



Administração Pública e Gestão Social
ISSN: 2175-5787
apgs@ufv.br
Universidade Federal de Viçosa
Brasil

Análise da Implementação das Diretrizes do Programa Mais Médicos (PMM) por Municípios Brasileiros

Queiroz, Juliana Molina; Sauerbronn, Fernanda Filgueiras; Lourenço, Rosenery Loureiro; Gomes, Bruno Cezar Pinto Aderne

Análise da Implementação das Diretrizes do Programa Mais Médicos (PMM) por Municípios Brasileiros

Administração Pública e Gestão Social, vol. 13, núm. 4, 2021

Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351568433002>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 3.0 Internacional.

Análise da Implementação das Diretrizes do Programa Mais Médicos (PMM) por Municípios Brasileiros

Analysis of the Implementation of the Mais Médicos Program (PMM) Guidelines by Brazilian Municipalities

Análisis de la implementación de los lineamientos del Programa Mais Médicos (PMM) por los municipios brasileños

Juliana Molina Queiroz

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

julianamolina@gmail.com

Redalyc: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351568433002)

id=351568433002

Fernanda Filgueiras Sauerbronn

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

fernanda.sauerbronn@facc.ufrj.br

Rosenery Loureiro Lourenço

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil

rosenery@uems.br

Bruno Cezar Pinto Aderne Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

brunocpagomes@hotmail.com

Recepción: 02 Septiembre 2020

Aprobación: 02 Septiembre 2021

Publicación: 01 Octubre 2021

RESUMO:

Objetivo da pesquisa: Analisar a implementação do Programa Mais Médicos (PMM) e as características e disparidades regionais dos municípios fiscalizados pela Controladoria Geral da União (CGU).

Enquadramento teórico: os autores revisitam as principais correntes de estudo em implementação de políticas públicas, buscando diálogo com estudos de avaliação do PMM, com foco em dimensões relevantes à sua compreensão enquanto motor da universalização do acesso à saúde no nível da atenção básica.

Metodologia: Foram analisados 149 relatórios de auditoria da CGU, de 2016, por meio da Análise de Conteúdo. Os dados dos municípios também foram avaliados a partir da Análise de Correspondência Múltipla e do Teste Qui-quadrado para compreender os aspectos de implementação relacionados à condição de atuação profissional, tais como moradia, alimentação, transporte e estrutura.

Resultados: Os resultados mostram que quando os municípios oferecem condições de moradia, alimentação, transporte e estrutura de forma adequada, a atuação do médico no PMM é considerada satisfatória, independentemente de o município apresentar maior ou menor índice de desigualdade social. Estes elementos estão entre aqueles que contribuem para a fixação do médico nas regiões menos desenvolvidas.

Originalidade: A análise do PMM mostra-se original pois não foram encontrados trabalhos que analisassem, em escala nacional e multidimensional, as diferenças municipais relacionadas ao PMM, política pública que reúne um conjunto de ações do Governo Federal para melhorar o atendimento médico aos usuários do Sistema Único de Saúde nos municípios brasileiros.

Contribuições teóricas e práticas: Diante dos achados, é possível indicar contribuições teóricas para a literatura sobre o PMM. Também é possível indicar que para que se possa melhorar a PMM em qualidade, é necessário que os médicos encontrem melhores condições.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas, Programa Mais Médicos.

ABSTRACT:

Research objective: Analyze the implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program (PMM) and the regional characteristics and disparities of the municipalities inspected by the Federal Comptroller General (CGU).

Theoretical framework: The authors revisit the main currents of study in the implementation of public policies, seeking dialogue with evaluation studies of the PMM, focusing on dimensions relevant to their understanding as a driver of universal access to health at the level of primary care.

Methodology: We analyze 149 CGU audit reports from 2016, through the application of Content Analysis. We also analyze the municipalities by using the Multiple Correspondence Analysis and the Chi-square Test to better understand the implementation aspects related to the condition of professional performance, such as housing, food, transportation and structure.

Results: The results show that when the municipalities adequately condition housing, food, transport and structure, the physician's performance in the PMM is considered satisfactory, the statistics of the municipality with greater or lesser social inequality index. These elements are among those that contributed to the doctor's fixation in the less used regions.

Originality: The analysis of the PMM is original, as no studies were found that analyzed the municipal differences related to the PMM, a public policy that brings together a set of actions by the Federal Government to improve medical care for users of the Unified Health System in Brazilian municipalities.

Theoretical and Practical Contributions: Given the findings it is possible to indicate theoretical contributions to the literature regarding PMM. Additionally, it is possible to indicate that for the improvement of the PMM in quality, it is necessary for doctors to receive better conditions.

KEYWORDS: Public Policies, More Doctors Program..

RESUMEN:

Objetivo de la investigación: Analizar la implementación del Programa Mais Médicos (PMM) y las características regionales y disparidades de los municipios inspeccionados por la Contraloría General de la Federación (CGU).

Marco teórico: Los autores revisan las principales corrientes de estudio en la implementación de políticas públicas, buscando el diálogo con estudios de evaluación del PMM, enfocándose en dimensiones relevantes para su comprensión como motor del acceso universal a la salud en el nivel de atención primaria.

Metodología: Se analizaron 149 informes de auditoría de CGU de 2016 a través de Análisis de contenido. Los municipios también fueron evaluados a partir del Análisis de Correspondencia Múltiple y la Prueba de Chi-cuadrado comprender los aspectos de implementación relacionados con la condición de desempeño profesional, tales como vivienda, alimentación, transporte y estructura.

Resultados: Los resultados muestran que cuando los municipios ofrecen condiciones adecuadas de vivienda, alimentación, transporte y estructura, el desempeño del médico en el PMM se considera satisfactorio, independientemente de que el municipio tenga un índice mayor o menor de desigualdad social. Estos elementos se encuentran entre los que contribuyen a la fijación del médico en las regiones menos desarrolladas.

Originalidad: El análisis del PMM es original, ya que no se encontraron estudios que analizaran las diferencias municipales relacionadas con el PMM, una política pública que reúne un conjunto de acciones del Gobierno Federal para mejorar la atención médica a los usuarios del Sistema Único de Salud en los municipios brasileños.

Contribuciones teóricas y prácticas: Dados los hallazgos, es posible indicar contribuciones teóricas a la literatura sobre PMM. También es posible indicar que para mejorar la calidad del PMM es necesario que los médicos reciban mejores condiciones.

PALABRAS CLAVE: Políticas Públicas, Programa Mais Médicos.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil após a Constituição Federal de 1988 passou a ser o único país, atualmente com mais de 200 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2020), que tem o desafio de manter um Sistema Único de Saúde (SUS) público, universal, integral, equânime, gratuito, descentralizado, hierarquizado e regionalizado (Martins *et al.*, 2011). No país, há uma proporção em que 7 a cada 10 habitantes dependem exclusivamente do SUS para atendimento de saúde e uma taxa de crescimento de domicílios que é superior ao da cobertura da rede de saneamento básico (Tajra, 2020). Porém, como destaca Paim (2013), o acesso à saúde é um direito não adequadamente garantido devido à baixa relação entre a oferta e a demanda desses serviços. Segundo o autor, um entrave para o aumento da oferta de serviços é a limitação de recursos públicos. Outro entrave é a ausência de médicos nos diversos municípios do Brasil, dadas suas dimensões continentais e ausência de incentivos à interiorização. Por exemplo, em dezembro de 2019, a cidade de Santarém, no interior do Pará, possuía uma relação de 0,58 médicos/mil habitantes, o estado do Amazonas 1,11 médicos/mil habitantes e o Distrito Federal, 3,38 médicos/mil habitantes (IBGE, 2020).

No início da década de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) 29/2000 para estabelecer os limites mínimos a serem aplicados pelas esferas federal, estadual e municipal na saúde pública brasileira. Desde então, uma forte mobilização se deu no sentido de implementar a sua regulamentação (Menicucci, 2014a). A regulamentação da EC 29/2000 somente ocorreu no ano de 2012, com a aprovação da Lei Complementar 141/2012, oportunizando importantes ações para minimizar o problema do subfinanciamento no setor de saúde pública (Barbosa, Tardivo, & Barbosa, 2016).

Em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), que visa a cobrir o território brasileiro por meio da garantia de atendimento nos municípios onde se tem grande carência de atendimento médico ou de “maior vulnerabilidade social” (Alencar *et al.*, 2016). Esta medida emergencial (a princípio, dado que a união com o tempo e o resultado das outras ações do programa propõe equacionar o número de médicos no país) vai ao encontro de preceitos da Atenção Básica (Paim, 2013). A disponibilidade de médicos é o primeiro estágio de atendimento junto à população, dada a sua característica de proximidade ao usuário, estes podem detectar problemas de saúde na sua origem, além das possíveis causas, e orientar as pessoas para possíveis encaminhamentos (Ministério da Saúde, 2013).

O PMM estabeleceu a implantação de um conjunto de medidas para suprir a falta de profissionais da área médica em todo o território nacional. Dentre as medidas do PMM estão: (i) criação de vagas em cursos de Medicina nas universidades brasileiras, (ii) criação de campi universitários nas cidades do interior, (iii) reformas ou instalações de unidades de saúde nos municípios, (iv) capacitação e posterior contratação temporária de profissionais da medicina para atender áreas com maior carência de profissionais.

Entretanto, a simples criação de um programa não garante a resolução do problema. O caráter multinível da implementação e a complexa estrutura de governança da saúde envolvendo esferas nacional, estadual e municipal (Sauerbronn, 2017) tornam a fase de implementação um importante campo de estudo sobre as repercussões dos sucessos e fracassos da cooperação entre entes governamentais e as características da implementação (Holzer & Wayenberg, 2011). Na avaliação da implementação de uma política, Holzer e Wayenberg (2011) recomendam que se estude: (i) as diferenças regionais na interpretação das orientações políticas para a implementação; (ii) a discricionariedade na alteração das diretrizes estabelecidas na política originalmente desenhada; (iii) a cooperação entre agências locais, estaduais e suporte dos governos na garantia de uma implementação alinhada às diretrizes.

A Controladoria Geral da União (CGU) é um órgão responsável por auditar os municípios brasileiros e emite, regularmente, relatórios analíticos relacionados às políticas de saúde vinculadas ao Programa Mais Médicos (PMM). Assim, dada sua relevância, a implementação do PMM foi avaliada pela CGU, que realizou uma série de auditorias pelo país para averiguar se esta medida do programa foi efetivamente cumprida conforme as suas diretrizes. Seguimos a recomendação de Januzzi (2011), que considera que a avaliação da implementação de políticas de saúde pode ser realizada por meio dos relatórios estruturados da Controladoria Geral da União (CGU).

