

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS: DA LÓGICA PROGRAMÁTICA AOS ARRANJOS INSTITUCIONAIS DE IMPLEMENTAÇÃO

### MORE MEDICAL PROGRAM: FROM PROGRAMMATIC LOGIC TO INSTITUTIONAL IMPLEMENTATION ARRANGEMENTS

**Gabrielle Fontes Mau**

Universidade Federal de Viçosa,  
Núcleo de Estudos em Administração Pública, Governo e Sociedade, Viçosa, MG, Brasil  
[gabriellefontesm@gmail.com](mailto:gabriellefontesm@gmail.com)

**Marco Aurelio Marques Ferreira**

Universidade Federal de Viçosa,  
Programa de Pós-graduação em Administração, Viçosa, MG, Brasil  
[marcoaurelio@ufv.br](mailto:marcoaurelio@ufv.br)

**Daiane Medeiros Roque Ferreira**

Universidade Federal de Viçosa,  
Departamento de Administração e Contabilidade, Viçosa, MG, Brasil  
[daianemroque@gmail.com](mailto:daianemroque@gmail.com)

#### RESUMO

Dentre as ações adotadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), que consiste em uma iniciativa intersectorial que contempla uma série de medidas para o fortalecimento e consolidação da atenção básica. A expectativa de eficiência e bom desempenho do programa reside sobre o sucesso de sua lógica programática de implementação. Assim, esse estudo teve como objetivo central, entender como é o PMM em sua concepção teórico-pragmática e analisar a sua implementação no nível local, a partir da perspectiva de arranjos institucionais. Para isso, foi realizada uma análise documental para o resgate da teoria do PMM, em conjunto com entrevistas semiestruturadas com atores responsáveis pelo Programa no nível local, visando compreender a prática de execução. A partir das análises realizadas para o eixo de provimento emergencial, percebeu-se que o PMM, por ser uma política centralizada, é implementado de acordo com sua teoria, porém revela a falta de autonomia local para adaptá-lo às necessidades locais. Os resultados revelam uma política top-down, que tem entre os principais efeitos colaterais, as limitações no processo de comunicação, especialmente na fase de implementação da política. Isso expõe o papel coadjuvante da administração local, limitando-a na organização da relação do profissional de saúde com as necessidades locais.

**Palavras-chave:** Programa Mais Médicos. Arranjos Institucionais. Teoria do Programa.

#### ABSTRACT

Among the actions adopted to strengthen primary health care, the More Doctors Program (PMM) stands out, which is an intersectoral initiative and includes a series of measures to strengthen and consolidate Primary Health Care. However, the expectation of efficiency and good performance of the PMM rests on the success of its programmatic implementation. Thus, this study aims to understand what the PPM is like in its theoretical-pragmatic conception and to analyze its implementation at the local level, from the perspective of institutional arrangements. For this, a documentary analysis was carried out to rescue the PMM theory, together with semi-structured interviews with the actors responsible for the Program at the local level, aiming to understand its execution. Based on the analyzes carried out in relation to the emergency provision, it was noticed that the PMM, being a central-level policy, is implemented according to its theory, but reveals a lack of local autonomy to adapt it to local needs. The results reveal a top-down policy, which has, among its main side effects, limitations in the communication process, especially in the policy implementation phase. This exposes the supporting role of the local administration, limiting it in the organization of the health professional's relationship with local needs.

**Keywords:** More Doctors Program. Institutional Arrangements. Program Theory.

## INTRODUÇÃO

A Saúde Pública pode ser definida como um conjunto de medidas para prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental. Logo, é necessário o esforço organizado da comunidade, para o diagnóstico precoce, pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social, que assegure a cada indivíduo na sociedade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (WINSLOW, 1920).

Ao longo das últimas décadas governos de países com cobertura universal e gratuita de saúde, especialmente os federativos como o Brasil, vêm implementando políticas públicas visando aperfeiçoar a cobertura e o desempenho da saúde pública por abordagens, via de regra, antagônicas: ora centralizada (top-down), ora descentralizada (bottom-up). O desempenho e limitações dessas abordagens tem sido objeto central de diversos estudos em saúde pública (BRAITHWAITE et al., 2018; SMITH, 2008).

Dentro de uma vertente mais centralizada do domínio estatal, são elaboradas no Brasil políticas públicas, que integram o campo de ação social orientada para a melhoria das condições de saúde da população por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI et al., 2004).

Como forma de organizar as políticas de saúde, foi instituída em 2006, pela Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Através da PNAB, foi definido o conceito de Atenção Básica de Saúde (AB), que trata de um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidados integrados e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população (BRASIL, 2017).

