Estratificação	418	431	-1,519	7,093	-0,214
ICSAP 2018	Vizinho mais próximo	418	231	-2,245	1,351**	-1,661
	Radial	418	431	-1,497	0,802**	-1,866
	Kernel	418	431	-1,546	0,816**	-1,895
	Estratificação	418	431	-1,890	0,933*	-2,025

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados encontrados.

Nota: *significativo a 5%, **significativo a 10%.

Ao analisar os resultados das Tabela 3 e 4, percebe-se que, para as 418 observações no grupo de tratamento (municípios que aderiram ao PMM), foram encontradas 231 observações

pareadas no grupo de controle pelo método do vizinho mais próximo e 431 pelos pareamentos Kernel, Radial e de estratificação.

Ao considerar a taxa de médicos da Atenção Básica de saúde, não houve efeito significativo do tratamento sobre o grupo tratado nos anos de 2015 e 2017. Logo, pode-se dizer que a implementação do PMM não exerceu influência na taxa de médicos da Atenção Básica de Saúde, nos municípios de Minas Gerais, durante o período de tempo considerado. Quanto à cobertura das equipes de saúde da família, também foi observado que, apenas no método de pareamento do vizinho mais próximo, para o ano de 2015, houve impacto significativo, com uma redução da cobertura pelas Equipes de Saúde da Família (-2,139%) após a implementação do PMM, nos municípios tratados de Minas Gerais.

Esse resultado vai na contramão dos resultados encontrados por estudos que levaram em consideração o contexto nacional, como é o caso de Macedo (2019), que encontrou que o incremento de médicos na atenção básica permitiu, também, ampliar a possibilidade de cobertura populacional das equipes de saúde da família (eSF) aptas a receber médicos do PMM, com um incremento de 25,6% na taxa de cobertura populacional das equipes dos municípios tratados em relação ao grupo de controle (MACEDO, 2019). O incremento no número de médicos pode ser percebido em trabalhos com abrangência em nível nacional, como obtido no estudo conduzido pela Organização Pan-americana de Saúde em 2017, revelando que o crescimento do número de médicos no País entre 2012 e 2015, computando-se o Programa Mais Médicos para o Brasil, foi de 12,7%. Quando se excluem os profissionais vinculados ao programa, o aumento do número de médicos passa a ser de apenas 3,2% (BRASIL, 2015; OPAS, 2017b). Os resultados obtidos por outro estudo também sinalizaram que o PMM teve um impacto positivo na redução da escassez de médicos em AB no Brasil, demonstrando um substantivo aumento na oferta de profissionais entre 2013 e 2015 (CARRILLO; FERES, 2017), sobretudo em áreas mais necessitadas, e uma redução das desigualdades distributivas, relatando ainda que, apesar deste alívio da escassez atribuído ao programa, ainda se verifica uma má distribuição de médicos no território (GIRARDI *et al.*, 2016).

No que concerne aos atendimentos para diabetes e os atendimentos em grupo, estes demonstraram que a implementação do PMM também não surtiu efeitos significativos, apesar de terem sido positivos nessas dimensões. Ademais, os resultados revelaram que a implementação do PMM não surtiu efeito significativo nos atendimentos pré-natal e preventivo, além de apresentar valores negativos, indicando que esses atendimentos foram menores no grupo tratado. Já o atendimento a hipertensos no estado aumentou em 17,91%, porém, não foi significante estatisticamente, nos municípios que receberam o tratamento, em Minas Gerais.

Em uma pesquisa de nível nacional, foram encontrados resultados positivos nos atendimentos após a adoção do Programa Mais Médicos, no que concerne às consultas de diabetes (8,7%) e hipertensão (9,9%), que tiveram um aumento no grupo que recebeu o PMM (MAZETTO, 2018). Por outro lado, as consultas de pré-natal (6,9%) e preventivas (7,3%) em nível nacional obtiveram impacto positivo com a implementação do PMM (CARRILLO; FERES, 2017; MAZETTO, 2018), ao passo que, quando considerado o estado de Minas Gerais isolado, a implementação do PMM não surtiu efeito significativo nesses indicadores. Em uma pesquisa realizada no estado de São Paulo, foi registrada a redução na porcentagem de acompanhamentos de hipertensos e diabéticos (SILVA *et al.*, 2016), resultado contrário ao encontrados nos municípios que receberam o PMM em Minas Gerais. Tal fato indica que o PMM impacta os indicadores da AB de forma diferente em cada estado e região do país.

Ao considerar a taxa de consultas, observa-se que o PMM não obteve efeito significativo nos municípios que aderiram ao programa no estado de Minas Gerais. O aumento na taxa de consultas e nos atendimentos, indicariam melhoria no acesso à Atenção Básica de saúde no estado. Em contraponto, a taxa de consultas apresentou crescimento em estudos com abordagem nacional, como demonstraram Pinto *et al.* (2017), houveram aumento de consultas médicas quando comparados os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Nos municípios participantes do PMM, esse crescimento foi de 33%; nos demais, de apenas 15%. Embora não seja o único fator, o PMM influenciou significativamente para a melhoria desse dado (PINTO *et al.*, 2017).

Em outro estudo de nível nacional foi encontrado que a mediana do total de consultas médicas foi menor nas regiões mais pobres e, quanto aos valores relativos à população cadastrada, os municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano apresentaram as menores taxas em relação ao geral, se comparado à mediana nacional, em que houve um aumento (LIMA *et al.*, 2016).

Nos municípios que aderiram ao PMM no estado Minas Gerais, as visitas domiciliares realizadas pelos médicos diminuíram e não obtiveram efeito significativo, indicando que o PMM não influenciou nesse indicador da Atenção Básica de Saúde no estado nos anos de 2015 ou 2016. Esse resultado vai na direção contrária aos resultados que consideraram o contexto nacional, em que houve um aumento de aproximadamente 33% nas visitas domiciliares (MACEDO, 2019; MAZETTO, 2018).

A taxa de mortalidade infantil dos municípios de Minas Gerais que receberam a intervenção do PMM, apresentou um efeito significativo ao nível de confiança de 5%, com uma diminuição em aproximadamente 4,06% em 2015, demonstrando que o Programa exerceu

influência nos municípios tratados em relação a este indicador. O mesmo indicador apresentou redução (9,296%) para o ano de 2018, porém os resultados não foram estatisticamente significativos. Os resultados no contexto nacional foram diferentes. O estudo de Mazetto (2018) mostrou que os municípios participantes têm uma alta taxa de mortalidade infantil em todas as regiões do país em 2015. Com um aumento de 8,42% ao ano em média entre os municípios participantes do PMM, em comparação com um aumento médio de 0,80% ao ano entre os municípios não participantes, na taxa de mortalidade infantil (MAZETTO, 2018).

Nos municípios que receberam o PMM no estado de Minas Gerais, houve uma diminuição de aproximadamente 1,07% nas internações por condições sensíveis à atenção básica de saúde em 2015 e de 2,25% em 2018, representando uma influência significativa do PMM, em relação à resolutividade da Atenção básica de saúde no estado. Esse resultado vai de encontro aos encontrados pelos trabalhos que analisaram o contexto nacional.

Um estudo confirmou que houve redução da porcentagem de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em municípios que aderiram ao PMM (de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015, uma diminuição de 8,8%). Em contrapartida, a taxa permaneceu inalterada durante o período nos municípios sem o programa (SANTOS, 2018). Em uma revisão de literatura realizada por Nedel *et al.* (2017) sobre as ICSAP, foi encontrado que a maioria dos estudos conclui pela redução do indicador como consequência da implantação do PMM, se não em toda a população, pelo menos nas de maior vulnerabilidade, o que reforça a dimensão de equidade do Programa (NEDEL; MENDONÇA; CALVO, 2017).

5. Considerações Finais

Como resposta à pergunta central deste estudo, tem-se que, estatisticamente, o Programa Mais Médicos surtiu efeito positivo na Atenção Básica de Saúde em Minas Gerais no quesito resolutividade, dado que diminuiu, mesmo que em pequenas porcentagens, as internações por condições sensíveis à atenção básica de saúde no estado de Minas Gerais, quando considerados os anos de 2015 e 2018, mostrando que o PMM conseguiu manter seu efeito positivo nesse indicador no estado. O PMM também mostrou efeitos positivos na taxa de mortalidade infantil, dado que esta diminuiu nos municípios tratados nos anos de 2015 e 2018.

Quando considerados outros atributos da Atenção Básica de Saúde no estado, como por exemplo o acesso, os efeitos do Programa Mais Médicos não se mostraram significativos, indicando que não houve influência por parte do Programa em relação aos indicadores referentes a consultas e atendimentos. Em nenhum tipo de atendimento o PMM mostrou

resultados estatisticamente significativos, indicando que o Programa ainda possui um longo caminho para conseguir atingir os resultados esperados em relação ao acesso nos municípios de Minas Gerais.

Os resultados deste trabalho se mostram importantes, por trazerem evidências de que o Programa está no caminho para cumprir com seu objetivo de fortalecer a Atenção Básica de Saúde em relação ao eixo de provimento emergencial, talvez não na proporção esperada, em vista do prazo da análise, e não sendo positivos ou estatisticamente significativos no modelo utilizado neste trabalho, mas ainda assim mostrando uma melhora ao longo dos anos nos municípios que receberam o PMM no estado de Minas Gerais, com um incremento no número de médicos e da cobertura da equipe de saúde da família, quando comparados os anos de 2015 e 2018.

Ao contrastar os resultados deste trabalho com os demais realizados em outras regiões, estados ou no nível nacional, nota-se a importância de se considerar regiões específicas para a análise, em razão da diversidade socioeconômica e cultural e das desigualdades regionais presentes no país, que fazem com que cada estado ou região, apresentem resultados por vezes diferentes e até divergentes.

Para uma avaliação completa em relação ao impacto da implementação do Programa Mais Médicos no acesso à Atenção Básica de saúde, faz-se necessária uma avaliação qualitativa nos municípios analisados, para confirmar ou negar esse impacto positivo do PMM no acesso aos serviços de saúde.

Como sugestão para novas pesquisas propõe-se realizar uma investigação do impacto do Programa na Atenção Básica de Saúde, captando as perspectivas dos atores responsáveis pela sua implementação e dos usuários do Programa, de modo a compreender de uma maneira global, o impacto do Programa na Atenção Básica de Saúde.

Referências

ALENCAR, A. P. A. *et al.* Impacto Do Programa Mais Médicos Na Atenção Básica De Um Município Do Sertão Central Nordeste. **Gestão e Sociedade**, [S. l.], v. 10, n. 26, p. 1290, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2085>

ALMEIDA, E. R. de *et al.* PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: A EXPERIÊNCIA PIONEIRA DO APOIO INSTITUCIONAL NO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 49, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i4.1758>

ALMG. **Políticas Públicas ao seu alcance**, 2018. Disponível em: <<https://politicaspublicas.almg.gov.br/>>. Acesso em: dezembro 2019.

BECKER, S. O.; ICHINO, A. Estimation of Average Treatment Effects Based on Propensity

Scores. **The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 358–377, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1536867x0200200403>

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Presidência da República. Brasília. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Entenda como funciona o Provab. **Blog da Saúde - Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/31906-entenda-como-funciona-o-provab>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. **Medida provisória nº 621 de 8 de julho**. Diário Oficial da União. Brasília. 2013a.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369**. Ministério da Saúde e ministério da Educação. Brasília. 2013b.

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. Brasília, DF. 2013c.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**, 2015. Disponível em: <maismedicos.gov.br>. Acesso em: 15 janeiro 2019.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**, 2019. Disponível em: <maismedicos.gov.br>.

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**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>

CARDOSO, R. CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUDOESTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Um estudo sobre o centro de resultado Estratégia Saúde da Família sob a ótica do risco financeiro operacional da atividade. **Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.**, [S. l.], 2014.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2849–2860, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16212016>

CARRILLO, B.; FERES, J. More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy. **Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers**, [S. l.], n. November, 2017.

CARVALHO, M. C.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface (Botucatu)**, v. 47, n. 17, 2013.

