

À adoção do Programa Mais Médicos em Pernambuco: uma análise sobre a decisão local por implementar uma política federal

Michelle Fernandez¹
Marcos Pedrosa²

Resumo

Quais fatores influenciam na decisão do governo local por implementar o Programa Mais Médicos nos municípios pernambucanos em 2013? O Mais Médicos é um programa do Ministério da Saúde criado para aumentar o provimento de médicos na Atenção Básica dos municípios brasileiros. O referido programa, formulado pelo Governo Federal, é de adesão voluntária pelos governos locais. A partir disso, o objetivo do presente artigo é analisar a incidência de fatores políticos, sociais e econômicos na decisão por implementar o Programa Mais Médicos nos municípios de Pernambuco, no ano de lançamento desse programa pelo Governo Federal. Trataremos de compreender a adoção do referido programa a partir da discussão sobre arranjos federais e descentralização de políticas e recorrendo a variáveis explicativas apresentadas pela teoria da difusão de políticas públicas.

Palavras-chave: Políticas públicas. Políticas de saúde. Tomada de decisão. Implementação. Programa Mais Médicos. Pernambuco. Brasil.

- 1 Michelle Fernandez é doutora em Ciência Política pela Universidade de Salamanca (USAL/Espanha). Atualmente é pesquisadora na Universidade de Brasília (UnB) e pesquisadora-colaboradora no Instituto Ággeu Magalhães/Fiocruz (IAM/Fiocruz).
- 2 Marcos Pedrosa é médico, graduado pela Universidade de Pernambuco (UPE), e especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente, é pesquisador vinculado ao Programa de Mestrado Profissional de Saúde da Família no Instituto Ággeu Magalhães/Fiocruz (IAM/Fiocruz).



Direito autoral e licença de uso: Este artigo está licenciado sob uma Licença Creative Commons. Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra, forneça um link para a licença, e indicar se foram feitas alterações.

I Introdução

O objetivo do presente estudo é analisar a incidência de fatores políticos, sociais e econômicos na decisão por implementar o Programa Mais Médicos nos municípios de Pernambuco, no ano de lançamento do programa pelo Governo Federal. Partindo da discussão sobre arranjos federais e descentralização de políticas e recorrendo a variáveis explicativas apresentadas pela teoria da difusão de políticas públicas, trataremos de responder à seguinte questão: quais fatores influenciam na decisão do governo local por implementar o Programa Mais Médicos nos municípios pernambucanos em 2013?

Os governos têm desafios importantes com relação às políticas de saúde. Nessa pauta, eles devem equilibrar as necessidades e expectativas dos cidadãos, as demandas dos profissionais de saúde e as pressões sobre o orçamento público. Em países federais, esses desafios são superados por meio de arranjos políticos que requerem a participação e cooperação na concepção das políticas públicas de pelo menos dois níveis de governo, o que adiciona mais uma variável à complexa equação da gestão das políticas de saúde (BANTING; CORBETT, 2002).

A partir do entendimento dessa complexidade, a influência de vertentes teóricas neoinstitucionalistas que focam no papel do Estado e na interação entre este e diferentes atores passa a pautar o campo de estudos que analisa a formação da agenda política e os determinantes do processo decisório no âmbito das políticas públicas. Estas variáveis também passam a ocupar papel central na observação do comportamento dos atores políticos na adoção de políticas em distintos cenários. Na literatura sobre difusão de políticas públicas, identifica-se o papel de fatores internos e externos para tentar explicar mecanismos de difusão de inovações em diferentes contextos políticos (WAMPLER, 2008). Por um lado, temos a expansão das redes de políticas públicas e a proximidade regional entre adotantes (fatores externos); por outro lado, temos as estratégias de políticos individuais e partidos (fatores internos). Neste estudo, procuramos identificar os fatores que influenciaram na adoção do Programa Mais Médicos entre os municípios do estado de Pernambuco observando essas três dimensões: política, social e econômica.

O artigo está dividido em seis partes: na primeira, fazemos uma discussão sobre o federalismo enquanto arranjo institucional e suas consequências na descentralização de políticas de saúde; na segunda parte, abordamos o debate sobre difusão de políticas para introduzir o *background* teórico das variáveis explicativas utilizadas nesta análise; a terceira apresenta o Programa Mais Médicos e suas diretrizes quanto ao provimento de médicos para a Atenção Básica à saúde; a quarta parte trata dos aspectos metodológicos do estudo; na quinta, apresentamos e discutimos os resultados do modelo utilizado; e, por fim, trazemos algumas reflexões a título de conclusão.

