ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM OLHAR DOS ÓRGÃOS DE CONTROLE

More doctors program implementation review: a look at the control bodies

Revisión de la implementación del programa más médicos: una mirada a los organismos de control

RESUMO

O estudo procurou identificar as principais barreiras à implementação do Programa Mais Médicos (PMM) no contexto dos municípios que aderiram à política pública. De um total de 200 relatórios de auditoria da Controladoria Geral da União (CGU), selecionou-se 197, de municípios de diversos estados e do Distrito Federal, no período de janeiro a dezembro de 2015. Houve identificação de 461 ocorrências em 153 relatórios municipais. A maior parte delas eram de municípios com até 50 mil habitantes, de entes situados na região Nordeste do país e daqueles classificados no perfil do PMM 20% pobreza. Os achados identificaram que 70% das barreiras são de cunho organizacional, seguido das barreiras individuais. Elas indicam a necessidade de aprimoramentos na articulação e pactuação dos atores envolvidos no arranjo institucional para melhor implementação do PMM para que não comprometam o seu desempenho.

PALAVRAS-CHAVE: análise, implementação, barreiras, controle, Programa Mais Médicos.

Alex dos Santos Macedo[1]
alexmacedo.ufv@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1800-0119

Juliana Maria de Araújo[2]
juliana.m.araujo@ufv.br
ORCID: 0000-0002-2004-3062

Evandro Rodrigues de Faria[2]
evandrozd@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7982-3947

Marco Aurelio Marques Ferreira[2]
marcoaurelio@ufv.br
ORCID:0000-0002-9538-1699

[1] Organização das Cooperativas Brasileiras, Brasília, DF, Brasil.
[2] Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

Submetido 09-01-2020. Aprovado 16-09-2020

Avaliado pelo processo de *double blind review*

DOI: http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v26n83.81007

Editor científico: Felipe Gonçalves Brasil
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, SP, Brasil e Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, SP, Brasil

Esta obra está submetida a uma licença Creative Commons

ABSTRACT

The study sought to identify the main barriers to the implementation of the More Doctors Program (PMM) in the context of municipalities that adhered to public policies. From a total of 200 audit reports of the Comptroller General of the Union (CGU), 197 were selected from municipalities of various states and the Federal District, from January to December 2015. There were 461 occurrences identified in 153 municipal reports. Most of them were from municipalities with up to 50 thousand inhabitants, from entities located in the Northeast of the country and those classified in the PMM profile as 20% poverty. The findings identified that 70% of barriers are organizational in nature followed by individual barriers. They indicate the need for improvements in the articulation and agreement of the actors involved in the institutional arrangement for better implementation of the PMM so that they will not compromise their performance.

KEYWORDS: *Analysis, Implementation, Barriers, Control, More Doctors Program.*

RESUMEN

El estudio buscó identificar las principales barreras para la implementación del Programa Más Médicos (PMM) dentro del contexto de los municipios que se adhirieron a las políticas públicas. De un total de 200 informes de auditoría del Contralor General de la Unión (UGE), se seleccionaron 197 de municipios de varios estados y del Distrito Federal, de enero a diciembre de 2015. Fueron identificados 461 casos en 153 informes municipales. La mayoría de ellos provenían de municipios de hasta 50 mil habitantes, de entidades ubicadas en el noreste del país y las clasificadas en el perfil PMM 20 % de pobreza. Los resultados identificaron que el 70 % de las barreras son de naturaleza organizacional seguidas de barreras individuales. Esto indica la necesidad de mejoras en la articulación y concertación de los actores involucrados en un acuerdo institucional para una mejor implementación del PMM para que no comprometan su desempeño.

PALABRAS CLAVE: *Análisis, Implementación, Barreras, Control, Programa Más Médicos.*

INTRODUÇÃO

A escassez e distribuição desigual de recursos humanos em saúde (RHS) é reconhecidamente, em termos mundiais, um obstáculo à cobertura universal em saúde (Pozo-Martin et al, 2017; Rourke, 2010; Who, 2010). Trata-se de um problema que afeta diversos países em níveis distintos de desenvolvimento econômico e social, porém aqueles de renda baixa e média são os mais impactados (Pozo-Martin et al., 2017). A carência de profissionais de saúde também compromete o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial o número três, que busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Segundo estimativas para 165 países, a escassez em 2030 seria de 17 milhões de profissionais da saúde (Scheffler et al, 2018).

No Brasil, a distribuição desigual de profissionais de saúde, em especial de médicos, é vista como um obstáculo à expansão da cobertura da Atenção Básica (AB) em saúde, que é a porta de entrada para os demais níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2013, o país possuía 1,8 médicos a cada mil habitantes. Dos 26 estados da federação, mais o Distrito Federal, 22 estavam abaixo da média nacional. Além do mais, cinco estados, todos nas regiões Norte e Nordeste, possuíam menos de um médico a cada mil habitantes (Brasil, 2015).

Além do mais, há distribuição desigual e concentração de médicos entre as capitais em relação ao interior do país. Dados da Demografia Média de 2018 indicavam que nas 27 capitais das unidades federativas do país

residiam 23,8% da população, que contava com mais da metade dos profissionais médicos do país (55,1%) — uma razão de médicos por mil habitantes da ordem de 5,07. Todavia, no interior, onde residia 76,2% da população, a razão de médios por mil habitantes era de 1,28. Uma diferença de cerca de quatro vezes entre as capitais e o interior na proporção de médicos (Scheffer, Cassenote, Guilloux, Miotto, & Mainardi (2018).

Outros fatores dificultam a expansão da AB no país e podem figurar como um obstáculo à fixação de médicos. Entre eles estão: falta de integração entre os níveis de atenção, o que dificulta a continuidade e integralidade do cuidado; condições de trabalho ruins, com necessidade de melhorias no processo de vínculos trabalhistas, nos salários, em melhor infraestrutura nos ambientes e mais recursos; falta de vínculo com a comunidade; problemas gerenciais; financiamento insuficiente; formação médica fragmentada e não orientada para as necessidades de saúde da população, entre outros (Fertonani, Pires, Biff & Scherer, 2015; Mendes & Marques, 2014).

O Programa Mais Médicos (PMM) emergiu no contexto de fortalecimento do SUS e efetivação da saúde enquanto direito social, em meio às mobilizações sociais de junho de 2013 e a pressão dos gestores municipais por políticas que mitigassem o problema da má distribuição de médicos e sua fixação em localidades de maior escassez e vulnerabilidade social.

