

### O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira

What can a policy do? Challenging the implementation of the More Doctors Program based on the experience of a Brazilian city (abstract: p. 15)

¿Cuál es el poder de una política? Problematizando la implementación del Programa Más Médicos a partir de la experiencia de una ciudad brasileña (resumen: p. 15)


**Mara Lisiane de Moraes dos Santos<sup>(a)</sup>**

<maralisi@globo.com> 


**Débora Cristina Bertussi<sup>(b)</sup>**

<dbertussi@gmail.com> 

**Vera Lúcia Kodjaoglanian<sup>(c)</sup>**

<verak.19@hotmail.com> 

**Emerson Elias Merhy<sup>(d)</sup>**

<emerhy@gmail.com> 

<sup>(a, b)</sup> Pós-Graduandas do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (Pós-Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Pasteur, 250, Urca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22290-240.

<sup>(c)</sup> Laboratório de Inovação e Tecnologia em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

<sup>(d)</sup> Departamento de Graduação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil.

Objetivamos problematizar a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. Tendo o encontro como método, apresentamos afecções/reflexões que emergiram de conversas com médicos e outros atores envolvidos com o programa. Os dispositivos para operação do programa revelaram-se insuficientes, considerando-se essa política polêmica/conflituosa. Cada município implementa e tira proveito do programa à sua maneira, criando ou não conjunturas que lhe dão sustentabilidade e potencializam seus efeitos. Em situações desfavoráveis, evidencia-se a fragilidade dos dispositivos para sua sustentabilidade. Constatamos e problematizamos a invisibilidade da política e as fragilidades dos dispositivos na implementação. O programa é uma importante iniciativa federal para melhorar a atenção à saúde, principalmente para a população mais vulnerável; porém, a política está ameaçada e, com a saída dos médicos cubanos, ainda mais fragilizada. Para tanto, debater as suas potencialidades e fragilidades é fundamental.

**Palavras-chave:** Programa Mais Médicos. Políticas públicas de saúde. Atenção básica à saúde. Micropolítica. Cuidados de saúde.

## Introdução

A Lei nº 12.871<sup>1</sup>, de 22 de outubro de 2013, cria o Programa Mais Médicos (PMM) em função do cenário de importante escassez de médicos no país, sobretudo na Atenção Básica (AB)<sup>2</sup>. O PMM é a maior iniciativa desenvolvida no país e uma das maiores do mundo no enfrentamento de problemas relativos a três frentes estratégicas estabelecidas por essa política: provimento emergencial de médicos em municípios com áreas de vulnerabilidade; ampliação de vagas e de cursos de graduação em medicina; e investimentos na infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>1,2</sup>.

Diante dessa inédita ação governamental, investigações têm sido publicadas apresentando análises da política sob diferentes perspectivas: implantação do programa em diferentes locais; efeitos sobre a distribuição de médicos no país e sobre o escopo de práticas dos médicos; indicadores de saúde; satisfação dos usuários, entre outros aspectos<sup>3,4</sup>, com destaque para os evidentes avanços alcançados em direção à efetivação do direito à saúde<sup>5,6</sup>.

Frente ao complexo momento que vivemos no Brasil, com a fragilização da democracia e estado de iminente perda de direitos, além dos resultados obtidos a partir dos efeitos do PMM nos aspectos mencionados, é necessário que o PMM, enquanto política pública de saúde, seja problematizado a partir das visibilidades e dizibilidades que emergem do dia a dia dos serviços e da gestão. A instauração de uma política não está dada a partir de seu texto, suas intenções e sua publicação; o tempo todo segue atravessada por disputas, com questionamentos e tensões de diferentes naturezas acerca da potência de seus dispositivos<sup>7</sup>.

Há uma lacuna na produção acadêmica brasileira acerca dos múltiplos modos de implantação e sustentação da política em diferentes realidades do país, considerando contextos políticos e sociais favoráveis ou contrários ao PMM. Assim, torna-se necessário que a implementação do PMM seja problematizada, colocando em análise a articulação entre a lei como efeito e os efeitos da lei, tomando como cenário de investigação o jogo social e político dos atores que estão implicados ou são gerados nesses processos<sup>8</sup>. O objetivo deste artigo é problematizar o PMM a partir da experiência em um município brasileiro, colocando em análise a produção de potência ou fragilidade na instauração desta política.

## Contextualização

### O Brasil em 2103 – A porteira da rua arrombada<sup>(e)</sup>

Para iniciar esta conversa, localizaremos acontecimentos sociais que ocorreram no ano de 2013, no Brasil. Literalmente, pelo volume e variedade de mobilizações sociais pelo país, podemos afirmar que este estava “pegando fogo”. A onda de protestos que tomou conta do Brasil começou com manifestações contra o aumento das tarifas de ônibus e rapidamente tomou conta do território brasileiro, espalhando-se pelas capitais e principais municípios e ampliando o alvo das manifestações para bandeiras de lutas, que continham certas perspectivas, não bem declaradas, por parte dos manifestantes, com o intuito de desestabilizar o Governo Federal, houvesse ou não provas reais sobre algumas de suas acusações quanto à corrupção nos setores públicos e privados, falta de segurança pública, sucateamento dos serviços públicos, processo inflacionário,

<sup>(e)</sup> Expressão utilizada por Peter Pál Pelbart ao abordar as manifestações populares no Brasil no ano de 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B6Dh2r00H3TicxyRHkwTEZuY1U/view>

aumento no custo de vida e contra grande volume de gastos do Governo Federal para sediar a copa do mundo de 2014, em detrimento de investimentos em políticas públicas fundamentais como educação, saúde, habitação, etc.