2 Federalismo e descentralização de políticas públicas de saúde no Brasil

As federações são estados compostos por distintas unidades políticas com seus respectivos governos e um governo central. Cada um destes níveis de governo possui uma série de poderes ou competências que foram delegados pelo povo através da aprovação de uma constituição comum. Sob normas federais, as organizações políticas combinam o autogoverno das unidades federadas com o governo central compartilhado. Por esse motivo, a essência do princípio normativo do federalismo baseia-se simultaneamente na unidade nacional do Estado e em sua autonomia política interna (WATTS, 1996).

A essência do federalismo está na criação de instituições e processos que permitam alcançar uma unidade política que acomode e aumente a diversidade durante a solução dos problemas da vida cotidiana. Entende-se, portanto, que o federalismo pode conciliar interesses, valores, preferências diversas que são inerentes à sociedade. O objeto do federalismo, de reconciliar unidade com diversidade, apesar de parecer utópico é uma realidade necessária no cenário político-social plural em que vivemos.

Tratando de conciliar unidade e diversidade, o federalismo representa a noção de princípios normativos e normas constitucionais que regulam as relações intergovernamentais. Essas relações podem ser entendidas como uma das várias formas possíveis de articulação das esferas governamentais e dos processos de políticas públicas (CARVALHO, 2015).

No Brasil, com o fim da ditadura militar e a promulgação de uma nova Constituição surgem diferentes processos de reformulação do Estado. O novo desenho institucional do federalismo proposto pela Constituição de 1988 representou um importante avanço em direção à descentralização de políticas públicas no país conferindo maior autonomia a estados e municípios, entendendo a descentralização como distribuição de poder que estava anteriormente concentrado (SOUZA, 2008; JACCOUD, 2020).

Com o novo arranjo federado brasileiro trazido pela Constituição de 1988, apesar da implementação da descentralização de políticas no país, os entes subnacionais não tiveram acesso a recursos suficientes para colocar sua autonomia em prática. Essa situação gerou, por um lado, uma dependência dos entes subnacionais de políticas formuladas pelo governo central e, por outro lado, garantiu ao Governo Federal a manutenção da sua capacidade de coordenação de uma série de políticas, entre elas as políticas de saúde (ARRETCHE, 2010, 2012; MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018). Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 como um pacto federativo assentado em uma concepção de cooperação entre as diferentes esferas de governo (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

No processo das políticas de saúde, o Governo Federal manteve papel central na formulação de políticas e tomada de decisão sobre elas, enquanto os governos locais atuam como implementadores de políticas. O Brasil desenhou uma variedade de federalismo na qual a União tem autoridade para regular as políticas implementadas pelos Governos Estaduais e Municipais, além de desempenhar um papel na redistribuição inter-regional de recursos, tratando de reduzir, por meio de transferências federais, desigualdades de capacidade de gasto (ARRETCHE, 2012; MACHADO, 2013; MACHADO; PALOTTI, 2015). Além disso, os poderes legislativos da União capacitam o Governo Federal a submeter, ao Parlamento, legislação que tenha como objetivo coordenar as ações de estados e municípios. O amplo espectro de áreas de políticas cuja competência é exclusiva da União colabora para a produção de um governo central forte e dotado de recursos institucionais que o capacita a coordenar as políticas dos governos subnacionais (ARRETCHE, 2012). Assim, nas últimas três décadas, o Governo

Federal teve êxito na produção de regulação das políticas de saúde, possibilitando a coordenação das ações de estados e municípios e tratando de reduzir desigualdades de capacidade de gastos (ARRETCHE, 2020).

Na área da saúde, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pela União, o que gera uma forte capacidade de coordenação de políticas pelo Governo Federal (ARRETCHE, 2004). Porém, apesar dessa regulação e desse alto grau de coordenação que representa a União, no processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil, houve uma flexibilidade do desenho do programa de municipalização, que poderia ter abrangência parcial, semiplena ou incipiente (ARRETCHE, 2000). Além disso, a adesão a muitas políticas propostas pelo Governo Federal acontece de forma voluntária. Ainda que o Ministério da Saúde tenha autoridade para tomar as decisões mais importantes com relação a essa política setorial (ARRETCHE, 2004), há uma relativa autonomia dos entes municipais para aderirem às políticas.

