

**PANORAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS ATÉ 2021 E
COMPARAÇÃO COM O PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL**

Hêider Pinto^a

<https://orcid.org/0000-0002-8346-1480>

Felipe Proença de Oliveira^b

<http://orcid.org/0000-0002-5900-0174>

Ricardo Soares^c

<https://orcid.org/0000-0003-0716-4350>

Resumo

Este artigo faz um balanço do Programa Mais Médicos (PMM), considerando seus três eixos, no período de 2013 a 2021, analisando a influência de atores sociais coletivos na implementação e nos processos de (re)formulação no programa, bem como compara normativamente o PMM com o Programa Médicos pelo Brasil (PMPB). Trata-se de um estudo de caso, que usou recursos teóricos dos estudos de implementação de políticas, do neoinstitucionalismo histórico e da teoria da mudança institucional gradual para analisar documentos, bibliografia, dados secundários e entrevistas semiestruturadas com dirigentes das políticas nacionais de regulação, formação e provimento. Focando a análise na caracterização do processo de implementação, nas continuidades e mudanças institucionais e na distribuição de recursos, no contexto político e na posição e ação de atores coletivos relevantes, o artigo descreve e analisa a implementação do programa em cada um de seus três eixos – infraestrutura, formação e provimento – e mostra que ela pode ser dividida em quatro fases: implementação inicial acelerada, implementação sustentada, implementação parcialmente bloqueada e implementação residual. Sua maior contribuição é a compreensão do que mudou e os motivos pelos quais mudou, bem como a provocação da reflexão

^a Médico. Doutor em Políticas Públicas e Pós-Doutorando em Saúde Coletiva. Docente na Universidade Federal da Bahia e na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com

^b Médico. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Docente na Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: proenco@hotmail.com

^c Médico. Doutor em Modelos de Decisão em Saúde. Docente na Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: ricardosousasoares@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Bahia. Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, Canela. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40110-100. E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com

sobre a sustentabilidade de políticas que buscam enfrentar as insuficiências na oferta e na formação médica, mesmo contra a posição hegemônica das entidades médicas.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde. Educação médica. Política pública.

IMPLEMENTATION OF THE MAIS MÉDICOS PROJECT UNTIL 2021 AND COMPARISON WITH THE MÉDICOS PELO BRASIL PROGRAM: AN OVERVIEW

Abstract

This paper evaluates the Mais Médicos Program (PMM) in its three axes from 2013 to 2021, analyzing how collective social actors influenced its implementation and (re)formulation processes, and normatively compares the PMM with the Médicos pelo Brasil Program (PMPB). Based on theoretical resources from policy implementation studies, historical neo-institutionalism and the theory of gradual institutional change, this case study analyzes documents, bibliography, secondary data, and semi-structured interviews with leaders of national regulatory, training, and provision policies. Focused on the implementation process characteristics, on institutional continuities and changes, and on the distribution of resources, the political context and the position and action of relevant collective actors, the text describes and analyzes the PMM implementation in each of its three axes – infrastructure, training and provision –, demonstrating that it can be divided into four phases: initial accelerated implementation, sustained implementation, partially blocked implementation and residual implementation. It contributes to an in-depth understanding of what has changed and the reasons for such change, as well as to provoke reflection on the sustainability of policies that seek to address shortcomings in medical supply and education, even against the hegemony of medical entities.

Keywords: Human resources in health. Medical education. Public policy.

PANORAMA DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA MÁS MÉDICOS HASTA 2021 Y COMPARACIÓN CON EL PROGRAMA MÉDICOS POR BRASIL

Resumen

Este artículo analiza el Programa Más Médicos (PMM) a partir de la influencia de los actores sociales colectivos en los procesos de la puesta en marcha y (re)formulación de este programa teniendo en cuenta sus tres ejes, en el periodo de 2013 a 2021, así como lo

compara con el Programa Médicos para Brasil (PMPB). Se trata de un estudio de caso, que utilizó recursos teóricos de los estudios de implementación de políticas, el neoinstitucionalismo histórico y la teoría del cambio institucional gradual para analizar documentos, bibliografía, datos secundarios y entrevistas semiestructuradas a líderes de políticas nacionales de regulación, formación y provisión. A partir del análisis que se centró en la caracterización del proceso de la puesta en marcha, en las continuidades y cambios institucionales y distribución de recursos, en el contexto político y en la posición y acción de los actores colectivos relevantes, el artículo describe y analiza la puesta en marcha del programa en cada uno de sus tres ejes – infraestructura, capacitación y provisión– y muestra su división en cuatro fases: implementación inicial acelerada, implementación sostenida, implementación parcialmente bloqueada e implementación residual. Su mayor aporte es la comprensión de lo que ha cambiado y las razones por las que ha cambiado, así como el hecho de incitar la reflexión sobre la sostenibilidad de las políticas que buscan atender las insuficiencias en la oferta y formación médica, incluso frente a la posición hegemónica de las entidades médicas.

Palabras clave: Recursos humanos en salud. Educación médica. Política pública.

INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM), instituído em 2013 com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), é o maior programa de provimento médico da história do Brasil e o mais importante caso de construção legal de normas, diretrizes e instrumentos voltados à mudança da educação médica^{1,2}. O programa foi formulado com três eixos: Infraestrutura, Formação e Provimento. O eixo “Infraestrutura” previu o repasse de recursos federais aos municípios para ampliar e reformar unidades básicas de saúde (UBS) já existentes e construir novas; o “Formação” mudou a regulação da educação médica, promoveu ampla expansão de vagas e mudanças nas diretrizes de formação para a graduação e residência; e o “Provimento”, que realizou um recrutamento nacional e internacional de médicos para atuarem em áreas subatendidas em mais de quatro mil municípios³. Ainda que com níveis de implementação e graus de alcance de metas diferentes, os três eixos são marcos importantes na trajetória das políticas de Atenção Básica (AB) e de regulação, formação e provimento médicos no país, seja pelas mudanças promovidas em seus arranjos institucionais, seja pelos resultados gerados nesses mais de oito anos de programa.

Apesar do relativo sucesso no cumprimento de seus objetivos, o PMM foi bastante alterado legalmente, teve muitas ações paralisadas e outras revertidas, como tratado adiante.

Em 2019, foi aprovada a lei de criação do Programa Médicos pelo Brasil^b (PMPB) que, embora não tenha sido implementado até o presente momento, pretende substituir o PMM. O estudo do Mais Médicos, de suas medidas e resultados, bem como a análise das mudanças que sofreu e por que sofreu, justifica-se não só por sua importância enquanto política pública de saúde, mas também para que se possa refletir formatos e sobre a sustentabilidade de políticas que buscam enfrentar a questão (*policy issue*) das insuficiências na oferta e formação médicas, mesmo contra a posição hegemônica das entidades médicas.