A PNAB passou por reformulações ao longo dos anos, sendo que em 2011 houve uma segunda edição da lei, com o intuito de corrigir uma série de problemas dentre os quais: a infraestrutura inadequada o modelo assistencial, o subfinanciamento e a dificuldade de atrair profissionais médicos. Desse modo, a edição de 2011 manteve a essência de 2006, mas trouxe algumas inovações relacionadas a ampliação do acesso, a cobertura e a resolubilidade da atenção básica. Houve também a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (Almeida et al. 2018). Em 2017, nova reformulação ocorreu na PNAB, marcada por pequenas mudanças incrementais, em que foi mantido o conceito da AB, sendo apenas incorporado os 'cuidados paliativos'. Além disso, trouxe a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família. Trouxe, também a ampliação das atribuições dos agentes comunitários de saúde; a construção da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliadas da atenção básica; e a inclusão do gerente de atenção básica nas equipes (Almeida et al. 2018).

Essas ações partem do fundamento de que é a atenção Básica que grande parte dos problemas de saúde são resolvidos ou evitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Portanto, a relação entre os agentes para o alcance dos meios de resultado se dá de diferentes formas. Nesse intuito, com o propósito de fortalecer a AB, foram constituídos arranjos institucionais, que, por sua vez, buscam dar conta das regras que mediam as relações e as transações entre os agentes participantes de uma política pública, de modo a coordená-los, além de formular objetivos e linhas de ação e, concretamente, executar as diretrizes estabelecidas (STEIN, 2015).

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

Dentre as ações adotadas para a consolidação da atenção básica de saúde, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), que possui três eixos de atuação (provimento emergencial, formação médica e infraestrutura) e consiste em uma iniciativa intersetorial que envolve diferentes entes federativos. O PMM prevê, além de recursos humanos, investimentos para a melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente das unidades básicas de saúde e a ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país, com foco na

valorização da atenção básica, da Estratégia de Saúde da Família e das áreas prioritárias para o SUS (SILVA et al., 2016).

Compreender o conjunto e a diversidade das experiências produzidas sobre o PMM, em suas particularidades e convergências, constitui um passo importante para vislumbrar sua expansão, consolidação e aperfeiçoamento no país (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Nessa direção, alguns trabalhos se propuseram a estudar a implementação do Programa Mais Médicos em diferentes vertentes (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016) (PEREIRA, 2017)(COMES et al., 2016) (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016)(PINTO, 2018)(FERLA et al., 2017)(DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017)(DARIAS et al., 2018) (VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016) (MOTA; BARROS, 2016). Apenas um desses estudos realizou a análise lógica do PMM, todavia no contexto nacional (MACEDO et al., 2019), o que limita observar as relações de abordagem teórico-pragmática na visão dos atores locais, que são em última instância atores-chave no processo de adesão e execução da política.

Do ponto de vista teórico, o estudo visa preencher o gap existente na compreensão dos arranjos institucionais e das abordagens de implementação derivada de um desenho central, com implementação local de políticas públicas de acesso universal à saúde, especialmente aquelas concebidas para a correção de assimetrias de acesso e qualidade, como o Programa Mais Médicos. Para isso, visa-se compreender se o eixo de provimento emergencial de médicos do Programa Mais Médicos está sendo implementado de acordo com sua teoria, tomando como referência a abordagem de marco teórico (EMERICH et al., 2020; MACHADO et al., 2021; PIMENTEL; FIGUEIREDO; DE LIMA, 2020; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017).

Para tanto, o estudo visa desvendar a teoria do Programa Mais Médicos e analisar a implementação do seu eixo de provimento emergencial no contexto municipal, a partir da perspectiva de arranjos institucionais.

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

Para a materialização do estudo no plano local, toma-se como referência os municípios de Minas Gerais, posto que este está entre os quatro estados pioneiros na adoção do apoio institucional do Programa (ALMEIDA et al., 2015).

## REVISÃO DA LITERATURA

### ***Arranjos institucionais de políticas públicas no contexto da saúde***

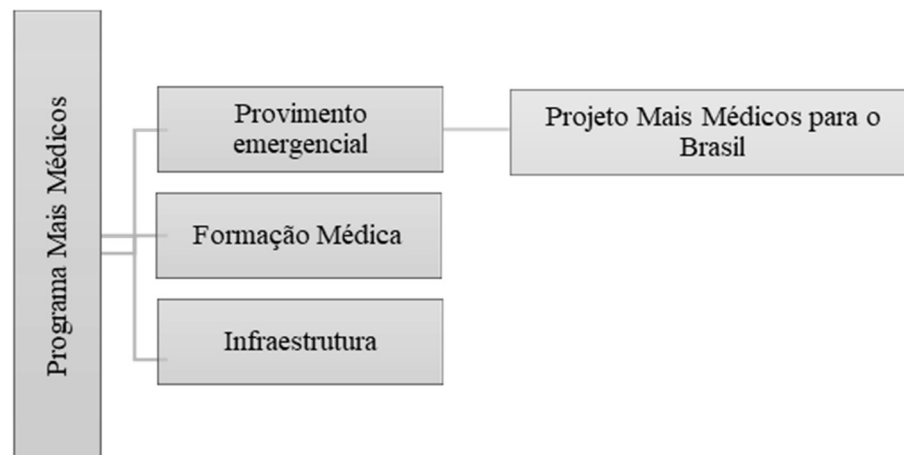
A partir do processo de elaboração de políticas públicas, o qual corresponde a um conjunto de regras e procedimentos para atender um objetivo específico, envolvendo diferentes organizações, tem-se relacionado o conceito de arranjos institucionais (ROCHA, 2004).