Nesse contexto, a presente pesquisa tem o objetivo de analisar a implementação do Programa Mais Médicos (PMM) e as características e disparidades regionais dos municípios fiscalizados pela Controladoria Geral da União (CGU). Mais especificamente, o estudo tem por objetivo: (i) compreender o perfil regional dos municípios fiscalizados pela CGU em 2016; (ii) identificar as lacunas de implementação do PMM indicados nos relatórios; (iii) analisar a correspondência nas características dos municípios em termos de contratação, supervisão, atuação do médico, aplicação de regras e recursos, provimento de condições de fixação do médico no município e estrutura física.

Este trabalho contribui para a literatura, pois soma-se aos estudos sobre o PPM, uma vez que não foram encontrados trabalhos anteriores que avaliaram o programa a partir de análises dos relatórios de auditoria da CGU, ao mesmo tempo em que contribui na prática, pois enfatiza as disparidades da qualidade do PMM entre regiões e de acordo com as condições dadas aos médicos.

Além desta introdução, o artigo possui outras quatro seções. Na próxima seção é apresentada a revisão de literatura sobre implementação de políticas públicas e lacunas, bem como sobre avaliação do PMM. Na terceira seção, apresentamos a metodologia da pesquisa. A quarta seção apresenta os resultados da análise realizada nos relatórios da CGU, e na quinta sessão são discutidos os resultados à luz da literatura. Por fim, são traçadas as considerações finais e apresentadas recomendações de estudos futuros.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. Implementação de Políticas Públicas e Lacunas

Os estudos de implementação podem ser encontrados na interseção entre administração pública, teoria organizacional, métodos de pesquisa e estudos de ciências políticas (Schofield & Sausman, 2004). Até o final da década de 1960, era dado como certo que os mandatos políticos eram claros, e os administradores pensavam em implementar políticas de acordo com as intenções dos tomadores de decisão (Hill & Hupe, 2002). O processo de “traduzir políticas em ação” atraiu mais atenção, pois as políticas pareciam ficar atrás das expectativas políticas (Pülzl & Treib, 2007).

Desde então, os estudos sobre implementação podem ser divididos em três gerações, que, de acordo com a Figura 1, correspondem a três abordagens teóricas distintas: (i) os modelos de cima para baixo dão ênfase principal à capacidade dos tomadores de decisão de produzirem objetivos políticos inequívocos e ao controle do estágio de implementação; (ii) as críticas de baixo para cima veem os burocratas locais como os principais atores na entrega de políticas e concebem a implementação como processos de negociação nas redes de implementadores; (iii) as teorias híbridas tentam superar a divisão entre as outras duas abordagens incorporando elementos de cima para baixo, de baixo para cima e outros modelos teóricos (Pülzl & Treib, 2007).

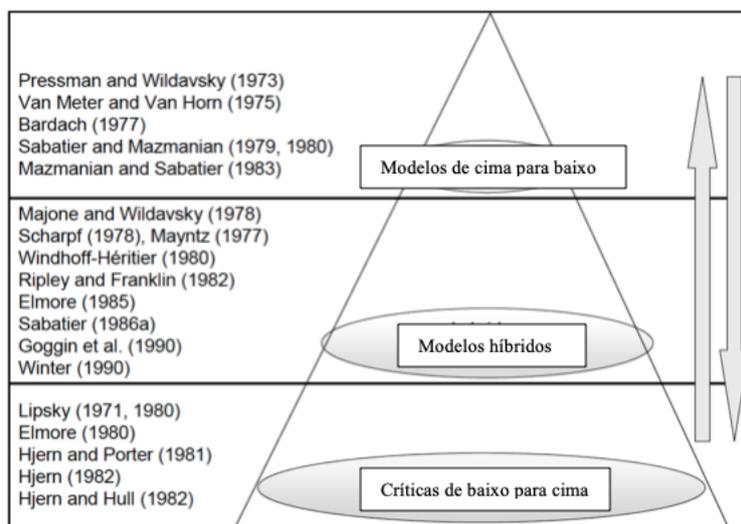


Figura 1 - Estudos sobre implementação de políticas públicas

Fonte: Bonelli, Fernandes, Coêlho e Palmeira (2019).

Dentre os estudos sobre implementação, o trabalho seminal de Pressman e Wildavsky seguiu uma abordagem de modelo racional. Começaram com a suposição de que os objetivos das políticas são estabelecidos pelos formuladores de políticas centrais. Nessa visão, a pesquisa de implementação ficou com a tarefa de analisar as dificuldades em alcançar esses objetivos. Portanto, eles viam a implementação como uma “interação entre o estabelecimento de metas e ações voltadas para alcançá-las” (Pressman & Wildavsky,

1973). Portanto, implicava no estabelecimento de procedimentos burocráticos adequados para garantir que as políticas sejam executadas com a maior precisão possível. Para este fim, as agências implementadoras devem ter recursos suficientes à sua disposição e é necessário que exista um sistema de responsabilidades claras e controle hierárquico para supervisionar as ações dos implementadores.

Por outro lado, é importante destacar o relevante estudo de Michael Lipsky (1980) sobre a burocracia de rua e os dilemas do indivíduo em serviços públicos. Para o autor, os burocratas trabalham em um mundo de restrições, regras e regulamentos que proíbem suas ações, recursos limitados e pressão por serviços. Assim, a escassez de recursos, associada a objetivos vagos e conflitantes, produzirá burocratas que lidam com isso, exercendo alguma forma de controle sobre seu trabalho. Assim, dentre outras características, os burocratas do nível de rua geralmente: (i) possuem alguma latitude ou discricção na prestação de seus serviços; (ii) empregam recursos de trabalhadores como tempo e energia para trazer maior previsibilidade ao fluxo de recursos; (iii) controlam os clientes pela manutenção da distância, autonomia, experiência e símbolos, reduzindo assim as consequências da incerteza; (iv) tendem a ser da classe média e, conseqüentemente, racionam seus serviços com base em valores da classe média, potencialmente alienados de seu trabalho e exibem formas de retirada psíquica (ver Frederickson, Petrides, & Simmonds, 2012).

A revisão de literatura de Bonelli, Fernandes, Coêlho e Palmeira (2019) aponta para a necessidade de integração entre as diferentes abordagens, em busca de uma perspectiva integradora das dimensões estruturais, relacionais e de ação individual para uma melhor compreensão da implementação.

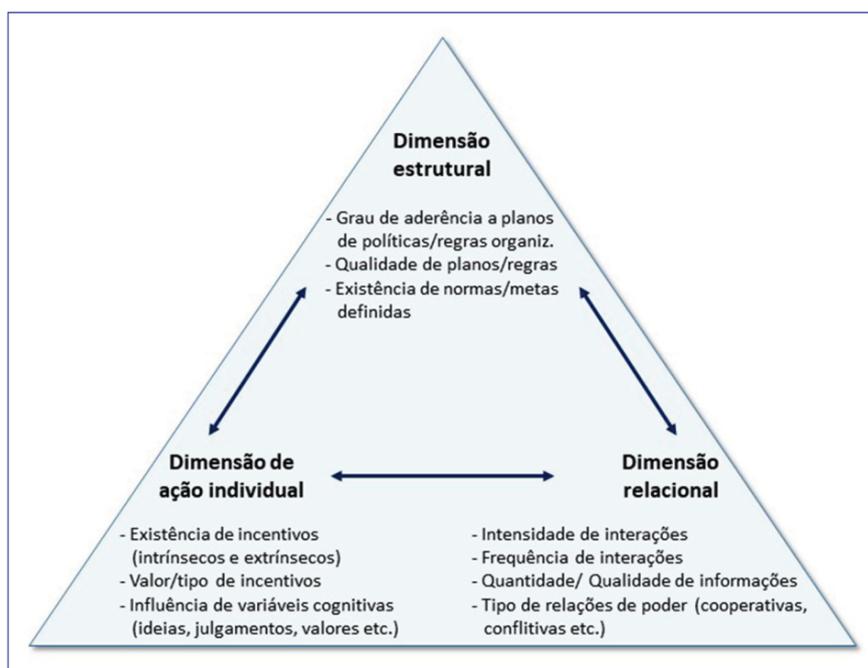


Figura 2 - Perspectiva integradora à análise da implementação de políticas

Fonte: Bonelli, Fernandes, Coêlho e Palmeira (2019).

Cabe destacar que os relatórios da CGU alinham-se à perspectiva que considera uma relação linear entre os objetivos políticos acordados e sua estrutura de implementação (*top-down* voltada à dimensão estrutural) e, ao mesmo tempo, no reconhecimento da relevância da discricionariedade dos gestores ao adaptarem a implementação à realidade no nível local, sem adentrar plenamente a dimensão individual (híbrida).

Portanto, como veremos mais adiante, os relatórios da CGU concentram-se no fenômeno conhecido como lacuna de implementação. Lacuna de implementação é a diferença entre as soluções que foram adotadas em documentos legais e sua real implementação (CIPE, 2012). Traduz-se no espaço entre a motivação do governo por trás da aprovação de uma política e como essa intenção é traduzida em realidade. A existência da

lacuna depende da forma como o aparato burocrático (público ou público-privado) é constituído, de forma a “retirar a política do papel”. Assim, no nível local, os cidadãos sentem os efeitos da lacuna de implementação, por afetar diretamente a entrega dos serviços públicos.

2.2 Avaliação da Implementação do Programa Mais Médicos

A avaliação de políticas públicas é uma função primordial do Estado moderno devido à necessidade de: (i) prestação de contas à sociedade da destinação dada aos recursos arrecadados na forma de impostos; (ii) diagnosticar as falhas a serem corrigidas; (iii) identificar necessidades e apontar a melhor forma de alocar recursos observando a eficiência e equidade nas ações governamentais (Médici, 2012). Há mais de 25 anos, Cohen e Franco (1993, p.16) apontavam também a importância da avaliação em programas governamentais ao afirmar que “não é possível que estes sejam eficazes se não forem avaliados os resultados de sua aplicação”. Nesse diapasão, a temática da avaliação em saúde não é recente no Brasil. Cherubin e Santos (1997) já chamavam a atenção para a necessidade de avaliação e fiscalização da aplicação dos recursos econômico-financeiros destinados às organizações de saúde. Esses autores destacaram à época que um sistema de controle e de avaliação dos resultados é essencial à gestão eficiente dessa política.