CHAMPAGNE, F. E. A. A análise de implantação. In: BROUSSELE, A. E. A. (.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

COLLAR, J. M.; NETO, J. B. de A.; FERLA, A. A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde : contribuições iniciais e análise comparativa Formulation And Impact Of Mais Médicos Brazilian Program In Attention And Health Care : Initial Contributions And. **Saúde em Redes**. 2015, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 43–56, 2015.

- COSTA, N. D. R. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. In: _____ **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social.** [S.l.]: [s.n.], 1998.
- DA 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? **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2899–2906, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>
- DE LIZ, R. G.; LIMA, R. de C. G. S. Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos: Um estudo de caso. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, p. 1281–1290, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0254>
- DELGADO, V. M. S.; MACHADO, A. F. Eficiência das escolas públicas estaduais de Minas Gerais. **Pesq e Planej Eco**, v. 37, n. 3, p. 427-464, 2007.
- DEMAS, D. D. M. E. A. D. S. **IDSUS - Índice de Desempenho do SUS.** Ministério da Saúde. [S.l.]. 2015.
- FAGUNDES, HELENARA; DE MOURA, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas (Evaluation of programs and public policies). **Revista Textos & Contextos Porto Alegre**, [S. l.], v. 8 n.1, n. jan./jun.2009, p. 89–103, 2009.
- FALLETI, T. G. **Decentralization and subnational politics in Latin America.** [S.l.]: Cambridge University Press, 2010.
- FERLA, A. A. *et al.* Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: O caso do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, p. 1129–1141, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0337>
- FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; JACINTO, P. A. Evaluating the impact of physicians provision on primary health care: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health Economics**, v. 27, n. 8, p. 1284-1299, 2018.
- FREY, K. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], v. 21, p. 211–259, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(98\)00105-4](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(98)00105-4)
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA L, E. S. L. L. N. J. C. A. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.
- GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>
- HECKMAN, J. *et al.* Characterizing Selection Bias Using Experimental Data. **Econometrica**, [S. l.], v. 66, n. 5, p. 1017, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2999630>
- HEIMANN, L. S. *et al.* Atenção primária em saúde: Um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 6, p. 2877–2887, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600025>

- KEMPER, E. S. Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos. **Revista de Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**, [S. l.], 2016.
- KHANDKER, S.; GAYATRI, S.; HUSSAIN, K. **Handbook on Impact**. [S. l.: s. n.]. v. 1E-book.
- LAPA, A. **Programa mais médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e serviços de saúde**. 2018. - Escola Fiocruz de Governo – EFG / Fiocruz, [s. l.], 2018.
- LAURENTI, R. E. A. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades.. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, 1984.
- LIMA, L. D. De. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil Connections between fiscal federalism and the funding of the Brazilian health care policy. **Cienc.saude coletiva**, [S. l.], p. 511–522, 2007.
- LIMA, R. T. de S. *et al.* A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2685–2696, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>
- MACEDO, A. dos S. **Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no Programa Mais Médicos**. 2019. - Universidade Federal de Viçosa, [s. l.], 2019.
- MARENCO, A.; STROHSCHOEN, M. T. B.; JONER, W. Capacidade estatal, burocracia e tributação nos municípios brasileiros. **Revista de Sociologia e Política**, [S. l.], v. 25, n. 64, p. 3–21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987317256401>
- MAZETTO, D. Assessing the impact of the mais médicos program on basic health care indicators. **Mestrado**, [S. l.], v. 2, p. 203, 2018.
- MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: Reflexões a meio caminho. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2925–2933, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16072016>
- NEDEL, F. B.; MENDONÇA, C. S.; CALVO, M. C. M. O Programa Mais Médicos e internações evitáveis pela atenção primária. [S. l.], p. 10, 2017.
- ONU. **Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development**. UNITED NATIONS. [S.l.]. 2016.
- OPAS. Mais médicos na atenção primária no brasil: metassíntese dos estudos de caso sobre o PMM. [S. l.], 2017 a.
- OPAS. **Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais. Um estudo de casos múltiplos**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2017 b. *E-book*.
- PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M. P. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 203–219, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.18737>
- PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: Avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, n. c, p. 1087–1101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>
- RAMOS, M. ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], n. 32, p. 95–114, 2009.
- 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)**, [S. l.], p. 1–119, 2016.

ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE.BR**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 12, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512004000100006>

ROSENBAUM, P. R.; RUBIN, D. B. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. **Biometrika**, v. 70, n. 1, p. 41-55, 1983.

SANTOS, F. J. S. dos. **O Programa Mais Médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil**. 2018. - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [s. l.], 2018.

SECCHI, L. **Políticas públicas**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

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**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2899–2906, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>

SILVA, Q. T. A. da; CECÍLIO, L. C. de O. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). **Saúde Debate**, [S. l.], v. 43, n. 121, p. 559–575, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912121>

ARTIGO 3

EFEITOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE A PARTIR DA ÓTICA DOS ATORES MUNICIPAIS

Resumo

Considerando-se que na atenção básica de saúde grande parte dos problemas são resolvidos ou evitados e, com o intuito de fortalecer esse nível de atenção e atender as necessidades em saúde da população, melhorando o acesso aos serviços de saúde foram elaborados programas e ações, visando sua efetividade. Dentre esses programas, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM) sancionado na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que prevê a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde, a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica, o aprimoramento da formação médica no Brasil e a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS. Tendo em vista o contexto de implementação do PMM e procurando entender seu papel na Atenção Básica de Saúde no nível local, este estudo teve como objetivo analisar os efeitos do eixo de provimento emergencial do Programa Mais Médicos na atenção básica de saúde a partir da ótica dos atores envolvidos na implementação do programa no nível local. Para responder à proposta deste trabalho, foi utilizada uma abordagem qualitativa, com uso de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre novembro e dezembro de 2019 junto aos secretários municipais de saúde, coordenadores da atenção básica e médico do PMM. Após a análise das entrevistas, este trabalho mostrou que o Programa Mais Médicos apresenta um diferencial na Atenção Básica de Saúde dos municípios que optam por aderir ao programa. Seja pelo contato mais próximo (vínculo) entre médicos e pacientes, pelo cuidado humanizado, ou pelo estabelecimento de carga horária fixa para os profissionais médicos, o PMM vem trazendo resultados positivos tanto na percepção dos gestores, quanto na percepção dos médicos participantes.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; Programa Mais Médicos; Implementação.

1. Introdução

A saúde pública no Brasil possui sua representação pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS possui direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios ou para regiões, de modo que o serviço de saúde é organizado em rede hierarquizada e é dividido por níveis de atenção.

O primeiro nível de saúde, denominado atenção básica ou atenção primária, se constitui no contato inicial, na porta de entrada para o acesso ao sistema de saúde pelos cidadãos e é de responsabilidade dos municípios. O Ministério da Saúde (2017) dispõe que a Atenção Básica 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).

Nessa modalidade, grande parte dos problemas são resolvidos ou evitados (SAÚDE, 2007) e, mesmo sendo considerada uma política de grande abrangência e êxito, também tem sofrido, ao longo do tempo, grandes entraves, sendo um desafio para os governos a sua implementação de forma efetiva (TENORIO; SANTOS, 2018), dificultando seu acesso. Desse modo, tem-se a concepção de necessidades em saúde que, de acordo com o Ministério da Saúde (2007), são consideradas como estimativas de demandas de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor e pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação.

Nessa perspectiva, com o intuito de sanar algumas das dificuldades apontadas como coletivamente relevantes (SECCHI, 2010), são elaboradas as políticas públicas, que podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos, que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (LUCCHESI *et al.*, 2004). As políticas públicas no contexto da saúde integram o campo de ação social do governo, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e, sua tarefa específica, em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI *et al.*, 2004).

Com o intuito de fortalecer a Atenção Básica de Saúde e atender às necessidades em saúde da população, melhorando o acesso aos serviços de saúde, foram elaborados programas e ações, visando sua efetividade. Dentre esses programas, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM) instituído pela Medida Provisória nº 621 e sancionado na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que abrange ações conjuntas entre os Ministérios da Saúde e da Educação e faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa possui três eixos de ação, prevendo a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde (eixo infraestrutura), a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica, o aprimoramento da formação médica no Brasil (eixo educação) e a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS (eixo de provimento emergencial) (KEMPER *et al.*, 2018).

A fim de levar médicos às localidades com escassez destes profissionais, o Programa Mais Médicos passou a garantir o atendimento da necessidade dos municípios na Atenção

Básica, com profissionais selecionados pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, na data do lançamento do Programa, os municípios interessados puderam aderir e manifestar sua demanda, de acordo com a capacidade instalada dos mesmos. Desde 2013, foram lançados editais de seleção de profissionais para o preenchimento dessas vagas, com prioridade para médicos formados e registrados no país (BRASIL, 2015).

Alguns trabalhos se propuseram a estudar os efeitos do Programa Mais Médicos na atenção básica de saúde (ARRUDA *et al.*, 2017; COMES *et al.*, 2016b, 2016a; GASPARINI, 2017; GIRARDI *et al.*, 2016; KEMPER, 2019; MAIA, 2017; MAZETTO, 2018; MELO; BAIÃO; COSTA, 2016; MELO, 2015; OLIVERA, 2016; PEREIRA; PACHECO, 2017; PINTO *et al.*, 2017; SANTOS, 2018; SILVA *et al.*, 2016) e outros analisaram a implementação do Programa em diversas regiões do país (COMES *et al.*, 2016a; MELO, 2015; MOTA; BARROS, 2016; OPAS, 2015; PEREIRA; SANTOS, 2018; SILVA *et al.*, 2016; SOUZA; PAULETTE, 2015; VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016), porém, ainda não foram localizados estudos sobre a implementação do PMM em relação à atenção básica de saúde no nível local em Minas Gerais. Logo, este trabalho pretende preencher esta lacuna.

A partir do exposto, o presente trabalho levanta a seguinte questão: de acordo com a perspectiva dos atores responsáveis por sua implementação no nível local, quais foram os resultados trazidos pelo Programa Mais Médicos à Atenção Básica de Saúde nos municípios de Minas Gerais? Por conseguinte, o principal objetivo do presente estudo é analisar a implementação do Programa Mais Médicos, em especial seu eixo de provimento emergencial, a partir da ótica dos atores envolvidos na implementação do programa no nível local, de acordo com os princípios da atenção básica de saúde.

A contribuição deste trabalho consiste em entender a implementação de uma política pública no nível local e seus resultados, colaborando com a teoria sobre implementação de programas federais e ainda auxiliando na compreensão do desdobramento do PMM nos municípios, possibilitando o diálogo com a implementação em outras regiões, propiciando, ainda, melhorias em relação ao resultado do Programa, não só nos locais estudados, como também em outras localidades, de acordo com o olhar dos atores envolvidos em sua implementação.

2. Revisão Bibliográfica

Capacidade estatal para a implementação de políticas públicas de saúde no nível local

As necessidades em saúde podem funcionar como analisadoras das práticas de saúde, considerando que seu reconhecimento e enfrentamento está vinculado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) o que traz, como consequência por parte das equipes de saúde, um esforço de tradução e atendimento às necessidades trazidas pela população (HINO *et al.*, 2009).

Atender necessidades de saúde é tomar como objeto do processo de trabalho as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS, 2004). Tendo em vista que as necessidades em saúde são dinâmicas, social e historicamente construídas, faz-se necessário que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e sensíveis a essas necessidades (FAUSTO; MATTA, 2007).

Para resolver algumas das necessidades em saúde, o Governo Federal faz uso de políticas públicas, que buscam, ao mesmo tempo, realizar uma ação do governo e analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações, entendendo por que e como as ações tomaram certo rumo, em lugar de outro. Logo, política pública é o processo através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças desejadas no mundo real (SOUZA, 2003). Como afirmado por Rua (1997), políticas públicas podem ser entendidas como *outputs* da atividade política, compreendendo o conjunto das ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas.