Este artigo tem como objetivo fazer um balanço do PMM, considerando seus três eixos no período de 2013 a 2021, analisando a influência de atores sociais coletivos na implementação e nos processos de (re)formulação no programa, bem como comparar normativamente o Mais Médicos com o Médicos pelo Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é fruto de uma pesquisa de doutorado que se propôs a analisar a formação da agenda, a formulação e a implementação do PMM. Trata-se de um estudo de caso único nacional, com análises documental, bibliográfica e de dados secundários, além de entrevistas. Baseou-se nos estudos de implementação de políticas^{4,5} e técnicas de modelização de intervenções^{6,7}. A análise documental compreendeu o período de 2013 a 2021 e priorizou normas legais, documentos administrativos, relatórios de gestão e de pesquisa, discursos publicados na mídia e meios próprios de comunicação, sejam das entidades médicas, da Reforma Sanitária ou de representantes do governo. A análise bibliográfica apoiou o estudo na resposta das questões de pesquisa, na compreensão dos processos e das duas políticas analisadas, PMM e PMPB. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 19 informantes-chave, selecionados a partir da sua atuação na formulação governamental das políticas de regulação, formação e provimento no período de 2003 a 2018 (**Quadro 1**). Utilizaram-se técnicas de Análise de Conteúdo⁸ e de Análise Crítica do Discurso Político⁹ para examinar as entrevistas. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo sob o número 05760818.9.1001.0056.

A análise foi dirigida para a caracterização do processo de implementação em análise e para três dimensões explicativas desse processo, a influência dos arranjos institucionais, do contexto político e dos atores sociais coletivos (**Quadro 2**). O processo de implementação foi analisado desde uma perspectiva *top down*^{4,5}, identificando os objetivos

^b *Instituído legalmente no primeiro ano do governo Bolsonaro, só para o último ano desse governo há a previsão da realização de um recrutamento de médicos, anunciada recentemente.*

e normas dos estatutos instituidores do PMM, e mapeando sua implementação enquanto modificações de arranjos institucionais, mobilização de recursos, realização de atividades, desenvolvimento de processos e produtos, e, principalmente, a ocorrência dos resultados mais imediatos decorrentes destas ações^{6,7}.

Quadro 1 – Entrevistados. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

Posição	2003-2010	2011-2013	2013-2018
Primeiro escalão do Executivo Federal	5	4	2
Escalões intermediários e integrantes da burocracia do Executivo Federal	4	6	4
Dirigentes de entidades de representação das secretarias estaduais e municipais de saúde	3	3	2
Parlamentares da Câmara e do Senado	-	2	3
Opas	1	-	1
Total por período	13 ⁽¹⁾	15 ⁽¹⁾	12 ⁽¹⁾

Fonte: Elaboração própria com base em Pinto (2021).

⁽¹⁾ = No total, foram 19 pessoas entrevistadas, porém algumas delas ocuparam diferentes posições em mais de um período, havendo aquelas que atuaram em posições distintas nos três períodos.

Quadro 2 – Estratégia de reunião de evidências e de análise utilizada no estudo. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

Processo em análise e dimensão	Elementos analisados	Fontes de evidências	Recursos teóricos utilizados na análise
Processo de implementação	Mudanças na legislação, normas e programas, mobilização de recursos, desenvolvimento de processos e produtos e ocorrência de resultados	Normas legais, documentos administrativos, relatórios de gestão e de pesquisa, discursos publicados na mídia e entrevistas com dirigentes	Estudos <i>top down</i> de implementação de políticas, principalmente Sabatier e Mazmanian (1980) ⁴ e Vaquero (2007) ⁵
Arranjo institucional e distribuição de recursos	Regras legais e administrativas, posição dos atores	Literatura, documentos diversos (como matérias em meios de comunicação, resoluções de órgãos da sociedade civil ou do Estado) e entrevistas com dirigentes	Teoria da Mudança Institucional Gradual – TMIG (Mahoney e Thelen, 2010) ¹⁰
Contexto social e político	Acontecimentos e mudanças no contexto social e político-institucional no sistema político	Literatura, publicações de meios de comunicação e entrevistas com dirigentes	TMIG e estudos sobre o processo político (Birkland, 2016) ¹¹
Atores coletivos	Posições, objetivos, ideias, propostas e atuações	Literatura, documentos oficiais, publicações de meios de comunicação e entrevistas com dirigentes	TMIG, estudos sobre o processo político (Birkland, 2016) ¹¹ e análise do discurso político (Fairclough e Fairclough, 2013) ⁹

Fonte: Elaboração própria.

A primeira dimensão explicativa focou nas continuidades e mudanças dos arranjos institucionais e distribuição de recursos tomando como referência o neoinstitucionalismo

histórico, especialmente na Teoria da Mudança Institucional Gradual (TMIG)¹⁰. Nela, determinados arranjos conferem mais poder a determinados atores, que, estando em condição privilegiada, conseguem moldar as instituições e mobilizar recursos para manter sua posição e realizar seus objetivos. A análise do contexto político, do poder de veto dos atores e das características de cada arranjo institucional permite compreender as circunstâncias e estratégias de ação dos atores. A mudança na TMIG torna possível quando fatores endógenos e exógenos favorecem a mudança da correlação de forças e modificam o equilíbrio estabelecido. A segunda dimensão se refere ao contexto político que, no caso estudado, é uma questão central tendo em vista as importantes mudanças na orientação política do grupo que dirigia o governo federal no período estudado. Assim, importa para a análise o contexto político-social e como ele influencia a ação de cada ator.

A terceira dimensão centrou nos atores coletivos relevantes na formulação e implementação de políticas de regulação, formação e provimento médicos a fim de compreender a relação dos acontecimentos com as posições, ações, ideias e interesses desses atores. Além da TMIG, foram utilizados recursos teóricos dos estudos sobre o processo político¹¹ e os atores coletivos foram tratados como comunidades de política, entendidas como grupos mais ou menos coesos de atores individuais e coletivos, com diferentes posições institucionais no mercado, na sociedade civil ou no Estado, e relações entre si, que compartilham objetivos e ideias sobre quais devem ser os resultados de políticas setoriais, atuando de maneira coordenada para afetar processos decisórios e tornar os seus posicionamentos predominantes no governo¹².

