



X Encontro Brasileiro de Administração Pública.
ISSN: 2594-5688
secretaria@sbap.org.br
Sociedade Brasileira de Administração Pública

Programa Mais Médicos e Programa Médicos pelo Brasil: ruptura ou continuidade?

**Virgínia Rossi Guimarães, Evandro Rodrigues De Faria, Marco Aurélio Marques Ferreira,
Juliana Maria De Araújo**

[ARTIGO] GT 2 Análise de Políticas Públicas

Programa Mais Médicos e Programa Médicos pelo Brasil: ruptura ou continuidade?

Resumo:

O desmantelamento (ou desmonte) de políticas públicas é um assunto que vem ganhando destaque no âmbito do *policy process*, implicando alterações na dinâmica de uma política pública ou até mesmo sua exclusão. Nesse contexto, esse artigo teve por objetivo realizar uma análise comparativa entre dois importantes programas implementados na área da saúde: Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMB). A partir de uma análise de conteúdo categorial, este trabalho propõe reflexões sobre a descontinuidade do PMM e traz uma análise comparativa do desenho de ambas as políticas. De forma geral, percebeu-se que as maiores diferenças se situam no quesito financiamento, onde a alocação de recursos se daria (teoricamente) de forma mais eficiente. Conclui-se que o PMB não representa uma ruptura total com o PMM, mas alinha uma das principais políticas de provimento da saúde com os interesses ideológicos do governo que o criou.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Programa Médicos pelo Brasil. Saúde pública. Políticas Públicas.

1. Introdução

Discutir sobre a saúde pública se faz bastante necessário, principalmente após a pandemia da Covid-19, a qual desempenhou um papel fundamental no cuidado dos brasileiros. O acesso à saúde pública, constituiu-se um direito aos cidadãos brasileiros a partir da Constituição Federal (1988) que delega à União, estados e municípios a responsabilidade de não só promover o acesso aos serviços médicos, como também a criação de políticas socioeconômicas que visam a melhora da qualidade de vida física, mental e social dos indivíduos.

Todas essas medidas, constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado sobre os princípios da universalidade, integridade e equidade. A implantação do SUS, pautada no modelo assistencial de saúde, ensejou a criação de estratégias não somente de provimento de profissionais, mas também de fixação destes nos locais de trabalho, apontando também para a necessidade de investimento no processo de formação médica (CARVALHO; SOUSA, 2013). Não obstante, por muitos anos o acesso aos serviços de saúde foi marcado pela má distribuição e baixa fixação de médicos, principalmente em localidades de maior vulnerabilidade social (MACEDO *et al.*, 2019).

Como destacado por Anderson (2019), ao longo dos anos foram elaboradas algumas

políticas e programas que visavam diminuir as desigualdades regionais, dentre elas podemos ressaltar o Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil. O PMM foi criado diante da pressão da população por uma solução da falta de médicos no país, uma vez que, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2011), o Brasil possuía uma relação de 1,8 médicos a cada mil habitantes, bastante inferior ao observado em alguns países da América Latina, como Argentina e Uruguai. O programa é considerado o mais bem-sucedido comparado aos demais, haja vista que em 3 anos de execução houve um aumento de 12,7% de médicos, expansão de 3 mil vagas para graduação de medicina, além de concluir 45% das obras em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2015).

Já o Programa Médicos pelo Brasil surge após uma mudança político-partidária, cuja intenção seria substituir o programa anterior, fazendo ajustes como o aumento de provimento médico, distribuindo-os equitativamente nas áreas prioritárias e vulneráveis, além de alocar apenas médicos brasileiros para valorizar a mão de obra nacional.

No último relatório da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) referente ao ano de 2019, antes da implementação do PMB, o Brasil já possuía um índice de 2,3 médicos/mil habitantes, reforçando a eficácia do PMM no provimento emergencial de profissionais (OECD, 2019). Esse fato enseja a reflexão acerca da criação do PMB. Com isso, cabe-nos questionar: Por que substituir o PMM, ao invés de melhorá-lo? O novo programa é melhor que o antecessor?