Instituído pelo governo federal em 2013, o PMM, entre outros objetivos buscou reduzir a escassez de médicos no país, fortalecer a prestação de serviços em atenção básica e reduzir as desigualdades regionais em saúde. Para tanto, o programa atua em três eixos estruturantes: provimento emergencial de médicos em regiões que enfrentavam dificuldades para prover e fixar esses profissionais; aprimoramento na formação médica sob novas diretrizes curriculares e expansão de vagas em cursos de Medicina e residência médica; investimentos e qualificação da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS).

É importante ponderar que o PMM foi instituído em um contexto de debates e embates entre diversos atores sociais (ex: governo federal, parlamentares, classe médica, movimentos sociais, mídia, usuários etc.) na sua implantação e implementação, o que revela o papel das ideias no modo como os atores compreendem os problemas que devem ser enfrentados e as soluções a serem tomadas pelo Estado. Vozes contrárias ao PMM o concebiam como "um paliativo, de caráter transitório e perfil eleitoreiro para responder a falhas da atuação do Governo na área da Saúde" (Ferla, Pinto, Possa, Trepte, & Ceccim2017, p. 1134). Produções científicas sobre o PMM têm abordado uma diversidade de temas, dentre eles o processo de implementação (Kemper, Mendonça & Sousa, 2014; Medina, Almeida, Lima, Moura & Giovanella, 2018; Rios & Teixeira, 2018; OPAS, 2017). Os trabalhos até então desenvolvidos sobre a implementação do PMM não contemplaram o olhar dos órgãos de controle, considerando os principais entraves identificados e a atuação deles no sentido de aprimoramento do processo de implementação da política pública.

Cabe à CGU a realização de ações de fiscalização acerca da aplicação dos recursos

públicos, como os relacionados ao PMM nos municípios brasileiros. Em 2015, foram realizados trabalhos de campo pelo órgão em 197 municípios, com o objetivo de garantir as condições para que as atividades propostas pelo programa pudessem ser executadas, além de verificar o cumprimento da legislação por parte dos gestores municipais.

Em vista disso, o objetivo do estudo consiste em analisar, a partir dos relatórios de auditoria dos órgãos de controle sobre o PMM, as principais barreiras à implementação da política em estudo. Tais barreiras dificultam o alcance dos objetivos e das metas do programa, afetando o seu desempenho. A análise centra atenção nos problemas relacionados à implementação do PMM no eixo provimento emergencial de médicos, com lócus de análise no contexto dos municípios contemplados com o PMM.

Ammons (2004) afirma que as barreiras podem ser classificadas em três grupos: individuais, organizacionais e ambientais. As individuais são aquelas inerentes ao ser humano e que podem comprometer o desempenho da organização, como o controle inadequado do tempo/dia de trabalho e a falta de cooperação. Por sua vez, as organizacionais relacionam-se à maioria das características comuns que podem ser encontradas em diferentes organizações, como a burocratização do processo; a falta de prestação de contas; o demasiado foco na execução, ao invés de nos resultados; a resistência de alguns setores; e a fragmentação governamental, que reduz a eficiência dos serviços, entre outros. Por fim, as barreiras ambientais são aquelas que discernem o ambiente público do privado. Como exemplo, citam-se os fatores políticos que influenciam a tomada de decisão, a preferência dominante do *status quo* e a falta de apelo político (Ammons, 2004). Estudar a temática a partir dos contextos municipais é contribuir para a compreensão do arranjo institucional do PMM na medida em que a análise revelará o cumprimento das pactuações realizadas entre os entes locais, estadual e o governo federal, e vice-versa, bem como entre os demais atores envolvidos na implementação do PMM. O atendimento ou não do que fora estabelecido poderá revelar capacidades dos entes/atores em implementar políticas públicas desta natureza, bem como indicará possíveis aprendizados a partir da experiência vivenciada.

Além desta seção introdutória, o artigo está estruturado em mais quatro seções. A segunda discute o processo de implementação do PMM e as atribuições dos atores relacionados ao eixo de provimento emergencial. A terceira aborda a estratégia metodológica adotado no estudo, apontando os caminhos de como os dados foram coletados e interpretados. Em seguida, na quarta seção, apresentam-se os resultados e discussões do estudo, para finalmente tecer as considerações e problematizações finais.

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROVIMENTO EMERGENCIAL PELO PMM: BREVE CARACTERIZAÇÃO

O processo de implementação de uma política pública é dinâmico, complexo e é influenciado por atores governamentais e não governamentais, bem como pelo contexto e conteúdo da política pública (Howlett, Ramesh & Perl, 2013). Entende-se a etapa de implementação de uma política pública

como algo dinâmico e "em si um processo de significado próprio, que não está restrito apenas à tradução de uma dada política em ação, mas que pode transformar a política em si" (Carvalho & Barbosa, 2011, p. 5).

Os trabalhos voltados a entender esse processo contribuem para revelar as idiossincrasias de cada política e, ao mesmo tempo, revelam os fatores facilitadores e inibidores do seu sucesso (Winter, 2010). Para implementação do PMM, distintos atores governamentais e não governamentais estão envolvidos.

O eixo de ação emergencial do PMM foi estruturado em torno do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB). Segundo a Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013, que trata da sua implementação, a finalidade é contribuir para o aperfeiçoamento médico na AB, em regiões consideradas prioritárias para o SUS. Essas são aquelas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade. Portanto, seriam as regiões prioritárias para o direcionamento das ações do PMMB (MS & MEC, 2013).

Para o alcance desses propósitos, o PMMB realizará a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior, além de contar com atividades de ensino, pesquisa e extensão que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço. Para o aperfeiçoamento médico na AB em áreas prioritárias do SUS, o projeto é executado através de instrumentos de articulação interfederativa em cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e de mecanismos de integração ensino/serviço. Além das especializações, a educação permanente dos médicos que atuam exclusivamente no projeto é conduzida por tutores acadêmicos e supervisores, médicos, que são ligados a instituições de ensino ou ao SUS (Pinto et al., 2017).

O PMMB também é executado em articulação com órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e com consórcios públicos. No desenho institucional do projeto, que define as normas de articulação interfederativa e as responsabilidades dos atores, compete ao governo federal a coordenação nacional, bem como os custos financeiros das bolsas de formação, o auxílio-instalação, deslocamento dos médicos participantes dos seus países de origem para o Brasil, além da supervisão e especialização dos médicos integrantes do PMMB.

A coordenação geral é feita pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS), que é vinculado à Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde (SEGTES) do Ministério da Saúde. Desta forma, a articulação é realizada através de ações intersetoriais com diversos ministérios e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como com outros envolvidos, como os citados anteriormente.