Foram analisadas as três comunidades de políticas (CP) que mostraram ter sido as mais importantes nas disputas das políticas de regulação, formação e provimento médicos nesse período¹³. A CP Movimento Sanitário (CP-M Sanitário), composta por acadêmicos, gestores e trabalhadores de saúde, principalmente no âmbito do SUS, líderes de entidades sindicais, profissionais e de outras organizações da sociedade civil da área de saúde, que defende os princípios da Reforma Sanitária e do SUS e a orientação das políticas de formação, regulação e provimento de médico sem função das necessidades do SUS. A CP Defesa da Medicina Liberal (CP-M Liberal) foi liderada por dirigentes das entidades médicas, envolvendo também parlamentares, sujeitos que ocupam as chamadas áreas de assuntos médicos no Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), gestores de serviços de saúde e de instituições de formação, e que defendem a manutenção do *status quo* da profissão médica, sua autorregulação e o monopólio sobre as práticas de saúde de maior valor simbólico e econômico. A CP Defesa da Regulação pelo Mercado (CP-R Mercado)

foi composta por representantes de organizações do complexo médico-industrial-financeiro da saúde e de instituições de ensino superior (IES) privadas e por seus apoiadores, tais como parlamentares, servidores e dirigentes vinculados aos Poderes Legislativo e Executivo, que defendem que o mercado regule a distribuição, a remuneração, práticas, oferta e conteúdo da formação dos profissionais de saúde¹³.

Houve dificuldade na coleta de dados após 2016 porque, no governo Temer e, principalmente, no governo Bolsonaro, muitas informações que estavam disponíveis ao público foram suprimidas dos sites oficiais. A estratégia utilizada foi a combinação de evidências de execução das políticas oriundas de distintas fontes, como sistemas e relatórios oficiais, artigos, entrevistas e reportagens de jornais de grande circulação.

RESULTADOS

A IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO INFRAESTRUTURA

A criação do eixo Infraestrutura não demandou modificação legal devido à preexistência do Programa Requalifica-UBS, criado em 2011 e normatizado por diversas portarias. O eixo Infraestrutura buscou responder à questão da infraestrutura inadequada das UBS, como uma das causas da insuficiência da oferta de serviços de AB e das dificuldades em atrair e fixar médicos em certas regiões. Induziu as gestões municipais a qualificarem as UBS ofertando recursos para a realização das obras de adequação dos serviços, cujo compromisso com a execução era para o município receber os profissionais médicos. O PMM expandiu o orçamento do Requalifica-UBS, que saltou de 1,7 bilhão para 4,9 bilhões de reais e aumentou, principalmente, a construção de novas UBS para populações subatendidas em áreas mais vulneráveis¹³. Além disso, os demais objetivos do Requalifica-UBS declarados pelo governo eram: gerar renda e empregos diretos e indiretos, ampliar e requalificar a rede de UBS do país e mudar o padrão das UBS – as novas plantas para construção tinham quase o dobro do tamanho do padrão usado até então e previa estrutura e equipamentos adequados para um escopo ampliado de serviços, em sinergia com que passou a ser proposto na Política Nacional de Atenção Básica a partir de 2011³.

A única mudança legislativa relacionada ao eixo Infraestrutura foi demandada pela CP-M Liberal, que solicitou a inserção na Lei do PMM do texto o SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura. A intenção era que esse investimento deixasse de ser uma opção política do governo e tornasse uma imposição legal (Entrevistas 10, 15 e 18). Apesar da imposição legal, com a ascensão de Temer à presidência em 2016 e com forte arrocho fiscal decorrente da aprovação da Emenda

Constitucional do chamado “Teto de Gastos” (EC 95/2016), que congelou os orçamentos das áreas sociais por vinte anos, o Requalifica-UBS deixou de ter novas adesões e autorizações, como mostrou a análise documental. O governo Bolsonaro manteve essa suspensão. Eventuais recursos federais foram destinados a obras em UBS, mas fruto da iniciativa de parlamentares fazendo uso de suas emendas em suas bases eleitorais. Essa suspensão foi objeto de protestos da CP-M Sanitário, porém, contraditoriamente, não sofreu oposição da CP-M Liberal. Os quantitativos de obras autorizadas pelo Requalifica-UBS, antes e depois da criação do PMM, são apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Propostas de obras autorizadas no Requalifica-UBS. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

Componente	Propostas autorizadas e realizadas			
	Até 2012	2013-2015	Total	2016-2021
Construção	2.989	6.577	9.566	Interrompido
Ampliação	5.674	3.872	9.546	Interrompido
Reforma	5.483	3.422	8.905	Interrompido
Total:	14.146	13.871	28.017	-

Fonte: Elaboração própria com base no Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob) do Ministério da Saúde.

A IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO FORMAÇÃO

O eixo Formação problematizou as insuficiências quantitativas e qualitativas na formação de médicos e de especialistas. Através da normatização de itinerários, diretrizes e perfis de formação e definição de metas de expansão, mobilizou recursos, mudou regras e criou instrumentos para expandir vagas e mudar a formação. Do ponto de vista institucional, esse eixo já contava com o Pró-Residência e com os instrumentos do MEC para promover a expansão de vagas de graduação nas IES públicas, porém, demandou a criação de novas regras e arranjos institucionais para a autorização de cursos em IES privadas, para as mudanças no itinerário de formação de especialistas, para as novas diretrizes curriculares e para a criação de processos avaliativos para a graduação e residência.

A estruturação dessas regras e arranjos foi um dos fatores que fez com que, diferentemente dos dois outros, o eixo Formação não tivesse uma implementação imediata. Foi necessário desenvolver uma inédita atuação intersetorial do MS e MEC, realizar um planejamento de longo prazo e orientar ações regulatórias do MEC em função das necessidades e prioridades definidas para o SUS^{13,14,15}. Houve mudanças na estrutura administrativa do MS, como a criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de

Saúde (Depreps) e, no MEC, como a criação da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) e da Coordenação-Geral dos Processos de Chamamento Público (CGCP).

O efeito mais visível da implementação deste eixo foi a expansão das vagas de graduação em medicina, tendo sido superadas diversas metas previstas no PMM. As vagas em IES públicas foram viabilizadas em pactuações do MEC com as próprias universidades, em cursos já existentes ou através da criação de novos (especialmente em *campi* no interior), e as vagas em IES privadas por meio dos editais de chamamento público criados pela legislação do PMM. O primeiro edital foi publicado em 2014 e, o segundo, em 2015, todos para abertura de novos cursos em cidades do interior. Segundo os dados do MEC (e-MEC), em 2013, o Brasil tinha, aproximadamente, 19 mil vagas de graduação em medicina a uma proporção de 0,95 vagas por dez mil habitantes. A meta estabelecida em 2013 foi criar 11.447 novas vagas e de alcançar a proporção de 1,34 vagas por dez mil habitantes em todas as regiões do país. Ao fim de 2021, ultrapassou a marca de 33,5 mil vagas, tendo sido criadas 14.516 novas vagas (um aumento de 76%). A média de vagas por habitante superou a meta, chegando em 2021 a 1,57, com um aumento proporcional maior nas regiões norte e nordeste, aquelas com maior necessidade.