Sabe-se que a elaboração de políticas envolve muitos elementos, dentre eles forças políticas organizadas, humor nacional e mudanças no governo, fazendo com que o *policy process* não seja um processo plenamente racional (KINGDON, 1984). Nesse sentido, torna-se fundamental o conceito de desmantelamento, ou seja, o processo de (des)construção de uma política a partir de alterações nos arranjos governamentais destinados à promoção de ações inerentes a determinada política (SILVA, 2021). Com isso, toda a estrutura operacional destinada a determinada política pode ser desativada através de profundas transformações na estrutura e/ou funcionamento das políticas (GRISA *et al.*, 2022; SILVA, 2021).

Após a criação do Programa Médicos pelo Brasil foram realizados alguns estudos buscando compreender a nova proposta, comparando a nova política com o PMM sob certos aspectos, com destaque para as mudanças no modelo de financiamento, como analisado por Giovanella *et al.* (2019; 2020). Entretanto, o PMB ainda se encontrava apenas no plano legislativo e não havia sido executado no momento de realização destes estudos. Portanto, o

objetivo deste estudo é compreender as diferenças entre as políticas, principalmente no que se refere ao desenho das mesmas, de forma a identificar outras mudanças não discutidas e atualizações do desdobramento do novo programa, além de fazer uma reflexão acerca dos motivos que levaram ao encerramento do Programa Mais Médicos.

2. Revisão de literatura

2.1. Desmantelamento de Políticas Públicas

O desmantelamento de políticas públicas pode ser descrito como alterações em determinadas áreas sociopolíticas, de qualquer natureza, que reduzem o número de políticas voltadas para aquela área, diminuem os instrumentos políticos usados e/ou a sua intensidade, sendo comumente utilizada como forma conter gastos e reduzir déficits orçamentários em tempos de crise (ARAÚJO, 2017; BAUER *et al.*, 2012; JORDAN; BAUER; GREEN-PEDERSEN, 2013).

De acordo com a teoria prospectiva, citada nos estudos de Vis e Van Kersbergen (2007), os atores políticos tomam decisões arriscadas, como uma reforma ou o encerramento de uma política, quando se veem em um cenário atual de perdas, estando, assim, disposto a arriscar na mudança visando possíveis ganhos. Entretanto, tal escolha pode ser benéfica apenas para os decisores políticos e não para a população.

Mas será que ele ocorre apenas em tempos complicados? Bauer et al. (2012) citou em seu livro quatro tipos de desmontes. Dentre eles cabe ressaltar o desmantelamento simbólico e o ativo. O simbólico consiste em:

Discursos e anúncios de intenções, que induzam na opinião pública a ideia de que estão a ser desenvolvidos esforços de consolidação e melhoria da ação governativa através da descontinuação de determinadas políticas ou medidas de política, sem que na realidade sejam efetuadas quaisquer alterações ao nível da respetiva intensidade edensidade (ARAÚJO, 2017, p.5).

Somando-se a isso, no desmantelamento ativo há uma redução ou extinção de políticas e/ ou instrumentos, sendo utilizado como estratégia quando atores políticos acreditam que o desmonte é a melhor solução para determinada situação, seja por razões político-partidárias, ideológicas ou pessoais.

Ao optar pela mudança, têm-se duas situações: caso os eleitores se considerem também em um domínio de perdas, não haverá conflitos. Caso contrário, ou seja, os eleitores

se considerarem em um domínio de ganhos haverá conflito, visto que estão satisfeitos.

Como forma de amenizar o efeito negativo da descontinuação de políticas, os governantes muitas vezes utilizam estratégias de evitação de culpa. Dentre as estratégias observadas, é importante ressaltar a “*damned if you do, damned if you don’t*” (VIS; VAN KERSBERGEN, 2007, p. 165), que consiste em persuadir o público, de modo enquadrá-los em um domínio de perdas, por meio de discursos e anúncios de que a situação atual é inaceitável e precária, sendo necessária, portanto, uma mudança.

3. Procedimentos metodológicos

A seguir serão apresentados a metodologia de estudo utilizada pelos autores e os documentos analisados durante a pesquisa.