Quando se fala em implementação, esta representa o processo pelo qual as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo de aplicação e se inscrevem nas rotinas dos agentes que implementam a política (FLEXOR; LEITE, 2006). A implementação de políticas pode ser considerada como a fase do ciclo de políticas cuja encomenda de ação é estipulada na fase precedente à formulação das políticas e a qual, por sua vez, produz, do mesmo modo, determinados resultados e impactos (FREY, 2000).

O interesse da análise de políticas públicas nesta fase se refere ao fato de que, determinadas vezes, os resultados e impactos reais de algumas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação. Frey (2000) define duas abordagens para a análise de implementação de políticas públicas, sendo que, em uma o objetivo principal é a análise da qualidade material e técnica de projetos ou programas e, em outra, a análise é direcionada para as estruturas político-administrativas e a atuação dos atores envolvidos. No primeiro caso, tem-se em vista o conteúdo dos programas e planos. Comparando os fins estipulados na formulação dos programas com os resultados alcançados, examina-se até que ponto a ação encomendada foi cumprida e quais as causas de eventuais déficits de

implementação. No segundo caso, o que está em primeiro plano é o processo de implementação, isto é, a descrição do como e da explicação do porquê (FREY, 1999).

A partir da descentralização promovida pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), os municípios passaram a assumir maiores responsabilidades em relação a alguns setores, entre eles o da saúde. Porém, sozinhos não são capazes de atender as demandas impostas pela população, fato esse que culminou com a criação de programas e ações pelo Governo Federal, para auxiliar no atendimento a essas necessidades.

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 configuram a administração pública tradicional, dado que, os programas e projetos apontam para a ampliação da cidadania, junto à busca por maior responsabilização na utilização dos recursos públicos (ROCHA, 2004). Dessa forma, os municípios, de acordo com sua capacidade instalada, podem se juntar a essas ações propostas pelo Estado.

A capacidade instalada de cada município está relacionada ao conceito de capacidade estatal, visto que, para conseguir efetividade em algum setor, aqui em específico o da saúde, é necessário que o local possua capacidades ou tenha condições para criá-las. Diversos trabalhos discorrem sobre a relação entre capacidade estatal e a criação e execução de políticas públicas. Em um contexto em que existam relações dinâmicas com a sociedade, o Estado, para implementar suas decisões políticas, deve se fundamentar em capacidades administrativas e organizacionais. Estas capacidades são cruciais, de forma que um governo que comanda poucos recursos pode ser incapaz de promulgar políticas (GRIN, 2012; KJAER; HANSEN; THOMSEN, 2002).

Um dos fatores que direcionam a difusão vertical da política pública é a capacidade dos governos locais. Enquanto a capacidade estatal é focada na capacidade fiscal do estado e sua habilidade de impor um requisito político, a capacidade local reflete a capacidade dos governos locais para cumprir o regulamento. A capacidade de cumprir é explicada pela independência do governo e da suficiência de seus recursos financeiros e de pessoal (KIM; MCDONALD; LEE, 2017; WOLMAN, *et al.*, 2010). Nesse cenário, nos municípios, uma das condições causais que demanda reforçar as capacidades de gestão e a tomada de decisão em políticas, é como tratar com programas e responsabilidades resultantes da nova configuração do Estado a partir da CF/88. A combinação entre a diminuição dos aportes financeiros do governo nacional e as crescentes incapacidades dos governos locais, requerem a construção e o melhoramento de capacidades de gestão (GRIN, 2012).

A capacidade estatal pode ser definida também como o grau de controle que os agentes estatais exercem sobre pessoas, atividades e recursos dentro da jurisdição territorial de seu governo (GRIN, 2016). Nesse contexto, os estados de alta capacidade são capazes de fornecer bens públicos como, segurança humana, assistência médica e de saúde e a infraestrutura social e física que promovem o desenvolvimento humano, enquanto que os estados de baixa capacidade são limitados em sua capacidade de fornecer esses bens, levando a uma baixa confiança social (ROTHSTEIN; STOLLE, 2008), baixos níveis de desenvolvimento, regime ou até falha do estado (GRIN, 2016).

As diferentes capacidades estatais dos municípios definem seu grau de discricção, ou seja, como resultado de um maior nível de capacidades estatais instaladas, os governos locais qualificam as condições de negociação com o nível federal. Do mesmo modo, quando tais capacidades são fracas ou ausentes, os governos ampliam a dependência da esfera central, o que reduz o seu poder de agência (GRIN, 2012). Dessa forma, o grau de discricção disponível aos governos locais está diretamente ligado à implementação de políticas, bem como governos locais com altos níveis de discricção têm mais oportunidade de escolher não implementar a política do estado. Embora a discricção local possa ter um impacto na resposta de um governo local a uma política, ela também pode influenciar comportamento do estado (KIM; MCDONALD; LEE, 2017).

Sobretudo, considerando-se a busca da ampliação da eficiência, para implementar políticas e gerar maior autonomia dos governos, especialmente nos níveis subnacionais, pois a falta dessas capacidades os deixa mais expostos nas barganhas federativas (GRIN, 2012). Nesse processo, as preferências dos atores governamentais podem ser constrangidas pelo jogo político na sociedade, mas construir capacidades estatais é uma condição necessária para buscarem viabilizar suas escolhas (GRIN, 2016; SKOCPOL; FINEGOLD, 1982).

Ao se inquirirem as capacidades estatais contemporaneamente necessárias à produção de políticas públicas bem-sucedidas, a questão central passa a ser como essa política está operando para gerar resultados e se esses condizem com os propostos na sua formulação, o que requer fazer uma avaliação da política. A avaliação em saúde é extensa e complexa, pois contempla diversos aspectos e realidades intrínsecas a diferentes dimensões organizacionais, que podem estar relacionadas aos serviços de saúde, aos profissionais, aos usuários, entre outros (CARVALHO DE SOUZA; XIMENES GUIMARÃES; FERREIRA DA SILVA, 2018).

Nesse âmbito, tem-se a avaliação de programas, que torna acessíveis aos cidadãos a informação e as evidências que levam seu funcionamento a ser mais transparente, proporcionando respostas a problemas existentes ou emergentes e indicando se um programa

ainda faz sentido. Esse tipo de avaliação contribui diretamente com o aprimoramento de um programa e as medidas políticas associadas a ele, acompanhando e monitorando seu desempenho, sua eficiência e sua eficácia, além de identificar obstáculos à sua concretização e a obtenção de resultados satisfatórios (CARVALHO DE SOUZA; XIMENES GUIMARÃES; FERREIRA DA SILVA, 2018).

O Programa Mais Médicos como política pública para o fortalecimento da atenção Básica de Saúde

Os sistemas de serviço de saúde possuem duas metas principais: melhorar a saúde da população por meio do uso de conhecimentos em saúde e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais no acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2000; CARDOSO, 2014). Uma das formas de reduzir as desigualdades de acesso à saúde, foi a maior preocupação com a Atenção Primária em Saúde. Foi demonstrado por Conill (2008) que, quanto maior a orientação do sistema de saúde para a atenção primária, menor é o custo e melhor o desempenho desse setor.

A Atenção Primária à Saúde consiste em uma estratégia de saúde pública, próxima da população, que aborda os problemas mais comuns das comunidades, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, com objetivo de maximizar a saúde e o bem estar (STARFIELD, 2000; CARDOSO, 2014), realizados por meio de práticas ambulatoriais que podem ser integradas a serviços especializados. A Atenção Primária em Saúde (APS) é definida como um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersectorialidade, participação social entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (PEREIRA, 2017). No Brasil, o termo usualmente utilizado para designar o sistema de Atenção Primária à Saúde é Atenção Básica (CAMPOS, 2005; COSTA *et al.*, 2009; CARDOSO, 2014).

Esse nome foi concebido através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que revisa e normatiza o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo e conceituando fundamentos centrais para a forma como a Atenção Básica (AB) é organizada no Brasil, onde esse primeiro nível de atenção possui sua expressão na Estratégia de Saúde da Família, que incorpora princípios do SUS e alguns dos seus pressupostos, como o acesso no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a

abrangência do cuidado, a coordenação e a orientação da família e das comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A atenção ao primeiro contato traz em si a ideia de que em um sistema de serviços de saúde, organizado a partir da atenção primária, existe uma porta de entrada de fácil acesso para cada novo problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. A acessibilidade indica o quanto o local de atendimento é acessível e disponível (GASPARINI, 2017). A longitudinalidade, no contexto da atenção primária, presume a existência de uma relação de vínculo de longa duração, interpessoal e de cooperação mútua entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde. Pressupõe, dessa maneira, a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, bem como a capacidade dessa de identificar a população e os indivíduos eletivos a receberem a atenção (GASPARINI, 2017).

A coordenação do cuidado, por sua vez, trata da disponibilidade de informações a respeito de serviços prestados na atenção primária, de forma integrada e coordenada aos demais níveis de atenção, bem como aqueles ofertados por diferentes membros de uma equipe de profissionais dentro da própria atenção primária (STARFIELD 2000; PORTELA, 2013). A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem garantir que o indivíduo receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde necessários, responsabilizando-se diretamente pelas condições mais comuns, bem como pelo encaminhamento para os serviços secundários e terciários, para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Esse atributo exige que a atenção primária reconheça toda a variedade de necessidades relacionadas à saúde da população e disponibilize os recursos para abordá-las (STARFIELD 2000; PORTELA, 2013).

Entretanto, existem alguns obstáculos que afetam a efetividade da atenção básica, como baixa capacidade gestora dos municípios, falta de vínculo dos profissionais, incipiente definição de redes regionalizadas de atenção à saúde e baixa oferta de cuidado continuado e coordenado (FERTONANI *et al.*, 2015; HEIMANN *et al.*, 2011). Dentre as dificuldades enfrentadas pela Atenção Básica no Brasil, o provimento e a fixação de médicos repercutem no acesso e na qualidade dos serviços, gerando insatisfação dos usuários com o SUS, o que remete à necessidade de prover profissionais para esse nível de atenção de saúde e articular mecanismos de sua fixação nos serviços, além de propor mudanças no modelo de atenção e cuidado à saúde e na formação médica (CARVALHO; SOUSA, 2013; RIBAS, 2016).

Como a gestão concreta é exercida pelos municípios e, como as secretarias de saúde têm capacidades de gestão e disponibilidade de recursos diferentes, produziu-se heterogeneidade no

desempenho dos serviços de Atenção Básica. Encontrou-se grande dificuldade na administração de pessoal, em particular dos médicos. Houveram problemas com salários, indisciplina no trabalho e oposição corporativa contra grande parte das diretrizes da atenção primária. O número de equipes com médicos especializados em saúde da família e comunidade sempre foi baixo, havendo ainda dificuldade no recrutamento e fixação destes profissionais em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Com o objetivo de sanar essa necessidade, o Ministério da Saúde (MS) desencadeou iniciativas como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) em 2011, que foi uma estratégia de aprimoramento das ações e dos serviços de saúde em áreas de difícil acesso e provimento, com populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011). Consoante a esse cenário, no dia 08 de julho de 2013, o Programa Mais Médicos foi lançado, por meio da Medida Provisória nº 621, contemplando uma série de medidas para o fortalecimento e a consolidação da Atenção Primária. Este previu, além de recursos humanos, investimentos para melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde e a 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).

O programa é dividido em três eixos. O eixo de provimento emergencial é uma resposta ao problema da falta de cobertura e acesso à AB por parte importante da população brasileira (PINTO *et al.*, 2017). Tal eixo, definiu a atuação dos médicos no âmbito da Atenção Básica em uma perspectiva da integração ensino-serviço, em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. O profissional, durante o período em que integra as equipes multiprofissionais, deve participar de diversas atividades de ensino e aprendizagem em serviço. Dessa forma, as ações não estão restritas ao mero provimento de médicos, mas envolvem acompanhamento contínuo e desenvolvimento de atividades de educação permanente, com possíveis impactos positivos sobre as práticas desenvolvidas pelos médicos em sua atuação nas equipes (KEMPER *et al.*, 2018).