Os objetivos declarados mais importantes relacionados a essa expansão eram: o aumento da quantidade de médicos em formação no Brasil, para que a proporção de médicos saltasse dos 1,8 médicos por mil habitantes de 2013 para 2,7 até 2026 e o país tivesse suficiência nessa formação; a interiorização das vagas e da oferta de médicos; e a democratização do acesso à formação médica. A proporção de médicos por habitante em 2020 chegou a 2,38 médicos/mil habitantes e as projeções apontam que atingirá 2,7 antes de 2025¹⁶. Apesar disso, ainda é muito menor que a média do ano de 2020 da OCDE, de 3,5. De qualquer modo, nota-se efeitos, como o aumento da disponibilidade de médicos no mercado de trabalho médico^c.

As vagas em IES do interior superaram aquelas das capitais no ano de 2015¹⁷, mas, além do curso de medicina ficar proporcionalmente mais acessível aos jovens do interior, ficou também aos das regiões mais pobres do Brasil e àqueles beneficiados por cotas nas IES públicas em função de sua renda e etnia. Apesar disso, devido à maior parte da expansão ter sido privada, às altíssimas mensalidades praticadas nos cursos de medicina e aos cortes realizados em programas como o Fies, Prouni e assistência estudantil, essenciais para que as classes populares possam frequentar e concluir o curso em IES privadas, as vagas ficaram mais acessíveis do que eram, mas, principalmente, para aqueles que podem pagar para cursá-las¹⁸.

^c Pode ser visto no sítio virtual da Estação de Pesquisas Sinais de Mercado da Rede Observa-RH <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>

A **Tabela 2** mostra a autorização de vagas de graduação no período de 2013 a 2015, ano de lançamento do PMM até o último ano completo do governo Dilma, e, depois, no período de 2016 a 2021, período do governo Temer e maior parte do governo Bolsonaro.

Tabela 2 – Panorama da expansão de vagas de graduação em medicina de 2013 a 2021. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

Tipificação das vagas	2013 a 2015	2016 a 2021	Totais
Públicas	2.330 (37%)	1.168 (15%)	3.498 (21%)
Privadas	3.897 (63%)	7.121 (85%)	11.018 (79%)
Interior	4.584 (74%)	7.939 (95%)	12.523 (89%)
Capitais	1.643 (26%)	350 (5%)	1.993 (11%)
Total por período	6.227	8.289	14.516

Fonte: Elaboração própria com base em e-MEC.

Sobre as mudanças na graduação, em 2014 foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e MEC as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina (DCN-M), em um processo que contou com audiências públicas e reuniões nas quais participaram o MEC, MS, direções e corpos docentes e discentes das universidades, gestores do SUS e diversos segmentos da sociedade, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as entidades médicas. As novas DCN-M estabeleceram normas mais objetivas para a reorientação do curso em consonância com propostas internacionais de vinculação da formação ao sistema de saúde, bem como determinam prazos e instrumentos para induzir e avaliar a implementação dessas mudanças^{14,15,17}. Começou a ser estruturado um sistema de avaliação integrado com dois componentes essenciais. Um deles verificaria a implementação das DCN-M nos cursos de medicina combinando auditorias com processos avaliativos do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes). Uma comissão, que contou com a participação do MEC, Inep, MS, CNS, Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e Conselho Federal de Medicina (CFM) concluiu a criação, em abril de 2016, de novo instrumento de avaliação do Sinaes que faria essa verificação. O segundo componente foi a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), que objetivava avaliar a aquisição de competências de cada educando em relação ao novo perfil esperado pelas novas DCN-M. Foi defendido que ela servisse também para regular o acesso aos programas de residência médica – implementando um sistema similar ao Enem-Sisu – e que fosse a avaliação aplicada no Revalida para revalidar o diploma dos médicos formados fora do Brasil, unificando os critérios^{3,15,17}.

Finalmente, no que se refere à residência médica e à formação de especialistas, a meta era universalizar seu acesso até 2018, ampliando 12.376 vagas até 2017, sendo pelo menos 40% das vagas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A expansão ocorrida está na **Tabela 3**. Devido à suspensão recente da divulgação desses dados, só foi possível analisar a expansão do início do PMM até o fim do governo Temer. As vagas abertas até 2018 atingiram 82% da meta prevista, sendo que quase dois terços dessas vagas foram criadas até 2016, ainda sob a gestão de Dilma, e 26% em MFC. A meta da universalização foi cumprida – o número de vagas de residência chegou em 24,8 mil e o de egressos de graduação no mesmo ano a 19,4 mil – mas não da forma que o PMM previu inicialmente^{3,16,19}. A expansão das vagas deveria ser articulada a um novo itinerário de formação dos especialistas. A Lei do PMM, aprovada em 2013, tornava obrigatório que os médicos, primeiramente, fizessem de um a dois anos de MFC, só depois poderiam cursar outra especialidade. Apesar disso, nunca foi cumprido o “gatilho” previsto na lei que, para valer essa exigência, seria necessário haver um número de vagas de residência de acesso direto superior ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina.

Tabela 3 – Panorama da expansão de vagas de residência médica de 2013 a 2018. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

Tipificação das vagas	2013 a 2016	2017 a 2018	Totais
Gerais	6.607 (aumento de 41%)	3.527 (aumento de 16%)	10.134
MFC	1.760 (27% do total)	836 (24% do total)	2.596 (26% do total)

Fonte: Elaboração própria com base em Moreno e Oliveira¹⁹.