Os arranjos institucionais podem ser definidos como os mecanismos e processos que determinam a forma pela qual se articulam atores e interesses na implementação de uma política pública específica (PIRES; GOMIDE, 2015). Esses arranjos buscam promover o envolvimento entre os diversos atores (governo, sociedade e mercado) para alcançar a efetividade das políticas públicas (LOTTA; VAZ, 2015).

No que tange aos novos arranjos institucionais, analisar a implementação significa distinguir quem são os responsáveis pela execução e como eles foram envolvidos no planejamento, a lógica de repasse dos recursos, incentivos e induções, o papel dos diversos entes federativos e suas relações, entre outros. Dessa forma, os processos de implementação são permeados pelo entendimento de que os municípios são responsáveis pela execução do que foi definido (ou negociado) em nível federal (LOTTA; VAZ, 2015).

Em relação ao Programa Mais Médicos, seu arranjo institucional corresponde à articulação dos atores responsáveis por sua coordenação e gestão em seus três eixos de ação (Figura 1) – Provimento Emergencial, Formação Médica e Infraestrutura. A implementação desses três eixos, está condicionada ao envolvimento dos três níveis de governo sob uma nova proposta de coordenação, com a participação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, bem como com os Ministério da Defesa, Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

Figura 1 – Programa Mais Médicos e seus eixos de ação



Fonte: Elaborada pelos autores com base na pesquisa, 2022.

Como atores centrais para a criação do Programa Mais Médicos, foram identificados o Governo Federal, os movimentos sociais, as mídias (tanto a grande imprensa quanto as redes sociais) e os Conselhos de Medicina, sendo que a formulação e implementação do Programa foram permeadas por diversos debates, além de múltiplos conflitos de interesses (MACEDO et al., 2016).

Os movimentos sociais foram caracterizados principalmente como aqueles decorrentes dos protestos e manifestações sociais caracterizadas como "Jornadas de Junho", forma como ficaram conhecidos os protestos ocorridos em junho de 2013, em várias cidades brasileiras. No bojo desses protestos estavam reivindicações para melhorias nos transportes públicos, nos sistemas de saúde e na educação, além do fim da violência policial e do combate à corrupção, entre outras pautas (MACHADO; MISKOLCI, 2019).

### ***Teoria do Programa para análise da sua implementação***

Implementar, consiste em aplicar um programa de ação a um problema. É nessa fase que o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos. Deveras, em função dos atores envolvidos, dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos, a distância entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas, pode ser mais ou menos importante (FLEXOR; LEITE, 2006).

O interesse da análise de políticas nesta fase refere-se, particularmente, ao fato de que nem sempre os resultados e impactos reais de certas políticas, correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação. Para analisar a implementação de um programa, é importante compreender sua estrutura antes. Assim, faz-se necessário estudar a sua teoria. A teoria do programa se concentra nos mecanismos que intervêm entre a prestação das atividades do programa e o alcance dos seus resultados. Ou seja, a teoria do programa ocupa-se dos mecanismos que intermediam os processos e os resultados (WEISS, 1997; SERAPIONI, 2016).

A teoria do programa envolve a conceituação de como um programa específico se destina a funcionar e inclui a identificação de uma cadeia de atividades, esperando que produzam os impactos pretendidos, declarados nos objetivos do programa. Portanto, embora essa abordagem comece com a teoria, ela se move rapidamente para a implementação prática (MACNAMARA; LIKELY, 2017). O pressuposto teórico testado é que, se o programa for conduzido conforme o planejado, com qualidade, intensidade e fidelidade suficientes, os resultados desejados serão alcançados.

Para resgatar a teoria de um programa, é recomendado utilizar o modelo lógico, ferramenta que busca configurar o desenho do funcionamento do programa. Os elementos do modelo lógico são: recursos, atividades, produtos, resultados intermediários e finais, como indicados na Figura 2 (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Figura 2 – Elementos usados para elaboração de modelo lógico de programas



Fonte: Adaptado de Kellogg Foundation (2004).

Como os programas, os modelos lógicos podem mudar ao longo do tempo. À medida que um programa cresce e se desenvolve, o mesmo ocorre com o modelo lógico (KELLOGG, 2004).

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

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

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A fim de entender a teoria do programa, com seus arranjos institucionais e seus atores, foi realizada uma pesquisa documental. Para seleção dos documentos, foi consultado o site oficial do Programa Mais Médicos junto ao Ministério da Saúde, o Diário Oficial da União, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e de outras instituições como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), entre outros. Os documentos selecionados foram escolhidos por possuírem informações oficiais, bem como os normativos e suas alterações que regem o PMM e relatórios que evidenciam o contexto do programa. O recorte temporal de consulta dos documentos foi do período de junho de 2013 (anterior a implementação da política) a dezembro de 2019.