O eixo de infraestrutura, quase triplicou os recursos do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, criado em 2011, teve o orçamento ampliado a 5,5 bilhões de reais para a qualificação da estrutura, com o objetivo de melhorar a ambiência das UBS para os usuários, as condições de atuação dos profissionais e o funcionamento e ampliação do escopo de práticas do serviço. O PMM aumentou a meta de reformas e ampliações de UBS existentes, fazendo a previsão da construção de novas UBS no Programa de Requalificação

saltar de pouco mais de 1 mil para cerca de 4,5 mil UBS, com um total de obras previstas chegando a 26 mil em 5 mil municípios (PINTO *et al.*, 2017).

E o eixo de formação médica, que previu medidas de curto a longo prazo, como aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, com reorientação da distribuição das mesmas no território nacional, até a mudança da formação de médicos e especialistas para responder às necessidades da população e do SUS. O programa planejou a expansão da formação de médicos no Brasil, de modo que a proporção saía do patamar de 1,8 médicos por mil habitantes, vigente no ano de criação do Programa, para alcançar 2,7 médicos por mil habitantes em 2026 (PINTO *et al.*, 2017).

Como parte do programa, foi também criado o Projeto Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), com o objetivo de provimento emergencial destes profissionais em áreas vulneráveis. Na ocasião de lançamento do PMMB, as áreas com populações pobres e em situação de vulnerabilidade contavam com ausência de médicos ou número insuficiente para suas demandas. Com a implantação do Programa, a partir de 2013, houve um significativo aumento da oferta de médicos em municípios que aderiram a ele, chegando a 11,6% (BRASIL, 2015; OPAS, 2017)

Em novembro de 2018, após cinco anos compondo a estrutura do PMM, o governo de Cuba anunciou o fim de sua participação no Programa. O país endereçou tal decisão após as declarações dadas pelo presidente eleito em 2018 no Brasil, que questionou a qualificação dos médicos cubanos e pretendia modificar a forma pela qual estes médicos ingressariam no Programa, através de uma revalidação de diploma estrangeiro e com uma contratação individual, e não mais através da Organização Pan-americana de Saúde (SEABRA; CANCIAN, 2018; MARTINS *et al.*, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, dados naquele ano apontavam que 8.332 vagas, dentre as 18.420 vagas disponibilizadas pelo Programa, eram ocupadas por médicos cubanos (BRASIL, 2019). Diante do rompimento com Cuba, o então Ministro da Saúde, Gilberto Occhi, informou, no mesmo dia, que todas as medidas possíveis seriam tomadas para convocar médicos que quisessem ocupar as vagas deixadas pelos profissionais cubanos (MARTINS *et al.*, 2019).

3. Procedimentos metodológicos

Para atender ao objetivo do presente trabalho, que consiste em analisar a implementação do eixo de provimento emergencial do Programa Mais Médicos, a partir da ótica dos atores envolvidos na implementação do programa no nível local e de acordo com os princípios da atenção básica de saúde, foi utilizada uma abordagem qualitativa, com coleta de dados primários, por meio de entrevistas semiestruturadas.

Como área de abrangência, este estudo tomou como base o estado de Minas Gerais que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, possui 853 municípios, representando o maior número entre os estados brasileiros e o segundo mais populoso do país, respondendo pela terceira maior economia do Brasil, onde percebem-se diversas disparidades socioeconômicas entre as diferentes regiões de seu território (IBGE, 2018).

Assim, a escolha do estado de Minas Gerais se justifica pela capacidade desse estado de retratar a diversidade de realidades, entre elas, as condições para a implementação de políticas públicas, em especial o Programa Mais Médicos, identificado, dessa maneira, 418 municípios que foram atendidos por esta política pública no estado nos primeiros ciclos do PMM e pelo estado ser um dos quatro estados pioneiros a receber e adotar o apoio institucional do PMM (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Para a coleta dos dados com as entrevistas, foi escolhida a mesorregião da Zona da Mata, possibilitando uma comparação em municípios com certa proximidade. A seleção se deu em razão da Zona da Mata abranger a localidade da Universidade Federal de Viçosa, onde foi realizada a pesquisa, e por, segundo o IBGE, apresentar o quarto maior PIB, sendo a segunda mesorregião com maior densidade demográfica e também a segunda em número de municípios, totalizando 142, ficando atrás apenas do Sul/Sudoeste de Minas, que possui 146 (IBGE, 2018).

Portanto, foram escolhidos quatro municípios da Zona da Mata, os quais foram selecionados considerando-se a distância entre os municípios e a Universidade sede desta pesquisa e dados que representam as condições de saúde dos mesmos. Como fator de escolha, foi consultado o Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS) elaborado por Macedo (2019). O índice variava de 0 a 1, indicando que, quanto mais próximo de zero, maior era a situação de vulnerabilidade em saúde no município, indicando maior necessidade de receber os médicos do PMM e, quanto mais próximo a 01, menores eram as vulnerabilidades em saúde (MACEDO, 2019).

Ademais, foi delimitado, intencionalmente, um raio de cento e vinte (120) quilômetros a partir da cidade sede desta pesquisa (Viçosa- MG), contemplando os municípios que aderiram

ao PMM no ano de sua criação e permaneceram no mesmo até 2019, que possuíam, de acordo com o IVCS de 2012, alta ou média vulnerabilidade e necessidade de saúde (faixas selecionadas entre 0,44 a 0,51) e cuja taxa de médicos da Atenção Básica de Saúde aumentou ou permaneceu constante após a implementação do PMM. Para efeito de comparação em relação à Atenção Básica de Saúde, foi escolhido um município (Catas Altas da Noruega) que não aderiu ao PMM e possui características semelhantes aos demais municípios selecionados que aderiram ao PMM, como disposto no Quadro 5.

Quadro 5- Municípios selecionados para entrevista e seus dados nos anos anteriores e iniciais do PMM.

Município	IVCS12	Taxa de Médicos AB (2012)	Taxa de Médicos AB (2015)
Amparo do Serra	0,49	0,76	1,50
Rio Espera	0,44	0,00	1,18
Vieiras	0,51	0,95	0,94
Catas Altas da Noruega	0,44	2,04	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Macedo (2019).

Para a execução do estudo de campo, foi feito o contato com as secretarias de saúde e agendadas as entrevistas e visitas aos municípios, conhecendo pontos como prefeitura, secretaria de saúde e UBS. Após aprovação do Comitê de Ética, esta etapa do estudo foi realizada em dois momentos, em que o primeiro se deu no dia 27/11/2019, com a visita ao município de Vieiras e o segundo foi realizado no dia 04/12/2019, nas cidades de Amparo do Serra, Rio Espera e Catas Altas da Noruega, em um total de aproximadamente 600 Km percorridos.

Para a realização das entrevistas, optou-se em entrevistar os gestores de saúde de cada município e coordenadores da atenção básica, responsáveis pela implementação do PMM no nível local, além dos médicos do programa, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Os demais atores responsáveis pela implementação do PMM não foram entrevistados, devido à ausência destes no momento das visitas nos municípios. As entrevistas foram gravadas, transcritas e textualizadas. No total foram 8 entrevistas. Os atores entrevistados foram dispostos no texto como as siglas a seguir.

- Secretários municipais de Saúde: 3 entrevistados (GS1, GS2, GS3);
- Coordenadores da Atenção Básica: 4 entrevistados (CAB1, CAB2, CB3, CAB4);
- Médicos do PMM: 1 entrevistado (MED)

Os resultados obtidos através das entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo, método que consiste em utilizar metodologias de análise de comunicações, com o objetivo de alcançar indicadores quantitativos ou qualitativos, ocasionando uma inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Essa análise é

composta por três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

As dimensões utilizadas para análise das entrevistas foram baseadas na literatura sobre atenção básica de saúde. Para isso, optou-se por utilizar categorias de análise com base nos conceitos e princípios da Atenção Básica de Saúde, como dispostas no Quadro 6.

Quadro 6- Categorias de análise do efeito do PMM na Atenção Básica de Saúde dos municípios.

Categorias	Descrição	Autores
Acesso ao primeiro contato	Acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde;	Starfield (2000); Portela (2013)
Longitudinalidade	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde;	Starfield (2000); Cunha; Giovannella (2011)
Integralidade	Leque de serviços disponíveis, prestados pela atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral;	Starfield (2000); Portela (2013)
Inovação e aprendizagem	Variável captada através dos relatos dos gestores em relação ao Programa Mais Médicos na Atenção Básica de Saúde nos municípios, que representa ações criadas pelos gestores para melhoria da AB, inspiradas pelo PMM.	

Fonte: Elaborado pela autora.

4. Resultados e Discussão

Caracterização dos municípios visitados

Amparo do Serra é um município pertencente à mesorregião da Zona da Mata de Minas Gerais, com uma população estimada em 2019 de 4.713 pessoas e densidade demográfica, de acordo com o Censo (2010), de 34, 63 habitantes por Km². Possui um PIB per capita de R\$ 9.350,42 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,641, com 24,6 % das vias públicas urbanizadas. Com relação a informações sobre saúde no município, este possui 4 estabelecimentos ligados ao SUS e duas equipes de saúde da família, com um médico do PMM (IBGE, 2019).

Rio Espera é um município pertencente a Zona da Mata mineira, com uma população estimada em 2019 de 5.474 pessoas e densidade demográfica, de acordo com o Censo (2010), de 25,44 habitantes por Km². Possui um PIB per capita de R\$ 8.014,76 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,602, com 24,3% das vias públicas urbanizadas. Em relação aos dados de saúde no município, este possui taxa de mortalidade infantil média na cidade de 93.75 para 1.000 nascidos vivos. São 3 estabelecimentos ligados ao SUS e 3 equipes de saúde da família, com um médico do PMM (IBGE, 2019).

Vieiras é um município do interior pertencente a Zona da Mata de Minas Gerais e possui uma população estimada de 3.608 habitantes em 2019, com um PIB per capita de R\$ 10.074,26 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,668, com densidade demográfica de 33,11 habitantes por km². Em relação aos dados de saúde no município, este possui taxa de mortalidade infantil média de 32,26 para 1.000 nascidos vivos. Conta com um estabelecimento ligado ao SUS e 2 equipes de saúde da família, com um médico do PMM (IBGE, 2019).

O último município visitado foi Catas Altas da Noruega, localizado no interior de Minas Gerais, com uma população estimada de 3.641 pessoas, em 2019, e possui um PIB per capita de R\$ 9.747,47 e 64,1 % das vias públicas urbanizadas. No que tange aos dados de saúde no município, este possui 37,04 óbitos por mil nascidos vivos, e conta com um estabelecimento de saúde do SUS e duas equipes de saúde da família. Até a data da visita, o município não possuía médicos do PMM, pois optou pela não adesão ao Programa (IBGE, 2019).

Ao realizar a pesquisa de campo, foi possível entender a relação entre a capacidade estatal dos municípios e a escolha pela adesão ao Programa. Enquanto um dos municípios visitados entendeu que não era viável a adesão ao PMM, pois já haviam duas equipes de saúde da família na Atenção Básica de Saúde no mesmo, com dois médicos fixos e pouca rotatividade desses profissionais, com pleno atendimento das demandas da população em relação à saúde, outro município optou pela criação de mais uma equipe de saúde da família, para receber o médico do PMM e integrá-lo nessa equipe. Como exposto na literatura, as diferentes capacidades estatais dos municípios definem seu grau de discricção e este está diretamente ligado à implementação de políticas, de maneira em que governos locais com altos níveis de discricção têm mais oportunidade de escolher não implementar a política do estado (GRIN, 2012; KIM; MCDONALD; LEE, 2017).

As respostas obtidas pelas entrevistas com os atores responsáveis pela implementação do Programa Mais Médicos nos municípios selecionados foram transcritas, analisadas e organizadas de acordo com as categorias pré-definidas e a dimensão adicionada após análise das entrevistas, como disposto nos próximos subtópicos.

Ainda durante a codificação das respostas das entrevistas, foi construída uma nuvem de palavras, com o objetivo de descobrir quais foram as palavras mais repetidas nas falas dos atores responsáveis pela implementação do PMM nos municípios estudados.