As entrevistas com atores-chave no processo de formulação e implementação das políticas de regulação, formação e provimento médicos desde 2003 até 2018 permitiu compreender como se posicionaram e atuaram os três principais atores coletivos que influenciaram esse processo. O eixo Formação do PMM foi o mais modificado entre os eixos do programa pelos governos Temer e Bolsonaro. Em grande parte, isso é explicado pela forte oposição da CP-M Liberal às mudanças no *status quo* da educação médica e à fraca defesa das demais CP e parlamentares às mudanças instituídas por esse eixo. Enquanto dirigentes da CP-M Sanitário ligados à Rede Temática Educação Médica¹³ – entendida como um ator social coletivo envolvido com estudos, discussões e proposição de iniciativas voltadas à educação médica composto, principalmente, por docentes, estudantes e dirigentes de escolas – estiveram na direção do MS sustentando as mudanças que eles próprios formularam no PMM, a CP-M

Liberal não conseguiu bloqueá-las ou retirá-las da lei. Apesar disso, o fortalecimento da CP-M Liberal no governo Temer resultou no retrocesso de diversas destas medidas. Em 2016, foram suspensos os efeitos das mudanças realizadas no Sinaes. A Anasem foi interrompida a partir de 2017. Nesse mesmo ano, a avaliação da graduação foi suprimida da legislação com a aprovação da Lei 13.530/2017, que alterou a Lei do PMM e bloqueou a integração dos processos de avaliação, acesso à residência e revalidação de diplomas. Ainda assim, mesmo sem instrumentos que induzam com mais força a implementação das DCN-M, este eixo promoveu mudanças identificadas em alguns estudos: efeitos diferentes dependentes do contexto e de outros fatores locais; mais perceptíveis nas escolas criadas recentemente que nas antigas; e mais relacionados aos elementos mais objetivos das DCN-M, como a maior presença da MFC nos currículos, maior tempo de atuação na AB e urgências no SUS^{17,17,20}.

No governo Bolsonaro ampliou-se ainda mais a influência da CP-M Liberal. O governo começou tendo o ex-deputado Mandetta, do antigo partido DEM, como o Ministro da Saúde, médico, profundamente ligado à CP-M Liberal, tido como representante do interesse das entidades médicas na Câmara dos Deputados e reconhecido como o maior opositor do PMM naquela casa (Entrevistas 1, 2, 5, 8, 13 e 15). Em outubro de 2015, Mandetta já havia liderado no parlamento a reação da CP-M Liberal ao Decreto 8516/2015 que regulamentou o Cadastro Nacional de Especialistas previsto na Lei do PMM. Já com uma correlação de forças mais próxima àquela observada no período do *impeachment*, a CP-M Liberal obrigou o governo a recuar e republicar o Decreto retirando pontos com os quais CFM e AMB discordavam. Um ano depois, com o início do governo Temer, o cadastro foi retirado do ar sem nenhuma justificativa, embora ainda siga constando na lei. Em 2019, com Mandetta ministro, o novo itinerário de formação de especialistas foi retirado da Lei^d.

A CP-M Liberal atuou, também, para bloquear a expansão de vagas de graduação. Em 2016, conseguiu fazer com que o governo Temer se comprometesse a fazer uma moratória da abertura de novas escolas de medicina, entretanto, foram bloqueadas apenas a expansão de vagas em IES públicas, medida que coincidia com o interesse do governo, que, naquele momento, promovia um rigoroso ajuste fiscal em um processo que incluiu a aprovação da Emenda Constitucional que instituiu o teto de gastos. A expansão de vagas em IES privadas, defendida e pressionada pela CP-R Mercado, continuou em ritmo acelerado e passou, inclusive, a não respeitar a regulação estabelecida pela Lei do PMM, que buscava dirigir e limitar essa expansão ao interior do país nas áreas com maior necessidade social de vagas e de médicos.

^d A Lei 13.958, de 2019, que criou o Médicos pelo Brasil, ainda não implementado, revogou os dois artigos (6º e 7º) da Lei do PMM que tratavam das novas regras e itinerário da residência médica.

O MEC, nos governos Temer e Bolsonaro, incrementou a autorização de novas vagas em cursos privados já existentes. Esses dois processos – moratória no aumento de vagas públicas e expansão privada de vagas – fez com que 80% das novas vagas não seguissem os critérios de necessidade social estabelecidos na Lei do PMM. Com efeito, no governo Dilma, 36% das novas vagas em cursos de medicina foram em IES públicas, nos governos Temer e Bolsonaro, foram apenas 15% do total.

A IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO PROVIMENTO

Nesse eixo, o PMM reconheceu a indisponibilidade de médicos no país para atender às metas de expansão de cobertura da AB, identificou localidades com maior vulnerabilidade e necessidade de médicos, anunciou metas e criou instrumentos para alocar esses profissionais com equidade. Criou instrumentos para realizar recrutamentos internacionais de médicos, cooperações internacionais visando intercâmbio de médicos e para dotar o MS de poder de autorizar o exercício profissional temporário no país de médicos formados no exterior sem diploma revalidado no Brasil. O eixo Provimento teve uma implementação muito rápida atendendo, até o fim de 2015, toda a demanda de médicos solicitada pelos municípios, conforme as regras do programa, com 18.240 médicos (**Tabela 4**). Médicos do PMM foram alocados em 73% dos municípios, em todos os estados e, pela primeira vez na história, em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O PMM chegou ao máximo de 18.247 médicos em quase 4,1 mil municípios, atendendo 63 milhões de pessoas³. O provimento de médicos promoveu a criação de novas equipes de saúde da família e supriu equipes já existentes que estavam sem médicos, ou nas quais a presença desse profissional era insuficiente, como nas situações de alta rotatividade de profissionais ao longo do ano e cumprimento irregular da carga horária. Os municípios participantes do PMM, de 2014 a 2015, tiveram um aumento da cobertura de 10,8% enquanto os “não aderidos” de apenas de 1,8%².

Tabela 4 – Médicos e municípios participantes do PMM em anos determinados. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

	Dez 2015	Dez 2018	Dez 2019	Dez 2021
Médicos no PMM	18.240	8.439	14.484	15.402
Médicos CRM Brasil	5.274	5.118	9.856	8.988
Demais médicos	12.966	3.320	4.628	6.414
Municípios com médicos do PMM	4.058	2.280	3.659	3.716

Fonte: Elaboração própria com base no Ministério da Saúde.

Alguns estudos identificaram que o eixo Provimento do PMM conseguiu alocar médicos no território nacional com base em critérios de equidade, ampliar a cobertura da AB, ter impacto em indicadores de saúde sensíveis à AB e ter significativa aprovação por parte de usuários atendidos, médicos participantes e gestores municipais^{2,21-24}. A Rede Observatório do PMM, criada em 2015 com a participação de mais de uma dezena de instituições de pesquisa, comparou 2013 com 2015 e identificou três achados que apontaram para a ampliação e qualificação do acesso: o aumento da variedade de ações e serviços oferecidos nas UBS com médicos do programa, melhoria da Atenção à Saúde a grupos com necessidade de cuidado continuado (como doenças crônicas) e importante aumento do número de consultas nos municípios participantes do PMM (de 33%, enquanto nos não participantes foi de 15%)²². Pesquisas também identificaram melhoria em indicadores de saúde como diminuição de mortalidade por causas evitáveis, e reduções de condições sensíveis à atenção primária em adultos e crianças, e, nos municípios de piores índices, redução de mortalidade infantil^{21,22,24-26}. O Mais Médicos teve uma alta aprovação por parte da população, dos médicos participantes e gestores dos municípios com médicos²³.