Estava-se vivenciando forte polarização entre forças políticas no país. Convocados pelas redes sociais, os protestos de junho de 2013 levaram milhares de brasileiros às ruas e abalaram a estabilidade política no Brasil. Nas ruas, uma parte significativa dos manifestantes que foram aos principais protestos gritavam *slogans* contra a corrupção, os governos e os políticos,

O que estava por trás desse cenário, que aparentemente não passava de insatisfação popular? Essa era a versão oficial da grande mídia para “informar” e estimular os protestos contra um sistema político corrupto que havia produzido uma sociedade com intensas desigualdades. Essas, nos discursos da grande mídia, nunca eram associadas à lógica social de construção de um capitalismo tosco, por esses trópicos, desde há muito. Parecia, também, que se estava gerando um clima de instabilidade, em função da eleição presidencial de 2014. Vivencia-se uma guerra na narrativa política e em acusações de culpabilizações do governo nacional, à época, sob o comando do Partido dos Trabalhadores, criando um clima de intensa polarização entre os distintos atores sociais, a favor e contrários à continuidade dos projetos desenvolvidos pelos governos daquele partido político. Mesmo com o forte movimento de oposição, a presidenta Dilma Rousseff foi reeleita naquele ano.

Como parte da resposta para as “vozes das ruas”, reconhecendo em algumas delas questões legítimas em suas reivindicações, o Governo Federal criou uma agenda de ação com vários pontos sobre questões sociais mais urgentes, dentro da qual formulava-se a construção legal do PMM.

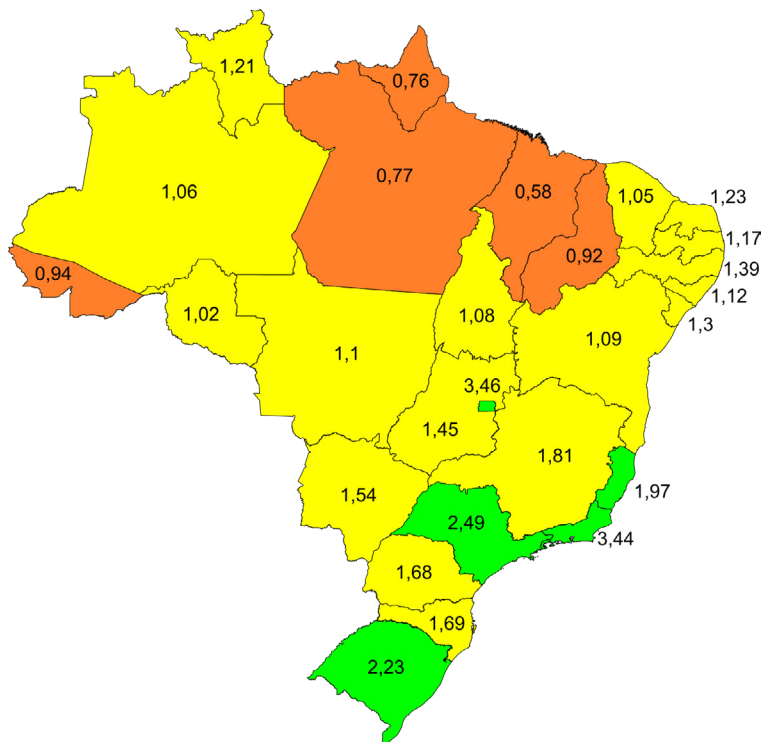
Esse programa, entre várias intencionalidades, declarava o objetivo fundamental de levar médicos para distintas regiões políticas-administrativas do Brasil, onde se reconhecia a escassez ou ausência desses profissionais. O programa também incluiu entre suas ações a abertura de novas vagas de graduação e residência médica; investimentos na construção, reforma e ampliação de UBS; e, ainda, apoio e recursos para essas iniciativas aos governos instalados nesses lugares, alvo da ação dessa construção, estaduais e municipais.

A realidade que a população vinha enfrentando no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde – e sabidamente conhecida por muitas equipes que fizeram parte de Governos Federal, Estaduais e Municipais – era a falta de médicos generalistas e de muitas especialidades nas regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária, tanto em municípios pequenos ou médios quanto na periferia dos grandes centros (as complexas regiões metropolitanas), mesmo considerando políticas específicas para incorporação desse profissional nas redes de cuidados territoriais que o Governo Federal, vários estados e municípios já praticavam. A categoria médica brasileira, em sua maioria e em muitas situações, recusava ir para aquelas regiões. Paralelamente, a população apontava a carência de médico como o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>9</sup>.

Em 2011, o Governo Federal estabeleceu como prioridade o enfrentamento desse problema. Regulamentou a Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010, que permitiu a médicos que se formaram com apoio do programa do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) o abatimento da dívida do referido Fundo, à medida que atuassem em áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>10</sup>.

Nessa direção, a escassez de médicos no país e os importantes vazios assistenciais em função desse problema foram pautados pela Frente Nacional de Prefeitos, em 2013, com o movimento intitulado “Cadê o médico?”, que trazia entre as propostas a flexibilização da entrada de médicos estrangeiros para atuação na AB<sup>11</sup>.