Figura 7- Nuvem de palavras



Fonte: Elaborada pela autora através do Atlas.ti 8.

A partir da nuvem de palavras, é possível notar que os termos mais utilizados durante as entrevistas foram: município, médico, PMM, saúde, profissionais, atenção, básica, coordenação, equipe, cubanos, participação, comunicação, relação, rotatividade, visitas, implementação, autonomia, dificuldade, entre outras. Essas palavras indicam quais são as características que permeiam o discurso dos atores responsáveis pela implementação do Programa nos municípios, visto que este é responsável pela execução do PMM, recebendo o médico, integrando o profissional à equipe de atenção básica local, programando visitas e realizando a comunicação com outros atores responsáveis pela implementação do programa. Além disso, as palavras sugerem alguns dos desafios enfrentados no processo de implementação do PMM, que é contínuo. Ainda, ao observar a nuvem de palavras, é notória a presença dos médicos cubanos, que deixaram o PMM em 2018.

Após observar as palavras mais recorrentes nas falas dos entrevistados, prosseguiu-se para a análise dos relatos, de acordo com as categorias definidas anteriormente.

Acesso

A dimensão referente ao acesso (primeiro contato) remete-se à capacidade de acessibilidade, considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de entraves, sejam eles na própria unidade prestadora, no transporte, ou até mesmo aqueles de natureza cultural ou linguística. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pela Estratégia Saúde da Família, é uma tentativa de facilitar esse primeiro contato (CONASS, 2004; HARZHEIM *et al.*, 2010).

Para facilitar a visualização dos relatos, estes foram distribuídos em quadros, de acordo com a categoria do mesmo.

Quadro 7- Relatos sobre acesso na atenção básica.

Ator	Relato
GS1	“Antes do programa, a gente tinha médico no máximo 3 vezes por semana. Então, a partir do momento que a gente tem médicos todos os dias no município com agendamento, conseguimos atender a todos. Antes tinha gente que voltava para casa doente sem ser atendida”.
CAB1	“O município é considerado bem vulnerável, principalmente nossa zona rural. O médico faz visitas em domicílio nessas áreas e faz atendimento próximo, melhorando o acesso das pessoas. A população ficou muito satisfeita, porque eles tinham muita dificuldade de vir até o município. Porque muitas vezes vem a pé, de charrete ou depende do carro da saúde para buscar e aí eles precisam largar seus serviços na roça para isso. Então o médico indo para lá, fica mais fácil para eles e melhora o acesso”.
GS2	“Todos os gestores que mexem direta ou indiretamente em saúde, percebem que PMM teve um impacto positivo independente se são os cubanos ou se são os brasileiros. Um dos quesitos que eu percebo é principalmente a questão da carga horária, porque a gente sabe que é uma questão cultural. Então isso obriga esse profissional médico a mudar a visão dele para o SUS e para a população, que é o mais importante. Um dos maiores pontos positivos foi a carga horária, porque, mesmo que não cumpra as 40 horas, obriga ele a passar pelo menos 80 a 90% dentro da UBS assistindo a uma população e essa população não fica à mercê e muito menos satura a média e alta e complexidade. Quanto menor os municípios, a população têm um acesso muito facilitado ao serviço de saúde. Primeiro na questão de conhecer as pessoas que estão dentro na UBS. Segundo a questão geográfica, o acesso, tudo é muito perto.
CAB2	“O PMM trouxe o vínculo de cumprir a carga horária de 40 horas de trabalhar juntamente com a população, a disponibilidade desse vínculo deles estarem estudando, buscando mais, fazendo essa especialização em saúde da família, de trabalhar mais. Diminuiu bastante a demanda do hospital pra dentro do posto de saúde, porque tem atendimento médico durante 12 horas. Diminuiu o encaminhamento a especialistas também”.
CAB2	“A partir da implementação houve uma diferença grande, porque ficou fácil o acesso e o trabalho com o médico”.
CAB3	“Antes do PMM, o profissional não cumpria a carga horária. Cumpria apenas duas horas por dia. Ou a gente aceitava isso, ou não tinha médico. Era muito difícil ter um profissional. O médico do PMM tem uma exigência própria que deve cumprir 32 horas de trabalho, com direito a 8 horas por semana de estudo. Após a implementação do PMM, a situação melhorou 100%.”
MED	“Eu trabalho aqui de terça a sexta-feira. Segunda é meu <i>day off</i> . Trabalho nos dois turnos, manhã e tarde. A gente desenvolve horário corrido. Só come e volta, não tem horário de almoço. Rotina que eu escolhi. Tenho autonomia para flexibilizar minha rotina. Temos uma orientadora. A relação com o município é muito boa”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em todos os três municípios visitados que implementaram o Programa Mais Médicos, um ponto destacado foi a questão da carga horária pré-estabelecida dos médicos que participam do programa. Esse detalhe foi apontado pelos entrevistados como um ponto positivo e diferencial do PMM, pois com a carga horária definida, é possível atender a um maior número de pessoas, melhorando o acesso da população aos serviços de saúde. Tal fato pode ser observado nas falas dos gestores dos municípios, apresentadas no Quadro 7.

Esse diferencial do programa pôde ser percebido através da entrevista no município que não implementou o PMM. Foi relatado pelo gestor que a maioria dos médicos do município, por serem concursados, estabelece uma quantidade de pacientes para atender no dia, sem

cumprir carga horária, o que faz com que a população precise se adequar aos horários do médico, e não o contrário.

Um outro ponto abordado foi a questão geográfica dos municípios, que interfere no acesso aos serviços de saúde. Foi relatado que, por os municípios serem de pequeno porte, a população tem um acesso facilitado ao serviço de saúde, devido à proximidade. Os municípios ainda possuem equipes de saúde da família que atendem na zona rural regularmente, o que proporciona um melhor acesso os serviços de saúde pelas pessoas que não possuem condições para se locomover para a zona urbana. Também são disponibilizados carros que buscam os moradores da zona rural e os levam para as UBS, propiciando um melhor acesso dessa parcela da população. O médico, estando mais presente na UBS, atende gestantes, idosos, crianças e ainda faz atendimentos em domicílio e asilos.

Esses relatos obtidos nas entrevistas com os gestores dos quatro municípios visitados vão de encontro aos relatos obtidos por Arruda et al. (2017), que visitaram 32 municípios do Brasil, considerados vulneráveis e que receberam o PMM. Em seu estudo, os gestores apontam muitas contribuições do PMM para os municípios. Nos relatos, é unânime que, dentre essas contribuições, destaca-se o provimento de médicos no município, que permitiu à população a ampliação do acesso relativo ao atendimento médico. Como os municípios se localizam no interior dos estados, os gestores avaliaram que o PMM, ao garantir esse provimento, contribuiu para um fortalecimento da Atenção Básica. Ao lado disso, destacam o cumprimento da carga horária dos médicos do programa, situação antes não vivenciada em muitos municípios (ARRUDA *et al.*, 2017).

Os relatos também corroboram com os resultados de um estudo em uma comunidade quilombola no Pará, que demonstrou que os gestores do município destacaram os ganhos sociais e de atenção à saúde alcançados com a atuação dos médicos do programa, avaliando que houve aumento do número de consultas e, conseqüentemente, de solicitação de exames e medicamentos, resultando em um melhor acesso (PEREIRA; SANTOS, 2018).

Longitudinalidade

A categoria da longitudinalidade representa o vínculo, a relação mútua entre o usuário e o profissional de saúde e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços (CONASS, 2004; HARZHEIM *et al.*, 2010). Na saúde da família, as equipes com trabalho dedicado a uma população tem esse fator como um facilitador do processo de vinculação do usuário (CONASS, 2004).

Para facilitar a visualização dos relatos, estes foram distribuídos em quadros, de acordo com a categoria e o cargo do mesmo.

Quadro 8- Relatos referentes à longitudinalidade.

Ator	Relato
GS1	“A princípio, a população não entendia muito a linguagem do médico cubano, ficaram retraídas de fazer atendimento com ele, mas depois foi muito bom e ele criou um vínculo muito grande com o município. Ele ficou durante três anos com a gente. E o PMM é bom porque dá muita estabilidade, querendo ou não, são três anos sem rotatividade de médico dentro do município e é muito bom, porque cria um vínculo a mais com os pacientes. O médico começa a conhecer os pacientes e os pacientes começam a conhecer o médico também. A população gostou bastante disso. Eles (os médicos do PMM) fazem uma pós em estratégia da saúde família, então eles aprendem mais a trabalhar melhor no município”.
GS2	“O médico que trabalha aqui no município tem esse perfil de saúde da família, tanto é que a população o adora. Eles fazem visita domiciliar. Atendemos nas capelas, em imóveis neutros, vamos mais para perto da comunidade. Temos pequenas regiões da zona rural mais distantes e nas quartas feiras são as visitas domiciliares programadas. Tem também as visitas de urgência. Nossas ações são planejadas para fazer as visitas no tempo certinho. O programa saúde da família é para o médico estar mais próximo da comunidade. O médico do PMM também faz essas visitas”.
GS3	“Eu achava que o médico cubano é uma pessoa muito humana, o jeito de atendimento dele era diferenciado, criava um vínculo mais rápido com a população”.
MED	“Todo mundo conhece todo mundo e chega e fica à vontade.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Os gestores dos municípios visitados que implementaram o Programa Mais Médicos, citaram como ponto positivo do PMM, o fato de se ter um tempo pré-estabelecido de permanência do médico do Programa no município. De acordo com a legislação do PMM, o médico pode ficar no município durante 3 anos. Isso foi citado como um fator positivo, dado que a rotatividade de médicos era relativamente alta antes da implementação do PMM. Os gestores relataram que durante esses 3 anos, a criação de vínculo com os pacientes é facilitada e melhora, o que permite maior satisfação por parte dos usuários, que levam elogios para os médicos do PMM. Quando visitado o município que não aderiu ao PMM, foi possível perceber que não houve diferença para o município em relação a esse fator, visto que o município só possui médicos concursados e não há alta rotatividade entre eles, que já estão no município há mais de 4 anos.

O fato da especialização do médico do PMM ser voltada para a saúde da família contribui para o atendimento mais humanizado e próximo da população, o que possibilita um cuidado e atenção maiores para com o paciente, gerando satisfação para quem está recebendo este tratamento. Os médicos cubanos, por já terem a vivência da saúde da família, ao serem alocados nos municípios, precisavam apenas se adaptar à linguagem e ao município, dado que o nível de recepção por parte da população passou a ser alto, à medida em que iam se entendendo com as diferenças culturais. Os médicos cubanos também faziam uso de métodos alternativos e trouxeram essa cultura para as equipes da saúde da família e para os gestores dos

municípios, que aderiram à inovação nos tratamentos e foram bem recebidos pela população usuária do sistema de saúde dos municípios. A fala de uma das gestoras da atenção básica de saúde de um dos municípios visitados (GS1) evidencia a relação entre os médicos cubanos nos municípios e dos médicos brasileiros, que substituíram os cubanos no município com a população.

Em outro município, uma gestora comentou como é o perfil do médico e como é sua aceitação e vínculo por parte da população. O médico do PMM, quando entrevistado, relatou que os pacientes depois que criam o vínculo e passam a conhecer quem está os atendendo, ficam à vontade e tendem a conversar com ele como se fossem próximos.

Os gestores relataram que esse acompanhamento mais próximo à população diminuiu a demanda do hospital pra dentro do posto de saúde, porque tem atendimento médico com carga horária definida, diminuindo o encaminhamento a especialistas também. Tal fato evidencia que a Atenção Básica passou a trabalhar mais a promoção e a prevenção da saúde, com a chegada do PMM nos municípios.

Esse vínculo e tratamento humanizado é um diferencial do PMM, como foi percebido através da entrevista com o gestor do município que não aderiu ao PMM, posto que, no município em questão, os médicos apenas realizam o atendimento, sem maior interação com os pacientes.