Desde então, os estudos sobre avaliação de políticas públicas em saúde no país vêm ganhando notoriedade e espaço na pesquisa nacional, principalmente, os estudos sobre eficiência do gasto por meio de análise envoltória de dados, conforme levantamento feito por Martins (2014). O Ministério da Saúde, diante do contexto sócio sanitário brasileiro, reconhece que o mesmo apresenta inúmeros desafios a configuração de políticas e prestação de serviços de saúde pública. Logo, há a necessidade de expansão da oferta e da cobertura de serviços, de incorporação de novas tecnologias e de adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação da quantidade e qualidade da assistência (Ministério da Saúde, 2008). Desta maneira, diferenciando-se dos estudos sobre eficiência do gasto, há a possibilidade de investigar as medições dos níveis de eficácia da implementação das políticas públicas em saúde em si (Januzzi, 2011). Segundo o autor, os critérios adotados para avaliar a eficácia da política pública em saúde residem na implementação da política de forma satisfatória em acordo com as suas diretrizes evitando assim desvios de finalidade e mau uso dos recursos no caso de um insucesso de implementação da política.

Uma política pública em saúde que vem ganhando destaque no meio acadêmico no que tange a sua avaliação é o Programa Mais Médicos (PMM). O PMM é uma política pública de saúde instituída pelo Governo Federal por meio da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Conforme se apresenta em suas diretrizes, o programa tem como um de seus objetivos garantir o provimento de médicos para regiões com escassez ou completa ausência desses profissionais, além de considerar recursos para a construção, reformas ou ampliações de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em sua aplicação, o Governo Federal custeia os valores pagos aos profissionais e os municípios oferecem em contrapartida as condições necessárias para seu correto funcionamento, como alojamento, transporte e alimentação. Cabe ao município, junto a um supervisor do programa, orientar e fiscalizar os trabalhos realizados na unidade, suas condições e o trabalho dos médicos participantes. O programa ainda se completa por meio de outras ações, como a criação de novas vagas em cursos de graduação e de residência médica em cidades mais distantes dos centros, subsidiando a formação desses profissionais (Ministério da Saúde, 2013).

O PMM é uma política multinível por envolver os três níveis da federação: o Governo Federal oferta os recursos para pagamento das bolsas dos médicos, os estados trabalham na capacitação por meio de suas universidades públicas e os municípios ofertam a infraestrutura para a execução da política, como as unidades de saúde, bem como os recursos necessários à execução dos trabalhos pelos médicos como refeição, transporte e moradia (Brasil, 2013). Em relação aos números do programa, dados do relatório do PMM indicam que 4.058 municípios brasileiros aderiram à iniciativa e a atuação de cerca de 18.000 médicos beneficiou 63 milhões de brasileiros. Os números apresentados pela coordenação do programa é de que em 2020 existem

16.197 médicos do PMM distribuídos em 3.718 municípios em todas as unidades da federação e em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Ministério da Saúde, 2020).

Por conta do interesse da sociedade e da mídia, os reflexos do PMM junto às administrações municipais vem ganhando relevância no meio acadêmico, sendo utilizado como objeto de pesquisa de avaliação de políticas públicas. Pesquisas que buscam avaliar políticas públicas geralmente visam a avaliar o seu impacto por meio de medidas como eficiência, eficácia, efetividade etc. Em recente trabalho publicado, Lima, Nunes, Santos, Silva e Melo (2017) realizaram uma pesquisa integrativa[i] que abordou o PMM como tema central e encontrou apenas 4 trabalhos, evidenciando a necessidade de novas pesquisas, dado o impacto do PMM na política de saúde brasileira. No trabalho de Lima *et al.* (2017) evidenciaram-se questões gerais relacionadas ao programa, como avaliação de infraestrutura local, PMM como um motor de representatividade e importância da Atenção Básica no modelo de saúde brasileiro e PMM sendo utilizado como motor publicitário.

Por outro lado, em 2018, Rios e Teixeira (2018) realizaram revisão integrativa da literatura a respeito do Programa Mais Médicos. Foram encontrados 137 trabalhos em diferentes bases de dados, tais como a Biblioteca Virtual em Saúde, o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e a plataforma de pesquisa do Programa Mais Médicos. Este trabalho destaca que a maioria dos estudos na literatura a respeito do PMM trabalha a área centro-sul do Brasil. Segundo os autores, as pesquisas são, em sua maioria, empíricas, com o intuito de analisar ou avaliar o PMM. Os resultados mostram que o PMM tem reduzido a escassez de médicos em determinadas regiões do país, melhorando, assim, a relação entre médico e paciente.

Na mesma linha, Medina, Almeida, Lima, Moura e Giovanella (2018) analisaram a produção científica a respeito do PMM e identificaram 409 documentos, sendo 47 artigos científicos. Os resultados mostraram que dentre os artigos identificados sobre PMM, 29 identificaram que a implementação do PMM gerou efeitos positivos, enquanto apenas 3 identificaram efeitos positivos e negativos. Dentre essas análises estão os quesitos de equidade, eficácia, treinamento profissional, implementação do PMM, práticas e processos de trabalho, abordagem midiática e análise política do PMM.

Ainda, Kemper, Mendonça e Sousa (2016) e Mourão Netto *et al.* (2018), ao proceder com uma revisão bibliométrica sobre o PMM, selecionaram 54 publicações e 35 artigos, respectivamente, as quais avaliam o programa em termos de efetividade, análise jurídica e constitucional. De modo geral, os autores indicam que as avaliações são positivas e que o PMM se apresenta como um importante instrumento para a efetivação do direito à saúde.

Portanto, é possível identificar que, de modo geral, as pesquisas científicas indicam que há efeitos positivos do PMM com relação à sua implementação e efetividade.

De modo mais específico, no que tange à avaliação de políticas públicas de saúde, Nascimento (2017) propôs analisar quais eram as competências relacionadas ao perfil de formação de profissionais médicos no contexto do Programa Mais Médicos. A autora utilizou como foco para análise o programa pela “lente das competências”, ou ainda do profissional envolvido no programa, sempre no tocante de sua formação. Como representação geral de seu trabalho a autora observou que existem pontos de convergência entre as matrizes curriculares do Brasil e de Cuba e que considera, inclusive, que o perfil do profissional formado nos países é o mesmo, dadas as principais características esperadas pelos graduados em Cuba ou no Brasil. Contudo, segundo a autora, ainda seriam necessários ajustes, como o alinhamento de práticas de educação continuada ou ainda na mudança de práticas docentes nas universidades para uma maior convergência esperada nas condutas profissionais.

No trabalho de Alencar *et al.* (2016), por exemplo, buscou-se identificar quais os impactos causados com a implementação da política em um município do nordeste brasileiro. O estudo evidenciou que o PMM permitiu um acréscimo de atendimento aos usuários e um decréscimo proporcional no número de exames solicitados. Para chegar neste objetivo os autores mediram valores de atendimentos, consultas, exames e outros parâmetros disponibilizados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) entre os anos

de 2011 e 2014, compreendendo assim o período pré-implantação do programa e o período dos primeiros resultados medidos, já que o programa foi implementado em 2013 no município estudado.

Em uma perspectiva internacional, Oliveira *et al.* (2015) e Harris (2016) compararam as questões relacionadas à saúde no Brasil e em outros países, tais como Austrália, Estados Unidos e Inglaterra. Segundo Oliveira *et al.* (2015), apesar do sucesso parcial de algumas iniciativas adotadas no Brasil, foi somente com o PMM que foi possível que o cuidado com a saúde chegasse em áreas vulneráveis. Segundo os autores, ao comparar os programas de saúde com outros países, o êxito dessas iniciativas, tais como o PMM, dependem de políticas regulatórias de estados, assim como de constante monitoramento e aperfeiçoamento do programa.

Harris (2016) indicam que o PMM é a intervenção de recursos humanos mais importante na América Latina nos últimos anos. Os autores indicam que, sob uma perspectiva inglesa, o papel da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) no PMM pode fornecer um modelo de como migrar recursos e recrutar capital humano global para os países da União Europeia, além de servir de exemplo sobre como garantir que os médicos sejam alocados nas regiões com maior necessidade. A relação de trabalho entre a OPAS/OMS e as instituições de saúde no Brasil também é destacada como relevante por Molina, Tasca e Suárez (2016). Porém, de acordo com os autores, o Brasil deve continuar fazendo estudos robustos para que haja melhoria do acesso à saúde em um sentido contínuo.

Desta maneira, as políticas públicas em saúde podem perseguir o objetivo de serem avaliadas quanto à eficácia da aplicação dos gastos públicos, isto é, se efetivamente são implementadas em acordo às suas diretrizes e desenho da implementação. Nesse sentido, para se avaliar o Programa Mais Médicos, no seu terceiro eixo de atuação, o presente estudo analisou os relatórios da Controladoria Geral da União acerca da implantação do Programa em acordo com suas diretrizes, conforme veremos a seguir.

3 METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS

Considerando o objetivo da pesquisa, tomamos para a pesquisa uma abordagem dos métodos mistos, combinando uma primeira etapa qualitativa (pesquisa documental e análise de conteúdo) e uma segunda etapa quantitativa (análise de correspondência múltipla, mapas coropléticos e teste qui-quadrado).

Em nossa estratégia de coleta de dados optamos, mais especificamente, pela pesquisa documental, pois esta consiste em um procedimento sistemático para recuperar e avaliar documentos e reúne um processo interativo que combina análise de conteúdo e análise temática baseadas nas leituras de “exame superficial” e “exame minucioso” e interpretação” (Bowen, 2009, p. 32), assim sendo, adotamos para esta pesquisa documental o documento como um recurso sob foco no conteúdo (Prior, 2012). Utilizamos a técnica de análise de conteúdo para avaliar os textos e fazer “uma ponte entre o formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais” (Bauer, 2002, p. 190).

Os documentos utilizados foram os relatórios de auditoria emitidos no ano de 2016 pela CGU, os quais tratam dos aspectos inerentes à implantação do PMM. Foram utilizados os relatórios de 2016 pelo fato de o programa ter alcançado certa maturidade desde a sua criação e por ser o último ano de sua implementação ainda em seu formato programático original. Dos 198 relatórios emitidos pela CGU no ano de 2016, apenas 158 relatórios municipais estavam disponíveis para acesso público no site da controladoria. No entanto, a análise final se deu para os relatórios de 149 municípios fiscalizados pela CGU, pois 9 foram descartados por apresentarem algum tipo de problema para composição dos dados. Os estados do Amazonas e do Tocantins não foram contemplados na análise da CGU, no entanto, os relatórios abrangem as cinco regiões brasileiras.

A Figura 3 mostra o desenho da pesquisa a partir de seu objetivo, base teórica, métodos e resultados obtidos.