No Brasil, os estudos sobre descentralização de políticas têm uma grande importância para entender o processo de implementação das políticas de saúde (MENICUCCI; MARQUES, 2016; MENICUCCI; MARQUES; SILVEIRA, 2017). Nessa perspectiva, o papel dos atores locais ganha relevância na análise dos motivos que levam esses atores a escolher pela implementação de determinada política, passando a reconhecer a grande importância dos atores locais no processo das políticas públicas (FARAH, 2008). Nesse sentido, a abordagem da difusão de inovações governamentais apresentaria a possibilidade de entender por que programas federais de adesão voluntária no âmbito local chegaram a ser implementados. Ao considerar aspectos para além da literatura de federalismo e descentralização de políticas e do uso de instrumentos coercitivos indutores de coordenação, o referencial de difusão permite compreender o efeito de outros elementos no processo de decisão local por implementar uma política como características socioeconômicas locais; elementos ideológicos e simbólicos, e questões vinculadas à competição política (COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016).

3 O debate sobre difusão de política pública

A difusão é a adoção de uma mesma política pública por diferentes entes de forma independente, mas interconectada (WAMPLER, 2008). Ela pode, também, ser entendida como o processo pelo qual o conhecimento sobre políticas, arranjos administrativos, instituições e ideias em um sistema político é usado no desenvolvimento de políticas, medidas administrativas, instituições e ideias em outro cenário político (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Os estudos de difusão são amplamente desenvolvidos na ciência política produzida nos Estados Unidos. Rose (1991), Dolowitz e Marsh (2000) e Weyland (2004) são alguns dos autores que reintroduzem o tema em estudos sobre políticas públicas no período recente. Na origem dos estudos de difusão, procurava-se observar como políticas públicas inovadoras eram replicadas ou inspiravam o surgimento de outras políticas em sistemas políticos diferentes. Porém, a posteriori, surgiram estudos que tratavam de analisar a difusão de políticas no âmbito de governos locais (FARAH, 2008).

Berry e Berry (1990) e Donahue (2005), por exemplo, focaram em seus estudos na difusão entre governos locais, observando a difusão de políticas entre governos estaduais nos Estados Unidos. A intensificação da disseminação de políticas públicas no nível local de governo, por sua vez, dentro de um mesmo país sofreu também o impacto da transferência para essa esfera de governo de atribuições e responsabilidades anteriormente concentradas no Governo Federal ou central (FARAH, 2008), como discutimos na sessão anterior. A descentralização constitui uma das tendências políticas atuais que veio reforçar a importância crescente da difusão de políticas no nível local de governo.

Ainda sabemos pouco sobre os processos que podem levar à difusão entre unidades subnacionais nas democracias da América Latina, da Europa do Leste, da Ásia e da África (WALKER, 1969; BERRY, 1994; BERRY; BERRY, 1990; WAMPLER, 2008). No Brasil, desde que teve início o movimento de inovação na gestão pública subnacional associado à redemocratização, à descentralização e à “modernização” da esfera pública, podem ser identificadas iniciativas de difusão (FARAH, 2008). Ainda assim, nos estudos sobre difusão desenvolvidos no Brasil, a análise

no nível local de governo é menos explorada pela literatura, apesar da importância assumida por esse nível de governo no novo cenário federalista brasileiro pós-Constituição de 1988 e da emergência de novas políticas públicas e de inovações na administração pública local, decorrentes das competências e responsabilidades assumidas pelos municípios nas últimas décadas. Ainda assim, alguns trabalhos começaram a tratar do tema nos últimos anos (SUGIYAMA, 2006; WAMPLER, 2008; FARAH, 2008; COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016).