O PMM surge como uma forma de melhorar a longitudinalidade na Atenção Básica, considerando que o Programa reduz a rotatividade dos profissionais, situação que dificulta a construção da longitudinalidade nos municípios.

Resultado semelhante foi obtido por Pereira e Pacheco (2017) ao entrevistar gestores em áreas rurais da região Amazônica no Pará. Os autores pontuaram que, de acordo com alguns profissionais, um dos principais desafios enfrentados antes da implementação do PMM era a continuidade da atenção aos usuários e que, na fala de profissionais e usuários, este problema foi reduzido com a atuação dos médicos do PMM, tanto pela atuação mais presente na UBS, reduzindo a rotatividade existente, quanto pelo maior estabelecimento de vínculo com os usuários (PEREIRA; PACHECO, 2017).

O mesmo relato foi obtido no estudo de Pereira e Santos (2018) na comunidade quilombola no Pará, onde os usuários, que possuíam grandes entraves para acesso à UBS, avaliaram o atendimento do médico do PMM como satisfatório, relatando que a consulta é muito boa porque recebem atenção e explicações sobre as enfermidades e têm espaço para verbalizar o que sentem, possibilitando a criação de vínculo médico-paciente.

Integralidade

A dimensão da integralidade envolve a capacidade dos serviços da Atenção Básica de Saúde em oferecer o que está planejado. Diz respeito às ações programadas para aquele serviço, à sua adequação às necessidades da população e à sua resposta as essas demandas, enquanto capacidade resolutiva (CONASS, 2004; HARZHEIM *et al.*, 2010).

Para facilitar a visualização dos relatos, estes foram distribuídos em quadros, de acordo com a categoria e do cargo de atuação do mesmo.

Quadro 9- Relatos pertinentes à integralidade.

Ator	Relato
GS1	“Nós temos autonomia para resolver com o médico como ele irá trabalhar, fazemos a interação dele com os médicos das outras ESF, há discussão de casos e interação com o resto da equipe. A gente possui uma articulação das equipes de saúde da família com reuniões mensais. Se precisa de algo, a secretaria dá o suporte necessário”.
CAB1	“O médico precisa estar com a produção ativa e tem a supervisão de um médico. A supervisão agora está bem ruim. Nós tínhamos a uma representante do MS que sempre nos ajudava e, desde que houve a troca de gestão na área da saúde e ela saiu, a gente ficou bem perdido em relação ao PMM. Não temos mais o suporte como era antigamente. O supervisor sempre vinha e conversava comigo o que eu estava achando, se precisava de alguma coisa, deixava o contato dele comigo. Agora não tem isso mais.”
GS2	“A gente chama a equipe toda e faz uma reunião para solucionar os problemas. A gente possui desafios com agendamento de consulta, pois a demanda é alta e há um acúmulo de pedidos de exames e não conseguimos atender toda a população.”
GS3	“A partir do momento em que a gente teve um médico fixo, direto na equipe, a gente conseguiu trabalhar com a população, a conscientizar, a fazer acompanhamento do paciente, teve uma diferença muito grande nos indicadores da atenção básica do município depois da implementação do PMM. A partir do momento que tem um médico fixo ali, a gente conseguiu diminuir o número internações hospitalares, a gente vai trabalhando o básico, a gente vai fazendo a prevenção e a promoção da saúde. A gente fazendo o que é primário, a gente diminui lá na ponta.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Os quatro municípios visitados possuem em média 2 a 3 equipes de saúde da família, com um médico do PMM incluído em uma dessas equipes, com exceção de Catas Altas da Noruega, que não aderiu ao PMM. Os gestores da atenção básica dos municípios que possuem o PMM, relataram que, quando o médico do programa é alocado no município, é feito seu processo de integração à equipe de saúde da família e o mesmo passa a interagir com o restante da equipe para a criação de novas alternativas de melhoria da atenção básica de saúde dos municípios. Essa integração não ocorre no município que não possui médico do PMM.

Cada um dos municípios visitados pertence a uma Secretaria Regional de saúde diferente. Vieiras pertence à de Ubá, Rio Espera e Catas Altas da Noruega pertencem a de Barbacena e Amparo do Serra pertence à de Ponte Nova. Foi relatado pelos gestores que cabe à secretaria regional prestar o apoio institucional e comunicação com os municípios em relação à Atenção Básica de Saúde e ao PMM, inclusive enviar o supervisor para avaliar o médico do programa. Alguns municípios citaram que a comunicação sobre o PMM é dificultada pelas

trocas de gestão da regional, de modo que a interação em relação ao PMM fica praticamente nula. Esse foi um dos pontos negativos apontados em relação ao PMM e sua implementação.

Para continuar fazendo parte do Programa, o médico precisa estar com a produção ativa, sendo que, mensalmente os gestores da saúde do município devem preencher um formulário (Form-SUS) respondendo se o profissional está cumprindo com a carga horária estabelecida pelo PMM e avaliar seu rendimento junto ao supervisor do PMM. Já para a Atenção Básica dos municípios, os gestores dos quatro municípios visitados citaram o PMAQ como avaliação de desempenho, além de prontuários eletrônicos e o relatório que é tirado via SISAB, onde cada profissional preenche o seu. As secretarias regionais de saúde também avaliam o desempenho dos municípios em relação à Atenção Básica de Saúde.

A partir do momento em que o médico do PMM chega ao município, os gestores possuem autonomia para gerenciar as atividades do profissional, em comum acordo com ele. A agenda do médico é decidida entre ele e o gestor, o que confere maior autonomia ao gestor para adaptar o PMM à realidade do município. Os gestores disseram ser um ponto positivo o médico já vir com todas as recomendações do nível central, pois agiliza o processo de integração do mesmo.

Em um outro estudo, que abrangeu 32 municípios divididos entre as regiões do Brasil, Arruda et al. (2017) encontraram que, entre os aspectos positivos mais referidos pelos gestores, estavam atendimento minucioso, com esforço para garantia da compreensão do usuário; dispêndio de tempo adequado para cada atendimento; realização de exame físico completo; respeito ao paciente; responsabilidade no acompanhamento dos casos atendidos; preocupação com a garantia do tratamento para o usuário e a resolução de seu problema; compromisso com o cumprimento do horário de trabalho; ênfase na Medicina preventiva; disponibilidade para realizar visitas domiciliares e atendimentos em lugares mais afastados, que exigiam deslocamentos demorados e integração de conhecimentos clínicos aos da situação de saúde da população local (ARRUDA *et al.*, 2017).

Outra pesquisa, em uma comunidade quilombola, revelou que o PMM propiciou a continuidade de tratamentos, principalmente de doenças crônicas na população, que não seguia com o tratamento antes da implementação do Programa, além da ampliação de visitas domiciliares e de ações de educação em saúde, evidenciando também o maior envolvimento do profissional médico no planejamento das ações não só na UBS, mas também em fóruns de discussão da política de saúde (PEREIRA; SANTOS, 2018).

Inovação e aprendizagem na Atenção Básica de Saúde

Um outro ponto abordado nas falas dos gestores dos municípios que aderiram ao PMM, foi a questão das inovações no âmbito da Atenção Básica de saúde, principalmente em relação à conscientização da população em relação à saúde e ao primeiro nível de atenção, conforme relatos presentes no Quadro 10.

Quadro 10 - Relatos referentes à inovação e aprendizagem na AB.

Ator	Relato
GS2	“A médica cubana, quando veio para cá, ela tinha muita vontade de tirar esses ansiolíticos e medicamentos, diazepam, fazer um trabalho bom com a população para ir diminuindo um pouco. Agora, essa médica (brasileira) também faz um tratamento alternativo, com chá, com alimentos regionais, biomassa, alimentação de amendoim, broa, coisa dietética. A população recebe isso bem.”
CAB1	“Com o médico brasileiro, conseguimos criar uma agenda. A população é muito resistente a mudanças, tem dificuldade para entender o que precisa ser agendado, o que é urgência e emergência. Criamos um cronograma de atendimento e visitas. Devagar estamos conscientizando e educando a população para o atendimento certo.”
CAB2	“Os cubanos têm as dificuldades e as coisas que eles acrescentaram, algumas metodologias deles eram meio diferentes das brasileiras e que davam certo. Algumas formas de curativos e de tratamento paliativo. O médico brasileiro também faz algumas práticas integrativas de aromaterapia, acupuntura, entre outros.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Em um dos municípios, os gestores ainda citaram como inovação à Atenção Primária de Saúde, o fato de que eles trabalham com práticas integrativas, com frequentes novidades e agora estão trabalhando com produtos regionais, começando com as oficinas de arte terapia para crianças com alguma deficiência e, para um entrosamento maior, tem a equipe do NASF, que dá suporte nas equipes da ESF e está com apoio, educador físico, nutricionista, com assistente social, contando também com um fonoaudiólogo.

Os gestores dos municípios visitados ainda falaram das inovações que implementaram para melhorar o acesso à atenção básica de saúde, como consultas agendadas, criação de cronogramas de visitas planejadas pelos médicos do PMM e da ESF, novas práticas medicinais, cronogramas de utilização de meios de transportes por parte da equipe e reuniões para criar soluções ou novas práticas para melhorar o acesso e o atendimento da população.

Um efeito indireto do PMM apontado pelo gestor entrevistado em Catas Altas da Noruega foi que, depois que as universidades mais próximas passaram a oferecer o curso de medicina, houve maior preenchimento das vagas de médicos nos municípios de pequeno porte próximos, o que diminuiu a escassez desses profissionais no interior e áreas mais vulneráveis, sem a necessidade de adesão ao PMM.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos que contemplaram outras localidades, como os trabalhos de Pereira e Pacheco (2017), que realizaram a pesquisa em áreas

rurais da região amazônica e Arruda *et al.* (2017), que entrevistaram gestores da saúde de 32 municípios brasileiros, para avaliar o PMM.

No primeiro trabalho, foi demonstrado que o conhecimento da realidade dos usuários, por parte dos médicos do PMM, motivou a adoção de estratégias que permitem, a partir da organização da agenda, contemplar as necessidades dos moradores mais distantes, com a definição de dias específicos para atendimento em áreas mais isoladas, buscando associar aos dias de transporte público. Outros diferenciais proporcionados pelo programa nessas áreas foram a realização de atividades de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe e maior frequência de visitas domiciliares. Tais ações tem possibilitado uma maior participação dos usuários nas atividades do PSF e, também, uma maior organização das demandas por atendimentos (PEREIRA; PACHECO, 2017).

Na outra pesquisa, os gestores indicavam como diferenciais dos médicos do PMM, nos municípios, a utilização racional de medicamentos, a responsabilidade no acompanhamento dos casos atendidos, o compromisso com o cumprimento do horário de trabalho, ênfase na Medicina preventiva e a disponibilidade para realizar visitas domiciliares e atendimentos em lugares mais afastados, que exigiam deslocamentos demorados, além da integração de conhecimentos clínicos aos da situação de saúde da população local (ARRUDA *et al.*, 2017).

5. Considerações finais

Este trabalho, ao estudar os possíveis efeitos do Programa Mais Médicos na atenção básica de saúde, demonstrou que o programa apresenta um diferencial nesse nível de atenção em saúde dos municípios que optam por aderir-lo, principalmente os mais vulneráveis. Seja pelo contato mais próximo (vínculo) entre médicos e pacientes, pelo cuidado humanizado, ou pelo estabelecimento de carga horária fixa para os profissionais médicos, o PMM vem trazendo resultados positivos, tanto na percepção dos gestores, quanto na percepção dos médicos participantes.

Além disso, o Programa se mostra um agente de inovação da Atenção Básica, posto que, diante da participação dos médicos cubanos nas equipes de saúde da família dos municípios, algumas práticas foram absorvidas e incorporadas na Atenção Básica, mesmo depois da mudança recente no Programa, que cancelou a participação de Cuba no acordo de cooperação.

Os resultados também apontaram para um efeito positivo do PMM nos municípios que aderiram a política pública, em relação ao que optou pela não adesão. E, mesmo indiretamente, ainda conseguiu trazer benefícios para os municípios que não possuem o Programa, visto que,

a abertura de novos cursos de medicina em cidades do interior propiciou o preenchimento das vagas de profissionais em alguns municípios próximos.