Para facilitar a coordenação intergovernamental, a portaria instituiu a Comissão de Coordenação do PMMB, formada por representantes do Ministério da Saúde (que a preside e coordena) e do Ministério da Educação, podendo contar com outros atores, a depender do interesse da comissão. Dentre

as diversas funções da Comissão de Coordenação, cabe a articulação dos diversos envolvidos na implementação do PMMB; avaliação e aprovação dos municípios elegíveis que manifestaram interesse em aderir ao projeto; exclusão dos entes federativos, órgãos, entidades, instituições e organismos e desligamento de médicos participantes do projeto; definição dos módulos de acolhimento e processos avaliativos dos médicos intercambistas participantes do PMM, entre outras (MS & MEC, 2013).

Aos governos estaduais mais o Distrito Federal incumbe a atuação de forma colaborativa com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais na fiscalização e no acompanhamento das regras do PMM, das condições de trabalho nas UBS e apuração das denúncias de atuação dos médicos e municípios (MS e MEC, 2013). No nível estadual, também foram constituídas Comissões de Coordenação, conforme dispõe o artigo 8º da referida portaria. A essas comissões, presididas e coordenadas pelas Secretarias de Saúde, cabe a coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do PMMB no âmbito da respectiva unidade da federação.

Aos municípios e ao Distrito Federal compete inserir e cadastrar os médicos em equipes de atenção básica e fornecer condições adequadas para o exercício de suas atividades, tais como ambientes apropriados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto. Cabe, também, a não substituição de médicos de equipes pré-existentes pelos participantes do PMMB. Aos municípios, em conjunto com os supervisores, compete a realização do acompanhamento e a fiscalização das atividades de ensino-serviço, bem como a fiscalização do cumprimento da carga horária semanal. Por fim, incumbe-se a tais entes o fornecimento de moradia, alimentação e água potável aos médicos participantes do projeto (MS e MEC, 2013).

O PMMB, em seu auge em junho de 2015, contava com 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios e em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), o que possibilitava uma cobertura de cerca de 73% das cidades brasileiras, abrangendo aproximadamente 63 milhões de pessoas (Brasil, 2015). Segundo dados do Ministério da Saúde (em 01/02/2019), 3.533 (63,4%) municípios estavam com 14.723 médicos em atividade do PMM (Sage, 2019). Essa redução deve-se ao rompimento do acordo de cooperação entre o governo cubano e o brasileiro, que havia sido intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no mês de novembro de 2018 em que mais de 7,5 mil médicos deixaram o país, com o encerramento da parceria.

Desta forma, percebe-se a complexidade de implementação do PMMB, por se tratar de um amplo programa que envolve diversos atores em níveis distintos no arranjo federativo e que deve ser conduzido de forma intersetorial. Tal característica demanda capacidades de coordenação e articulação dos envolvidos para que o programa possa, por exemplo, levar médicos a locais distintos, em especial os mais carentes e de difícil acesso no território nacional; contemplar as questões culturais e regionais; fiscalizar e garantir que ações pactuadas, como as contrapartidas por parte dos entes locais sejam cum-

pridas; bem como dar conta dos aspectos burocráticos de sua gestão (Lotta, Galvão & Favareto, 2016).

Neste contexto, a atuação do controle interno se faz relevante, pois através dele é possível fornecer informações a respeito de como os recursos públicos estão sendo alocados, se os serviços prestados estão sendo eficazes e de qualidade e se os resultados alcançados são coerentes com os investimentos feitos (Beuren & Zonatto, 2004). O controle interno no Poder Executivo federal é realizado pela CGU, instituída em 2003 pela Lei nº 10.683. Sua função consiste em realizar, entre outras, a defesa do patrimônio público, o incremento da transparência através de ações de auditoria pública, correição, prevenção e combate à corrupção e ouvidoria.

METODOLOGIA

Este estudo é caracterizado como teórico-empírico e com abordagem qualitativa e quantitativa (Godoy, 1995). A opção pela utilização de ambas as abordagens visa a um melhor entendimento do fenômeno através de perspectivas diferentes, fortalecendo a validade dos resultados por meio da fuga da dicotomia quali-quanti, que limita e empobrece as investigações realizadas (Bericat, 1998). Busca-se com este estudo compreender as barreiras à implementação do PMM. Para tanto, foram coletados dados de pesquisas bibliográficas e de fontes documentais.

Para seleção dos documentos, realizou-se a pesquisa do termo “Mais Médicos” no site de Pesquisa de Relatórios da CGU. Foram identificados 200 relatórios referentes a trabalhos de campo realizados pela CGU com o intuito de fiscalizar o PMM em âmbito municipal a partir de uma amostra aleatória previamente definida pelo órgão de controle.

Foram selecionados 197 relatórios, que realizavam a análise de aspectos mais específicos do programa, tais como a aplicação dos recursos federais envolvidos e a avaliação da execução municipal do PMM, verificando o cumprimento das obrigações dispostas pelas diretrizes do projeto e delegando aos gestores federais a tomada de ações corretivas. Estes relatórios eram referentes a 197 municípios de diversos estados e do Distrito Federal, no período de janeiro a dezembro de 2015. Os demais (três relatórios) foram excluídos da análise, pois eram de avaliação de execução do PMM em nível macro, não se adequando à proposta deste estudo.

Os documentos selecionados foram escolhidos por conterem informações oficiais sobre o PMM, bem como por indicarem os resultados de acompanhamento dos órgãos de controle quanto à implementação do programa. A partir dos 197 relatórios foi realizada uma análise de conteúdo segundo os preceitos de Bardin (2016) e então identificadas as constatações da CGU acerca do PMM em cada município, destacando os problemas encontrados pelo órgão de controle e que impediam que maiores benefícios pudessem ser atingidos através da implementação do programa em nível local, demandando ações para sua regularização por parte dos gestores.

A partir de cada problema identificado pela CGU, foi iniciado o processo de codificação, assimilando-as com cada uma das barreiras propostas por Ammons (2004), sendo divi-

didas em três classes: individuais, organizacionais e ambientais. É importante ressaltar que tais barreiras não são estanques, podendo ser adaptadas de acordo com cada caso específico e podendo estar interligadas.