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

Quadro 1 – Documentos analisados referentes ao Programa Mais Médicos

Documento	Ano	Descrição
<b>Lei nº 12. 871</b>	22 de outubro de 2013	Institui o Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369</b>	8 de julho de 2013	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
<b>Medida provisória nº 621</b>	8 de julho de 2013	Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.
<b>Cartilha Programa Mais Médicos</b>	2017	Apresenta informações gerais sobre o PMM.
<b>Resolução nº 2</b>	26 de outubro de 2015	Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências.
<b>Portaria nº 8</b>	5 De julho De 2019	Divulga a relação dos municípios com vagas remanescentes para a segunda fase da chamada pública do Edital SGTES/MS nº 11, de 10 de maio de 2019.

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da pesquisa. 2022.



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

A escolha do estado de Minas Gerais como objeto de análise no contexto local se justifica pela capacidade desse estado em retratar diversas de realidades, devido aos diferentes contextos sociais e econômico encontrados no estado, além de ser um dos quatro estados pioneiros na adoção do apoio institucional do PMM (ALMEIDA et al., 2015).

Para a coleta dos dados por entrevistas, foi escolhida a mesorregião da Zona da Mata, possibilitando a comparação em municípios próximos. Além disso, segundo o IBGE, a mesorregião apresenta o quarto maior PIB, a segunda maior densidade demográfica e também a segunda em número de municípios, totalizando 142 (IBGE, 2022).

Logo, foram escolhidos três municípios da Zona da Mata e, como fator de escolha, foi consultado o Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS) de 2012, elaborado por (MACEDO, 2019). O índice variava de 0 a 1, indicando que, quanto mais próximo de zero, maior era a situação de vulnerabilidade em saúde no município, demonstrando a necessidade de receber o PMM e, quanto mais próximo a 1, menores eram as vulnerabilidades em saúde (MACEDO, 2019).

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

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

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

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

Para a consecução das entrevistas, optou-se por entrevistar os gestores de saúde e os coordenadores da atenção básica de cada município, responsáveis pela implementação do PMM no nível local. No total, foram 6 entrevistas, sendo 2 entrevistas realizadas em cada um dos três municípios selecionados. Os atores são identificados no texto como Gestor de Saúde (GS1; GS2; GS3) e Coordenador da Atenção Básica (CAB1; CAB2; CAB3).

Os resultados obtidos foram tratados e analisados utilizando a Análise de Conteúdo Categorical. Tal análise é composta por três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

As dimensões utilizadas para análise das entrevistas foram baseadas na literatura sobre arranjos institucionais. Para isso, foi seguida a sugestão de Pires e Gomide (2015), ao realizar o mapeamento e descrição dos arranjos institucionais que nortearam a implementação da política, plano ou ação, por meio da identificação dos atores envolvidos (estatais e não estatais), das organizações e dos recursos (humanos, financeiros, tecnológicos etc.) e instrumentos (legais, administrativos, etc.) através do qual eles interagem (PIRES; GOMIDE, 2015). As categorias de análise estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias de análise de arranjos institucionais de implementação

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

Fonte: (LOTTA; VAZ, 2015).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

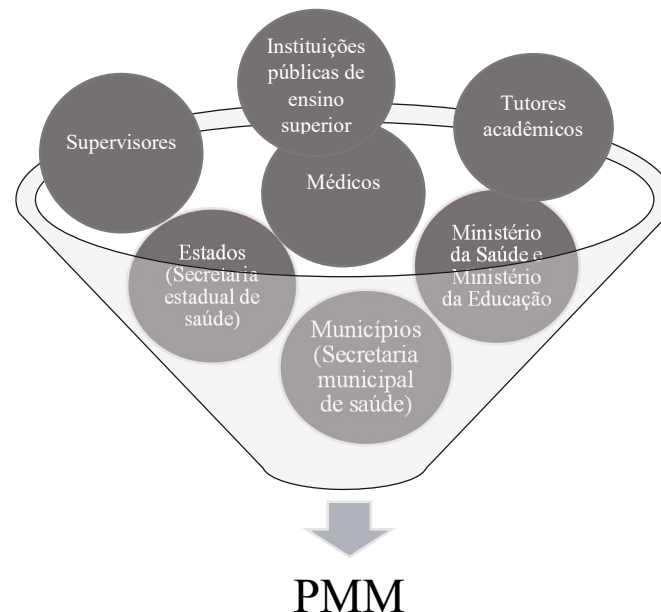
### *Arranjo institucional de implementação do Programa Mais Médicos*

De acordo com a legislação do Programa Mais Médico, ficou instituído que o PMM possui três representantes do Ministério da Educação e três do Ministério da Saúde à frente de sua coordenação geral. Também foram instituídos o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa, compostos pelos Ministérios da Saúde, da Educação, do Planejamento, Orçamento e Gestão e pela Casa Civil da Presidência da República. Foi assinalado que o Grupo Executivo poderá convidar para participar das reuniões, representantes de outros órgãos e entidades, públicos e privados, e especialistas em assuntos afetos ao tema (BRASIL, 2013b).