A consolidação e crescente avaliação positiva do PMM junto à população, gestores e aos próprios médicos participantes fez com que, cada vez mais, médicos recém-formados deixassem de rejeitar a possibilidade de atuar por um tempo no Programa. Em 2015, quando Provac e PMM foram integrados, a adesão dos médicos ao PMM ganhou um estímulo a mais: a pontuação adicional de 10% na prova de seleção da residência médica. Com efeito, pela primeira vez, todas as novas vagas oferecidas foram ocupadas por médicos com registro no Brasil, fazendo a participação dos profissionais no PMM saltar de 12% em 2013 para 29% (5.292 médicos). Essa grande adesão dos médicos brasileiros ao programa fortaleceu politicamente o eixo Provimento, dificultando posições contrárias da CP-M Liberal. Além disso, preencher as novas vagas com médicos formados no Brasil era também positivo por conferir sustentabilidade ao PMM, que passou a ser menos dependente de profissionais estrangeiros, e por aumentar significativamente o número de médicos no Brasil com experiência e formação na estratégia de saúde da família. Apesar disso, o tempo de permanência do médico formado no Brasil era menor que o dos demais, de aproximadamente um ano, enquanto o dos cubanos era de três anos, o que impunha às comunidades atendidas uma troca frequente de médicos. Além disso, eles ocupavam as vagas das cidades maiores e áreas menos vulneráveis²⁷.

Mesmo assim, quando Temer assumiu à presidência, o ministro da saúde nomeado, deputado Ricardo Barros (PP-PR), fez reuniões com representantes da CP-M Liberal e, ao fim delas, declarou que o PMM era provisório e prometeu reverter algumas de suas

medidas, especialmente a participação dos médicos cubanos²⁸. Apesar disso, a forte pressão de prefeitos e parlamentares junto ao núcleo do governo e ao presidente Temer fez com que o eixo Provimento fosse protegido de mudanças. Com isso, apesar de diversos discursos sobre a valorização dos médicos brasileiros, não houve nenhuma mudança concreta porque, desde 2015, a proporção de médicos brasileiros já aumentava a cada novo chamamento e havia um plano de substituição dos médicos cubanos, e demais estrangeiros, nas localidades que o Programa conseguiu recrutar médicos brasileiros^{3,27} (Entrevistas 1 e 2). O número de médicos cubanos saiu de um máximo de 11.400, em 2014, passando para 8.332 no último semestre do governo Temer, em 2018. O próprio ministro Barros, depois, passou a criticar publicamente os médicos brasileiros e valorizar os cubanos²⁹. Com isso, até a eleição de Bolsonaro, nenhuma mudança qualitativa significativa tinha acontecido com o eixo Provimento, embora a redução de médicos e, conseqüentemente, da população atendida fosse notável e alvo de críticas dos gestores e no parlamento.

Com a eleição de Bolsonaro, ainda no período de transição, diversas declarações e ameaças do presidente eleito à Cuba e ao acordo de cooperação entre Brasil, Opas e Cuba motivou a ruptura do acordo e a saída dos 8,3 mil médicos cubanos que atuavam no PMM, deixando trinta milhões de pessoas desassistidas³⁰. De um máximo de 18 mil médicos alcançados em 2015, o governo Temer encerrou com pouco mais de oito mil médicos (**Tabela 4**). Logo no primeiro ano, o governo Bolsonaro anunciou que iria acabar com o PMM, assumiu o discurso da CP-M Liberal de que o objetivo oculto do PMM era transferir recursos a Cuba, ignorou os estudos e evidências sobre os efeitos e resultados do programa, ignorou apelos de parlamentares e gestores municipais³⁰. Em 2019, foi anunciado um novo programa, o PMPB, com um discurso que buscava contemplar a CP-M Liberal e prometia uma carreira nacional para médicos. Apesar disso, embora a lei tenha sido aprovada ainda em 2019, o programa não foi implementado até dezembro de 2021. Além disso, não houve a renovação de contratos e abertura de novas vagas em capitais e regiões metropolitanas, gerando um clima de insegurança e possível desassistência nessas áreas.

Ao final de 2019, o Mais Médicos tinha 14.484 médicos no programa (**Tabela 4**), o que mostra que foi possível uma reposição parcial dos médicos cubanos que estavam atuando, mas ainda assim, uma diminuição de mais de 20% do quantitativo de médicos no período de maior quantitativo de profissionais no PMM. Por um lado, este dado sugere uma influência da não renovação nas capitais e regiões metropolitanas, mas também de possíveis dificuldades de suprir médicos nas regiões mais distantes e de difícil provimento. Em 2020, com a pandemia do novo coronavírus, o MS abriu novamente editais para todos os perfis para suprir os déficits de

profissionais na AB com chamamento de médicos brasileiros, o chamamento por dois anos dos médicos cubanos que permaneceram no Brasil (aprovado em dezembro de 2019), e editais de prorrogação incluindo os médicos formados em instituições estrangeiras.

Em síntese, o PMPB não tem medidas relacionadas ao que, no PMM, compõem os eixos Infraestrutura e Formação. Mesmo comparado apenas ao eixo Provimento é mais limitado, porque só prevê a participação de médicos com registro no Brasil. Além disso, reduziu também o acompanhamento da supervisão com o apoio das universidades, que passaria a ser realizada por um médico que atua em outra universidade, diminuindo a governança e o acompanhamento longitudinal do médico e de seu processo de trabalho. Pretende atrair médicos brasileiros sem a bonificação de 10% na residência, mas com a promessa de praticar uma remuneração maior e um emprego celetista, depois de alguns anos de atuação inicial oferecendo uma bolsa com os valores reais similares ao do PMM. Seria executado por uma instituição paraestatal que, passados mais de dois anos, ainda está em processo de implantação. Assim, o que segue garantindo a atuação de 15 mil médicos em 3,7 mil municípios é o PMM.