Dessa forma, pode-se dizer que o programa se mostra promissor, dada a presteza dos municípios em se informar sobre o PMM e buscar práticas que melhorem a Atenção Básica de Saúde no local, diante dos entraves que surgem durante sua implementação. Os resultados dessa pesquisa demonstraram o potencial do PMM em fortalecer a Atenção Básica, cumprindo seus principais conceitos, – Acesso, Longitudinalidade e Integralidade – proporcionando aprendizados e agregando inovações nesse nível de atenção.

Desse modo, o programa tem potencial para resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, criando também, condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para os usuários do SUS. Logo, além de aumentar o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e integralidade da atenção, provendo atendimento humanizado, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

Durante o estudo, foi possível identificar, ainda, a influência da capacidade estatal dos municípios em sua decisão de adesão ao programa. Posto que, municípios com características semelhantes, possuem capacidades estatais distintas e, por vezes, implementar um programa ou política pública, pode ser uma opção inviável para as condições específicas do local.

Como possíveis pesquisas futuras, é interessante abordar a perspectiva de todos os atores envolvidos com a política pública e seus beneficiários (usuários), para comparar a percepção do cuidado dos médicos do PMM por parte dos mesmos, assim, sugere-se que novos trabalhos abordem essa visão para uma análise completa do PMM.

Referências

ALMEIDA, E. R. de *et al.* Projeto Mais Médicos Para O Brasil: a Experiência Pioneira Do Apoio Institucional No Ministério Da Educação. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 49, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i4.1758>

ARRUDA, C. A. M. *et al.* Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, p. 1269–1280, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: [s.n.], 1977.

BRASIL. Entenda como funciona o Provab. **Blog da Saúde - Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/31906-entenda-como-funciona-o-provab>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

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. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**, 2015. Disponível em: <maismedicos.gov.br>. Acesso em: 15 janeiro 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Brasília. 2017.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**, 2019. Disponível em: <maismedicos.gov.br>.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**, 2019. Disponível em: <maismedicos.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2019.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde.. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, PE, v. 5, n. 1, p. 63-69, 2005.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde).** Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2004.

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**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>

CARDOSO, R. CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUDOESTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Um estudo sobre o centro de resultado Estratégia Saúde da Família sob a ótica do risco financeiro operacional da atividade. **Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.**, [S. l.], 2014.

CARVALHO, M. C.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface (Botucatu)**, v. 47, n. 17, 2013.

CARVALHO DE SOUZA, E.; XIMENES GUIMARÃES, J. M.; FERREIRA DA SILVA, M. R. Estudos De Avaliabilidade De Políticas E Programas De Saúde No Brasil: Revisão Integrativa. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 85–92, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1182>

COMES, Y. *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016 a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>

COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016 b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>

CONASS. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004. *E-book*.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, 2008.

- COSTA, G. D. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.
- CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. suppl 1, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. [S. l.: s. n.]. E-book. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- FERTONANI, H. P. et al. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- FLEXOR, G.; LEITE, S. P. Análise De Políticas Públicas: Breves Considerações Teórico-Metodológicas. [S. l.], v. 1, p. 1–22, 2006.
- FREY, K. Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, [S. l.], v. 18, n. Setembro, p. 38, 1999.
- FREY, K. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], v. 21, p. 211–259, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(98\)00105-4](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(98)00105-4)
- GASPARINI, M. F. V. Longitudinalidade e integralidade no programa Mais Médicos: avaliação a partir de um estudo de caso. [S. l.], 2017.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA L, E. S. L. L. N. J. C. A. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.
- GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2739–2748, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>
- GRIN, E. J. Notas sobre a construção e a aplicação do conceito de capacidades estatais. **TEORIA E SOCIEDADE**, [S. l.], v. 20, p. 29–58, 2012.
- GRIN, E. J. Rotas federativas para a promoção de capacidades estatais municipais : uma análise da experiência brasileira. [S. l.], p. 406f, 2016.
- HARZHEIM, E. ; et al. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. [S. l.: s. n.]. E-book.
- HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: Um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 6, p. 2877–2887, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600025>
- HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 43, n. spe2, p. 1156–1167, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600003>
- IBGE. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <>. Acesso em: 08 fevereiro 2019.

- IBGE. IBGE Cidades Minas Gerais. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/>>. Acesso em: 09 maio 2020.
- KEMPER, E. S. *et al.* Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *[S. l.]*, p. 1–5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.1>
- KEMPER, E. S. Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos. **APS EM REVISTA**, *[S. l.]*, v. 1, n. 1, p. 75–87, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.17>
- KIM, J.; MCDONALD, B. D.; LEE, J. The Nexus of State and Local Capacity in Vertical Policy Diffusion. **The American Review of Public Administration**, *[S. l.]*, p. 027507401667596, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0275074016675966>
- KJAER, M.; HANSEN, O. H.; THOMSEN, J. P. F. Conceptualizing State Capacity., 2002.
- LUCCHESI, P. T. R. (org) *et al.* Políticas públicas em Saúde Pública. *[S. l.]*, p. 90, 2004.
- MACEDO, A. dos S. **Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no Programa Mais Médicos**. 2019. - Universidade Federal de Viçosa, *[s. l.]*, 2019.
- MAIA, L. G. Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde TT - Evaluation of primary care by health professionals. *[S. l.]*, 2017.
- MARTINS, D. A. B. *et al.* Programa Mais Médicos no Brasil : análise de conjuntura More Doctors program in Brasil : conjuncture analysis. **Emancipação**, *[S. l.]*, v. 19, n. 1, p. 1–15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.19.0011>
- MAZETTO, D. Assessing the impact of the mais médicos program on basic health care indicators. **Mestrado**, *[S. l.]*, v. 2, p. 203, 2018.
- MELO, C. D. F.; BAIÃO, D. C.; COSTA, M. C. a Percepção Dos Usuários Cearenses Sobre O Programa Mais Médicos. **Gestão e Sociedade**, *[S. l.]*, v. 10, n. 26, p. 1302, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2087>
- MELO, D. A. C. de; Análise do processo de implantação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil” no estado do Rio Grande do Sul. **Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul - Programa De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva**, *[S. l.]*, p. 1–113, 2015.
- MOTA, R. G. da; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, *[S. l.]*, v. 21, n. 9, p. 2879–2888, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>
- OLIVERA, J. P. A. Análise do provimento de médicos em municípios participantes do PMM entre 2013-2014. **Universidade de Brasília**, *[S. l.]*, p. 2–82, 2016.
- OPAS. Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba Experiências inovadoras e lições aprendidas.** *[S. l.: s. n.]*. E-book.
- PEREIRA, E. de C. Avaliação Do Programa Mais Médicos Nos Vales Do Jequitinhonha E Mucuri. **Dissertação. Universidade Federal Dos Vales Do Jequitinhonha E Mucuri Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente.**, *[S. l.]*, p. 98, 2017.
- PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, *[S. l.]*, v. 21, p. 1181–1192, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>

- PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M. P. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 203–219, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.18737>
- PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: Avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 21, n. c, p. 1087–1101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>
- PORTELA, G. Z. **Avaliação do desempenho da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro**. 2013. [s. l.], 2013.
- 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)**, [S. l.], p. 1–119, 2016.
- ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE.BR**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 12, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512004000100006>
- ROTHSTEIN, B.; STOLLE, D. The state and social capital: An institutional theory of generalized trust. **Comparative politics**, v. 40, n. 4, p. 441–459, 2008.
- 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.
- SANTOS, F. J. S. dos. **O Programa Mais Médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil**. 2018. - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [s. l.], 2018.
- SAÚDE, M. D. **Entendendo o SUS**. Ministério da Saúde. Brasília. 2007.
- SEABRA, C.; CANCIAN, N. **Com eleição de Bolsonaro, Cuba anuncia fim da parceria com Brasil no Mais Médicos**. Folha de São Paulo. São Paulo. 14 nov. 2018.
- SECCHI, L. **Políticas públicas**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- 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**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2899–2906, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>
- SKOCPOL, T.; FINEGOLD, K. State Capacity and Economic Intervention in the Early New Deal. **Political Science Quarterly**, v. 97, n. 2, p. 255–278, 1982.
- SOUZA, B. P. A.; PAULETTE, A. C. De. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. **Tempus, actas de saúde coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 11–34, 2015.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, [S. l.], n. 39, p. 11–24, 2003.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2000.

TENORIO, E. C. H.; SANTOS, J. M. Reflexões sobre o processo de implementação da política pública de saúde no Brasil. **Espaço Público**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 18–25, 2018.

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**, [S. l.], v. 10, n. 26, p. 1313, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2088>

WOLMAN, H. et al. Comparing local government autonomy across states. In: BELL, M. E. . B. D. . Y. J. M. **The property tax and local autonomy**. Cambridge,MA: Lincoln Institute of Land, 2010. p. 69-114.

5. CONCLUSÃO GERAL

Este trabalho buscou trazer conhecimentos sobre a trajetória do PMM, em termos de continuidades e avanços, e a visualização teórica da forma pela qual encontra-se estruturado, para promover melhorias à realidade onde foi analisada sua implementação, de acordo com seu arranjo institucional de implementação local. Foi constatado que a capacidade estatal no nível municipal influencia diretamente a decisão pela adesão ao PMM. Isso quer dizer que o Programa pode ser viável para um município, mas pode não ser interessante para outro com características similares, porém com capacidades diferentes.

A análise do Programa Mais Médicos demonstrou que, mesmo apresentando fragilidades e deficiências em seu processo de implementação, que é contínuo, o Programa consegue se manter alinhado à sua teoria e possui potencial para alcançar seu resultado final esperado. Em relação ao arranjo institucional do PMM, identificou-se que este foi estruturado de forma pertinente ao retratado na teoria do programa. Entretanto, a articulação entre os atores fica defasada a cada troca de gestão na área da saúde e nos demais setores envolvidos com o Programa, dificultando a comunicação entre o nível municipal e os níveis estadual e federal. Dessa forma, as trocas de gestão e as recentes mudanças ocorridas no desenho do Programa, trazem incertezas em relação à continuidade do mesmo nos próximos anos.

No nível local, a integração horizontal se mostra promissora, visto que há interação com o NASF e a rápida adaptação e integração do médico do programa na equipe de saúde da família. Contudo, foi observado um retrocesso em relação à integração vertical, provocado pelas trocas de gestão no PMM. Mesmo com essa falha de comunicação, há um bom funcionamento do programa, dada a presteza dos municípios em se informar sobre o PMM e buscarem práticas que melhorem a Atenção Básica de Saúde no local. Ademais, demonstrou-se a importância da questão da territorialidade para o PMM, visto que a troca de experiências e vivências dos médicos entre os municípios de uma determinada região de saúde, implica em benefícios também para a Atenção Básica. A participação social no PMM, em nível municipal, se dá de forma indireta, dada a centralidade deste, e também porque grande parcela da população geralmente não sabe que está sendo atendida por um médico do programa, não sabendo opinar sobre o PMM.

Estatisticamente, o Programa Mais Médicos surtiu efeito positivo na Atenção Básica de Saúde em Minas Gerais no quesito resolutividade, dado que, diminuiu, mesmo que em pequenas porcentagens, as internações por condições sensíveis à atenção básica de saúde no estado,

quando considerados os anos de 2015 e 2018, mostrando que o PMM conseguiu manter seu efeito positivo nesse indicador. Esse resultado foi corroborado na pesquisa de campo, através da fala dos gestores da AB. O PMM também mostrou efeitos positivos na taxa de mortalidade infantil, dado que esta diminuiu nos municípios tratados nos anos de 2015 e 2018.

Quando considerados outros atributos da Atenção Básica de Saúde no estado, como por exemplo o acesso, os efeitos do Programa Mais Médicos não se mostraram estatisticamente significativos, indicando que não houve influência por parte do Programa em relação aos indicadores referentes a consultas e atendimentos. Em nenhum tipo de atendimento o PMM mostrou resultados estatisticamente significativos, indicando que o Programa ainda possui um longo caminho para conseguir atingir os resultados esperados em relação ao acesso nos municípios de Minas Gerais.