A legislação do PMM também definiu as competências do Programa de acordo com os atores responsáveis e entes federativos (BRASIL, 2013b).

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

Figura 3 – Componentes do arranjo institucional do PMM

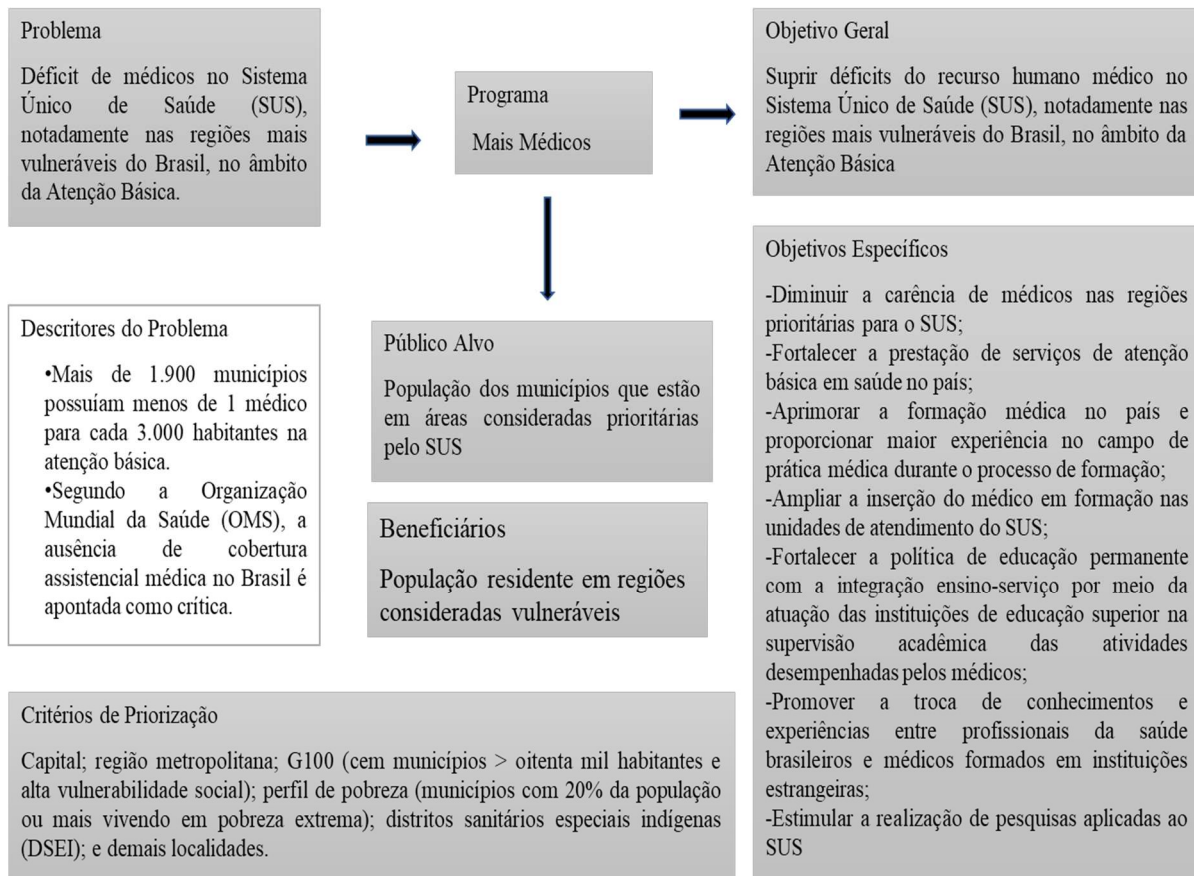


Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa, 2022.

### Modelo lógico do Programa Mais Médicos

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

Figura 4 – Referências Básicas do Programa Mais Médicos



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa, 2022.

Como apresentado na figura acima, o PMM possui o desenho voltado para suprir a carência de profissionais na atenção básica de saúde e fortalecer o acesso e os serviços da AB em regiões prioritárias, consideradas vulneráveis.

Após a exposição e entendimento do problema que pretende ser resolvido pelo Programa Mais Médicos e seus principais objetivos, além de seu público-alvo e beneficiários, considerando os critérios de priorização para entrega do PMM aos mesmos, fez-se necessário um olhar mais profundo ao programa, a fim de entender quais são os recursos investidos e atividades a serem desempenhadas, para que o Programa consiga entregar produtos aos seu público-alvo, alcançando os resultados e impactos esperados, o que será elencado no modelo lógico do programa.

O modelo lógico foi construído de acordo com os três eixos do Programa. Vale ressaltar que o modelo lógico proposto por esse trabalho não foi validado frente aos gestores do Programa Mais Médicos.