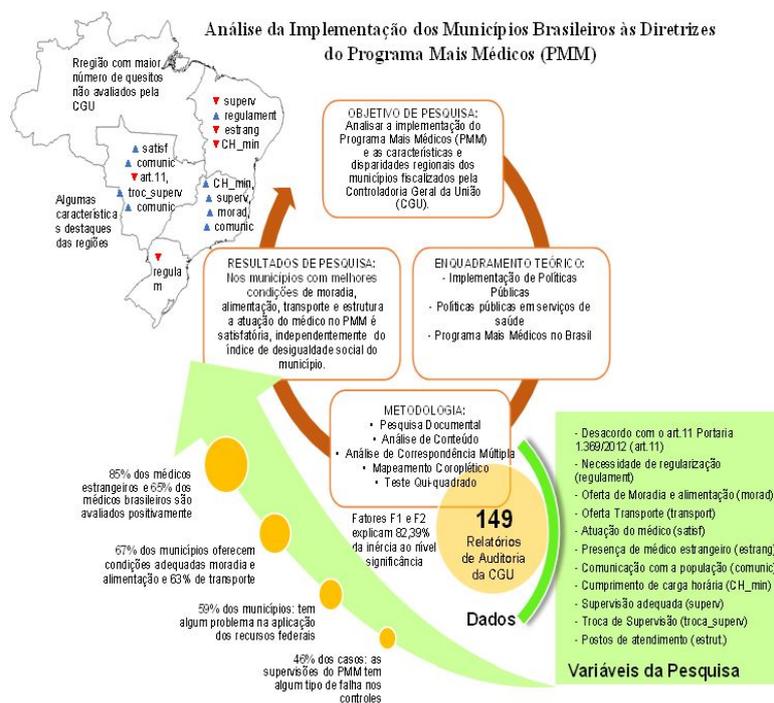


Figura 3 - Desenho de Pesquisa com evidencição dos objetivos, métodos e resultados
 Fonte: Dados da Pesquisa.

Os relatórios de fiscalização da CGU detalham os trabalhos de campo e o desenrolar de ações fiscalizadoras nos municípios que recebem os médicos advindos do Programa Mais Médicos. Para operacionalizar as categorias de análise da pesquisa utilizamos o roteiro de perguntas próprio da CGU, para avaliar a existência de hiatos ou lacunas de implementação. Os relatórios foram lidos atentamente de forma a analisar como, em cada um deles, são descritas as questões de implementação abaixo elencadas:

- Os municípios infringiram alguma norma de acordo com o programa trocando um médico já atuante em programas da prefeitura ou estado por médicos participantes do Mais Médicos (trata-se da substituição inadequada de médicos locais por médicos do programa prevista na Portaria Interministerial MS-MEC n. 1.369/2012)?
- Os municípios forneceram moradia, alimentação e transporte em condições adequadas para o exercício das atividades dos médicos no período analisado?
- Os médicos, quando estrangeiros, tiveram facilidade na comunicação da língua portuguesa com seus pacientes? A comunicação foi um fator problemático para o diagnóstico e prescrições para as enfermidades apresentadas pelos pacientes?
- Os médicos participantes do Programa cumpriram a carga horária de 40 horas semanais no período analisado?
- Houve supervisão para as atividades profissionais e de ensino no período analisado (os participantes eram obrigados a estarem matriculados em cursos de especialização)?
- Houve supervisão das atividades de serviço pelo gestor municipal e pelo supervisor do programa no período analisado?

Com base nessas perguntas, foram criadas algumas variáveis para a análise da implementação a partir das possíveis respostas para cada município que foram classificadas em três possibilidades: Sim, não e não avaliado pela CGU (NA), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Questões Orientadoras, Variáveis e Categorias para Análise da Pesquisa

Questões orientadoras	Variáveis	Categorias
Desacordo com o art.11 da Portaria Interministerial MS-MEC nº 1.369/2012	art.11	Sim / Não / NA
Necessidade de regularização por parte dos gestores federais (governo)	Regulament	Sim / Não / NA
Oferta adequada de moradia e alimentação pelos municípios	Morad	Sim / Não / NA
Oferta adequada de Transporte	Transport	Sim / Não / NA
Atuação satisfatória do(s) médico (s)	Satisf	Sim / Não / NA
Presença de médicos estrangeiros	Estrang	Sim / Não / NA
Comunicação adequada com a população	Comunic	Sim / Não / NA
Cumprimento de carga horária mínima	ch_min	Sim / Não / NA
Supervisão adequada	Superv	Sim / Não / NA
Requisição de troca de Supervisão	troc_superv	Sim / Não / NA
Estrutura física adequada (postos de atendimento)	Estrut.	Sim / Não / NA

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a análise de conteúdo categorial, utilizamos a técnica de análise de correspondência múltipla para elaborar um mapa perceptual das regiões brasileiras em termos de aderência aos requisitos do PMM e identificação de lacunas de implementação. De acordo com Hair (2009), a análise de correspondência é uma técnica multivariada que permite avaliar o posicionamento dimensional dos dados ao criar um mapeamento perceptual a partir de categorias de uma tabela de contingência. Desta forma, os dados das regiões são exibidos graficamente em termos de similaridades das diversas variáveis estudadas, as quais são representadas no espaço multidimensional. Os fatores F1 e F2 obtidos da análise de correspondência múltipla para as regiões brasileiras a partir dos dados gerados pelos relatórios da CGU explicaram 82,39% da inércia ao nível de significância $\alpha=0,05$. Complementarmente utilizamos o software livre QGIS para elaborar mapas coropléticos das regiões brasileiras e demonstrar os municípios analisados com base nas características encontradas nos relatórios da CGU. Os mapas coropléticos utilizam princípios da cartografia e estatística para posicionar as variáveis em estudo. Esses mapas servem de orientação e conhecimento do território, pois permitem o mapeamento de fenômenos qualitativos e a visualização regionalizada dos dados, que pode se dar a partir da ausência ou presença de informações (Archela & Thery, 2008).

Algumas pesquisas mostram que os municípios brasileiros possuem inúmeros problemas regionais, dentre eles estão a alta rotatividade de profissionais da saúde e a escassez de médicos nos municípios (Santos, Costa, & Girardi, 2015). Alguns desses problemas são agravados porque algumas regiões não são atrativas, têm indicadores sociais ruins e oferecem condições inadequadas de trabalho, dificultando por conta disso a fixação dos médicos e fazendo com que os problemas, além de serem recorrentes, não tenham uma solução simples (Scheffer, 2015).

Enquanto nos grandes centros urbanos e regiões mais desenvolvidas do país esses profissionais estão historicamente concentrados, nas demais regiões brasileiras a não fixação dos médicos compromete o acesso e a ampliação dos serviços de saúde (Morais *et al.*, 2014). Além disso, como destaca Maciel (2007, p. 66), “a alta concentração de médicos nos centros urbanos e sua má distribuição pelo restante do território nacional estão diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas e regionais”.

Macropolíticas públicas, com vistas ao desenvolvimento regional, podem ajudar a mitigar a distribuição efetiva de médicos e oferecer consequente melhora na saúde da população (Scheffer, 2015). Pressupõe-se com base no exposto que o médico não se fixa em municípios que não oferecem estrutura para sua vida pessoal e profissional, e tal desinteresse de fixação no local pode impactar em determinados aspectos sua atuação profissional. É com base no exposto que delineamos a seguinte hipótese de pesquisa:

H1 = Em municípios de diferentes regiões, mas com ofertas adequadas de moradia e alimentação, transporte e estrutura física, a atuação profissional do médico é considerada satisfatória.

A hipótese da pesquisa foi testada por meio do teste qui-quadrado com um nível de confiança de 95%.

Como um elemento metodológico final da pesquisa, consideramos oportuno destacar que buscamos garantir as exigências de credibilidade, transferibilidade e confiança para a pesquisa qualitativa (Godoy, 2005) na medida em que viabilizamos o questionamento dos pesquisadores/pares durante o processo de construção da pesquisa, houve triangulação de pesquisadores para análise dos dados e uso de diferentes métodos, fizemos a descrição do fenômeno em seu contexto amplo para permitir que o leitor avalie a transferibilidade dos resultados para outro contexto e prezamos pelas boas práticas de pesquisa.

4 RESULTADOS DA ANÁLISE

Nesta seção são apresentados os resultados das análises. Na próxima seção é apresentada a discussão dos resultados. Inicialmente, são apresentadas as características descritivas dos municípios analisados e, depois, os aspectos regionais observados nos relatórios fiscalizados pela CGU sobre o Programa Mais Médicos. Os municípios analisados estão distribuídos nas cinco regiões brasileiras. A Figura 3 mostra o número de municípios por estados da federação e a quantidade total de representantes municipais em cada região. Deve-se considerar que SE é Sudeste, CO é Centro-Oeste, N é Norte, NE é Nordeste e S é Sul.

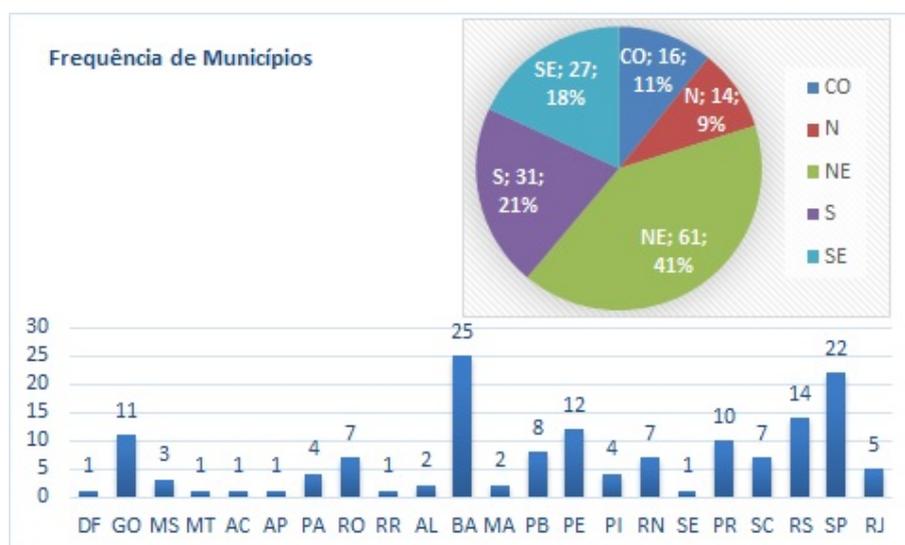


Figura 3 -Gráfico de municípios brasileiros analisados no Programa Mais Médicos

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verifica-se no gráfico apresentado na Figura 3, que a maior parte dos municípios analisados neste trabalho são do Nordeste (NE), representando 41% do total de relatórios. Verifica-se também, que foram analisados aproximadamente o mesmo número de municípios do Sul e do Sudeste (21% e 18%, respectivamente), enquanto foram analisados menos municípios do Centro-Oeste e Norte (11% e 9%, respectivamente).