No Brasil, em 2013, a proporção era de 1,8 médicos/mil habitantes, proporção inferior a outros países como Grécia (6.1 médicos/habitantes), Cuba (6.0 médicos/habitantes), Espanha (4.0 médicos/habitantes), Portugal (3.9 médicos/habitantes), Uruguai (3.7 médicos/habitantes), Bulgária (3.7 médicos/habitantes), Israel (3.7 médicos/habitantes) e Alemanha (3.6 médicos/habitantes). Além do problema de escassez de médicos, temos também um problema de distribuição desigual desses profissionais: 22 estados brasileiros apresentam um índice abaixo da média nacional, sendo que em cinco deles (todos localizados nas regiões Norte e Nordeste) a proporção é menor que um médico por mil habitantes<sup>12</sup>, conforme pode ser observado na Figura 1.



**Figura 1.** Relação de médicos para cada mil habitantes por Unidade Federativa do Brasil (cálculos a partir dos dados populacionais do IBGE 2012 e dados primários do Conselho Federal de Medicina 2012)<sup>12</sup>.

A Figura 1 demonstra a intensidade da iniquidade referente ao acesso a serviços de saúde com médicos. A distribuição geográfica dos médicos influencia na qualidade de vida da população<sup>13</sup>; portanto, qualquer desigualdade nessa distribuição tende a gerar resultados socialmente indesejados e insatisfação por parte da população, apesar de as maiores manifestações contra o Governo Federal terem sido provenientes de extratos da classe média e nas regiões Sul e Sudeste do país, que, em geral, são as que têm maior presença desse profissional.

É importante ressaltar que a escassez de médicos no Brasil não é um problema novo ou pouco conhecido. Pode-se dizer que muitas regiões brasileiras não viam a figura do médico na AB há muitos anos; com o agravante de que a presença de médicos especialistas é escassa nos serviços especializados ou hospitalares dessas mesmas regiões. Há um controle na expansão da formação de especialistas pelas próprias associações médicas, que em muitas regiões são dirigidas por grupos de especialistas com capacidade normativa sobre esse processo, até maior do que os próprios governos das várias esferas política-administrativas brasileiras.

Na busca da construção de um SUS com mais equidade, já havia se experimentado estratégias para enfrentar a dificuldade de contratação de profissionais de saúde em áreas vulneráveis – como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), o Programa de Interiorização do SUS (1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2000) e o Programa Valorização do Profissional de AB (Provab – 2011) –, mas tais ações não foram suficientes para produzir fixação de médicos naqueles territórios<sup>11,14</sup>.

Como já mencionado, o PMM faz parte de um amplo projeto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS<sup>15</sup>, na perspectiva de enfrentar o problema de escassez de médicos, o qual ainda não havia se transformado em questão social, nem em objeto de ação contundente do Estado, possivelmente em função do bloqueio imposto por forças sociais mantenedoras da conjuntura<sup>2</sup>.

Gomes e Merhy<sup>15</sup> analisaram a agenda política das principais entidades médicas nacionais brasileiras e suas lutas em torno do PMM do Ministério da Saúde do Brasil e mostraram que nas últimas décadas houve importantes transformações produzidas pelas tensões no trabalho médico no SUS, que vão desde os interesses econômicos relacionados à medicina até as relações micropolíticas no trabalho em saúde. As mais relevantes foram a mudança no padrão de acumulação econômica no setor, sendo que nas formas recentes de organização do capital na saúde houve inversão da relação de lucro, com o aumento no número de pessoas vinculadas às empresas consumindo o mínimo possível dos serviços disponíveis. A inserção do médico no mercado de trabalho tem levado a um processo de assalariamento sem, contudo, levar a uma proletarização desse profissional ou a uma total perda de autonomia desta categoria, que continua a apresentar dimensões relacionadas ao seu trabalho que não são capazes de serem controladas pelo empregador e cujos níveis de liberdade são, inclusive, coerentes com os interesses capitalistas atuais. As relações dos médicos com os demais trabalhadores da saúde também têm sofrido transformações, estando em evidência a disputa pela hegemonia do conhecimento e da atuação nos serviços de saúde, uma vez que parte das ações que antes eram exclusivas da categoria médica atualmente são desenvolvidas por outros profissionais. Por fim, outro fator que causa tensão no setor é a expansão da oferta de cursos de graduação em medicina, que, mediante a maior oferta de profissionais no mercado de trabalho, poderia repercutir na redução da remuneração da categoria.

É nessa conjuntura que o Governo Federal criou o PMM, com o objetivo de melhorar o acesso à saúde; o recrutamento de 18.240 profissionais médicos do Brasil e do exterior; e a inserção de profissionais que aceitaram trabalhar em regiões que os brasileiros, em sua maioria, recusavam-se, garantindo em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) o acesso inédito à AB e produzindo potencialmente

atendimento a 63 milhões de brasileiros<sup>16</sup>. Em março de 2013, período imediatamente anterior ao lançamento do PMM, havia um total de 1.200 municípios com escassez de médicos, ou seja, 21,6% do total do país. Em pouco mais de dois anos do programa, esse número reduziu para 777, passando a representar 14%. Em relação ao total de médicos da AB, os profissionais do PMM correspondiam a 12,7%, em 2015<sup>17</sup>. Após a implementação do programa, setecentos municípios localizados em áreas remotas do Brasil passaram a ter médico na AB com residência no município, fato inédito na história. Na época, os médicos cubanos tinham presença exclusiva em 2.340 municípios (58% do programa) e correspondiam a 90% dos médicos que atuavam na Saúde Indígena<sup>16</sup>.