Quadro 4 – Modelo Lógico proposto para o PMM considerando o contexto geral

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

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

Ao analisar as normativas e documentos referentes ao PMM e elaborar seu modelo lógico, apesar da falta de especificação de metas e recursos na legislação, foi possível observar que o Programa possui

um desenho robusto, com potencial para alcançar seu impacto esperado, desde que haja articulação eficiente entre os atores e sua coordenação, cumprindo com suas atividades e gerando seus produtos e resultados, de acordo com os recursos e esforços disponibilizados. Para descobrir se os preceitos da teoria do PMM (modelo lógico) estão sendo realizados na prática, foi analisado o arranjo institucional do Programa no nível local.

### **Fatores de contexto e implementação do PMM no nível local**

Para entender se a implementação segue a teoria do programa, ou se existem inconsistências no processo, foi utilizada a perspectiva de análise dos arranjos institucionais que permeiam o PMM. Os resultados foram expostos de acordo com as categorias de análise pré-estabelecidas, apoiados pelas entrevistas realizadas com os atores institucionais.

### **Integração Horizontal: Intersetorialidade**

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

Ao optar pela adesão ao PMM, o município se prontifica a fazer a integração do médico do Programa com as equipes de Saúde da Família. Para aderir e renovar sua participação no PMM, de acordo com um dos gestores entrevistado, o município precisa ter uma estrutura, um veículo e uma equipe entrosada, que faça o PMM funcionar. “É preciso inovar sempre, na estrutura e nos materiais” (GS3). Quando termina o contrato de um médico, que geralmente é de 3 anos, o gestor solicita no sistema a renovação.

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

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

O médico, o supervisor de educação estadual do programa, a coordenadora da atenção básica, para coordenar o médico e o secretário de saúde, para lidar com a parte burocrática. Tem um apoio institucional do MS, mas não é ativo mais. Ele vinha pelo menos 2 vezes por ano. Supervisor estadual/regional vinha 1 vez por mês. Antes tinham encontros loco-regionais, mas agora não há mais com a mesma frequência. Os médicos cubanos tinham dificuldade de entender, e quando tinham esses encontros, era uma troca muito boa, mostrando a visão de quem estava envolvido com a medicina (CAB 1). Esse relato demonstra que os municípios não possuem contato direto com as instituições de ensino superior, sendo que apenas o médico possui esse contato. O médico precisa estar com a produção ativa e tem a supervisão de um outro médico, seu supervisor indicado por uma instituição de ensino vinculada ao MEC, que analisa seu desempenho. Mensalmente, os gestores municipais de saúde precisam responder o *form-SUS*, uma plataforma on-line que avalia o desempenho do médico no município, ou seja, se ele está ou não cumprindo a carga horária e as atividades propostas, para que assim, o médico receba a bolsa, como descrito no modelo lógico do programa.

As secretarias municipais de saúde possuem autonomia na implementação do programa apenas na coordenação das atividades do médico do PMM, de acordo com as necessidades do local e em comum acordo com ele. A partir do momento que o médico está no município, há autonomia para o gestor adaptar as atividades à realidade local. O médico já vai para o município de sua escolha orientado sobre o Programa e suas diretrizes, o que os gestores relataram ser um ponto positivo do Programa, dado que todas as normas já vêm prontas e entregues pelo nível central. Isso pode ser notado através da fala do gestor 3:

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

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

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

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

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

### **Integração Vertical: subsidiariedade federativa**

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

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

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

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

mensalmente pelos gestores dos municípios, alimentando os dados na plataforma do Ministério da Saúde, conforme pode ser observado pelas falas dos entrevistados.

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

O coordenador da atenção básica 1 também destacou as dificuldades relacionadas a falta de apoio institucional, o que influencia até nas tarefas que deveriam ser simples, como dar férias ao médico. “[...] Sem o apoio institucional, fica difícil realizar todos os procedimentos para renovar ou dar férias ao médico” (CAB1).

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

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

A questão da comunicação não é uma fragilidade apenas das localidades de Minas Gerais, sendo que esta foi apontada também por autores que realizaram uma análise do PMM no estado do Mato Grosso, dado que o Programa chega aos municípios do estado com falhas na gestão, no processo de trabalho e educação permanente, além de outras fragilidades encontradas pelos médicos, em meio a uma rede em processo de estruturação (MOTA; BARROS, 2016). Apesar do esforço por parte do governo federal, o planejamento centralizado e as falhas na articulação com o governo estadual acarretaram em precário alinhamento político entre o MS (órgão proponente) e a Secretaria de Estado de Saúde (SES) (órgão implementador) e, como possível consequência, os autores constaram que em 30% dos municípios houve apoio restrito ou insuficiente dos gestores aos médicos do programa no estado de Mato Grosso (MOTA; BARROS, 2016).

### **Territorialidade**

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

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

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

Eles (os médicos) fazem visita domiciliar. Atendemos nas capelas, em imóveis neutros, vamos mais para perto da comunidade. Temos pequenas regiões da zona rural mais distantes e nas quartas feiras são as visitas domiciliares programadas. Tem também as visitas de urgência. [...] A população ficou muito satisfeita, porque eles tinham muita dificuldade de vir até o município. Porque muitas vezes vem a pé, ou de charrete ou depende do carro da saúde para buscar e aí eles precisam largar seus serviços na roça para isso. Então o médico indo para lá, fica mais fácil para eles e melhora o acesso (CAB1).