Nos debates sobre a difusão subnacional no contexto norte-americano, os acadêmicos recorrem, entre outros, a dois modelos explicativos para a adoção de políticas públicas. O primeiro afirma que os fatores que conduzem a difusão são as características econômicas, políticas e sociais das unidades adotantes. Esta vertente considera como determinantes internos renda, resultados eleitorais e gastos governamentais, entre outros. Estes fatores são tidos como influentes na adoção de um novo programa, considerando que municípios com características similares tendem a adotar políticas similares (WALKER, 1969; MINTROM, 1997; WAMPLER, 2008). Por outro lado, existe o modelo explicativo com base em determinantes externos. E essa perspectiva afirma que, para explicar a decisão de adoção de uma determinada política pública, não bastaria examinar fatores internos ao país ou localidade, mas seria necessário considerar variáveis externas ligadas à difusão, como a proximidade espacial em relação a um lugar onde a política em questão já existisse, além das redes formais e informais (SUGIYAMA, 2006; FARAH, 2008). Para a análise da adoção do Programa Mais Médicos pelos municípios de Pernambuco no primeiro momento do programa, em 2013, levaremos em consideração variáveis apresentadas pela teoria da difusão de políticas.

4 O Programa Mais Médicos

Criado em 08 de julho de 2013, através da Medida Provisória nº 621/2013 – e esta posteriormente convertida na Lei Federal nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013) –, o Programa Mais Médicos (PMM) foi uma resposta à demanda por melhorias no acesso a serviços de saúde. Tal demanda se traduzia na insatisfação popular aferida nas pesquisas de satisfação

(PASSERO, 2013) e na ação organizada dos prefeitos para reivindicar respostas federais às dificuldades em contratar médicos para atuação no Sistema Único de Saúde dos municípios (FRENTE NACIONAL DOS PREFEITOS, 2017).

O Programa tem como finalidade formar médicos para o SUS, com os objetivos definidos no primeiro artigo da Lei nº 12.871/2013:

Art. 1º – É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III – aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII – aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS [...]. (BRASIL, 2013b).

O contexto de dificuldades no provimento de profissionais médicos para o SUS no Brasil em 2013 estão sintetizados na exposição de motivos da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, assinada pelos ministros da Educação, Saúde e da Casa Civil (BRASIL, 2013a). Em síntese, a exposição de motivos da MP apresenta uma série de dados da demografia médica nacional e internacional, da capacidade instalada no país de formação de médicos e de médicos especialistas e nas expectativas de criação de novos postos de trabalho médico no setor público esperadas pela expansão do SUS prevista no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 (BRASIL, 2011).

A menor relação nº de médicos por 1.000 habitantes no Brasil, quando comparado a outros países da América Latina com perfil socioeconômico

semelhante ou a países que têm sistemas universais de saúde, foi um dos principais argumentos que justificaram o programa.

Tabela I – Número de médicos por mil habitantes pelo Mundo

País	Proporção de médicos/1.000 habitantes
Brasil	1,8
Canadá	2,0
Reino Unido	2,7
Argentina	3,2
Uruguai	3,7
Portugal	3,9
Espanha	4,0
Cuba	6,7

Fonte: Brasil (2013a).

Para além da baixa relação nº de médicos/1.000 habitantes no Brasil, os dados que motivam o programa se apoiam também na distribuição desigual de médicos entre os estados brasileiros, acompanhando as desigualdades econômico-sociais do país, assim como as desigualdades dentro das grandes cidades. A distribuição dos médicos nas regiões do país apresenta uma grande desigualdade, com boa parte dos estados com uma quantidade de médicos abaixo da média nacional. A tabela a seguir demonstra essa distribuição nos estados da federação no ano de 2012.

Tabela 2 – Relação de médico por habitante (por estado brasileiro)

UF	População estimada (IBGE 2012)	Total de Médicos (CFM 2012)	Médicos por 1.000 habitantes
Acre	721.006	679	0,94
Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
Amapá	662.927	505	0,76
Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
Bahia	15.001.484	16.311	1,09
Ceará	8.810.603	9.277	1,05
Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
Goiás	6.145.928	8.917	1,45
Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
Mato G. do Sul	2.426.518	3.733	1,54
Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
Pará	7.726.888	5.938	0,77
Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
Paraná	10.945.791	18.406	1,68
Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
Piauí	3.214.556	2.971	0,92
R. de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
R. G. do Norte	3.221.581	3.977	1,23
R. G. do Sul	11.073.282	24.741	2,23
Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
Roraima	445.043	540	1,21
Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
Total	196.526.293	359.691	1,83

Fonte: Brasil (2013a).