Através da pesquisa de campo, foi possível entender um dos motivos pelos quais o PMM não surtiu efeito significativo em alguns indicadores relativos ao acesso. Por exemplo, as visitas domiciliares não sofreram mudanças, pois os municípios podem escolher qual médico vai realizá-las, podendo ser do PMM ou não e, um dos municípios visitados optou por fixar o atendimento do médico do programa apenas na UBS, na área urbana. A pesquisa de campo possibilitou perceber ainda que o atendimento melhorou, não apenas em questões numéricas, como também na relação médico-paciente, que se tornou mais humanizada e com contato mais próximo. A razão para essa melhora foi argumentada em virtude das horas de trabalho do médico do PMM, de 32 horas, que permite atender a maior parte da demanda por consultas da população, visto que os médicos que não são do PMM possuem horários flexíveis.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram o potencial do PMM de fortalecer a Atenção Básica, cumprindo seus principais conceitos – acesso, longitudinalidade e integralidade – agregando inovações nesse nível de atenção. O PMM, mesmo indiretamente, está conseguindo trazer benefícios para os municípios que não o possuem, visto que a abertura de novos cursos de medicina em cidades do interior propiciou o preenchimento das vacâncias de profissionais em alguns municípios próximos.

Ao contrastar os resultados deste trabalho com outros realizados em outras regiões, estados ou no nível nacional, nota-se a importância de se considerar regiões específicas para a análise, em razão da diversidade socioeconômica e cultural e das desigualdades regionais presentes no país, que fazem com que cada estado ou região, apresentem resultados por vezes diferentes e até divergentes.

Quanto a seus resultados em relação aos conceitos principais da Atenção Básica de saúde, foi possível perceber, de acordo com a visão dos gestores responsáveis pela sua

implementação no nível local, que este consegue cumprir com os requisitos desejados inicialmente e suprir a demanda local, gerando satisfação à comunidade, sendo isso um diferencial na Atenção Básica de Saúde dos municípios que optam por aderir ao programa.

Este resultado é importante, porque traz evidências de que o Programa consegue cumprir com seu objetivo de fortalecer a Atenção Básica de Saúde, propiciando um maior acesso ao sistema de saúde, ao passo em que trabalha para satisfazer as necessidades em saúde da população. Sua importância se deve à possibilidade de contrastar os resultados estatísticos com os achados da pesquisa de campo, que demonstram que os benefícios do PMM vão além dos números, partindo para o subjetivo, fortalecendo a Atenção Básica através do vínculo e das inovações criadas em cada localidade que recebe o Programa.

Portanto, esse trabalho pode contribuir para a contínua melhoria do PMM, ajudando os gestores públicos, que podem ter em mãos um instrumento para monitoramento e avaliação do PMM, além de contribuir para agenda de pesquisa em implementação de políticas públicas e arranjos institucionais, que possuem poucos trabalhos.

Para uma avaliação completa em relação ao impacto da implementação do Programa Mais Médicos em relação à Atenção Básica de saúde, faz-se necessário, como sugestão para pesquisas futuras, a análise do PMM considerando a ótica dos usuários do Programa e seu nível de percepção e satisfação em relação ao mesmo. Os avaliadores também podem oferecer teorias e hipóteses promissoras baseadas nas ciências sociais e evidências de avaliações anteriores, captando a evolução do Programa.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESTATÍSTICA ARTIGO 2

Tabela 5 - Estatística descritiva das variáveis de controle utilizadas para o escore de propensão

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tx_urbanizacao_2012	853	21,450	102,330	69,320	18,586
Ln_PIBpercap_2012	853	8,273	12,661	9,342	0,623
TDIS_2012	853	3,100	43,600	19,701	6,539
Txbpbf_2012	852	7,730	177,672	78,398	42,434
TxPS_2012	853	0,110	72,156	10,267	11,332

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados encontrados.

Tabela 6 - Estatística descritiva das variáveis utilizadas para o PSM.

Variável	Mínimo			Máximo			Média			Desvio padrão		
	2012		Dif	2012		Dif	2012		Dif	2012		Dif
TxMedAB_2017	0,00	0,00	-5,21	11,41	11,25	6,94	2,09	2,46	0,37	1,52	1,61	1,26
TxESF_2018	0,00	31,00	-33,33	100,00	100,00	100,00	88,51	94,79	6,30	19,17	12,19	13,21
TxVis_med_2016	0,00	9,17	-5042,85	5072,62	161,60	60,29	220,37	42,53	-177,58	368,07	13,85	369,50
ICSAP_2018	2,00	4,00	-45,92	65,01	81,00	54,87	24,41	30,21	5,80	10,77	10,89	12,95
TMI_2018	3,66	1,02	-78,95	78,95	1000,00	1000,00	20,27	88,56	7,53	12,74	224,28	119,97

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados encontrados.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Análise da implementação do Programa Mais Médicos e seus efeitos na Atenção Básica de saúde em Minas Gerais”. Nesta pesquisa pretendemos “analisar a implementação do PMM no estado de Minas Gerais, buscando compreender o papel dos arranjos institucionais neste processo”, como parte da minha dissertação de mestrado na UFV. O motivo que nos leva a estudar essa temática é que por diversos fatores o Estado brasileiro vem falhando em garantir a saúde de forma universal a seus cidadãos e com isso, dificulta a sua efetivação enquanto um direito social. Dentre os possíveis fatores que afetam nesta questão estão falhas na ordenação da formação de recursos humanos em saúde, uma das competências atribuídas ao SUS. Trata-se de um assunto pouco evidenciado pelos acadêmicos da Administração Pública e dos gestores públicos.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos metodológicos: análise de dados secundários dos municípios mineiros através de técnicas estatísticas multivariadas, bem como análise documental e de conteúdo das entrevistas com atores sociais envolvidos na implementação e oferta do programa.

O tempo médio estimado dessa entrevista é em torno de 60 minutos. Autorizaria a gravação em áudio dessa entrevista?

() sim () não

Sua identidade será preservada e as informações coletadas serão analisadas de forma conjunta. O acesso às informações coletadas, o tratamento e a análise das mesmas serão restritas aos pesquisadores, neste caso, discente e orientador, membros responsáveis pela proteção e confidencialidade dos dados.

A participação do(a) Sr.(a) contribuirá para o conhecimento sobre a implementação do Programa Mais médicos e seus efeitos no acesso à Atenção Básica de saúde no nível municipal. Quanto aos riscos, os sujeitos pesquisados podem se sentir constrangidos durante a entrevista. Nesse sentido, serão tomados alguns cuidados buscando passar segurança aos entrevistados por meio de esclarecimento do objetivo do estudo e o motivo da escolha do entrevistado, preservando o sigilo das informações.

A pesquisa tem o objetivo de trazer benefícios tanto para o bem-estar da sociedade, como para os funcionários de saúde, uma vez que a melhoria do desempenho dos serviços de saúde atinge a todos.

Os entrevistados não terão benefícios diretos com a participação na pesquisa. Entretanto, os resultados da análise do PMM poderão contribuir para melhorar o processo de implementação do PMM nos municípios e ver seus efeitos no acesso à Atenção Básica de saúde, podendo auxiliar na melhoria da eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Ademais, analisar o PMM sob a ótica dos arranjos institucionais pode ajudar a evidenciar capacidade estatal, em termos técnico-administrativo e político em coordenar um conjunto de atores e interesses na execução do PMM e com isso, fortalecer o processo democrático.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no “Departamento de Administração e Contabilidade da Universidade Federal de Viçosa” e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável de modo permanente após o término da pesquisa.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Análise da implementação do Programa Mais Médicos e seus efeitos na Atenção Básica de Saúde em Minas Gerais” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome dos Pesquisadores Responsáveis: Marco Aurélio Marques Ferreira (Orientador) e Gabrielle Fontes Mau (Orientanda de mestrado).

Endereço: Universidade Federal de Viçosa (UFV), Departamento de Administração e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Administração Campus Universitário, s/nº – Centro, CEP 36570-000; Viçosa – MG – Brasil

Telefone: (31) 3899-1616

E-mails: marcoaurelio@ufv.br; gabrielle.mau@ufv.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário

Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31) 3612-2316

Email: cep@ufv.br

www.cep.ufv.br

_____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Data de realização: ___/___/___.

Local: _____.

Apresentação:

- Nome: _____.
- Cargo ou função que ocupa(ou): _____.
- Período em que exerce(u) esta função _____.

1. Como seu ambiente de trabalho está estruturado? Quais áreas e funções? Quantos profissionais atuam na área? Desses, quantos funcionários atuam diretamente com a Atenção Básica de Saúde? E quantos com o PMM?
2. Quais estratégias costumam ser utilizadas pelo município para atrair e/ou manter os profissionais nas equipes de saúde da família?
3. Existe algum indicador de desempenho da Atenção Básica no município?
4. Antes do PMM, como era a situação do provimento e da fixação de profissionais médicos nas UBS do município? Sentiu alguma diferença nesse quadro a partir da implantação do PMM? (Se a resposta for negativa) Com relação a essas dificuldades de contratação, fixação e falta de médicos no município, recorda-se se em algum momento esses assuntos foram abordados em espaços de reunião em que estivesse presente?
5. Em qual ano o município aderiu ao PMM? Como foi o processo de adesão do município ao PMM?
6. O que influenciou na decisão do município para se candidatar ao PMM?
7. Sobre a implementação do PMM, quais atores estão envolvidos atualmente e quais suas responsabilidades?
8. Quantos médicos do município são do PMM? Houveram renovações, substituições, desligamentos? Sabe os motivos?
9. Qual o papel do município na implementação e o grau de autonomia para implementar, considerando as diretrizes estabelecidas com o governo federal e estadual? Como têm funcionado essas instâncias? Quais os desafios enfrentados?
10. Como se dá a relação com governo estadual e federal e qual o grau de interferência destes entes na implementação do PMM no nível municipal? Quais os pontos positivos e negativos dessa relação?

11. Em sua opinião, as diretrizes e ações do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais interferem nos processos de gestão do trabalho do médico do PMM nos municípios? Se sim, procure explicar como percebe essa interferência.
12. Como funciona a coordenação com outras instituições para implementar e monitorar os resultados do PMM? Ou seja, há articulação entre diferentes setores para conjuntamente construírem soluções para as questões envolvendo o PMM?
13. Quais os mecanismos de monitoramento existentes são usados para a coordenação e controle (como DATASUS) do PMM? Por parte de quem e de que forma?
14. Há espaços de participação social no município ou no território para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem decide? Como se decide? Houve avanços na política com a participação social?
15. Que abordagens, atitudes, conhecimentos e práticas os médicos estrangeiros e/ou brasileiros trouxeram como diferenciais para a prática na Atenção Básica no município?
16. Você percebe alguma interferência de características territoriais na incorporação e na fixação de médicos do PMM no município? (como exemplo, a localização do município e unidades de saúde – proximidade com o Polo, o porte populacional, as condições socioeconômicas, o grau de urbanização, etc.) Explique brevemente como essas interferências se expressam nessa realidade (indagar sobre aspectos da contratação, alocação, movimentação e rotatividade de profissionais). Existem iniciativas por parte do município para lidar com essas questões relacionadas ao território?
17. Quais os desafios para o trabalho médico em áreas de vulnerabilidade do município?
18. Quais são essas áreas? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? Quais as estratégias adotadas pelo seu nível de gestão para enfrentar esse (s) problema (s)?
19. Como essas questões são inseridas no planejamento do trabalho das equipes de saúde?
20. Você percebe contribuições do PMM para a ampliação da Atenção Básica de saúde no município? Notou alguma diferença em relação ao acesso à Atenção Básica de saúde por parte da população do município pós implementação do PMM?
21. Algo poderia melhorar em relação ao PMM?
22. Gostaria de acrescentar algum comentário sobre os temas abordados?