Pelo relato de um dos coordenadores da atenção básica de saúde (CAB1), é possível perceber que o PMM vem surtindo efeito em um dos seus objetivos expostos no modelo lógico, visto que este conseguiu suprir a necessidade dos municípios, de fixar o médico no seu distrito na zona rural, onde o

acesso aos serviços de saúde era dificultado pela ausência de médicos, dada a alta rotatividade no local.

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

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

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

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

A importância da interação entre os municípios também foi relatada na fala do entrevistado CAB 1. “Antes tinham encontros loco-regionais, mas agora não há mais com a mesma frequência. Os médicos cubanos tinham dificuldade de entender, e quando tinham esses encontros, era uma troca muito boa, mostrando a visão de quem estava envolvido com a medicina” (CAB 1).

Esses resultados demonstram uma articulação territorial em relação ao PMM, principalmente em relação à troca de vivências e experiências intermunicipais, que mesmo não tendo a mesma frequência em razão das rupturas provadas pelas trocas de gestão na área da saúde, como apontado pelo coordenador da atenção básica, mostra sua importância na aprendizagem e possível contribuição para a melhoria do PMM no nível local.

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

### **Participação Social**

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

Nos municípios visitados, observou-se a existência e atividade dos conselhos municipais de saúde, porém foi mencionado pelos coordenadores da atenção básica de saúde e gestores, que não há espaço para discussões sobre o PMM, pelo fato das decisões do programa serem tomadas no nível federal, cabendo aos municípios apenas sua execução. O coordenador da atenção básica de um dos municípios falou sobre reuniões internas, referentes à atenção básica no município: “Na área da saúde tem uma sala de reuniões. Tem reunião com as ESF todo mês e avaliam a atenção básica ali internamente. Em questão de horário, de atendimento, das demandas” (CAB3).

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



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

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho trouxe, em particular, o conhecimento sobre a trajetória do Programa Mais Médicos, em termos de continuidade e limitações, além da ampla visualização teórica de sua estrutura, visando contribuições de duas espécies: teórica, através da exploração do seu arranjo institucional de implementação local e prática, a partir da identificação de espaços para melhorias e aperfeiçoamentos no seu arranjo institucional.

Ao analisar as normativas e documentos referentes ao PMM e elaborar seu modelo lógico, apesar da falta de especificação de metas e recursos na legislação, foi possível observar que o Programa possui um desenho robusto e um arranjo institucional bem definido, com potencial para alcançar seu impacto esperado, desde que seja trabalhada a articulação entre os atores e sua coordenação, que se torna um desafio a cada troca de gestão dos representantes e envolvidos na sua implementação.

Analisando o arranjo institucional do PMM no nível local, foi possível visualizar claramente as funções de cada ator no programa e, como suas competências convergem em um bom ou difícil funcionamento do PMM nos municípios. A partir dos relatos, ainda foi possível constatar o cumprimento de alguns pontos citados no modelo lógico, como os recursos para o eixo de provimento emergencial e as atividades no nível local, bem como a atividade de ensino-serviço, demonstrando o potencial do PMM em cumprir com seu impacto esperado a longo prazo.

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

A partir das análises realizadas, percebeu-se que o PMM, por ser uma política de nível central, é implementado de acordo com sua teoria, dado que os municípios não possuem autonomia para modificar o processo de implementação, somente podendo organizar sua relação com o médico durante o processo. Foi identificado também que a falta de comunicação é um desafio a ser trabalhado em relação à implementação do PMM, que a longo prazo pode inviabilizar sua continuidade nos municípios dependentes.

Conclui-se que, apesar de suas limitações e fragilidades, o Programa vem alcançando bons resultados, porém ainda deve percorrer um longo caminho para conseguir cumprir seu propósito, fato que reforça os aspectos de melhoria e correções, em vez de enfraquecimento ou desmantelamento.

Por fim, é oportuno destacar que esse trabalho traz um avanço nos estudos de implementação de políticas públicas e na análise de arranjos institucionais no nível local, dado que são temas pouco explorados na literatura atual, em especial, nas políticas públicas de saúde. Como sugestão para pesquisas futuras, considera-se a análise do PMM, sob a ótica dos usuários e seu nível de percepção e satisfação com o Programa, o que será oportuno dado o anúncio de revitalização do programa, recentemente anunciado pelo governo federal.