Já a Figura 4 apresenta o gráfico de alguns problemas apresentados pelos municípios. Esses resultados podem indicar uma maior contemplação do PMM nas regiões centro sul e corroboram com os achados de Arruda *et al.* (2017), Santos, Costa e Girardi (2015), Nogueira *et al.* (2016), Soares, Machado, Alves (2016), Emerich, Cavaca, Santos, Oliveira e Siqueira (2020), os quais indicam a necessidade de alocação de médicos, com provimento e fixação dos mesmos nas regiões mais vulneráveis, assim como as regiões rurais (Pereira & Pacheco, 2017). Porém, de acordo com Macedo e Ferreira (2020), houve ampliação ao longo dos anos do atendimento dessas regiões com maior vulnerabilidade, entre as quais pode-se destacar a região Norte.

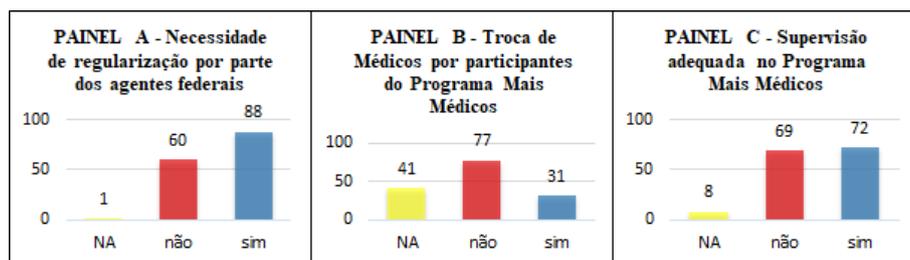


Figura 4 - Gráfico de problemas apresentados pelos municípios

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verifica-se nos gráficos apresentados na Figura 4 que dentre os 149 relatórios analisados, aproximadamente 59% (88) dos municípios (Painel A) apresentavam algum tipo de problema na aplicação dos recursos federais, exigindo providências para regularização por parte dos gestores federais do Programa.

Verifica-se também, por meio da análise do Painel B, da Figura 4, que em 31 ocasiões (aproximadamente 20% dos casos) os gestores municipais demitiram de seus quadros médicos os profissionais que já trabalham no município em análise, para posterior entrada de profissionais advindos do PMM e custeados pelo Governo Federal. Essa prática configura desacordo em relação ao Art.11 da Portaria Interministerial Ministério da Saúde-Ministério da Educação (MS-MEC) n. 1.369/2012.

Por fim, por meio do Painel C da Figura 4, é possível notar que em 69 ocasiões (aproximadamente 46% dos casos) as supervisões do programa apresentaram algum tipo de falha, como, por exemplo, falta de controle de ponto, de produtividade, de acompanhamento acadêmico entre outras.

Esses resultados podem indicar uma mudança na relação entre médicos e pacientes, tendo em vista que os médicos anteriormente empregados foram despedidos. Essa mudança no quadro de médicos pode ter contribuído para que as práticas clínicas do PMM se destacassem pela humanização e diferenciação do atendimento à saúde, assim como indicado por Arruda *et al.* (2017). A Figura 5 destaca como os municípios analisados se distribuem, considerando tanto as variáveis dos Painéis A, B e C.

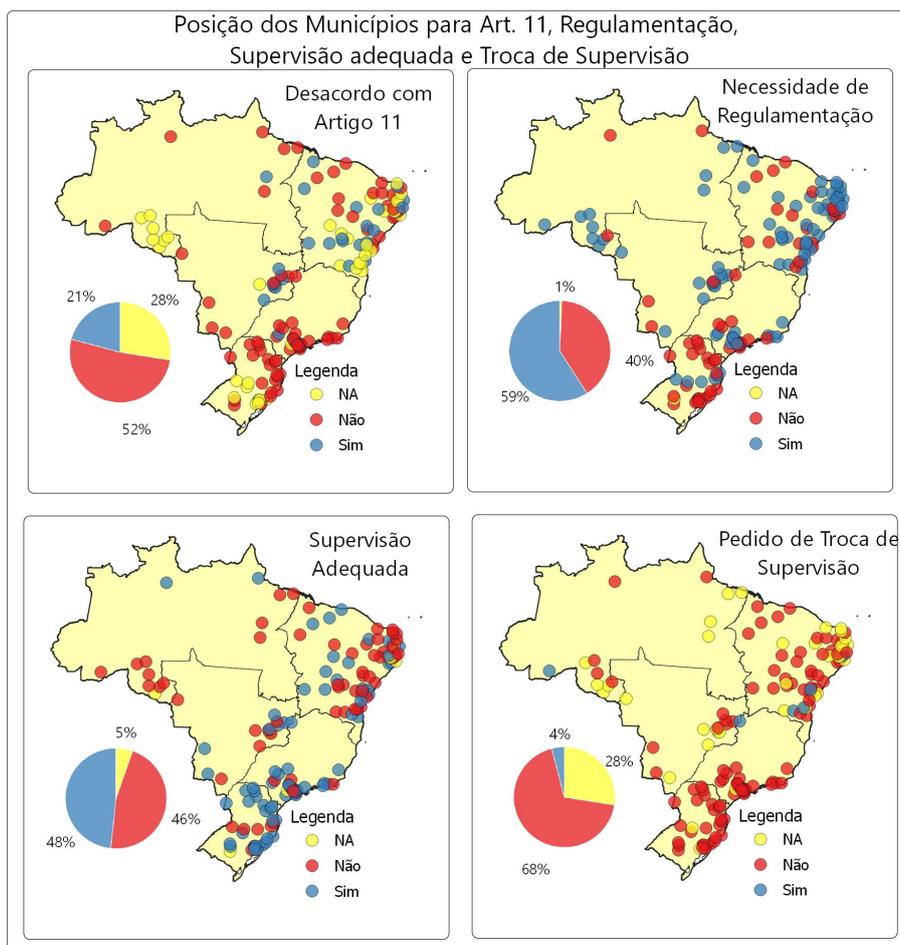


Figura 5 -Posição dos municípios para as variáveis “art.11”, “regulament”, “superv”, “troc_superv”
 Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 2 mostra um cruzamento de dados entre a nacionalidade dos médicos (se estrangeiro ou não), a atuação satisfatória no exercício da profissão e o cumprimento da carga horária mínima estipulada pelo Programa Mais Médicos.

Tabela 2 - Confronto entre nacionalidade do médico, atuação satisfatória e cumprimento de carga horária

Atuação Satisfatória do médico no exercício da Profissão	ano de 2016			Carga Horária	ano de 2016		
	Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
Estrangeiro				Estrangeiro			
Sim	70	6	6	Sim	50	17	15
Não	37	5	14	Não	17	35	4
NA	0	1	10	NA	1	6	4
	107	12	30		68	58	23

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verifica-se na Tabela 2 que pelo menos 85% dos médicos estrangeiros (70 médicos) e pelo menos 65% dos médicos brasileiros (37 médicos) foram avaliados positivamente pelos auditores da CGU. Essa avaliação considera o atendimento das regras do PMM pelos seus participantes como, por exemplo, cumprimento

de carga horária, matrícula nos cursos de pós-graduação ofertados pelo governo federal, reclamações dos usuários e comunicação adequada com os usuários. Esse último quesito é aplicado basicamente para os médicos estrangeiros. Segundo a avaliação dos relatórios, nesse último quesito (comunicação adequada com os usuários), em apenas 6,3% dos casos os pacientes afirmaram que a comunicação com os médicos foi prejudicial ao correto acompanhamento e tratamento médico. Com relação à carga horária de trabalho, é possível afirmar que em torno de 60% dos médicos brasileiros (35 médicos) e ao menos 20% dos médicos estrangeiros (17 médicos) fiscalizados no ano de 2016 não cumprem a carga horária mínima de trabalho.

A Tabela 3 apresenta os resultados das avaliações dos relatórios emitidos pela CGU.

Tabela 3 - Oferta adequada, pelo município, de moradia e alimentação, transporte público e estrutura física

Moradia e Alimentação				Transporte				Estrutura Física			
Região	ano de 2016			Região	ano de 2016			Região	ano de 2016		
	NA	Não	Sim		NA	Não	Sim		NA	Não	Sim
CO	1	2	13	CO	2	1	13	CO	15	0	1
N	6	2	6	N	8	1	5	N	14	0	0
NE	18	13	30	NE	25	8	28	NE	44	11	6
S	2	0	29	S	2	0	29	S	31	0	0
SE	1	3	23	SE	5	2	20	SE	24	2	1
	28	20	101		42	12	95		128	13	8

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verifica-se na Tabela 3, no que diz respeito à oferta adequada de moradia e alimentação, transporte público e estrutura física de trabalho, é possível observar que 67% dos municípios (101) estão adequados em termos de oferta de moradia e alimentação e, 63% estão adequados em termos de oferta de transporte público pelo município (95). Um resultado relevante é o fato de que a estrutura física dos municípios (onde o trabalho do médico é desenvolvido) não foi avaliado em 86% dos municípios e que para os poucos municípios avaliados (21), mais de 60% destas avaliações mostra estrutura física inadequada. Já a Figura 6 apresenta o mapeamento perceptual dos municípios.