3.1. Documentos analisados e fonte

Este estudo possui uma abordagem qualitativa uma vez que buscou fazer reflexões e comparar duas políticas públicas, das quais uma é mais recente (PMB). Com isso, preferiu-se analisar documentos oficiais, como leis que envolveram o processo de implementação de ambos programas, editais – de chamamento público do Mais Médicos e de processo seletivo no caso do Médicos pelo Brasil – e notícias disponibilizadas no site oficial do Ministério da Saúde, além de artigos científicos anteriores relacionados à atenção primária, políticas públicas na área da saúde e aos programas PMM e PMB.

3.2. Técnica de análise

Para proporcionar um melhor entendimento do estudo, elaborou-se uma linha do tempo, abrangendo o período de 2006 até 2022, com os principais normativos e legislações que envolveram o Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, a qual poderá ser visualizada na sessão seguinte como Tabela 1. Concluída essa etapa, optou-se pela Análise de Conteúdo Categorical (ACC) “que consiste em classificar diferentes elementos nas diversas ‘gavetas’ segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido dentro de uma ‘confusão’ inicial” ou seja, dividir o conteúdo em categorias para facilitar a interpretação e análise (SAMPAIO; LYCARIÃO, 2021 apud BARDIN, 2011).

Então, após anotar as diferenças entre as políticas, os autores separaram-nas em três categorias – Legislação, Critérios de participação e Implementação – de acordo com as suas similaridades, dispondo-as em uma tabela (Tabela 2), proporcionando uma visualização ampliada e passível de interpretação.

4. Resultados e discussões

4.1. Problema público, incorporação à agenda e formulação de alternativas

Segundo Antônio Carlos Lopes (2017), presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, ao longo da história o Brasil sofre com a falta de profissionais médicos e pouco se discute sobre, deixando uma ideia, aos “olhares simplistas”, de que este problema perpetua na realidade. Portanto, discorrer acerca do assunto é importante para que possamos analisar quais medidas e políticas públicas foram propostas, elaboradas, implementadas e a forma como foram executadas no âmbito da saúde, até a realização deste estudo; além de refletir: Seria o problema dos últimos anos a falta de profissionais? Ou a má distribuição dos mesmos?

Após a criação do SUS foram implementados o Programa Saúde da Família, em 1994, para auxiliar o desenvolvimento da Atenção Primária; a Política Nacional da Atenção Básica, em 2006, que promoveu a revisão, criação e organização de várias políticas da AB, facilitando a elaboração dos programas futuros, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMB) (ANDERSON, 2019).

Como forma de estudar os programas e políticas públicas implementadas, na saúde, nodecorrer dos últimos anos, inicialmente, buscamos identificar os principais normativos que estabelecem as normas legais do Programa Mais Médicos e do Programa Médicos pelo Brasil, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1: Normativos

Programa Mais Médicos		Programa Médicos pelo Brasil	
Normativo/ ano	Conteúdo	Normativo/ ano	Conteúdo

Portaria nº 648/2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Portaria 2979/2019	Institui o Programa Previne Brasil
Portaria 2087/2011	Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)	Lei 13958/2019	Institui o Programa Médicos pelo Brasil
Portaria 1369/2013	Dispõe sobre a implementação do Programa Mais Médicos.	Decreto 10283/2020	Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps.
Portaria 14/2013	Poderão aderir ao Projeto Mais Médicos as instituições federais de educação superior que ofereçam curso de Medicina.	Resolução 5/2021	Dispõe sobre o Contrato de Gestão para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.
Portaria 1493/2013	A alínea "d" do inciso III do art. 4º passa a vigorar da seguinte forma: "estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios"	Portaria 3352/2021	Dispõe sobre a metodologia de priorização de municípios e de dimensionamento de vagas e define a relação dos municípios elegíveis e o quantitativo máximo de vagas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.
Portaria 266/2013	Ficam estabelecidas as normas para o custeio de despesas com o deslocamento dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e seus dependentes legais.	Edital nº1/2021	Adesão de Municípios PMpB
Portaria 2025/2013	Fica acrescido o inciso III ao art. 36: "dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família"	Edital nº 02/2022	Edital do processo seletivo para a adesão de profissionais PMpB
Lei 12871/2013	Institui o Programa Mais Médicos.	Convocação 11/11/2022	Primeira convocação de profissionais classificados do processo seletivo
Decreto 8126/2013	Dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de que trata a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013		
Portaria 2715/2013	O custeio das despesas de moradia, alimentação e água potável, de que trata o art. 1º desta Portaria, constitui obrigação do Ministério da Saúde		