É importante ressaltar que as ações que visam a alcançar os objetivos do programa têm 3 (três) eixos estruturais que demandam atuação dos Ministérios da Saúde e da Educação, secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de saúde e instituições de ensino superior: I) expansão de vagas nos cursos de graduação em medicina, assim como sua redistribuição, visando a reduzir as desigualdades regionais de número de médicos, com meta de atingirmos 2,7 médicos/mil habitantes em 2026; II) a expansão de vagas em programas de residência médica com a meta de sua universalização; e III) o provimento emergencial de médicos para atuarem na Atenção Básica (mais especificamente na Estratégia Saúde da Família), articulado com ações de aperfeiçoamento da formação médica

através de integração ensino-serviço que contam com a participação de Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2013b).

No que se refere à expansão de vagas de graduação em medicina no país, houve a publicação pelo Conselho Nacional de Educação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2014), de forma a aproximar a formação médica das necessidades do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Além disso, a lei do Programa Mais Médicos trouxe mudança nas regras de autorização de novos cursos de medicina no país, abandonando um formato em que era livre a solicitação de novos cursos por instituições de ensino. As regras existentes na legislação anterior não consideravam a quantidade de cursos de medicina já existentes naquela região ou unidade da federação, a necessidade de profissionais ou outros critérios ligados ao planejamento da formação de médicos para o SUS. Foi instituído um modelo, com base num edital, definindo critérios regionais que estimulavam a abertura de cursos em regiões do país que contavam com menor oferta de vagas, além de incentivar a interiorização dos novos cursos. Em 2015, mais de 5.000 novas vagas de graduação foram autorizadas no país (BRASIL, 2015).

Os programas de residência médica cuja universalização é almejada no Programa são programas de pós-graduação *lato sensu* equivalentes aos cursos de especialização, mas sujeitos à regulamentação própria pela Comissão Nacional de Residência Médica, ligada ao Ministério da Educação. Essa modalidade de pós-graduação é considerada o padrão-ouro internacional para a formação de médicos especialistas, por suas características de treinamento eminentemente prático nos serviços de saúde e sua extensa e intensa carga horária de atividades – 60 (sessenta) horas semanais e 2.880 (duas mil oitocentos e oitenta) horas anuais em no mínimo 2 (dois) anos de formação. A meta do programa consistiu na abertura de 12.400 (doze mil e quatrocentas) vagas até 2018 com o objetivo de universalizar o acesso para todos os egressos dos cursos de graduação em medicina, garantindo uma vaga para cada egresso. Atualmente MS, MEC e secretarias estaduais estão entre os principais financiadores de programas dessa natureza no país; e, em 2015, já haviam sido credenciadas quase 5.000 novas vagas (BRASIL, 2015).

O eixo de provimento emergencial de médicos para atuarem na Atenção Básica (mais especificamente na Estratégia Saúde da Família), articulado com ações de aperfeiçoamento da formação médica, mediante integração ensino-serviço, é denominado pelo programa como “Projeto Mais Médicos” (PMM) e conta com a participação principalmente de Instituições de Ensino Superior desempenhando o papel de Instituição Supervisora (IS) dos médicos participantes do PMM. Às ISs, cabe a supervisão pedagógica das atividades de integração ensino-serviço. As atividades de supervisão pedagógica contam com a participação de tutores e supervisores, que acompanham as atividades dos médicos participantes. Cabe aos tutores a coordenação e o acompanhamento da execução das ações e aos supervisores a oferta de atividades educacionais incluindo a supervisão presencial das atividades nos serviços de saúde em que os médicos do projeto atuam.

Tabela 3 – Resumo de integrantes do projeto mais médicos para o Brasil

Descrição	Total
Instituições Supervisoras	53
Tutores	203
Supervisores	1.778
Médicos Participantes	15.182

Fonte: Informações consolidadas no Boletim Informativo de Novembro/2016 da Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde – DDES/SESu/MEC (BRASIL, 2016).

O impacto produzido pelo PMM no provimento de médicos para a Atenção Básica do país é algo que deve ser destacado. Entre as 40.067 (quarenta mil e sessenta e sete) equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas no mês de novembro de 2016 (BRASIL, 2017), 15.182 (quinze mil cento e oitenta e duas) contavam com médicos participantes do PMM (Tabela 3).