## REFERÊNCIAS

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

- ALMEIDA, E. R. DE et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
- BARDIN, LAURENCE. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRAITHWAITE, J. et al. When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. **BMC Med**, v. 16, n. 63, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1057-z>
- BRASIL. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Brasília: DF. Diário Oficial da União, p. 1, , 2013a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12871&ano=2013&ato=bbao3ZU50MVpWTde7>. Acesso em: 31 jan. 2023
- BRASIL. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.369, DE 8 DE JULHO DE 2013**. Brasília: DF Diário Oficial da União, 8 jul. 2013b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html). Acesso em: 31 jan. 2023.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF. Diário Oficial da União, 21 set. 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.
- CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. **IPEA**, n. 6, p. 77, 2010.
- COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>
- DARIAS, M. et al. Programa Más Médicos en el Estado de Pernambuco, a 4 años de implementación. Logros y desafíos. 2018.
- DE JESUS, R. A.; MEDINA, M. G.; PRADO, N. M. DE B. L. Programa Mais Médicos: Análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. c, p. 1241–1255, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0555>
- EMERICH, T. B. et al. Implementation of the More Doctors Program in Espírito Santo State, Brazil: Logic model and proposed indicators. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00043219>
- FERLA, A. A. et al. Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: O caso do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1129–1141, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0337>
- FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. Nota técnica como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico\*. **IPEA**, p. 1–23, fev. 2007.
- FIANI, R. Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. **IPEA**, p. 1–60, 2013.
- FLEXOR, G.; LEITE, S. P. Análise De Políticas Públicas: Breves Considerações Teórico- Metodológicas. v. 1, p. 1–22, 2006.
- IBGE. **IBGE | Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>>. Acesso em: 31 jan. 2023.
- KELLOGG, W. K. Logic Model Development Guide. **W.K. KELLOGG FOUNDATION**, p. 1–72, 2004.
- KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. DE. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2785–2796, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>
- LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 49–65, 2016. <https://doi.org/10.1590/1678-987316245704>

- LOTTA, G. S.; GALVÃO, M.; FAVARETO, A. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: Intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2761–2772, 2016. <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i2.409>
- LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Novos Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 2, p. 171–194, 2015.
- LUCHESE, P. T. R. (ORG) et al. Políticas públicas em Saúde Pública. p. 90, 2004.
- MACEDO, A. DOS S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, n. spe, p. 593–618, 2016. <https://doi.org/10.1590/1679-395117188>
- MACEDO, A. DOS S. et al. Programa Mais Médicos: análise lógica à luz da modelagem de políticas públicas. **Meta: Avaliação**, v. 11, n. 32, p. 406–437, 2019. <https://doi.org/10.22347/2175-2753v11i32.1792>
- MACEDO, A. DOS S. **Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no Programa Mais Médicos**. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2019.
- MACHADO, F. C. DE A. et al. MODELO LÓGICO PARA OS CICLOS DE MELHORIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 158–179, 2021. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23921>
- MACNAMARA, J.; LIKELY, F. Revisiting the disciplinary home of evaluation: New perspectives to inform PR evaluation standards. **Research Journal of the Institute for Public Relations**, v. 3, n. 2, p. 1–21, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo\\_o\\_sus.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_o_sus.pdf)>. Acesso em: 1 fev. 2023.
- MOTA, R. G. DA; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2879–2888, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>
- OPAS, O. P.-A. DA S. Programa Mais Médicos no Brasil. **Panorama da Produção Científica**. p. 68, 2017.
- PEREIRA, E. DE C. Avaliação do Programa Mais Médicos nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. **Dissertação. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente.**, p. 98, 2017.
- PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1181–1192, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>
- PIMENTEL, M. DE C. R.; FIGUEIREDO, N.; DE LIMA, M. L. L. T. Construção e validação do Modelo Lógico do Programa de Triagem Auditiva Neonatal Development and validation of the Logical Model of the Neonatal Hearing Screening Program Endereço para correspondência. **Revista CEFAC**, v. 22, n. 4, p. 1–9, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022414019>
- PINTO, H. A. Reflexões Sobre As Contribuições Do Programa Mais Médicos Para a Implementação E Coordenação De Políticas Públicas. Em: MELLO, J. et al. (Eds.). **Implementação De Políticas E Atuação De Gestores Públicos**. Brasília: IPEA, 2018.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. DE A. Variações setoriais em arranjos de implementação de programas federais. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 2, p. 195–226, 2015. <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i2.523>
- ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 2, n. 1, p. 12, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1679-39512004000100006>
- SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. v. XXXI, 2016. <https://doi.org/10.21747/0872-3419/soc31a3>

SILVA, B. P. DA et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2899–2906, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>

SMITH, J. L. A critical appreciation of the “bottom-up” approach to sustainable water management: embracing complexity rather than desirability. **The International Journal of Justice and Sustainability**, v. 13, n. 4, p. 353–366, jun. 2008. <https://doi.org/10.1080/13549830701803323>

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

STEIN, G. DE Q. Capacidades Estatais e Políticas Públicas: Análise das Políticas Industriais Brasileiras no Século XXI. **Anais 1º Seminário Internacional de Ciência Política**, p. 79–104, 2015.

VARGAS, A. DE F. M.; CAMPOS, M. M.; VARGAS, D. D. S. O Risco Dos Extremos: Uma Análise Da Implantação Do Programa Mais Médicos Em Um Contexto De Volatilidade Orçamentária. **Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1313, 2016. <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2088>

VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M. DA; BARROS, D. C. DE. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00014217>

WINSLOW, C. E. A. The Untilled Fields of Public Health. **Science**, v. 51, n. 1306, p. 23–33, 9 jan, 1920. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>