Portaria 2395/2014	Dispõe sobre o registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. SISAB e e- SUS Mais Médicos	
Edital nº1/2015	PRIMEIRO EDITAL PMMB Adesão de Profissionais. Incorporação do PROVAB ao Mais médicos	
Portaria 499/2015	Instituir o Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS.	
Portaria 31/2015	Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	
Portaria 585/2015	Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências.	
Resolução 1/2015	Dispõe sobre a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do projeto mais médicos para o Brasil.	
Resolução 3/2015	Definir, por meio desta Resolução, as diretrizes gerais de realização do eixo educacional Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)	
Edital nº20/2016	Os próximos editais são para prorrogação de adesão dos médicos ou para preenchimento de vagas ociosas.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como dito, anteriormente, e observado por Anderson (2019), muitos programas foram implementados na tentativa de prover médicos e mantê-los em áreas vulneráveis e de difícil acesso. Em 2011, foi lançado o PROVAB, que visou alocar médicos em locais periféricos e de extrema pobreza, ofertando o pagamento de bolsas e a possibilidade de especialização do profissional. Apesar de ter atraído cerca de 3 mil médicos, o programa não conseguiu atender toda a demanda exigida pelos municípios, então a presidenta Dilma Rousseff, juntamente com o ministro da saúde participaram de seminários, debates, encontros com outros governantes, a fim de descobrir como solucionar o problema em questão. E em meados de 2013, em um cenário de manifestações exigindo por mudanças, foi lançado o Programa Mais Médicos.

Em 2016, o Brasil passava por um cenário de mudanças políticas devido ao Impeachment sofrido pela presidenta Dilma Rousseff, que resultou na posse do seu vice, Michel Temer, integrante de um partido mais liberal. Com isso, embora o programa tenha evoluído até o ano referido, algumas mudanças importantes foram feitas no programa (RIOS; E SILVA, 2020). Dentre elas podemos citar, a Proposta de Emenda Constitucional 241, que visa reduzir as despesas públicas, por meio de cortes e congelamento de recursos que, por conseguinte afetou o programa, uma vez que a proposta impactaria os três eixos do programa que englobam saúde, educação e infraestrutura.

Outro ponto importante é a incorporação de médicos cubanos no PMM, visando suprir a demanda por profissionais nos primeiros anos do programa. Estudos de Arruda et al. (2017) apontaram que tais médicos foram bem avaliados pela população em entrevistas realizadas, haja vista que os médicos cubanos tratam os pacientes de forma mais humanizada, buscando acompanhá-los durante e após as consultas, indo ao seu domicílio, quando estes moram em locais de difícil acesso, entre outras coisas.

Entretanto, em pesquisa realizada por Santos et al. (2019), gestores municipais e alguns médicos brasileiros, quando interrogados sobre os médicos estrangeiros, apresentaram comentários enaltecendo os profissionais brasileiros em detrimento dos cubanos, alegando que aqueles são “médicos de verdade”; além de deixarem transparecer certa invisibilidade do programa, quando relataram não saber quais profissionais eram contratados e quais eram participantes do PMM.

Até 2016, os cubanos integravam 58% dos municípios participantes do programa, sendo que 90% dos médicos estavam alocados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SANTOS; BERTUSSI; KODJAOGLANIAN; *et al.*, 2019) enquanto os médicos brasileiros, apresentavam alta rotatividade nestes locais. Apesar dos pontos positivos, após o ano citado, as crenças negativas aos cubanos cresciam e foram observados a redução de chamamento público de novos médicos, principalmente os cubanos, sendo realizada apenas a prorrogação da permanência de alguns profissionais que já atuavam no programa, até o rompimento por completo da parceria com o governo Cubano, em 2018, pelo presidente Jair Bolsonaro.