O processo de codificação das barreiras, que somavam um total de 461, foi realizado de forma independente por dois pesquisadores, a exemplo do realizado por Brasil e Capella (2019). Em seguida, foram dirimidas eventuais inconsistências, com o intuito de agrupar as variáveis em classes e facilitar a análise dos fatores mais frequentes detectados durante a fiscalização e que impedem ou dificultam o desempenho da política. Além disso, considerou-se também a região e o porte populacional do município, bem como o seu perfil, segundo a condição de prioridade para participação no PMM, a saber: 20% pobreza — diz respeito aos entes locais com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza; G100 — estar entre os cem municípios com população superior a 80 mil habitantes, com os níveis mais baixos de receita pública per capita e alto índice de vulnerabilidade social; região metropolitana — municípios integrantes das áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das regiões metropolitanas; capital — critério similar ao das regiões metropolitanas e dos municípios classificados em demais localidades (MS e MEC, 2013).

Através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), foram realizadas análises de frequência e gráficos de dispersão, com o intuito de verificar padrões nas categorizações levando-se em conta o perfil de cada município. A seguir, serão discutidos os resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram organizados em dois momentos. Em um primeiro, apresenta-se o perfil dos municípios auditados, considerando as categorizações sugeridas na seção metodológica. Em seguida, discutem-se os problemas identificados na implementação do PMMB, com as categorizações das barreiras analisadas. Na Tabela 1, estão os dados dos municípios de acordo com a região do país, o porte populacional e perfil dos entes municipais, bem como o número de auditorias realizadas e de ocorrências identificadas nos relatórios de auditoria.

Tabela 1. Municípios auditados segundo a região, o porte populacional, perfil no PMM e total de ocorrências

		Municípios/ PMM 2015	Municípios Auditados		Ocorrências	
			N	%	N	%
Região	Norte	324	16	1%	32	7%
	Nordeste	1312	86	5%	261	57%
	Sudeste	884	48	3%	93	20%
	Centro-Oeste	282	16	1%	34	7%
	Sul	817	31	2%	41	9%
Porte Populacional	Até 20 mil	2177	51	3%	124	27%
	De 20 a 50 mil	873	47	3%	144	31%
	De 50 a 100 mil	295	29	2%	60	13%
	De 100 a 500 mil	234	49	3%	98	21%
	Acima de 500 mil	40	21	1%	35	8%
Perfil	20% Pobreza	1283	62	3%	204	44%
	G100	92	20	1%	41	9%
	Região Metropolitana	381	45	2%	87	19%
	Capital	26	17	1%	28	6%
	Demais Localidades	1837	53	3%	101	22%
	Total	**3619**	**197**	**11%**	**461**	100%

* Número de municípios com médicos em atividade (entrantes – saídas, desde o ano de 2013 até o final de 2015) no PMM. O número de municípios com médicos do PMM foi obtido por meio da lei de acesso à informação (MS & MEC, 2013).

Até o final de 2015, 3.619 municípios, dos 4.058 que aderiram ao PMM, estavam com médicos em atividade em suas unidades de saúde. Desses, 5% foram auditados pelo órgão de controle. As maiores porcentagens de municípios auditados foram nas regiões Nordeste (7%) e Centro-Oeste (6%) e a menor proporção de auditados está na região Sul do país (4%).

Do total de ocorrências identificadas, a maior parcela, 57%, foi nos municípios da região Nordeste, seguido dos entes da região Sudeste (20%). Talvez a maior proporção de ocorrências nos municípios da região Nordeste guarde relação com as capacidades dos agentes locais em prover os serviços de saúde para acesso da população, pois os residentes dessa localidade e da região Norte, quando comparados com as demais do país, possuem menor acesso à saúde (Viacava, Porto, Carvalho, & Bellido, 2019).

Em relação ao porte populacional, a proporção de municípios auditados foi aumentando à medida que o porte do município ampliava, pois o número de municípios integrantes do PMM diminuía de acordo com o tamanho da

população. Por exemplo, nos grandes municípios, com mais de 500 mil habitantes, 53% deles foram auditados e, das ocorrências identificadas, 8% foram para esse grupo de municípios.

As maiores ocorrências foram para os entes situados entre 20 e 50 mil habitantes (31%), seguidos daqueles com até 20 mil habitantes (27%) e entre 100 e 500 mil, com 21%. Os pequenos municípios eram aqueles que apresentavam, antes da implementação do PMM, as maiores necessidades de médicos no país e de saúde e, em sua maioria, eram concentrados nas regiões Norte e Nordeste do país (Girardi, Stralen, Cella, Wan Der Maas, Carvalho, Faria, 2016; EPSM, 2012).

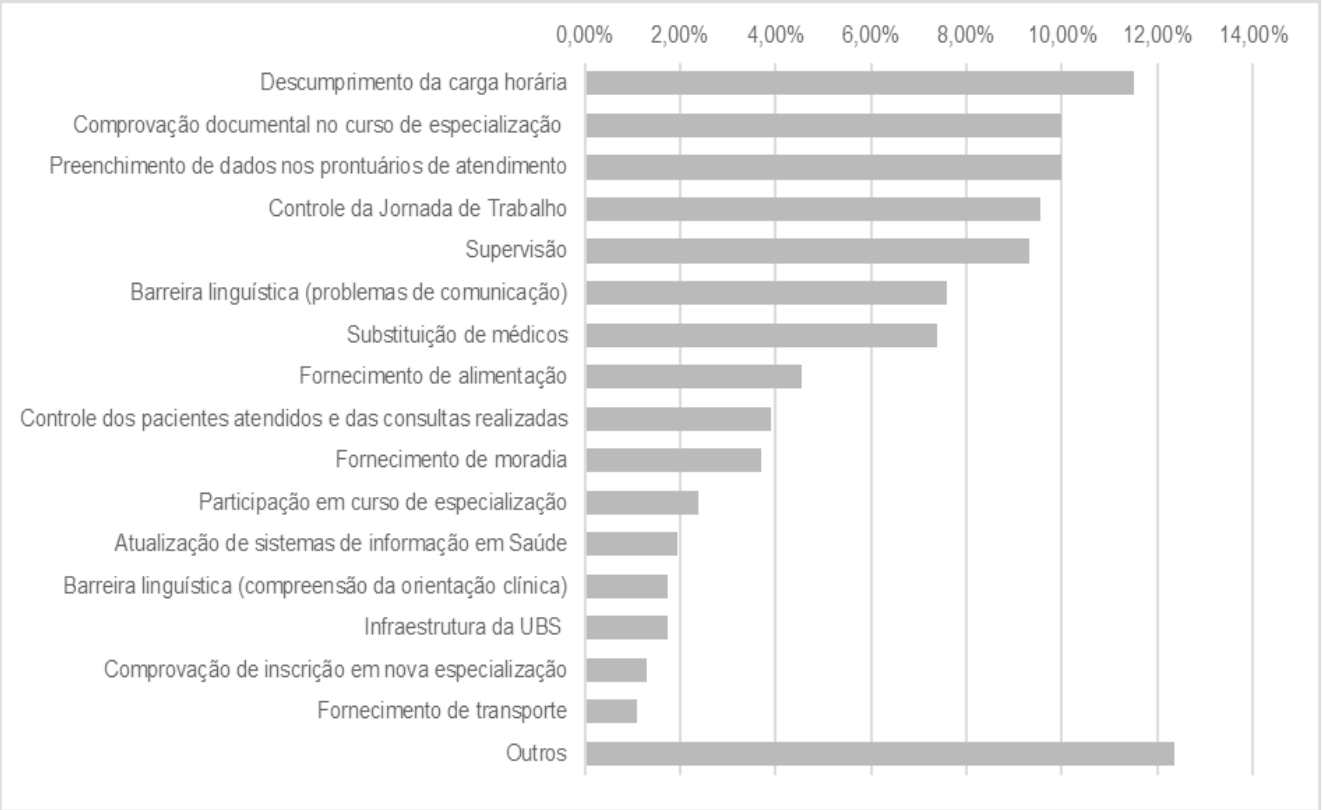
Em relação ao perfil de classificação dos entes no PMM, embora 5% dos agrupados na categoria de 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza tenham sido auditados, 44% das ocorrências nos relatórios de auditoria foram apontadas nesse grupo de municípios. A segunda maior frequência (22%) foi nos municípios classificados em Demais Localidades. Os municípios das regiões metropolitanas vieram em terceiro lugar em termos de ocorrência (19%). Com menores proporções estavam os municípios dos grupos G100 (9%) e capital (6%), mesmo que proporcionalmente terem sidos aqueles mais auditados.