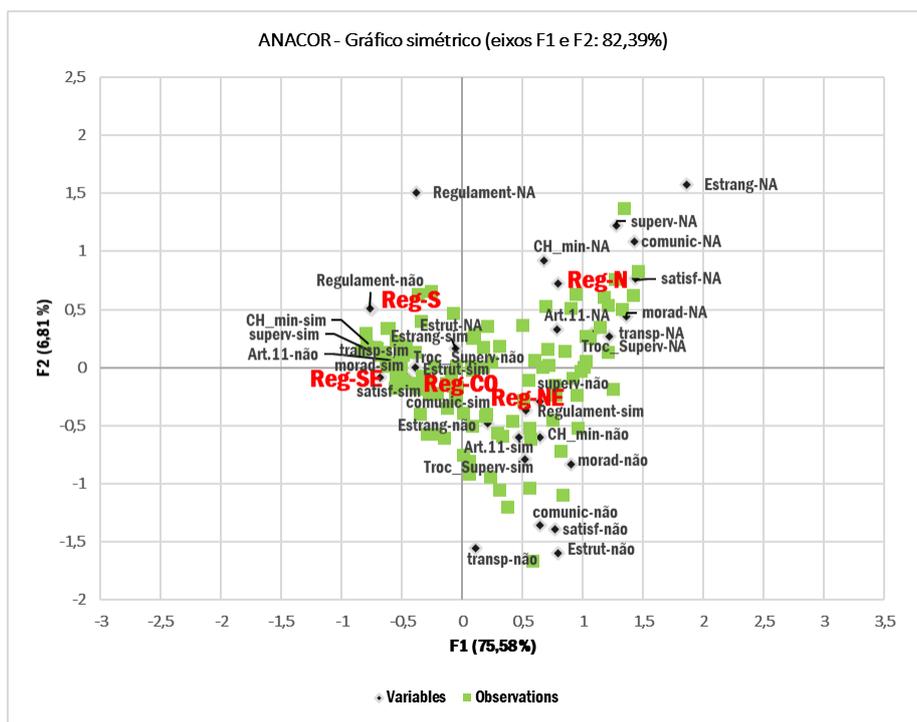


Figura 6 - Gráfico de distribuição demográfica das variáveis e observações de pesquisa.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Figura 6 mostra alguns aspectos regionais relacionados ao PMM, os quais podem ser observados a partir do mapeamento perceptual dos municípios. Por meio da análise múltipla de correspondência, a associação das diversas características do PMM pode ser explorada mais detalhadamente. A análise de Correspondência mostra em um mapa bidimensional ou tridimensional como as características dos pesquisados estão associadas entre si (Hair *et al.*, 2009). Características dos municípios em relação ao PMM podem ser tabuladas no cruzamento com variáveis demográficas (região, por exemplo) e indicam quantos municípios recaem cada categoria da variável demográfica. Variáveis percebidas como semelhantes estão próximas umas das outras no mapa perceptual. Desta forma, as características dos municípios em relação ao Programa são determinadas por sua proximidade em relação às categorias de variáveis demográficas utilizadas.

Na Região SE (conforme mostra sua correspondência com as variáveis CH_min-sim, superv-sim, morad-sim, troc_superv-sim, comunic-sim), os municípios são caracterizados por possuírem médicos que cumprem a carga horária semanal estabelecida e que são supervisionados no que se refere às suas atividades profissionais, à realização de cursos de especialização ou à atuação do gestor do Programa.

A Região CO é composta por municípios onde a atuação dos médicos é considerada satisfatória (satisf-sim) e que estão em acordo com o artigo 11 da Portaria Interministerial MS-MEC n. 1.369/2012 no sentido de não substituir médicos locais por médicos do Programa (Art.11-não). Cabe destacar que a Região CO assemelha-se às características da região SE no que diz respeito à requisitarem trocas de Supervisão e ter médicos estrangeiros que possuam uma comunicação adequada com a população (troc_superv-sim, comunic-sim).

Na região NE (Reg-NE), observa-se um segundo grupo de municípios no que se refere ao PMM. Nessa região (associada às variáveis superv-não, regulament-sim, estrang-não, CH_min-não) os municípios se destacam pela falta de supervisão para as atividades profissionais e de ensino no ano de 2016, pela necessidade de regularização de sua situação para adequação às solicitações do governo federal. Além disso, os municípios destacam-se por não terem médicos estrangeiros no Programa e por não haver cumprimento da carga horária de 40 horas semanais por parte dos médicos participantes.

Com relação à região Norte, um grupo claramente à parte dos demais (Reg-N) destaca-se por reunir mais intensamente quesitos não avaliados pela CGU, especialmente em termos de carga horária mínima, condições de moradia, atuação dos médicos e cumprimento do Art. 11 da Portaria que normatiza o programa. Esses resultados corroboram com a ideia de necessidade de pesquisas a respeito desses municípios mais carentes destacada por Lima *et al.* (2017), Harris (2016) e Nogueira, Bezerra e Silva (2020), além de condições mais adequadas para o cumprimento de metas nessas regiões de maior vulnerabilidade (Martin, Castro, Paulo, & Abrantes, 2020) e formação médica, modelo de assistências e a qualificação dos recursos humanos (Mota & Barros, 2016). A Figura 7 destaca como os municípios analisados se distribuem, considerando a oferta adequada para moradia e alimentação, transporte, estrutura, bem como a satisfação médica.

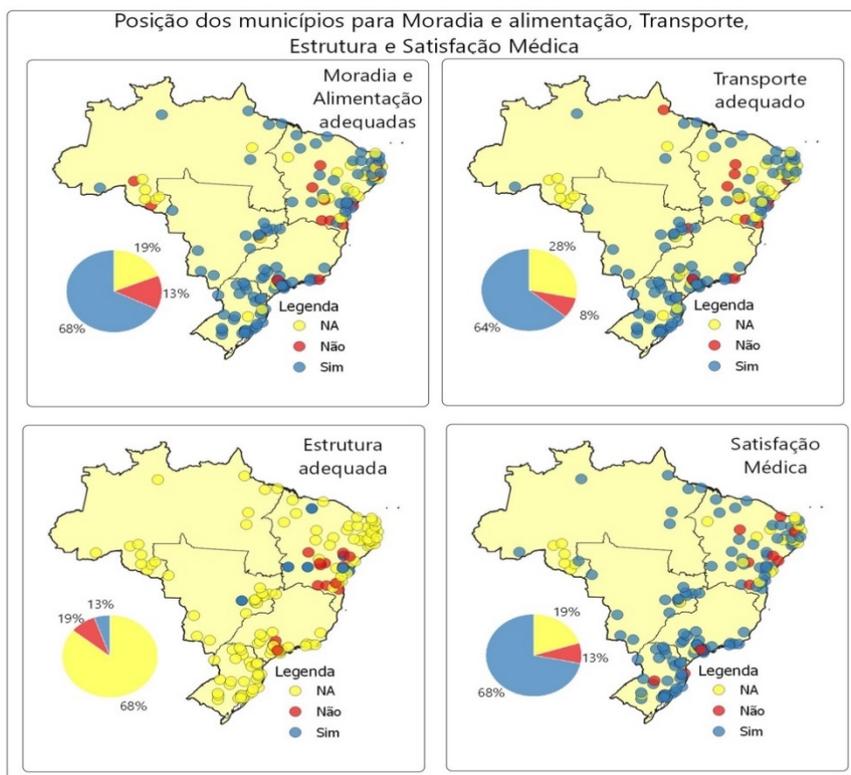


Figura 7 - Posição dos municípios para as variáveis “morad”, “transport”, “estrut”, “satisf”
 Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 4 mostra as frequências obtidas quando moradia e alimentação, transporte e estrutura estão assinaladas como satisfatórias para cada região.

Tabela 4 - Elementos do teste Qui-quadrado para a variável Atuação Satisfatória do Médico, extraída da avaliação dos auditores nos relatórios da CGU

	CO	N	NE	S	SE	Total
Moradia e Alimentação	13	6	26	25	22	92
Transporte	13	5	24	25	19	86
Estrutura	1	0	5	0	1	7
p-valor Teste Qui-quadrado	0,52860					$\alpha =$ 0,05
H0: a atuação profissional dos médicos é igual para todas as regiões.						
H1: há diferença na atuação profissional dos médicos para as regiões.						

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verifica-se na Tabela 4 que o p-valor obtido para o teste qui-quadrado não permite rejeitar a Hipótese Nula do teste. Desta forma, quando os municípios oferecem condições de moradia e alimentação, transporte e estrutura de forma adequada, a atuação do médico também é considerada satisfatória, independente de este município ter maior ou menor índice de desigualdade social. É importante destacar que esses elementos estão entre aqueles que contribuem para fixação do médico nas regiões menos desenvolvidas e tangenciam os elementos a serem considerados para políticas públicas de desenvolvimento regional. Esses resultados podem ser adicionados aos encontrados por Benevides *et al.* (2020), que destacam a importância da satisfação do profissional de saúde com relação às melhores condições de estrutura, apoio e equipamentos, por exemplo.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste artigo foi analisada a implementação do Programa Mais Médicos (PMM) e as características e disparidades regionais dos municípios fiscalizados pela Controladoria Geral da União (CGU). Os dados acessados permitiram avaliar a implementação do PMM, seguindo as recomendações de Holzer e Wayenberg (2011) de se observar: (i) as diferenças regionais na interpretação das orientações políticas para a implementação; (ii) a discricionariedade na alteração das diretrizes estabelecidas na política originalmente desenhada; (iii) a cooperação entre agências locais, estaduais e suporte dos governos na garantia de uma implementação alinhada às diretrizes.

Diante dos resultados, destacam-se duas análises, as análises da Figura 6 e os resultados da Tabela 4. O mapa perceptual revela que, a partir da análise de correspondência, os municípios brasileiros segregados em 5 regiões se destacam por atender (ou não) a requisitos específicos de implementação do programa. A região Sul, por exemplo, destacou-se especialmente por não ser requisitada pelos gestores federais a regularizar sua situação por conta de inexistirem irregularidades na implementação do PMM. Desta maneira, os municípios desta região, em geral, adotaram as diretrizes do programa de maneira satisfatória, ou seja, com poucos hiatos.

Na Região Sudeste, os municípios ficaram caracterizados por médicos que cumpriram a carga horária semanal estabelecida, e que eram supervisionados no que se refere às suas atividades profissionais, à realização de cursos de especialização ou à atuação do gestor do Programa. Desta maneira, os municípios desta região, em geral, adotaram as diretrizes do programa de maneira excelente, ou seja, praticamente sem hiatos.

A Região Centro-Oeste é composta por municípios onde a atuação dos médicos é considerada satisfatória, e que estavam em acordo com o artigo 11 da Portaria Interministerial MS-MEC n. 1.369/2012 no sentido de não substituir médicos locais por médicos do PMM. Cabe destacar que a Região Centro-Oeste se assemelha à região Sudeste com relação às características que dizem respeito à requisição de trocas de Supervisão e de ter médicos estrangeiros que possuem uma comunicação adequada com a população.

Por fim, a Região Norte, um grupo claramente à parte dos demais, destacou-se por reunir mais intensamente os quesitos de implementação não avaliados pela CGU, especialmente em termos de carga horária mínima, condições de moradia, atuação dos médicos e cumprimento do artigo 11 da Portaria que normatiza o PMM. Aparentemente, os auditores da CGU deixaram de avaliar ou de traduzir para seus relatórios (os disponíveis na internet e utilizados para análise nessa pesquisa) os achados em relação a avaliação de todos os critérios do programa quando fizeram as avaliações nestas localidades.