4.2. Comparação entre os desenhos das políticas

A seguir, analisamos as principais diferenças entre os programas, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Comparação do desenho dos programas

Categoria	Subcategoria	Programa Mais Médicos	Programa Médicos pelo Brasil
Legislação	Objetivo	Reduzir as desigualdades regionais na área da saúde	Incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade
	Seleção de profissionais	Chamamento Público	Processo seletivo estruturado
	Contrato de trabalho	Médico bolsista por 3 anos, passível de renovação, recebendo bolsa-formação	Médico bolsista por 2 anos e após isso é contratado, passível de progressão de carreira
	Carga horária	40 horas distribuídas entre atividades assistenciais e de ensino e serviço	40 horas assistenciais e mais 20 horas formativas
Crítérios de participação	Quem pode se candidatar	Médicos com certificado de conclusão de curso de graduação em medicina em instituição de educação superior brasileira ou estrangeira com diploma revalidado no Brasil, na forma da lei.	Médicos com diploma, devidamente registrado, de curso de graduação em Medicina; e com registro no Conselho Regional de Medicina.
Implementação	Áreas prioritárias	Perfis 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Locais de difícil provimento, DSEI's e Locais de alta vulnerabilidade
	Operacionalização	Secretaria de Atenção Primária	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
	Eixos	Provimento, Formação e Infraestrutura	Provimento (ensino-serviço)
	Financiamento	Piso da Atenção Básica	Previne Brasil
	Composição	Médico participante, Supervisor, Tutor acadêmico	Médico da Família e Comunidade, Tutor médico

Fonte: Elaborado pelos autores.

Objetivos e critérios de prioridade

Como dito anteriormente, a prioridade do PMM era suprir a carência de médicos no país, sobretudo nas áreas de extrema pobreza e para isso foram estabelecidos critérios de prioridade, dividindo os municípios em 8 perfis, seguindo a ordem crescente para a preferência de alocação. Na teoria, a norma parecia funcionar perfeitamente, entretanto

análises de Macedo e Ferreira (2020) e Moraes et al. (2021) apontaram que alguns municípios de grande porte estavam alocando mais médicos em detrimento dos de pequeno porte, que realmente necessitavam. Na mesma análise, observa-se também que os municípios maiores economicamente, conseguem fixar os profissionais por um maior período, diminuindo a rotatividade que era elevada nas áreas de extrema pobreza. Em contrapartida, o principal objetivo do PMB, é “incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade” (BRASIL, 2019), portanto, os editais de adesão municipais, são direcionados apenas para Distritos Sanitários Especiais Indígenas; locais de difícil provimento e alta vulnerabilidade que, segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística são, respectivamente,

comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde; Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos; localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2019, n.p).

Eixos e Forma de Ingresso

No contexto de criação do Programa Mais Médicos, os principais fatores que corroboravam para a escassez de médicos eram: um número de egressos do curso de medicina inferior a demanda por profissionais da área, além da necessidade de melhoria das condições de serviço dos profissionais e das Unidades Básicas de Saúde, que dificultavam a permanência dos médicos nesses locais. Portanto, o governo propôs a criação do Mais Médicos que era composto por três eixos; Provimento Emergencial, Formação e Infraestrutura, de modo a resolver o problema a curto e a longo prazo (BRASIL, 2015).

De acordo com a OCDE, em 2011, o Brasil possuía um índice de 1,8 médicos a cada 1000 habitantes, uma relação inferior a de países como Portugal, Espanha, Uruguai e Argentina (OECD, 2011). Com isso, o primeiro eixo a ser implementado foi o de provimento emergencial, denominado “Projeto Mais Médicos para o Brasil” visando levar médicos para áreas prioritárias e vulneráveis, para suprir as necessidades dos municípios, de forma rápida, enquanto o eixo formação ainda não apresentava resultado. Tal processo, deu-se por chamamentos públicos, por meio de editais anuais ou semestrais, nos quais os candidatos se inscreviam e iam sendo chamados de acordo com as vagas disponíveis.