Principais gargalos de implementação do PMM

Na Figura 1 encontram-se os principais problemas encontrados pela CGU durante a auditoria nos municípios que aderiram ao PPM. De forma geral, as inconsistências verificadas através dos relatórios de auditoria da controladoria evidenciaram uma grande variedade de barreiras, seja em relação às normas do programa, às atividades de supervisão, aos compromissos firmados pelos próprios médicos do PMM ou às obrigações do ente municipal.

Percebe-se que o maior obstáculo à melhoria dos resultados obtidos pelo programa refere-se ao descumprimento da carga horária pelos médicos, correspondendo a mais de 11% do total de 461 barreiras encontradas. Essa é uma situação que pode dificultar o alcance da efetividade da política, uma vez que o não cumprimento da jornada pode impactar na capacidade de atendimento, aumentando o tempo de espera dos usuários. Apesar do achado, estudos tem indicado a importância do Mais Médicos em ampliar a presença constante de médicos e o cumprimento da jornada de trabalho nas UBs (Santos, Bertussi, Kodjaoglanian & Merhy, 2019).

Figura 1. Principais problemas de implementação do PMM



Adicionalmente, cerca de 10% das barreiras referiam-se à comprovação de participação do médico no curso de especialização, um dos objetivos do PMM, de forma a garantir que o médico realizasse o aperfeiçoamento de sua formação. Análises de reflexões críticas do processo de aprendizagem de médicos no curso de especialização evidenciam a dificuldade de acesso à internet como um obstáculo à participação. Esse problema foi mais evidente em municípios do interior e das regiões Norte e Nordeste do país. Entretanto, apesar da limitação, os médicos avaliaram de forma positiva a especialização, ao permitir "a ampliação do conhecimento sobre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o fortalecimento do trabalho das equipes e a melhoria da prática clínica" (Thumé, et al., 2016, p. 2812).

Também se destaca a ausência de controle efetivo dos dados acerca dos pacientes, gerando inconsistências nos prontuários, tanto relacionadas ao quantitativo de consultas quanto aos dados pessoais, que possibilitam o acompanhamento da população atendida nas UBS. Ademais, a inconsistência de dados dificulta também a própria fiscalização dos atendimentos, uma vez que os dados são cruzados e inseridos nos sistemas informatizados de saúde, além de indicar uma possível falta de confiabilidade das informações divulgadas.

A dificuldade de controle da jornada de trabalho dos médicos também representou uma expressiva parcela do total de barreiras, indicando que a secretaria de saúde municipal e os supervisores têm dificulda-

des em atestar a frequência dos profissionais do programa.

Percebe-se que muitas das barreiras encontradas estão relacionadas ao descumprimento das próprias normas do PMM, tais como o fornecimento de alimentação, moradia e transporte por parte dos municípios; a ineficácia na supervisão dos médicos; não participação nos cursos de especialização e/ou ausência de comprovação da participação; o controle dos pacientes e das consultas; e a atualização dos sistemas de saúde.

O descumprimento das normas do PMM pode estar relacionado aos problemas de supervisão (Vieira, 2017). Conforme a autora, os supervisores do programa não dispõem de uma regulamentação formal das atividades, necessitando da formalização em manuais para que possa haver uma padronização da atividade.

Os problemas de supervisão foram registrados em outros processos de auditoria pelos órgãos de controle que apontavam, dentre outras questões, médicos do PMM sem supervisores e carga horária excessiva de trabalho dos supervisores em outras funções. Além do mais, as avaliações encaminhadas pelos supervisores pouco se concentravam em questões ligadas aos aspectos clínicos e estavam mais direcionadas às questões operacionais (TCU, 2014).

Nos relatórios da CGU, os problemas mais recorrentes foram supervisão descontínua, fora do ambiente e prática de trabalho do médico do PMM e, em alguns casos, não presencial. As barreiras de supervisão são um dos reflexos dos problemas de adesão das instituições de ensino ao PMM e da pressão exercida pela entidade médica, que desde o início estabeleceram oposição ao PMM (Costa, Cardoso, Trindade, & Dias 2017).

As dificuldades dos médicos estrangeiros em relação ao idioma também se mostraram relevantes enquanto barreira, dificultando a relação médico-paciente ou até mesmo, em algumas situações, impossibilitando a compreensão clínica por parte dos pacientes. A limitação com o idioma também foi constatada no estudo de Melo, Baião & Costa (2016), que analisaram a percepção de usuários da Estratégia Saúde da Família no estado do Ceará. Apesar da barreira linguística, os profissionais eram considerados capazes de prestar um bom atendimento, sendo avaliados positivamente pelos usuários. Comes et al. (2016), em seu estudo em municípios de extrema pobreza, também revelaram a satisfação dos usuários com o atendimento médico, com as informações repassadas sobre o tratamento médico, além da compreensão, clareza das prescrições médicas e do atendimento humanizado.