DISCUSSÃO

O estudo de Pinto¹³ mostra que houve um período de grande estabilidade institucional nas políticas de regulação, formação e provimento médicos no Brasil, no qual a CP-M Liberal vinha conseguindo bloquear mudanças no *status quo* da profissão caracterizado por, entre outras coisas, elevado grau de autorregulação profissional, restrição da autorização do exercício profissional por médicos não formados no Brasil, bem como, preservar privilégios com relação às demais profissões e o monopólio da realização das práticas de saúde com maior simbólico e econômico. Observou também que o que tornou a criação do PMM possível, mesmo com a oposição da CP-M Liberal, foi o agravamento do problema da insuficiência de médicos no SUS, a mudança de governo em 2011, o posicionamento de um grupo dirigente no MS que tinha como projeto a mudança da formação médica e o provimento de médicos nas áreas com necessidade, os resultados insuficientes dos programas criados para enfrentar o problema e uma janela de oportunidades associada ao contexto político e social em junho de 2013.

Partindo desse contexto e considerando os resultados apresentados neste artigo, observa-se que a implementação do PMM não foi homogênea e pode ser dividida em fases, considerando os elementos analíticos adotados em nosso modelo teórico-metodológico, a saber: a caracterização do processo de implementação, as continuidades e mudanças institucionais e na distribuição de recursos, o contexto político e a posição e ação de atores coletivos

relevantes para a análise em questão. A TMIG¹⁰ enfatiza o papel de fatores internos e externos na produção de alterações na correlação de forças e de desequilíbrios, mesmo em espaços de grande estabilidade institucional, que favorecem a mudança. Essas modificações no contexto, na correlação de forças e nas posições e poderes de atores relevantes, permitem processos que podem aprofundar a mudança, mudar seu rumo ou restaurar a ordem e equilíbrio anterior. Identificamos quatro fases que caracterizam a implementação do PMM, as denominamos de Implementação Inicial Acelerada, Implementação Sustentada, Implementação Parcialmente Bloqueada e Implementação Residual.

A fase de Implementação Inicial Acelerada foi de fato acelerada considerando, principalmente, os eixos Provimento e Infraestrutura. Houve grande esforço do governo federal para implementar da forma mais rápida e abrangente possível o PMM para gerar resultados e ampliar o apoio social e político ao Programa, que assegurasse sua conversão em lei e viabilizasse sua implementação e consolidação¹³. Assim, de seu lançamento em julho de 2013 até o fim 2014, fim do primeiro mandato de Dilma, mais de 14 mil médicos já haviam sido alocados nos municípios e mais de três quartos das obras em UBS já haviam sido autorizadas. O ritmo do eixo Formação foi mais lento devido à necessidade de as medidas serem formuladas e regulamentadas.

Na segunda fase, iniciada em 2014, segundo mandato da presidenta Dilma e interrompida em maio de 2016, junto com seu governo, houve uma Implementação Sustentada em todos os eixos. A implementação progrediu, embora em ritmo mais lento, e o governo conseguiu sustentar o essencial do PMM, embora ataques articulados pela CP-M Liberal junto à oposição no Congresso Nacional tenham começado de maneira mais intensa (Entrevistas 1, 2, 8, 17, 18). O segundo mandato começou sob um ajuste fiscal na política econômica em resposta aos efeitos mais fortes no Brasil da crise econômica internacional e isso impactou na margem orçamentária disponível para as ações do PMM¹³. Além disso, o contexto político do segundo mandato foi piorando progressivamente para o governo, que perdeu maioria no Congresso Nacional e chegou a ter menos de um terço de apoio parlamentar, necessário para bloquear o processo de *impeachment*. Ainda assim, no eixo Provimento chegou ao seu pico de médicos, com 18.240 profissionais em 4.058 municípios. Os recursos para obras seguiram sendo repassados no eixo Infraestrutura, mas sem novas adesões massivas. No eixo Formação, houve novos editais para IES privadas, ampliação de vagas de graduação em IES públicas e de residências, mas o governo foi obrigado a recuar no episódio do Cadastro Nacional de Especialistas e não conseguiu recursos para implementar medidas previstas na lei que aprofundassem as mudanças

na residência médica, como mais recursos para tornar mais atrativa a residência em MFC e o provimento de preceptores (Entrevistas 2 e 17).

A terceira fase, de Implementação Parcialmente Bloqueada, ocorreu desde a posse de Temer como presidente até as eleições presidenciais em outubro de 2018. A mudança de direção no governo, incluindo MEC e MS, com a saída dos principais formuladores e responsáveis pela defesa e implementação da proposta no governo federal, o forte ajuste fiscal e o enfraquecimento da influência da CP-M Sanitário e fortalecimento da influência da CP-M Liberal e CP-RMercado¹³ ajudam a compreender o que e porque seguiu sem muitas mudanças, foi bloqueado ou acelerado. O ajuste fiscal do governo Temer explica a paralisação do eixo Infraestrutura. Sofrendo a oposição da CP-M Liberal, mas tendo apoio popular, parlamentar, dos gestores municipais e da CP-M Sanitário, o eixo Provimento não progrediu, mas também não sofreu mudanças significativas nem teve reduções maiores que 50%. A maioria das mudanças instituídas pelo eixo Formação que tinham a oposição da CP-M Liberal foram interrompidas, sendo que algumas foram retiradas da própria lei. Uma que sofria a oposição da CP-M Liberal, mas era apoiada pela CP-R Mercado, a expansão de IES privadas, teve seu período de maior expansão como parte de um processo geral de redução da regulação do Estado sobre o mercado privado de ensino superior.

Por fim, a fase de Implementação Residual inicia com a eleição de Bolsonaro até dezembro de 2021. Sua característica é a continuidade do que foi paralisado na fase anterior, tanto no eixo Infraestrutura quanto Formação, mais mudanças no eixo Formação, que retiraram da Lei pontos dos quais a CP-M Liberal se opunha, e um forte movimento de ataque simbólico ao PMM, com efetiva interrupção da cooperação internacional com a Opas e Cuba e uma tentativa, frustrada até o momento, de substituir o PMM pelo PMPB. Contudo, como os mais de 15 mil médicos que atuam nos municípios são ainda do PMM, embora queiram-no residual, ele é a única política de provimento do atual governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo cumpriu o objetivo de analisar o que foi proposto e o que foi implementado pelo PMM, considerando seus três eixos, o período de 2013 a 2021, e a influência dos arranjos institucionais, do contexto político e de atores sociais coletivos nessa implementação e nos processos de (re)formulação no programa. Além disso, comparou o PMM com o PMPB. Identificou quatro fases de implementação, com mudanças no arranjo institucional, profundamente marcadas pela influência de atores sociais coletivos que atuam no setor, e pelo contexto político de cada período analisado. Observou-se que, além das mudanças no processo de implementação, há mudanças de objetivos e reestruturações do PMM que

podem ser consideradas reformulações que alteraram bastante o programa lançado em 2013, com o objetivo fundamental de bloquear mudanças que ele iniciou. Houve ainda a tentativa de fazer o PMM ficar residual e dar lugar a um novo programa, o PMPB, mais convergente com os objetivos e ideias do governo Bolsonaro e da CP-M Liberal.