Como forma de atender a demanda por profissionais e incentivar os profissionais a permanecerem no município alocado e no projeto, o segundo eixo, denominado Formação Médica, buscou ampliar o número de vagas para cursos de medicina nas instituições públicas e privadas; além de elaborar estratégias, como o oferecimento de bolsas para a residência médica, cobrindo despesas como instalação, deslocamento do médico, moradia, água potável e alimentação, das quais as três últimas, seriam fornecidas pelos entes municipais, enquanto as outras ficariam a cargo do Governo Federal (MACEDO; FERREIRA, 2020). Durante o período em que o profissional participasse do projeto, ele receberia a bolsa formação, não tendo contrato firmado com a CLT, como no caso do PMB.

Somando-se a isso, o terceiro eixo, Infraestrutura, visava aumentar o investimento nas Unidades Básicas de saúde (UBS's) nos municípios do Brasil, buscando aumentar a cobertura de atendimento e em melhorias na qualidade da estrutura, por meio de reformas e ampliações nas unidades que já existiam, e em melhorias na informatização do sistema de dados, implementando o Sistema Informação Saúde Atenção Básica e o e-SUS, pela portaria nº 2395, 05 de novembro de 2014.

Enquanto isso, o Médicos pelo Brasil, foi implementado apenas com o eixo de provimento médico, sob o discurso de valorizar os médicos brasileiros. Entretanto, ainda no governo de Michel Temer, houve a redução de incentivo às instituições culminando, em seguida, na diminuição da abertura de novas vagas para os cursos de medicina, sendo assim, não sabemos se o número de egressos em Medicina no Brasil, seria suficiente. Apesar de não, apresentar o eixo Infraestrutura e Formação, o programa não encerra as atividades por completo. O médico interessado no programa, participaria de um processo seletivo estruturado, composto por três fases: uma prova objetiva, um curso de formação integrando ensino-serviço, acompanhado de um tutor, em que teria de trabalhar por 40 horas semanais e 20 horas assistenciais, durante 2 anos e uma prova objetiva final. Caso fosse aprovado, o médico receberia um título de especialização e teria um acordo firmado com a CLT. Em relação ao investimento nas UBS's, O PMM implementou o Previne Brasil - que será detalhado no próximo tópico – no qual, através de análises de desempenho, um valor adicional destinado à melhorias e criação de novas unidades.

Modelo de Financiamento

Uma das principais mudanças entre os programas é o modelo de financiamento aderido. No programa Mais Médicos o financiamento era composto pelo Piso da Atenção Básica (PAB), no qual era estabelecido um valor fixo que seria multiplicado por habitante do município, que, por sua vez, seriam divididos em 5 grupos dependendo de sua pontuação, portanto, por exemplo, todos os municípios do Grupo I, receberiam o mesmo PAB fixo, e assim por diante. Somado a um valor variável destinado ao financiamento de estratégias no âmbito da atenção básica.

No programa Médicos pelo Brasil, o financiamento será realizado pelo Previne Brasil, o qual utiliza um método de capitação ponderada, que consiste no “pagamento por pessoa cadastrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ” e indicadores de desempenho para repassar os valores. Tal modelo apresenta uma mudança, pois busca “melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional e eficiente”, de acordo com as necessidades de cada município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Entretanto, tal modelo vêm recebendo críticas, por considerar apenas pessoas cadastradas. Ou seja, de acordo com último levantamento do Sisab, haviam 169.677.614 cadastros, em contraste com os 207,8 milhões de habitantes estimados no censo 2022, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Embora, o programa continue atendendo pessoas não cadastradas visando aumentar os cadastros, pesquisas de Giovanella et al. (2019; 2020) e Wollmann et al. (2020) se preocupam com uma possível privatização do Sistema Único de Saúde, visto que o repasse financeiro será menor, não contemplando todos os habitantes, podendo afetar a qualidade e limitando os atendimentos.