A participação dos médicos estrangeiros (em especial os cubanos) no PMM foi muito criticada por atores sociais, que se sentiram real ou imaginariamente prejudicados com a solução proposta. Ferla et al., (2017, p. 1135) analisou as intervenções na mídia sobre o PMM de candidatos a cargos eletivos para os poderes executivo e legislativo no âmbito federal e estadual para o pleito eleitoral de 2014. A crítica à participação dos médicos cubanos estava relacionada “à inadequação da relação dos governos Brasil-Cuba e à remuneração dos médicos”. Esse posicionamento contrário e a imagem negativa sobre a inadequação dos médicos cubanos para

atuação no âmbito do PMM foram, porém, se alterando ao longo do tempo, na medida em que o programa começou a mostrar resultados satisfatórios de sua implementação, além de usuários e gestores satisfeitos (Kemper, Mendonça & Sousa, 2016), bem como a aceitação e o apoio das equipes de saúde aos profissionais (Thumé et al., 2016).

Os resultados também apontam a substituição de médicos de equipes pré-existentes pelos profissionais do Mais Médicos, possibilidade não permitida pelas normas do programa, que previu em lei que os médicos que já atuavam no município deveriam ser mantidos. Ao se analisar o Índice Firjan de Gestão Fiscal (IFGF) do ano de 2015 dos municípios que apresentaram tal barreira, percebeu-se que houve maior substituição nos municípios que apresentam o menor IFGF, média de 0,43 e desvio padrão de 0,14. Naqueles que não houve substituição, a média foi de 0,47 e desvio padrão de 0,15. Desta forma, percebe-se que dificuldades de gestão orçamentária podem indicar associação com os casos de substituição médicos.

Também foi possível observar uma predominância na substituição de médicos naqueles municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes. Os municípios da região Nordeste também foram os que mais substituíram. Em relação ao perfil, os municípios mais pobres (20% ou mais de pobreza) foram os que mais substituíram proporcionalmente e esse representa o terceiro problema mais recorrente nesse grupo de municípios. Resultados encontrados que endossam os achados de outras pesquisas (Girardi et al., 2016; Santos, 2018).

Considerando o mapeamento das barreiras pelos perfis municipais, os resultados indicam que os municípios do primeiro grupo, com pelo menos 20% da população vivendo em extrema pobreza, apresentaram como principal barreira o descumprimento da carga horária por parte dos médicos, correspondendo a mais de 13% das barreiras encontradas nos municípios deste perfil.

Evidenciaram-se também as incorreções e/ou ausência de preenchimentos dos dados nos prontuários de atendimento, seguidas da substituição de médicos de equipes já existentes por participantes do PMM e da dificuldade em controlar a jornada de trabalho dos médicos do programa. Somadas, as quatro principais barreiras representaram mais de 40% do total verificadas para o grupo. Ademais, este perfil de municípios foi o que apresentou o maior número de barreiras, correspondendo a mais de 46% do total verificado.

O segundo grupo, correspondente aos municípios com população superior a 80 mil habitantes com níveis baixos de receita *per capita* e alto índice de vulnerabilidade, apresentou uma preponderância de relatórios em que não foi detectado nenhum tipo de barreira, referente a 12,5% do montante de relatórios analisados para esse perfil. O descumprimento da carga horária e as incorreções e/ou ausência de dados nos protocolos de atendimento equivalem, cada um, a 10,4% das barreiras para este grupo, seguidos da substituição de médicos de equipes pré-existente por médicos do PMM (cerca de 8,33%).

Nos municípios da região metropolitana, a

barreira mais evidente é aquela relacionada à ausência de comprovação documental dos médicos nos cursos de especialização. Também foi encontrada uma proporção considerável de relatórios sem barreiras detectadas; cerca de 11,34% do total. Ademais, novamente, constatou-se que o preenchimento dos dados nos prontuários de atendimento e o descumprimento da carga horária são ocorrências quantitativamente significativos nos municípios deste grupo, equivalentes, cada um, a 8,25% das barreiras do grupo.

No quarto grupo, relacionado às capitais, detectou-se o menor número de ocorrências; cerca de 7% do total de 461 encontradas para todos os perfis. Dentre estas, destacam-se a ausência de comprovação documental dos participantes do PMM no curso de especialização (cerca de 17,65%), seguida do descumprimento da carga horária por parte dos médicos (14,71%). Além disso, cerca de 17,65% dos relatórios do grupo não apresentaram nenhum tipo de barreira.

Em relação às demais localidades, a categorização sem barreiras correspondeu a 9,8% do total. A ausência de controle efetivo da jornada de trabalho (17,86%) foi a barreira que mais se destacou. Além do mais, a comprovação documental dos participantes do PMM no curso de especialização (10,71% das ocorrências verificadas para o grupo) e incorreções e/ou ausência de preenchimentos dos dados nos prontuários de atendimento, correspondendo a 8,04% das ocorrências do grupo foram as mais evidentes.

Barreiras à implementação do PMM

A Tabela 2 especifica as barreiras conforme a classificação de Ammons (2004), considerando-se aquelas que são de cunho individual, organizacional e ambiental. Ressalta-se que não foi encontrada nenhuma barreira ambiental, tendo em vista a natureza da fiscalização realizada nos municípios.

Tabela 2. Classificação das barreiras encontradas segundo o modelo de Ammons (2004)

Barreira Organizacional	QTD	%
Comprovação documental em curso de especialização	46	9,98%
Preenchimento de dados nos prontuários de atendimento	46	9,98%
Controle da jornada de trabalho	44	9,54%
Problemas de supervisão	43	9,33%
Substituição de médicos	34	7,38%
Fornecimento de alimentação	21	4,56%
Controle dos pacientes atendidos e das consultas realizadas	18	3,90%
Fornecimento de moradia	17	3,69%
Atualização de sistemas de informação em Saúde	9	1,95%
Infraestrutura da UBS	8	1,74%
Fornecimento de transporte	5	1,08%
Outras	36	7,81%
Total	327	70,93%
Barreira Individual	QTD	%
Descumprimento da carga horária	53	11,50%
Barreira linguística (problemas de comunicação)	35	7,59%
Participação em curso de especialização	11	2,39%
Barreira linguística (compreensão da orientação clínica)	8	1,74%
Comprovação de inscrição em nova especialização	6	1,30%
Acúmulo de cargos	3	0,65%
Outras	18	3,90%
Total	134	29,06%
Total Geral	461	100%

As barreiras ambientais fazem parte do macroambiente da saúde pública no país e estão imbricadas com outros condicionantes sociais. Isto é, a garantia da saúde enquanto direito social também passa pela efetivação de um conjunto de políticas públicas visando a dirimir ou evitar o risco de agravo à saúde, como acesso ao meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento básico e educação, além de ações e serviços de saúde (Menicucci, 2011).