Adicionalmente, por meio da análise dos resultados do teste qui-quadrado, analisou-se a hipótese estabelecida na pesquisa (H1 = Em municípios de diferentes regiões, mas com ofertas adequadas de moradia e alimentação, transporte e estrutura física, a atuação profissional do médico é considerada satisfatória). Era esperado que houvesse uma igualdade de resultados para o teste de hipóteses, ou seja, o médico atua satisfatoriamente em qualquer região que ofereça condições adequadas para as variáveis avaliadas. De acordo com os resultados, a hipótese nula não foi rejeitada. Assim, conclui-se que, quando há ofertas adequadas

de moradia e alimentação, transporte e estrutura física, a atuação profissional do médico é considerada satisfatória, independente do município.

Assim, destacamos que os dados confirmam a teoria tridimensional de Bonelli, Fernandes, Coêlho e Palmeira (2019), de forma a destacar que uma perspectiva integradora à análise da implementação de políticas faz-se necessária à sua melhor compreensão. Essa afirmação deve-se ao fato de: (i) na dimensão individual ter sido identificada a importância dos incentivos extrínsecos, como condições adequadas de trabalho e fixação; (ii) na dimensão estrutural ter destaque a importância da aderência aos planos, normas e regras da política, mesmo dado o desbalanceamento nas diferentes regiões; (iii) na dimensão relacional, emergirem elementos relacionados à interação por meio de supervisão e comunicação, como falta de controle de ponto, de produtividade, de acompanhamento acadêmico. Como veremos a seguir, há lacunas de implementação também relacionadas a essas dimensões.

Os dados revelam a existência de lacunas de implementação em que as diferenças entre soluções definidas em documentos legais e aquelas colocadas em práticas pelos gestores públicos das diferentes regiões do país podem implicar em deficiências na entrega da política públicas. O caráter multinível da política de saúde mostra-se propício para que a discricionariedade do gestor diante da realidade local e sua capacidade de implementação gerem diferenças significativas na qualidade do serviço, conforme auferido pela CGU. A análise de conteúdo e de correspondência permitiu revelar padrões nessas lacunas de implementação em uma política pública de tamanho porte e relevância.

Existem barreiras à melhor implementação do PMM, tais como financiamento insuficiente e modalidade de planejamento e gestão ineficientes, como apontado por Campos e Pereira (2016) e o comprometimento do Estado com o programa (Oliveira *et al.*, 2019). A relação entre maior financiamento e melhor resultados do PMM também foram destacados por Mendonça, Diercks e Kopittke (2016). Contudo, como indicado por Comes *et al.* (2016), Girardi *et al.* (2016), Kemper, Mendonça e Sousa (2016) e por este trabalho, o PMM ainda gera efeitos positivos na saúde.

Ao analisar os relatórios da CGU do ano de 2016, foram identificadas as principais dificuldades e lacunas de implementação apresentadas pelos municípios, as quais se tornaram visíveis e comuns principalmente na região Nordeste, região que apresentou carência no atendimento de suas contrapartidas. Esses resultados corroboram com os achados por Nogueira *et al.* (2016), os quais indicam que o PMM proporcionou avanços, porém ainda deve haver maior distribuição de médicos para localidades com maior vulnerabilidade.

Por meio das análises descritivas das lacunas apontadas nos relatórios, foi possível notar que uma prática comum em vários dos municípios foi a demissão de profissionais que já trabalhavam nos municípios para posterior entrada/contratação de profissionais advindos do PMM e custeados pelo Governo Federal. Foi constatado que, além desse desvio em relação às diretrizes do programa, as supervisões dos médicos foram deficitárias em quase metade (46% dos casos) dos municípios investigados. Esses resultados indicam a necessidade de mais pesquisas que avaliem o PMM com relação às regiões onde o programa é oferecido, assim como apresentado por Lima *et al.* (2017) e Harris (2016), os quais deixam clara a necessidade de estudos que visem o aprimoramento do PMM.

Foi possível evidenciar, a partir dos dados, que os médicos estrangeiros foram mais bem avaliados do que os médicos brasileiros do programa. Além disso, os relatórios apontam que as dificuldades da língua estrangeira dos estrangeiros não dificultaram o tratamento de seus pacientes, não se constituindo, portanto, em uma lacuna de implementação. Para essa avaliação considerou-se o seguimento das regras do programa pelos seus participantes em quesitos como, por exemplo, o cumprimento de carga horária mínima de 32 horas semanais de trabalho e 8 horas de instrução, da matrícula nos cursos de pós-graduação ofertados pela União, das reclamações dos usuários e da comunicação adequada com os usuários. Com base nesses resultados, é possível indicar que o intercâmbio de médicos entre países ligados, por exemplo, à OPAS, não seria desfavorável para o país que recebe os mesmos. Esses resultados podem ser interessantes para aqueles países que têm interesse em alocar recursos humanos em diferentes países que não o de origem do médico. Ou seja, o PMM serve de

exemplo para os países que querem garantir a saúde da população com base em recursos estrangeiros, assim como indicado por Harris (2016).

Adicionalmente, a análise por correspondência múltipla permitiu verificar que há diferenças importantes entre as regiões no que diz respeito ao PMM, diferenças na devolutiva dos médicos para a sociedade (horas trabalhadas, atuação satisfatória, comunicação com os pacientes), na forma de supervisão e na adequação às normas, por exemplo. Oliveira *et al.* (2015) indicam a necessidade de regulamentações dos estados para que haja aprimoramento do PMM. É possível que os próprios estados tenham que liderar as questões de alocação dos médicos, principalmente os estados mais necessitados.

Com relação à hipótese principal desta pesquisa, é possível afirmar que os municípios, ao oferecerem condições de moradia, alimentação, transporte e estrutura de forma adequada, a atuação do médico também foi considerada satisfatória, independentemente de o município ter maior ou menor índice de desigualdade social. Este aspecto da implementação da política está diretamente ligado aos aspectos que contribuem para fixação do médico nas regiões menos desenvolvidas e tangenciam os elementos a serem considerados para políticas públicas de desenvolvimento regional. Neste sentido, o PMM apresenta importante evolução no atendimento de áreas mais carentes, porém os resultados são relativamente moderados em relação aos que poderia proporcionar, assim como documentado por Silva *et al.* (2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o ano de 2013, o PMM do Governo Federal vem avançando no objetivo de ofertar atendimento médico para as áreas mais carentes e de difícil acesso. Esse avanço foi permitido pela implementação da política a partir de diretrizes voltadas a prover, de maneira emergencial, a oferta médica temporária de profissionais. O presente estudo considerou que os relatórios da CGU se alinham à perspectiva de relação linear entre os objetivos políticos acordados e sua estrutura de implementação voltada à dimensão estrutural e, ao mesmo tempo, no reconhecimento da relevância da discricionariedade dos gestores ao adaptarem a implementação à realidade no nível local. Nesse sentido, colocamos foco no fenômeno conhecido como lacuna de implementação, ou seja, na diferença entre soluções que foram adotadas em documentos legais e sua real implementação pelos gestores locais.

Os resultados positivos do PMM ficam claros ao não rejeitar a hipótese desta pesquisa ao destacar resultados positivos do programa, assim como indicado por Kemper, Mendonça e Sousa (2016), Jesus, Medina e Prado (2017), Pinto *et al.* (2017), Barbosa *et al.* (2018), Almeida, Lima, Moura e Giovanella (2018), Carneiro *et al.* (2018), Franco, Almeida e Giovanella (2018), Medina, Rios e Teixeira (2018), Rech *et al.* (2018), Santos *et al.* (2019), Cardoso Junior e Sousa (2020), os quais destacam que a maioria dos trabalhos encontraram efeitos positivos do PMM.

Porém, este trabalho fortalece a necessidade de entregar boas condições para os médicos em exercício, pois independente da região (central e privilegiada ou não), os resultados serão melhores. É importante lembrar que também há a necessidade de satisfação dos médicos, como exposto por Benevides *et al.* (2020), e entre os pré-requisitos para uma melhor satisfação também se relacionam com estrutura, apoio e equipamentos, ou seja, melhores condições de trabalho. Esses resultados se mostram ainda mais relevante considerando-se a importância do PMM, dado seu potencial de contribuição no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Por exemplo, os presentes resultados poderiam iluminar melhores práticas que visassem a efetividade da abertura de 72 novas vagas para o PMM na cidade de Manaus (AM), no epicentro da crise, em janeiro de 2021.

Deve-se considerar que uma limitação deste trabalho está em considerar uma pequena amostra para a análise (ano 2016), apesar de esse ano ser o último a contar com o desenho original de implementação da política e anterior ao complexo processo de mudança de governo. Uma outra está na dificuldade em quantificar as variáveis qualitativa apresentada nos relatórios, entretanto, esta foi superada pela técnica de

análise de conteúdo. Uma terceira limitação não foi propriamente do trabalho em si, mas foi da qualidade das informações obtidas nos relatórios da CGU, pois faltou certa compreensão dos auditores de que todas as dimensões do referido programa deveriam ter sido analisadas e destacada nos seus relatórios de auditoria. Esse fato ocorreu em diversas ocasiões quando os auditores se concentraram em fatos negativos encontrados e não se aprofundavam em analisar o restante dos quesitos investigados por outros profissionais e obrigatórios de serem implementados pelas gestões municipais em relação às suas contrapartidas para com o PMM.

Sugere-se para pesquisas futuras a análise de novos cruzamentos entre os dados dos relatórios, considerando outros elementos, como, por exemplo, o porte municipal e gastos em saúde realizados pelas três esferas de poder. Adicionalmente, sugere-se que as futuras pesquisas utilizem a técnica de entrevista em profundidade, junto com os executores e beneficiários do PMM para uma compreensão das características e nuances de implementação de uma política pública de tamanha complexidade. Por fim, sugere-se também avaliar os reflexos frente às mudanças realizadas no formato da política após 2016, principalmente, ao advento da EC95 (também conhecida a PEC da Morte, a PEC 241/2016) seus impactos no SUS também no contexto pré e pós COVID-19.