A proposta previa, além de suprir a escassez de médicos em regiões remotas, a criação de 11.500 novas vagas em cursos de graduação de medicina até 2017 e 12.400 novas vagas para residência médica até 2018. Até 2013, as 27 capitais do país ofereciam 8.858 vagas em cursos de graduação em medicina, enquanto todos os demais municípios brasileiros tinham 8.612 vagas. O número de vagas nas capitais subiu para 10.637 e, no interior, para 14.522. O PMM criou 4.742 vagas de residência em todo o país. Esse número deveria triplicar até o fim de 2017 e em 2019 universalizar (para cada formando em medicina, uma vaga de residência médica para formar especialistas)<sup>16</sup>.

Mesmo com o aumento expressivo do número de vagas na graduação em medicina e nos programas de residência, os avanços não ocorreram conforme planejado durante a formulação do PMM. Os processos que dizem respeito à abertura das novas vagas em novas e antigas escolas médicas e à abertura de novas vagas e novos programas de residência estão incompletos. Em 2017, o Ministro da Educação informou que, por restrição orçamentária, não seriam criadas novas vagas para residência médica em 2018 e, no ano seguinte, o Ministério da Educação suspendeu a abertura de novos cursos de graduação em medicina<sup>(f)</sup>.

O PMM caracteriza-se como uma política para enfrentamento desses problemas históricos acumulados no SUS. Houve tensionamento e resistência de parte da corporação médica e da sociedade brasileira à medida em que foi ocorrendo o recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros, resistência essa mais evidente em relação aos médicos cubanos. Mesmo diante desse contexto, houve o provimento de cerca de 18.000 médicos para a AB, em regiões de maior vulnerabilidade social e com dificuldade de atração desses profissionais, produzindo ampliação significativa na cobertura e acesso para um reordenamento do mercado de trabalho. É na imanência desse complexo e multifacetado contexto de formulação e implementação do PMM que propomos esta análise.

<sup>(f)</sup> <https://g1.globo.com/educacao/noticia/governo-federal-vai-suspender-a-abertura-de-novos-cursos-de-medicina-diz-mec.ghtml>

## Método

### As dobras da pesquisa

O grupo de pesquisa faz parte da Rede de Observatórios de Estudos de Políticas Públicas e Cuidado em Saúde que estuda políticas públicas de saúde e deu início ao processo de investigação no PMM em uma cidade do Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, CAAE: 38804614.8.1001.5291.

Foram realizadas várias oficinas de trabalho com a participação de diversos atores, buscando a produção de narrativas a partir de distintas fontes orais e escritas; e ampliar a possibilidade de construir um esquema compreensivo dos efeitos da política tal como estava sendo operacionalizada.

A aposta metodológica da referida Rede de Observatórios é o encontro; o resto são ferramentas<sup>18</sup>. Na perspectiva do encontro, este artigo não abordará objetivamente os resultados da pesquisa, mas as afecções e reflexões que emergiram a partir dos encontros com os médicos do PMM; suas equipes; grupo de gestores de diferentes âmbitos da rede de saúde; e usuários e estudantes da saúde.

Iniciamos o campo a partir de um encontro com os médicos do PMM do município, com a participação de 14 médicos: três cubanos, quatro brasileiros formados no exterior e sete médicos formados no Brasil.

Na sequência, encontramos também gestores do nível central do município, coordenadores distritais e gerentes de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com médicos do PMM. Fomos até as UBSF em que alguns médicos atuavam e conversamos com os trabalhadores, usuários e estudantes em formação nesses serviços. A cada encontro foi ficando mais evidente a invisibilidade do PMM na cidade estudada, a despeito das intensas disputas e de todas as resistências que aconteceram em torno dessa agenda em todo o país.

Deleuze<sup>19</sup> aponta duas dimensões de um dispositivo: a visibilidade e a enunciação. Cada dispositivo se difunde ao distribuir o visível e o invisível, ao fazer nascer ou desaparecer o objeto que não existe sem ela. O dispositivo PMM é como a máquina de fazer ver e de fazer falar. A visibilidade o faz “ver” e ganhar formas, cores e texturas. A enunciabilidade não designamos como meramente aquilo que se fala sobre o PMM, mas aquilo que se torna possível e justificável falar desse dispositivo. A visibilidade da qual falamos não pode ser confundida com as formas palpáveis, com as figuras ou com as imagens veiculadas pelo PMM. Do mesmo modo, a enunciabilidade não se refere imediatamente aos ditos, às falas proferidas ou mesmo escritas nos vários planos discursivos.

## Resultados e discussão

Os médicos do PMM elaboraram narrativas que abordavam diversos assuntos. Os médicos cubanos consideravam que a diferença entre um médico(a) do PMM e um médico(a) da AB dava-se exclusivamente pelo fato de que os médicos do PMM permaneciam nos serviços durante oito horas diárias, enquanto os demais não cumpriam o horário previsto: “Atendem e vão embora”. Eles mencionaram a dificuldade em ampliar o escopo de práticas na AB em função dos fluxos estabelecidos pelo município. Em contrapartida, os médicos brasileiros do programa não percebem nenhuma diferença entre ser ou não do PMM.