O processo de implementação descrito no artigo evidencia a força do PMM, que resistiu a dois governos que assumiram publicamente o objetivo de extingui-lo, entretanto, tiveram dificuldades para desenvolver e implantar outra solução que respondesse às necessidades sociais já atendidas pelo PMM. Apesar disso, é possível dizer que, se a aprovação da Lei do PMPB não foi o suficiente para que o governo Bolsonaro pudesse implementá-lo, as supressões que ela realizou na Lei do PMM, somadas às paralisações administrativas dos eixos Infraestrutura e Formação, conseguiram reduzir e desconfigurar o PMM, bloqueando o que ele tinha de mais estruturante, e afastando mais uma vez o SUS da diretriz de ordenar a formação da força de trabalho em função das necessidades da população.

Este artigo não analisou os efeitos e resultados da implementação do PMM. Embora existam trabalhos que tenham este objetivo, é importante que sejam desenvolvidos estudos que analisem os efeitos dessas mudanças não só na implementação dos objetivos e ações do PMM e do PMPB, mas também na oferta de serviços, na formação e saúde da população. Infelizmente, um desafio ainda maior dada a redução recente no grau de transparência das informações governamentais.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Hêider Pinto, Felipe Oliveira e Ricardo Soares.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Hêider Pinto, Felipe Oliveira e Ricardo Soares.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Hêider Pinto, Felipe Oliveira e Ricardo Soares.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Hêider Pinto, Felipe Oliveira e Ricardo Soares.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira FPD, Vanni T, Pinto HA, Santos JTRD, Figueiredo AMD, Araújo SQD, Cyrino EG. Mais Médicos: a Brazilian program in an international perspective. *Interface*. 2018;19:623-34.

2. Pinto HA, Oliveira FPD, Santana JSS, Santos FDODS, Araújo SQD, Figueiredo AMD, Araújo GDD. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface*. 2017;21(supl.1):1087-101.
3. Brasil. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
4. Sabatier P, Mazmanian D. The implementation of public policy: A framework of analysis. *Policy Stud J*. 1980;8(4):538-60.
5. Vaquero BR. La implementación de políticas públicas. *Díkaion*. 2007;21(16):135-56.
6. Costa G, Dagnino R. Gestão estratégica em políticas públicas. Rio de Janeiro (RJ): T Mais Oito; 2008.
7. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2011.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 2014.
9. Fairclough I, Fairclough N. Political discourse analysis: A method for advanced students. Abingdon: Routledge; 2013.
10. Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen K. Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 1-37.
11. Birkland TA. An introduction to the policy process – theories, concepts, and models of public policy making. New York: Routledge; 2016.
12. Côrtes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. *Lua Nova*. 2012;87:33-62.
13. Pinto HA. O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da formação da agenda e do processo de formulação do Programa Mais Médicos. Porto Alegre (RS). Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
14. Oliveira FP. As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos. Brasília (DF). Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Universidade de Brasília; 2018.
15. Pinto HA, Andrezza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AACD. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface*. 2019;23(supl.1):e170960.
16. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo (SP): FMUSP; 2020.

17. Oliveira, FPD, Pinto, HA, Figueiredo AMD, Cyrino EG, Oliveira AVD, Rocha VXMD. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface*. 2019;23(supl.1):e170949.
18. Pereira DVR, Fernandes DDLR, Mari JF, Lage ALDF, Fernandes APPC. Cartografia das escolas médicas: a distribuição de cursos e vagas nos municípios brasileiros em 2020. *Rev Bras Educ Méd*. 2021;45(1):e005.
19. Moreno AC, Oliveira E. Brasil criou 13.624 vagas em cursos de medicina desde 2013; 20% delas seguem os critérios do Mais Médicos [Internet]. 2018 [citado em 2022 maio 13]. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/guia-de-carreiras/noticia/2018/12/02/brasil-cria-13624-vagas-em-cursos-de-medicina-desde-2013-20-delas-seguem-os-criterios-do-mais-medicos.ghtml>
20. Cyrino EG, Sordi MRL, Mendes GDSCV, Luna WF, Mendonça CS, Alexandre FLF, et al. Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais brasileiras. *Rev Pan Salud Pública*. 2020;44: e117.
21. Organização Pan-Americana de Saúde. Implementação do programa “Mais Médicos” em Curitiba: experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília (DF): Opas; 2015.
22. Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da pesquisa de dados secundários do Programa Mais Médicos até 2014. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
23. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Pesquisas, Sociais, Políticas e Econômicas. Avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
24. Özeçelik EA. With or without: an assessment of Brazil’s More Doctors Program on population health. Cambridge. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Harvard University; 2020.
25. Hone T, Powell-Jackson T, Santos LMP, Sousa SRde, de Oliveira FP, Sanchez MN, et al. Impact of the Programa Mais Médicos (More Doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1-11.
26. Bexson C, Millett C, Santos LMP, Soares RS, Oliveira, FP Hone T. Brazil’s more doctors programme and infant health outcomes: a longitudinal analysis. *Hum Resour Health*. 2021;19(97):1-10.

27. Matos MFM. O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da compatibilidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). São Paulo. Tese [Mestrado em Saúde Pública] – Universidade de São Paulo; 2019.
28. Cacian N. Programa Mais Médicos é provisório, diz Ricardo Barros, ministro da Saúde [Internet]. 2016 [citado em 2022 maio 13]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1794201-programa-mais-medicos-e-provisorio-diz-ricardo-barros-ministro-da-saude.shtml>
29. Poder 360. Barros diz que médicos vão parar de “fingir que trabalham” e causa fúria [Internet]. 2017 [citado em 2022 maio 13]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/barros-diz-que-medicos-vaoparar-de-fingir-que-trabalham-e-causa-furia>
30. Jucá B. Cuba decide sair do Mais Médicos após condições anunciadas por Bolsonaro [Internet]. 2018 [citado em 2022 maio 13]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/11/14/politica/1542212032_463199.html

Recebido: 29.3.2022. Aprovado: 31.3.2022. Publicado: 7.7.2022.