REFERÊNCIAS

- Alencar, A. P. A.; Xavier, S. P. L.; Laurentino, P. A. S.; Lira, P. F.; Do Nascimento, V. B.; Carneiro, N.; Fonseca, A.; Fonseca, F. L. A. (2016). Impacto do programa mais médicos na Atenção Básica de um município do Sertão Central Nordeste. *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, Belo Horizonte, 10 (26), 1290-1301. <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2085>
- Archela, R. S., & Théry, H. (2008). Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. *Confins*, 3, 1-23.
- Arruda, C. A. M., Pessoa, V. M., Barreto, I. C. D. H. C., Carneiro, F. F., Comes, Y., Trindade, J. D. S., Silva, D. D. & Santos, L. M. P. (2017). Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 1269-1280. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>
- Bauer, M. W. (2002). Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: Bauer, M. W. & Gaskell, G. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Barbosa, A. P., Tardivo, C. R., Barbosa, E. (2016) Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar No 141, de 2012. *Administração Pública e Gestão Social*, 8(1), 66-74. <https://doi.org/10.21118/apgs.v1i1.910>
- Barbosa, A. C. Q., Amaral, P. V., Francesconi, G. V., Rosales, C., Kemper, E. S., Silva, N. C. D., Soares, J. N. S., Molina, J. & Rocha, T. A. H. (2018). Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e185. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.185>
- Benevides, P. M., Melo, A. J. D. Neto, Silva, I. C. B. D., Tenório, M. E. C., Soares, G. B., Soares, R. D. S., & Sampaio, J. (2020). Satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: avaliação por modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00197319. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197319>
- Bonelli, F., Fernandes, A. S. A., Coêlho, D. B., & Palmeira, J. D. S. (2019). La actuación de los burócratas de la calle en la implementación de políticas públicas en Brasil: una propuesta de análisis ampliado. *Cadernos EBAPE. BR*, 17(spe), 800-816. <https://doi.org/10.1590/1679-395177561>
- Bowen, G. (2009). Document Analysis as Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Campos, G. W. D. S., & Pereira, N. Júnior (2016). A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2655-2663. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>

- Cardoso, R. Junior, & Sousa, E. S. S. (2020). Academic supervision of the More Doctors Program in Paraíba, Brazil: Perception of Brazilian and foreign doctors. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24. <https://doi.org/10.1590/Interface.190487>
- Carneiro, V. B., Maia, C. R. M., Ramos, E. M. L. S., & Castelo-Branco, S. (2018). Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2413-2422. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.19052016>
- Cherubin, N. A., & Santos, N. A. (1997). *Administração Hospitalar: Fundamentos*. São Paulo: CEDAS.
- Cohen, E., & Franco, R. (1993). *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Comes, Y., Trindade, J. D. S., Shimizu, H. E., Hamann, E. M., Bargioni, F., Ramirez, L., Sanchez, M. N. & Santos, L. M. P. (2016). Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2749-2759. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>
- Emerich, T. B., Cavaca, A. G., Santos, E. T. D. Neto, Oliveira, A. E., & Siqueira, C. E. (2020). Implantação do Programa Mais Médicos no Espírito Santo, Brasil: modelo lógico e proposta de indicadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00043219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043219>
- Franco, C. M., Almeida, P. F. D., & Giovanella, L. (2018). A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00102917. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102917>
- Frederickson, N., Petrides, K. V., & Simmonds, E. (2012). Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and individual differences*, 52(3), 323-328. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.034>
- Girardi, S. N., Stralen, A. C. D. S. V., Cella, J. N., Wan Der Maas, L., Carvalho, C. L., & Faria, E. D. O. (2016). Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2675-2684. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>
- Hair, Joseph F. Jr., Black, William C., Babin, Barry J., Anderson, Rolph E. & Tatham, Ronald L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Harris, M. (2016). Mais Médicos (More Doctors) Program—a view from England. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21, 2919-2923. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16952016>
- Hill, M., & Hupe, P. (2002). *Implementing public policy: Governance in theory and in practice*. London: Sage Publications UK.
- Holzer, M., & Wayenberg, E. (2011). Introduction: performance measurement and accountability in IGR-MLG settings. In *Policy, performance and management in governance and intergovernmental relations: transatlantic perspectives* (pp. 213-216). New Jersey: Edward Elgar Publishing.
- Jannuzzi, P. M. (2011). Avaliação de Programas Públicos por Meio da Análise Estruturada dos Relatórios de Auditoria da Controladoria Geral da União. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 16(59), 222-239. <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v16n59.3719>
- Jesus, R. A. D., Medina, M. G., & Prado, N. M. D. B. L. (2017). Programa Más Médicos: análisis documental de los eventos críticos y posicionamiento de los actores sociales. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 1241-1256. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0555>
- Kemper, E. S., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. D. (2016). Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2785-2796. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>
- Lima, S. V. M. A.; Nunes, J.; Santos, L.; Silva, G.; Melo, H.; Chaves, S. (2017). O programa mais médico e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Gestão e Sociedade*, 11(30), 1963-1975. <https://doi.org/10.21171/ges.v11i30.2216>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation. <http://dx.doi.org/10.2307/1960475>

- Macedo, A. D. S., & Ferreira, M. A. M. (2020). O Programa Mais Médicos e alocação equitativa de médicos na atenção primária à saúde (2013-2017). *REAd. Revista Eletrônica de Administração* (Porto Alegre), 26(2), 381-408. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.288.97551>
- Maciel, R. Filho (2007). *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro* (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Martin, D. G., Castro, S. O. C., Paulo, C. H. & Abrantes, L. A. (2020). Programa Mais Médicos e indicadores de atenção primária à saúde em Minas Gerais (2013-2015). *REAd. Revista Eletrônica de Administração* (Porto Alegre), 26(2), 352-380. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.287.96302>
- Martins, M. R. (2014). *Análise da Eficiência dos Municípios Brasileiros na Gestão dos Recursos da Atenção Básica em Saúde nos Anos de 2010 e 2011* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Médici, A. (2012). Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). *Monitor de Saúde*, 7(35), 1-21.
- Medina, M. G., Almeida, P. F. D., Lima, J. G., Moura, D., & Giovanella, L. (2018). Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde em Debate*, 42, 346-360. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S124>
- Mendonça, C. S., Diercks, M. S., & Kopittke, L. (2016). O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2871-2878. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16622016>
- Menicucci, T. M. G. (2014a). *A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional* (No. 196). Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Menicucci, T. M. G. (2014b). A história da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde*, 21(1), 77-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>
- Ministério da Saúde. (2013). *Programa Mais Médicos Orientações sobre a Organização da Atenção Básica do Brasil*. Disponível em <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: fev. 2018
- Ministério da Saúde. (2020). Mais Médicos: 19º Ciclo fecha com mais de 3,8 mil profissionais para APS. Notícias, 24/06/2020.
- Ministério da Saúde (2008). *Avaliação Econômica em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Molina, J., Tasca, R., & Suárez, J. (2016). Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2925-2933. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16072016>
- Morais, I., Alkmin, D., Lopes, J., Santos, M., Leonel, M., Santos, R., Rosa, W. V. S., Mendonça, A. V. M. & Sousa, M. (2014). Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(spe2), 107-115. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800017>
- Mota, R. G. D., & Barros, N. F. (2016). O Programa Mais Médicos no estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2879-2888. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>
- Mourão Netto, J. J., Rodrigues, A. R. M., Aragão, O. C., Goyanna, N. F., Cavalcante, A. E. S., Vasconcelos, M. A. S., Mendes, J. D. R. & Mourão, A. E. B. (2018). Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>
- Nascimento, J. G. S. (2017). Competências relacionadas ao perfil de formação de profissionais Médicos – Uma Análise do Programa Mais Médicos em Minas Gerais. *Gestão e Sociedade*, 11(29), 1761-1778. <https://doi.org/10.21171/ges.v11i29.2157>
- Nogueira, P. T. A., Bezerra, A. F. B., Leite, A. F. B., Carvalho, I. M. D. S., Gonçalves, R. F., & Brito-Silva, K. S. D. (2016). Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2889-2898. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>

- Nogueira, P. T. A., Bezerra, A. F. B., & Silva, K. S. D. B. (2020). The More Doctors Program viewed through the eyes of municipal managers in the state of Pernambuco, Brazil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24. <https://doi.org/10.1590/Interface.200018>
- Oliveira, F. P. D., Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R. D., Figueiredo, A. M. D., Araújo, S. Q. D., Matos, M. F. M. & Cyrino, E. G. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 623-634. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>
- Oliveira, F. P. D., Pinto, H. A., Figueiredo, A. M. D., Cyrino, E. G., Oliveira Neto, A. V. D., & Rocha, V. X. M. D. (2019). Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje Formación de 2013 a 2015. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170949. <https://doi.org/10.1590/Interface.170949>
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1927-1936. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>
- Pereira, L. L., & Pacheco, L. (2017). 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-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 1181-1192. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>
- Pinto H.A., Oliveira F.P., Santana J.S.S., Santos F.O.S., Araujo S.Q., Figueiredo A.M. (2017). The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the “Provision” axis from 2013 to 2015. *Interface*. 2017; 21(Supl.1):1087-101. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. B. (1973). How great expectations in Washington are dashed in Oakland. *University of California: Berkeley, LA, USA*.
- Prior, Lindsay. (2012). *The role of Documents in Social Research*. IN: Delamont, S. Handbook of qualitative research in education, London: Edgar Elgar, p. 426-436.
- Pülzl, H., & Treib, O. (2007). Policy implementation. In *Frank Fischer, Miller, Gerald J., Sidney, Mara S.(eds.) Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods* (pp. 89-107). New York: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Rios, D. R. D. S., & Teixeira, C. (2018). Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, 27, 794-808. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902018170887>
- Rech, M. R. A., Hauser, L., Wollmann, L., Roman, R., Mengue, S. S., Kemper, E. S., Florencio, S.R., Alfaro, G., Tasca, R. & Harzheim, E. (2018). Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e164. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.164>
- Santos, L. M. P., Costa, A. M., & Girardi, S. N. (2015). Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3547-3552. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>
- Santos, W. D., Comes, Y., Pereira, L. L., Costa, A. M., Merchan-Hamann, E., & Santos, L. M. P. (2019). Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate*, 43, 256-268. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912019>
- Sauerbronn, F. F. (2017). Governança Pública em Saúde Pós-Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma Análise Multinível. *Administração Pública e Gestão Social*, 9(3), 148-158. <http://dx.doi.org/10.21118/apgs.v1i3.1341>
- Scheffer, M. (2015). More Doctors Program: in search of satisfying answers. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 637-670. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0245>
- Schofield, J., & Sausman, C. (2004). Symposium on implementing public policy: learning from theory and practice: introduction. *Public Administration*, 82(2), 235-248. <https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2004.00392.x>
- Silva, E. N. D., Ramos, M. C., Santos, W., Rasella, D., Oliveira, A., & Santos, L. M. P. (2018). Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.11>
- Soares, J. J. Neto, Machado, M. H., & Alves, C. B. (2016). O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2709-2718. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16432016>