Durante o encontro com gestores das UBSF, coordenadores distritais, de educação permanente e trabalhadores, estes referiram que não tinham conhecimento concreto sobre o PMM e colocaram inúmeros questionamentos envolvendo a política, seus objetivos, operacionalização e locais de inserção.

Eu não sei como funciona esse programa, nunca me informaram nada e eu nunca fui atrás. (Fala de trabalhadores de equipes com médicos do PMM)

Reforçando esta imagem de invisibilidade do PMM, conversamos com estudantes em formação nas UBSF, que relataram: “Nunca soubemos da existência dos mesmos ali e nem outro lugar do município”. Mencionaram também desconhecer essa política.

Pesquisadores: “Vocês conhecem o Programa Mais Médicos?”

Estudantes: “Não, nunca ouvimos falar.”

Pesquisadores: “Vocês sabiam que nessa unidade tem uma médica desse programa?”

Estudantes: “Não sabemos, quem é? Qual a diferença dela para a outra médica?”

Os usuários também relataram desconhecimento sobre a presença de médicos do PMM na UBSF. Em conversa com a gerente, ao abordarmos o PMM, ela respondeu:

Não conheço muito sobre a política, ou melhor, não conheço nada. Eu só sei que eles precisam fazer um curso, mas nem sei qual é e como funciona, não sei a diferença entre os médicos do PMM e os contratados... sei que a Dra. J. é do programa, mas não sei as diferenças no trabalho dela em comparação com o da Dra. G., que é contratada. (Gerente)

Em vários momentos da pesquisa percebemos a invisibilidade do PMM e a construção de narrativas que não distinguiam os trabalhos dos médicos do PMM e dos demais médicos da AB, ou porque não havia, ou porque não conheciam. Tais constatações nos afetaram, o que se configurou como um intercessor em nós<sup>20</sup>, provocando-nos ao deslocamento e à desterritorialização enquanto pesquisadores, produzindo a necessidade de buscar em nossas próprias narrativas essas afetações, já que nossos regimes de verdade e nossos corpos subjetivamente marcados tinham outras expectativas sobre a produção das narrativas dos trabalhadores e gestores.

Em princípio, entre nós havia uma opinião de que estava instalada uma grande e evidente polarização entre apoio ou resistência ao PMM, considerando sua polêmica trajetória de implantação no campo mais amplo da luta societária, que ocorria no âmbito das relações entre categorias profissionais e os formuladores do PMM<sup>15</sup>. Ao constatarmos que gestores, trabalhadores, usuários e estudantes da saúde desconheciam o PMM, mesmo aqueles com implicação direta em seu cotidiano, fomos atravessadas por isso como um acontecimento em nós<sup>21</sup>.

Constatando a invisibilidade do PMM no município e o incômodo provocado por isso, fomos impelidos a conhecer os motivos pelos quais o município aderiu ao PMM. Conversamos então com os agentes institucionais que estavam na gestão da saúde do município na época da adesão do PMM sobre os motivos da adesão do município ao programa, e uma das gestoras apontou que foi para suprir as necessidades de médicos na AB. Ao ser questionada sobre a preferência de médicos brasileiros para atuarem no município, ela relatou: “Sim, preferimos os médicos brasileiros”.

Quando indagada sobre as razões pelas quais a gestão optou preferencialmente por médicos brasileiros, declara: “Ah, porque eles são médicos de verdade”.



O que significa dizer que os médicos brasileiros são “médicos de verdade”? Fomos construindo a imagem de acontecimento-efeito, fatos que foram expressos ou enunciáveis por agentes que compunham o quadro tecnoburocrático da gestão municipal. Para nós, eram manifestações que se apresentavam como enunciado dos desejos em fabricar novas possibilidades e, ao mesmo tempo, carregado de uma grande sobrecodificação de suas crenças em relação à formação dos médicos cubanos, incapaz de formar “bons” médicos. Essa era a mensagem “oculta” em nossas conversas.

No encontro com a coordenadora do PMM do município na época da pesquisa, esta relatou: “O PMM está indo bem, não tenho problemas, faço o acompanhamento da frequência e férias de todos eles”.

A partir dessa constatação durante os processamentos do campo, ficamos com várias perguntas: O que pode uma política pública? A aposta do PMM limita-se ao provimento de médicos na AB? Esse modelo de implantação a partir do provimento, do “controle de frequência e das férias”, cuida? Essa invisibilidade é intencional ou mero efeito? Considerando a análise de uma política pública, o que a realidade encontrada diz dos dispositivos para sua implantação e sustentação?

O PMM é uma política formulada e operacionalizada a partir da difícil realidade encontrada nos municípios por falta de médicos e da incessante demanda de prefeitos e secretários de saúde de municípios de extrema pobreza, intensa violência, pequeno porte e grandes periferias. Paralelamente, houve destacada resistência, em especial das corporações médicas do país, o que gerou grande polêmica e um enfrentamento com tais entidades até então nunca visto no Brasil<sup>15</sup>. Após o impedimento da presidenta Dilma Rousseff, o governo que assumiu a gestão federal tentou acabar com o PMM; contudo, mediante a aprovação da sociedade e da resistência dos gestores municipais, a política permaneceu, entretanto, ainda sob intenso ataque das corporações médicas e do Governo Federal, que mantiveram-se contrários ao programa.