4.3. PMM *versus* PMB: ruptura ou continuidade?

Dado o exposto, percebe-se como o PMM está inserido no contexto de desmonte das políticas de saúde, tendo sua reestruturação e formação de uma nova política – o PMB – baseada em aspectos ideológicos, influência de grupos de pressão e ataques simbólicos à política vigente. Desse modo, a criação do PMB não parece estar pautada em uma ruptura com os preceitos antigos do PMM, sendo a nova política tão somente marcada por alterações incrementais.

Esse processo de continuidade também é discutido por Melo Neto e Barreto (2019),

que criticam a falsa ideia de inovação do PMB. Pautado nos acertos da política anterior, o PMB tenta superar problemas existentes no PMM sem, entretanto, apresentar elementos importantes para a fixação dos médicos. Assim, concluem os autores, a nova política é mais frágil que a anterior, com foco somente no provimento dos médicos e abrindo margem para a privatização da saúde no país.

O PMB também não contempla a questão da formação médica através dos Programas de Residência Médica, considerados padrão-ouro na formação destes profissionais, desconsiderando totalmente o investimento feito até então pela política anterior. Isso implica que a incorporação das universidades no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família é desconsiderada, encerrando todo um conjunto de ações voltadas à qualificação dos profissionais de saúde no país (ANDERSON, 2019).

Apesar dessas questões, percebe-se que boa parte da política anterior é mantida no desenho do PMB, que segue com alterações mais incrementais que de ruptura com as práticas anteriores. Logo, a criação do PMB se baseou no desmonte do PMM, deixando de considerar elementos importantes para o provimento, fixação e formação dos médicos no país baseada em questões ideológicas de grupos de pressão importantes no cenário da saúde.

É válido destacar que a criação do PMM em 2013 ocorreu sob forte oposição da classe médica brasileira, sendo possível somente após intenso debate dos empreendedores políticos. De um lado, atores que lutavam pelos princípios do SUS e pelos valores da comunidade. De outro, atores que acreditavam que a saúde deveria ser regulada pelo mercado e pela autorregulação profissional da medicina (PINTO; CÔRTEZ, 2022).

A continuidade, em partes, do PMM revela, portanto, uma tentativa de quebra da estabilidade institucional que possibilitou a criação de uma das mais importantes políticas públicas da área da saúde na atualidade e que muito demandou em termos de discussões e de formação de capacidades para sua implementação. Revela, também, a tentativa frustrada de modificação de uma política vigente, até então com bons resultados, sem que novas opções tenham sido debatidas e colocadas à prova. Ao mesmo tempo, demonstra a força do PMM ao resistir por dois governos que publicamente tentaram sua extinção (PINTO; OLIVEIRA; SOARES, 2022). Apesar de desfigurado, o PMM avança enquanto política que busca atender as necessidades sociais da população.

5. Considerações finais

Este estudo teve como objetivo apresentar uma análise comparativa do desenho de duas importantes políticas da área da saúde: PMM e PMB. A implementação do novo programa ficou no plano legislativo por três anos, começando a ser executado a partir da convocação de médicos para o PMB que se iniciou ao fim de 2022, ano em que ocorreu a última eleição presidencial, na qual Bolsonaro não foi reeleito.

Apesar de se reconhecer que seja cedo para análise mais profundas e avaliativas do PMB, foram observadas poucas mudanças relativas a provisão de médicos e mais alterações relacionadas ao pilar financeiro do programa, deixando-o mais alinhado com o seu governo criador (PINTO et al., 2022). Esse resultado promove uma reflexão sobre o desmantelamento de políticas públicas, que podem ser desde cortes orçamentários para algumas políticas até o encerramento das mesmas, como ocorreu com o Mais Médicos.

Alterações em políticas públicas até então bem sucedidas, ou que ainda não tiveram tempo de produzir resultados substanciais, sem que haja um extensivo processo de planejamento podem trazer graves consequências. Dentre elas, a perda da capacidade instalada, seja em termos de infraestrutura, recursos financeiros ou capital humano, bem como a perda do aprendizado político adquirido até então. Enquanto sugestões de estudos futuros, sugere-se que as próximas pesquisas acompanhem o desdobramento do programa atual e do Mais Médicos após a saída do ex-presidente e a vitória de Lula.