No contexto da saúde pública, têm-se como desafios os modelos de gestão em saúde e a sustentabilidade e o volume financeiro para atender às necessidades de saúde da população, além da consolidação da descentralização e da regionalização do SUS (Piola et al., 2009). Somam-se a esses constrangimentos ao desenvolvimento de uma saúde universal e igualitária o debate e a regulação das relações público-privadas na saúde, as iniquidades territoriais em saúde e as desigualdades econômicas e sociais (Machado, Lima & Baptista, 2017).

Desta forma, as barreiras não são estanques e estão relacionadas. Aquelas do contexto ambiental, como o subfinanciamento da AB (Mendes & Marques, 2014), por vezes geram problemas de ordem organizacional, como insuficiência de recursos que pode asseverar a substituição de médicos pelos entes municipais, bem como afetar o suprimento de medicamentos e a infraestrutura de serviços de suporte para o trabalho na AB, como realização de exames e consultas especializadas, o que impede aumentar a integralidade do cuidado (OPAS, 2017).

Dentre as barreiras organizacionais, que são 70% do total encontrado, houve aspectos relacionados à infraestrutura das UBS, conectados com o preenchimento de dados nos prontuários de atendimentos, o controle dos pacientes atendidos e das consultas realizadas e a atualização dos sistemas de informações em saúde.

Um dos eixos de ação do PMM é a melhoria da infraestrutura das UBS, não só do ponto de vista físico, mas também tecnológico. A qualificação das UBS, com investimentos em construção e reformas, pode propiciar melhor acesso aos serviços de saúde e melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, um dos elementos apontados como amplificadores da rotatividade dos médicos na AB (Giovanella et al., 2016). Além do mais, pode dificultar o processo de referência e contrarreferências (Mota & Barros, 2016).

Outras barreiras organizacionais envolvem falhas dos entes municipais em cumprir aquilo que fora acordado no desenho institucional da política, como fornecimento de alimentação, moradia, transporte, controle da jornada de trabalho e acompanhamento/controle sobre participação dos profissionais em cursos de especialização, já que eles atuam na lógica ensino serviço, e têm uma parte da jornada de trabalho, de oito horas, reservada aos estudos.

Os problemas organizacionais, como o controle da jornada de trabalho, podem dificultar o acompanhamento dos profissionais, já que este foi o item mais recorrente no âmbito das barreiras individuais e pode ter relação com o acúmulo de cargos por alguns profissionais em outros serviços de saúde. Uma das consequências desse problema pode ser a diminuição do escopo dos serviços prestados à população na AB.

Outras barreiras no âmbito individual envolvem o aperfeiçoamento médico, como participação em novos cursos de especialização, caso já tenha finalizado algum, ou a comprovação de estar inscrito em algum curso de especialização. Questões que afetam um dos objetivos do PMMB, que é o aprimoramento da formação médica no país, ampliando o conhecimento destes profissionais da realidade da saúde pública da população brasileira.

Outros problemas foram apontados, como a compreensão linguística, que pode dificultar os problemas de comunicação médico-paciente e, ao mesmo tempo, impedir a orientação clínica repassada, em menor caso (menos de 2%). As barreiras linguísticas foram superadas com apoio dos profissionais da equipe das unidades de saúde (OPAS, 2017).

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou os principais obstáculos

à implementação do PMM em âmbito municipal e que podem comprometer o alcance dos objetivos da política pública, como melhorar a distribuição de médicos no país, fortalecer a prestação de serviços de saúde e diminuir as desigualdades regionais em saúde. Para tanto, através de análises dos relatórios de auditoria dos órgãos de controle, apontou-se que as barreiras organizacionais figuraram como principais entraves à implementação do programa, seguidas das barreiras de cunho individual.

Essas barreiras interligadas com o contexto sócio-político da saúde pública revelaram o desafio da implementação do PMM em municípios com capacidades administrativas, econômicas, institucionais e de prestação de serviços de saúde diversas no território nacional. Ficou mais evidente que as maiores ocorrências identificadas nos relatórios de auditoria foram para os pequenos municípios, com até 50 mil habitantes, aqueles situados na região Nordeste do país e classificados no perfil de 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza. Municípios estes que antes do PMM enfrentavam problemas de fixação de médicos e de prestação de serviços de saúde.

Em todas as categorias de análise, foram apontadas barreiras à implementação do PMM e elas indicam a necessidade de melhor articulação e pactuação dos atores envolvidos no arranjo institucional do PMM, uma vez que os arranjos facilitam os processos articulatórios, de coordenação e de tomada de decisão dos entes e atores envolvidos na implementação do Mais Médicos.

Referências

Ammons D. N. (2004). Productivity barriers in the public sector. In: Holzer M, Lee S-H, editors. *Public productivity handbook*. 2th ed. New York: MARCEL DEKKER, INC.; p. 139–64.

Bardin L. (2016). *Análise de conteúdo* (70th ed). Lisboa: edições. São Paulo: Edições; 225 p.

Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: Significado y medida.* Barcelona: Ariel, 189 p.

Brasil, F, & Capella, A. C. (2019). A dinâmica da atenção governamental sobre as políticas de saúde no Brasil: Equilíbrio e pontuações nas primeiras décadas pós-redemocratização (1986-2003). *Saúde e Sociedade*, 28(3), 80-96. doi:10.1590/S0104-12902019180570

Beuren, I. M., & Zonatto, V. C. S. (2014). Perfil dos artigos sobre controle interno no setor público em periódicos nacionais e internacionais. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, 48(5), 1135-1163. doi:10.1590/0034-76121527

Brasil. (2015). *Programa mais médicos – dois anos: Mais saúde para os brasileiros.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 128 p.

Brasil. *Portaria Interministerial n.º 1.369, de 08 de Julho de 2013.* Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos. 1.369 Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.º . 219, Seção 3, p. 204 nov., 2013, p. 204.

Carvalho, M. L., & Barbosa, T. R. G. C. (2011). Modelos orientadores da implementação de política pública: uma lacuna da literatura. In: Encontro Nacional da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ENANPAD). Rio de Janeiro: *Anais EnanApad;* p. 1–14.