Não há dúvidas de que o provimento de médicos na AB no país é uma necessidade; entretanto, a sustentabilidade da política depende de dispositivos sólidos e potentes, considerando as distintas realidades do Brasil e incluindo os contextos políticos favoráveis e desfavoráveis ao PMM.

Os dispositivos de implantação do PMM são o acolhimento aos médicos, apoio dos supervisores das universidades brasileiras e a oferta de cursos de especialização, que viabilizam a atuação na AB dos médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior sem o Revalida, produzindo uma rede de proteção ao PMM. Entretanto, esses dispositivos foram revelando-se insuficientes, considerando-se que essa política é polêmica, conflituosa e ruidosa.

Cada município implementa e tira proveito do PMM à sua maneira. Nos municípios cujos cenários são favoráveis ao programa, eles criam conjunturas que dão sustentabilidade ao PMM e potencializam seus efeitos na saúde local. Em situações desfavoráveis, limitadas ao provimento, fica evidente a fragilidade dos dispositivos para a sua sustentabilidade, como as narrativas revelaram.

Pensar os mesmos dispositivos para todo o país, independentemente do contexto político de cada lugar, fragiliza o PMM. As diferenças não são consideradas, e esse arranjo de pensar e operar as políticas de saúde de forma centralizada e hierárquica, do federal para o local, tem sido a marca de muitas equipes de diferentes correntes da saúde pública brasileira, quando em situação de governo. Dentro desse *modus*

*operandi*, as políticas são formuladas e implantadas de maneira homogênea e linear, sem considerar as especificidades em contextos locais. Os incentivos indutores das políticas pretendem impor normalização, regras e controle, a fim de determinar os modelos de atenção.

Nesse sentido, enfatizamos, operam como se todos os lugares e populações fossem iguais, com as mesmas características determinantes, sem levar em consideração as diferenças constitutivas e os distintos contextos políticos, sociais, culturais e sanitários nas diversas regiões. Esse modo de fazer política tende a ser frágil para condução de políticas públicas, principalmente quando se trata de uma política que mobiliza forças sociais tão distintas, que tendem a posicionar-se como em trincheiras para disputá-la a cada detalhe, gerando no que é visível a intensificação de polêmicas, guerras nas narrativas e intensas disputas por finalidades distintas, como a do PMM.

Esse modo de produzir política, restrito ao plano formal, ao mundo de normas, regras e portarias restringe a produção de invenção e novidades que considerem as especificidades de cada realidade. A gestão criativa e inventiva invade os espaços formais, produz mobilização e conexões para responsabilização e vínculo, tendo clareza que construímos políticas para enfrentamento de problemas vivenciados pela população e que estas estão sempre em disputas.

O PMM na cidade estudada evidencia a fragilidade dos dispositivos de sustentabilidade da política em cenários políticos adversos; nessa situação, a potência da política é esvaziada. Embora a demanda principal seja o provimento emergencial de médicos na AB, o PMM poderia fortalecer a AB. Considerando todo o enfrentamento que houve em torno do programa, é pouco o que recolhemos da experiência no município estudado: o provimento e o cumprimento da carga horária dos médicos do PMM.

A inserção de médicos do PMM seria capaz de impactar a produção do cuidado na medida em que poderia ser dispositivo para mudar o modo de cuidar em saúde, o que produziria novas visibilidades a partir de práticas diferentes das instituídas e previsíveis. Produzir mais do mesmo no âmbito do cuidado, operar na rotina, acarreta invisibilidade à política, sem tirar o melhor proveito das várias opções que poderiam ter sido construídas. Uma política pública que aposte unicamente no provimento médico não é potente, especialmente quando podemos almejar e criar novas visibilidades e dizibilidades sobre o mundo do cuidado na AB.

É necessário problematizar a invisibilidade da política e as fragilidades dos dispositivos tanto para implementá-la quanto para aproveitar a potencialidade na produção dos efeitos positivos para a saúde.

Dialogando com algumas fontes que produziram reflexões sobre a análise da implantação do PMM, cabe debater sobre uma janela de oportunidade que se abriu para mudar a produção do cuidado em saúde em todo Brasil, mas também entender quanto e como foi permeado por disputas políticas, judiciais e embates ideológicos.

Em um cenário em que os gestores municipais não estavam conseguindo contratar médicos para suprir as demandas da AB, em especial em regiões vulneráveis, os objetivos de recrutamento e provimento de médicos por meio do PMM foi exitoso. Os editais de chamamento cumpriram com o propósito de contratação imediata, operando com gestão descentralizada, papéis bem definidos e processo de contratação claro e organizado. O PMM produziu possibilidade de encarar problemas que até

então eram enfrentados exclusivamente pelas equipes de gestão municipais na oferta de atenção à saúde de qualidade.

Em que pese toda a complexidade e os múltiplos atravessamentos para a implementação do PMM em todo o território nacional, há evidências do recolhimento de efeitos bastante positivos em relação a distintos indicadores de saúde, que merecem ser apontados brevemente. Várias fontes indicam que o PMM criou oportunidades para mudar a produção do cuidado em saúde por todo o país.