Referências

- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180, 1 out. 2019.
- ARAÚJO, L. Recensão: Dismantling Public Policy. Preferences, Strategies and Effects [Michael W. Bauer et al., 2012, Oxford, Oxford University Press]. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 84, p. 141–144, 2017.
- ARRUDA, C. A. M.; PESSOA, V. M.; BARRETO, I. C. de H. C.; CARNEIRO, F. F.; COMES, Y.; S., T. J. de; SILVA, D. D.; SANTOS, L. M. P. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1269–1280, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUER, M. W.; JORDAN, A.; GREEN-PEDERSEN, C.; HÉRITIER, A. Dismantling Public Policy: Preferences, Strategies, and Effects. **Dismantling Public Policy: Preferences, Strategies, and Effects**, p. 1–242, 6 dez. 2012. Disponível em: <<https://academic.oup.com/book/33083>>. Acesso em: 26 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

BRASIL. **Lei nº 13958, de 18 de dezembro de 2013**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CARVALHO, M. S. de; SOUSA, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 47, p. 913–926, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; DE ALMEIDA, P. F. National primary health care policy: Where are we headed to? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 1 abr. 2020.

GRISA, C. et al.. **A Desestruturação das políticas públicas de fortalecimento da agricultura familiar: mudanças institucionais, estratégias de desmonte e novas configurações**. Rio de Janeiro: Fundação Heirich Böll, 2022.

LOPES, A. C. **A lenda da falta de médicos no Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/noticias/3638-a-lenda-da-falta-de-medicos-no-brasil>>. Acesso em: 24 jan. 2023.

JORDAN, A.; BAUER, M. W.; GREEN-PEDERSEN, C. Policy dismantling. **Journal of European Public Policy**, v. 20, n. 5, p. 795–805, 2013.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies**. Boston: Little, Brown, 1984.

MACEDO, A. D. S.; FERREIRA, M. A. M.; CAMPOS, A. P. T. de; RODRIGUES, C. T. Programa Mais Médicos: análise lógica à luz da modelagem de políticas públicas. **Revista Meta Avaliação**, v. 11, n. 32, p. 406, 2019.

MACEDO, A. dos S.; FERREIRA, M. A. M. O programa mais médicos e alocação equitativa de médicos na atenção primária à saúde (2013-2017). **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, v. 26, n. 2, p. 381–408, 2020.

MELO NETO, A. J. de; BARRETO, D. da S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2162, 26 ago. 2019.

MORAES, P. L.; EMERICH, T. B.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS NETO, E. T. dos. Desigualdades geográficas na implantação do Programa Mais Médicos em um estado brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, 2021.

OECD. **Health at a Glance 2011: OECD Indicators**. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>. Acesso em: 19 jan. 2023.

OECD. **Health at a Glance 2019: OECD Indicators**. 2019. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en>. Acesso em: 15

mar. 2023.

PINTO, H. A.; CÔRTEZ, S. M. V. Tendência à estabilidade institucional: regulação, formação e provimento de médicos no Brasil durante o governo Lula. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2531–2541, 2022.

PINTO, H.; OLIVEIRA, F. P. de; SOARES, R. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 32–53, 7 jul. 2022.

RIOS, D. R. da S.; E SILVA, S. P. C. Repercussions of the more doctors program in the Brazilian media after the impeachment of 2016. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4303–4314, 1 nov. 2020.

SANTOS, M. L. D. M. D.; BERTUSSI, D. C.; KODJAOGLANIAN, V. L.; MERHY, E. E. O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual instrutivo do financiamento da atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 57 p.

SILVA, S. P. Da inserção ao desmantelamento da política de economia solidária na agenda governamental (2003-2019). **RBEST Revista Brasileira de Economia Social e do Trabalho**, v. 3, p. e021020, 30 dez. 2021.

VIS, B.; VAN KERSBERGEN, K. Why and how do political actors pursue risky reforms? **Journal of Theoretical Politics**, v. 19, n. 2, p. 153–172, 2007.

WOLLMANN, L.; PEREIRA D'AVILA, O.; HARZHEIM, E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2346, 16 mar. 2020.