Comes, Y., Trindade, J. S., Shimizu, H. E., Hamann, E. M., Bargioni, F., Ramirez, L.,... & Santos, L. M. P. (2016). Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saude Colet.* 21(9), 2749–59. doi:10.1590/1413-81232015219.16202016

EPSM. (2012). *Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil* [Internet]. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG Belo Horizonte. Recuperado de: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identificação de áreas de escassez de RHS no Brasil.pdf

Ferla, A. A., Pinto, H. A., Possa, L. B., Trepte, R. F., & Ceccim, R. B. (2017). Ideas, images and beliefs in the production of public policies: The case of the More Doctors Program. *Interface* (Botucatu). 21(1), 1129-41. doi:10.1590/1807-57622017.0337

Fertonani, H. P., Pires, D. E. P., Biff, D., & Scherer, M. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: Conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet* 20(6), 1869–78. doi:10.1590/1413-81232015206.13272014

Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Fausto, M. C. R., Almeida, P. F., Bousquat, A., Lima, J. G.,. . . & Almeida, S. Z. F. (2016). A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cien Saude Colet*., 21(9), 2.697–708. doi:10.1590/1413-81232015219.16052016

Girardi, S. N., Stralen, A. C. S. V., Cella, J. N., Wan Der Maas, L., Carvalho, C. L., & Faria, E. O. (2016). Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, 21(9) 2.675–84.doi:10.1590/1413-81232015219.16032016

Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Rev Adm Empres.*, 35(2), 57–63. Recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf

Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2013). *Política pública: Seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integral.* Trad. Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier; 305 p.

Kemper, E. S., Mendonca, A. V. M., & Sousa, M. F. (2016). Programa Mais Médicos: Panorama da produção científica. *Ciênc. saúde coletiva* 21(9), 2.785-2.796. doi:10.1590/1413-81232015219.17842016

Lotta, G. S., Galvão, M. C. C. P., & Favareto, A. S. (2016). Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Cien Saude Colet* 21(9), 2.761–72. doi:10.1590/1413-81232015219.16042016

Machado, C. V., Lima, L. D., & Baptista, T. W. F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: Caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública*, 33(2) 144–61. doi:10.1590/0102-311X00129616

Medina, M. G., Almeida, P. F., 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(01), 46–60. doi:10.1590/0103-11042018S124

Melo, C. D. F., Baião, D. C., & Costa, M. C. (2016). A percepção dos usuários cearenenses sobre o Programa Mais Médicos. *Revista Eletrônica Gestão e Sociedade*, 10, 1302–1312. doi:10.21171/ges.v10i26.2087

Mendes, Á., & Marques, R. M. (2014). O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*; 38(103), 900–16. doi:10.5935/0103-1104.20140079

Menicucci, T. M. G. (2011). A Política de saúde no governo Lula. *Saude e Soc*., 20(2), 22–32. doi:10.1590/S0104-12902011000200022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2018). *NOTA TÉCNICA No 176/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS* Recuperado de: http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=4794685&codigo_crc=79FC2550&hash_download=eeabcc1b07cf054908d94d8631522ecd713654833ac09de83b55c91c141624ad796858bfb7af9885c074207ba321bbac85f0afa2ac922dd644a31e

Mota, R. G. & Barros, N. F. (2016). O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: Uma análise de implementação. *Cien Saude Colet*, 21(9), 2.879–88. doi:10.1590/1413-81232015219.14582016

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). *Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica.* Opas, editor. Brasília: OPAS; 36 p.

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde (2017). *Mais Médicos na atenção primária no Brasil. Metasíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos.* OPAS, editor. Brasília: OPAS; 47 p.

Oliveira F. P., Costa, A. M., Cardoso, A. J. C., Trindade, J. S., & Dias, I. M. Á. V., (2017). Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: O modelo de formação médica em disputa. *Saúde em Debate*, 41(3), 60–73. doi:10.1590/0103--11042017S305

Pinto, H. A., Oliveira, F. P., Santana, J. S. S., Santos, F. O. S., Araujo S. Q., Figueiredo, A. M., & Araujo, G. D. (2017). Programa Mais Médicos: Avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface - Comun Saúde, Educ* 21(0), 1.087–102. doi:10.1590/1807-57622016.0520

Piola, S. F., Barros, E. D., Nogueira, R. P., Servo. L. M., Sá, E. B., & Paiva, A. B. (2009). Vinte anos da Constituição de 1988: O que significaram para a saúde da população brasileira? In: Barreto, Â. R., Ferreira, B., Alves, F., Ribeiro, J. A. C., editores. *Políticas Sociais: Acompanhamento e análise.* 1ª ed. Brasília: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; p. 97–174.

Pozo-Martin, F., Nove, A., Lopes, S. C., Campbell, J., Buchan, J., Dussault, G., … & Siyam, A. (2017). Health workforce metrics pre- and post-2015: A stimulus to public policy and planning. *Hum Resour Health.* England; 15(1), 14. doi:10.1186/s12960-017-0190-7

Rios, D. R. S., & Teixeira, C. (2018). Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Soc.*, 27(3), 794–808.doi:10.1590/S0104-12902018170887

Rourke J. (2010). WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health.* Australia; 10(4), 1-4. Recuperado de: www.rrh.org.au/journal/article/1654

Sage. (2019). *Sala de Apoio à Gestão Estratégia do Ministério da saúde 2019*. Recuperado de http://sage.saude.gov.br/#

Santos, F. J. S. (2018). *O programa mais médicos: Uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal).

Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., Kodjaoglanian, V. L., & Merhi, E. E. (2019). O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. *Interface (Botucatu)*, 23, e190052.doi:10.1590/Interface.190052

Scheffler, R. M., Campbell, J., Cometto, G., Maeda, A., Liu, J., Bruckner, T. A. ... & Evans, T. (2018). Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Hum Resour Health* 16(1), 1-10. doi:10.1186/s12960-017-0264-6

Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Biancarelli A., Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2018). D*emografia médica no Brasil*. Scheffer, M, editor. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 286 p.

TCU. (2014). *Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil: Avaliação da eficácia do programa* (TC no 005.391/2014-8). Brasília; p. 112.

Thumé, E., Wachs, L. S., Soares, M. U., Fassa, M. G. E., Tomasi, E., ... & Facchini, L. A. (2016). Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*; 21(9), 2.807-2814.doi:10.1590/1413-81232015219.14632016

Viacava, F., Porto, S. M., Carvalho, C. C., & Bellido, J. G. (2019). Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 24(7), 2745-2760. doi:10.1590/1413-81232018247.15812017

Vieira, M. C. (2017) *Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia.* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas).

Who. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through*

improved retention - global policy recommendations. Sci York 70. Recuperado de: http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html%5Cnhttp://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf

Winter, S. C. (2010). Perspectivas de implementação: Status e reconsideração. In: Peters BG, Pierre J, editors. *Administração Pública.* São Paulo e Brasília: Editora Unesp e Enap; p. 209–28.