Há evidências de que em um curto período de tempo o eixo provimento do PMM alcançou resultados importantes, tais como: ampliação da cobertura da AB em um volume e velocidade significativamente superior aos dos anos anteriores; ampliação do acesso às ações de AB; diversificação do escopo de procedimentos na AB; aumento do ritmo de redução das internações sensíveis à AB, constituição como alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros; boa avaliação por usuários, médicos e gestores<sup>6</sup>; elevação do número de consultas; alto grau de satisfação dos usuários referente ao tempo de espera para agendar consultas, bem como com o atendimento durante a consulta<sup>17</sup>; suprimento da defasagem de médicos, da necessidade da equidade na distribuição em áreas de maior vulnerabilidade e que precisam de médicos<sup>6,17,22</sup>; e redução da rotatividade de médicos na AB<sup>23</sup>. Além do eixo provimento, o PMM impulsionou a expansão do número de vagas na graduação e residência em medicina e mobilizou recursos financeiros para a melhoria da infraestrutura das UBS<sup>24</sup>. Importante apontar que, mesmo com os importantes resultados positivos, houve resistência de alguns profissionais sobre a atuação de médicos cubanos<sup>22</sup>.

As evidências apresentadas mostram os contundentes impactos positivos do PMM na saúde da população, à despeito da fragilidade de seus dispositivos de implementação. Tais resultados nunca foram alcançados com estratégias anteriormente empregadas para enfrentamento do problema de provimento de médicos em áreas brasileiras vulneráveis, em um curto espaço de tempo. Ainda assim, os movimentos de resistência ao programa persistem, principalmente em relação aos médicos cubanos. A oposição à atuação dos médicos cubanos no PMM obteve ainda maior destaque a partir das declarações do presidente eleito do Brasil em 2018, que expulsaria os médicos cubanos do país<sup>(g)</sup>: “Não temos comprovação de que eles são médicos mesmo e que estão preparados para atuar”. Outra declaração do presidente eleito que encontra eco em parte da sociedade e das instituições médicas é que “em torno de 70% do salário é confiscado pela ditadura cubana”<sup>(h)</sup>.

Mesmo com o PMM legitimado pelo Supremo Tribunal Federal em 2017<sup>(i)</sup>, o presidente eleito impôs condições para a continuidade do acordo de cooperação entre Brasil e Cuba: para participarem do programa, os profissionais deveriam ser aprovados no Revalida, e não seria repassado nenhum percentual dos salários dos médicos ao governo cubano<sup>(j)</sup>. Mediante tais condições, associadas ao questionamento da veracidade sobre a formação em medicina dos cooperados, em novembro de 2018 o governo cubano informa a decisão de não mais participar do PMM<sup>(k)</sup>.

É nesse contexto que o PMM tem, de uma só vez, seu quadro de médicos intensamente reduzido. No fim de 2018, dos 16.707 profissionais do programa, mais da metade eram cubanos, responsáveis pela saúde de mais de 28 milhões de brasileiros em 2.857 municípios<sup>(l)</sup>. Os médicos cubanos atuaram nas áreas mais vulneráveis do país: região Norte, semiárido nordestino, cidades com baixo Índice

<sup>(g)</sup> <https://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2018/08/22/bolsonaro-diz-que-vai-usar-revalida-para-expulsar-medicos-cubanos-do-brasil.ghtml>

<sup>(h)</sup> <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/mais-medicos-o-que-disseram-cuba-e-bolsonaro-sobre-a-saida-dos-cubanos-do-programa,afe6186bb0caa05b82af5e83c587bff5yddsjloa.html>

<sup>(i)</sup> <https://g1.globo.com/politica/noticia/por-maioria-stf-valida-regras-do-programa-mais-medicos.ghtml>

<sup>(j)</sup> <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.ghtml>

<sup>(k)</sup> <http://www.granma.cu/cuba/2018-11-14/declaracion-del-ministerio-de-salud-publica-14-11-2018-09-11-05>

<sup>(l)</sup> <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/15/saida-de-cuba-do-mais-medicos-afeta-28-milhoes-de-pessoas-diz-confederacao-dos-municipios.ghtml>

de Desenvolvimento Humano (IDH), saúde indígena e periferias de grandes centros urbanos. Em 1.575 municípios, no PMM havia somente médicos cubanos; desses municípios, 80% são de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes) e localizados em regiões vulneráveis. Trezentos médicos cubanos atuavam em aldeias indígenas, correspondendo a 75% dos médicos atuando na saúde indígena do país. Um expressivo contingente de brasileiros – os mais necessitados e que vivem em regiões mais vulneráveis – serão os principais prejudicados<sup>(m)</sup>.

<sup>(m)</sup> <http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/rede-unida-se-manifesta-sobre-continuidade-do-prog/>

## Considerações finais

O PMM é uma importante iniciativa federal que pretende proporcionar aos usuários do SUS ampliação e melhoria no atendimento de saúde, principalmente para a população de maior vulnerabilidade. O desafio até o momento consistia em dar visibilidade aos benefícios possíveis para o cuidado em saúde; entretanto, com a saída dos cubanos do PMM, o provimento de médicos nas regiões mais carentes, distantes e vulneráveis está comprometido, assim como a sustentabilidade da política mediante a importante resistência do grupo que assumiu a gestão do Brasil a partir de 2019. A política está ameaçada e, para tanto, debater as potencialidades e fragilidades do PMM é fundamental.

A problematização aqui não tem a pretensão de generalizar, tampouco de questionar ou comparar outros resultados de estudos que abordam o PMM em distintos aspectos. Este texto propõe uma conversa sobre a complexa e multifacetada realidade da formulação e implementação da política do PMM, na qual são identificados tanto aspectos comuns sob aparente homogeneidade, quanto, de modo nem sempre visível, outros pontos de vista sobre o PMM.

Apostamos na potência da produção de caminhos para manifestar visibilidades e dizibilidades que encontram-se entremeadas em contextos históricos, éticos e políticos particulares no âmbito da análise das políticas públicas de saúde e do cuidado, mas não deixamos de enfatizar o quanto foi minorada a potência de um dispositivo como o PMM em produzir novas formas de se cuidar para além das práticas médicas de saúde centradas em procedimentos, e não no cuidado integral à saúde.

### Contribuições dos autores

A autora Mara Lisiane de Moraes dos Santos participou da concepção e delineamento do trabalho; discussão dos resultados; redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. A autora Débora Cristina Bertussi participou da discussão dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. A autora Vera Lúcia Kodjaoglanian Santos participou da concepção e delineamento do trabalho; discussão dos resultados; redação do manuscrito; e aprovação de sua versão final. O autor Emerson Elias Merhy participou da concepção e delineamento do trabalho, da discussão dos resultados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do projeto Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, chamada 41/2013, processo número 405045/2013-1, assim como aos pesquisadores da Rede de Observatórios de Estudos de Políticas Públicas e Cuidado em Saúde, em especial à Laura Camargo Macruz Feuerwerker, pelas provocações e qualificação do debate em oficina de processamento do campo da pesquisa referente ao PMM.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O PMM e o fortalecimento da AB. *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:105-20.
3. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2652. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016>.
4. Padilla M. Editorial. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1083-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0749>.
5. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2785-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>.
6. Pinto HA, Oliveira FP, Santana SS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1087-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-7622016.0520>.
7. Feuerwerker LMC. Mais um pouco, a título de prefácio. In: Feuerwerker L, Bertussi DC, Merhy EE. *Avaliação compartilhada do cuidado. Surpreendendo os instituídos nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 2, p. 17.
8. Merhy EE. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude Soc*. 2012; 21(2):267-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200002>.
9. Brasil. Secretaria Especial de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): saúde [Internet]. Brasília, DF: Ipea; 2011 [citado 27 Set 2018]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)
10. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório de Gestão 2013 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 30 Out 2018].



Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/06/Relatorio%20de%20Gestao%202013%20SGTES.pdf>

11. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PMM – dois anos: mais saúde para os brasileiros [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 26 Dez 2018]. Disponível em: [http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro\\_2\\_Anos\\_Mais\\_Medicos\\_Ministerio\\_da\\_Saude\\_2015.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf)
13. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1555-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>.
14. Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da AB (Provab) para o Mais Médicos em 2016. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1217-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0607>.
15. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1103-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0363>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e programas. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2017.
17. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do PMM na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2675-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.
18. Lima F, Merhy EE. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da Saúde Coletiva. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DESA, Slomp Júnior H. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1, p.18-21.
19. Deleuze G. ¿Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa; 1990. p. 155-61.
20. Deleuze G. Conversações. São Paulo: Edições 34; 1998.
21. Deleuze G. Lógica do Sentido. São Paulo: Perspectiva; 1974.
22. Pereira LL, Pacheco L. O desafio do PMM para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1181-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>.
23. Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1269-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>.
24. Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna NF, Cavalcante AES, Vasconcelos MAS, et al. PMM e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e2. doi: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>.

---

We aim to problematize the implementation of the More Doctors Program based on the experience of a Brazilian city. Using encounter as method, we present affections/reflections emerging from conversations with doctors and other actors involved with the program. The devices for the program operation proved insufficient considering this controversial/conflicting policy. Each municipality implements and takes advantage of the program in its own way, creating or not conjunctures, giving sustainability and potentiating its effects. Adverse situations revealed the fragility of the devices regarding sustainability. The invisibility of the policy and the weaknesses of the devices in the implementation is noted and problematized. The program is an important federal initiative to improve healthcare, especially for the most vulnerable, but it is threatened and weakened after the Cuban doctors' departure. For that reason is key to debate its potentialities and weaknesses.

**Keywords:** Health consortia. Public health policy. Primary health care. Micropolitics. Delivery of health care.

---

El objetivo es problematizar la implementación del Programa Más Médicos a partir de la experiencia de una ciudad brasileña. Teniendo el encuentro como método, presentamos afecciones/reflexiones que surgieron de conversaciones con médicos y otros actores envueltos en el programa. Los dispositivos de la operación del programa se revelaron insuficientes, considerándose esta política polémica/conflictiva. Cada municipio implementa y aprovecha el programa a su manera, creando o no coyunturas que le dan sostenibilidad y potencian sus efectos. En situaciones desfavorables queda clara la fragilidad de los dispositivos para su sostenibilidad. Constatamos y problematizamos la invisibilidad de la política y las fragilidades de los dispositivos en la implementación. El programa es una importante iniciativa federal para mejorar la atención de la salud, principalmente para la población más vulnerable, pero la política está amenazada y, con la salida de los médicos cubanos, todavía más fragilizada. Por eso, resulta fundamental debatir sus potencialidades y fragilidades.

**Palabras clave:** Programa Más Médicos. Políticas públicas de salud. Atención básica de la salud. Micropolítica. Cuidados de salud.

Submetido em 31/01/19.  
Aprovado em 16/05/19.