Na operacionalização do provimento dos médicos aos municípios brasileiros pelo PMM, são periodicamente lançados editais que organizam o fluxo de provimento de médicos nacionalmente: I) adesão de municípios que desejavam participar do projeto recebendo médicos para suas equipes da Estratégia Saúde da Família; II) adesão de médicos com registro

profissional brasileiro interessados em participar do PMM; III) alocação dos médicos nas vagas existentes nos municípios que fizeram adesão. É importante ressaltar que os critérios de municípios elegíveis ao projeto priorizam os com mais pobreza, maior vulnerabilidade social, além das regiões metropolitanas com grandes periferias. Como forma de garantir a oferta total de médicos às vagas disponibilizadas no edital, é prevista a oferta das vagas não preenchidas pelos médicos com registro profissional brasileiro a outros grupos de médicos, nessa ordem: médicos brasileiros formados no exterior sem validação de diploma; médicos estrangeiros sem validação de diploma; e médicos cubanos pela cooperação entre o Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

É justamente a adesão dos municípios ao eixo de provimento emergencial de médicos, disponibilizando vagas para médicos nos editais do PMM que será analisada no presente artigo. Temos uma vasta literatura que avalia, por um lado, o arranjo e desempenho do Programa Mais Médicos (COMES *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; NOGUEIRA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016; TELLES; SILVA; BASTOS, 2019); por outro, os seus impactos na sociedade (ALENCAR *et al.*, 2016; GIRARDI *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Além disso, Rios e Teixeira (2018) levantam, por meio de revisão sistemática, uma série de estudos que apontam as possíveis causas da criação do programa. São elas: as demandas sociais, a necessidade de provimento de médicos, a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde ou a necessidade por mudanças na formação médica. Apesar de todos esses estudos, carecemos de análises que nos levem a entender por que os governos locais optaram, ou não, por aderir a esse programa em um primeiro momento. Nesse sentido, este artigo visa a realizar uma análise sobre os determinantes da adesão das prefeituras ao PMM.

5 Metodologia

A pergunta de pesquisa que norteia a presente análise é: quais fatores influenciam na decisão do governo local por implementar o Programa Mais Médicos nos municípios pernambucanos em 2013? O *n* observado é de 184 casos (todos os municípios de Pernambuco). Decidimos investigar

os municípios que aceitaram implementar o programa quando ele foi criado, em 2013, por acreditarmos que, desta forma, os gestores estariam decidindo pela implementação sem considerar os primeiros resultados observados em outros casos, que escolheram implementar a política em um momento anterior.

No presente estudo, a variável dependente, ou o fenômeno que desejamos explicar, é a Adoção do Programa Mais Médicos (y) no ano 2013. Esta é uma variável *dummy*, portanto apresenta apenas dois valores: 0, para não adoção do programa em 2013, e 1, para a adoção do programa em 2013. As informações sobre a adesão dos municípios ao programa foram publicadas em portarias do Ministério da Saúde específicas para este fim.

(y) Adoção do Programa Mais Médicos

Segundo Coelho, Cavalcante e Turgeon (2016, p. 149), “[...] fatores como capacidade de financiamento da política, posição ideológica dos atores e relações entre Executivo-Legislativo informam que o quadro é muito mais complexo, o que indica um alto grau de tensão para a decisão de adotar uma política”. Assim, apresentamos, nas linhas que seguem, as variáveis independentes (x) usadas para tratar de explicar a adoção do Programa Mais Médicos em Pernambuco; além disso, dividimos as variáveis em três dimensões: política, social e econômica.

Os políticos tomadores de decisão sofrem constrangimentos quando escolhem adotar uma política. Eles vão arcar com custos concentrados pela decisão por implementá-las. Por isso, os políticos necessariamente tentam contar com um conjunto de recursos para vencer os obstáculos que se apresentam, sempre com a preocupação de serem bem avaliados por seus eleitores (COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016; WAMPLER, 2008). Portanto, a partir dessa perspectiva, os determinantes políticos indicariam que a decisão por adotar uma política estaria associada às características políticas locais de onde aquela política será implementada. Nesse estudo, levamos em consideração duas variáveis políticas: a Competição Política Municipal e a Ideologia do Prefeito.

(xi) Competição Política Municipal

As eleições são o principal mecanismo de *accountability* entre eleitores e mandatários. Elas servem como mecanismo de punição ou premiação utilizado pelo eleitorado para demonstrar seu grau de satisfação (ou insatisfação) com seus representantes. É importante, para os representantes, adotar políticas que melhorem a satisfação do eleitorado e possam ser traduzidas em melhor desempenho eleitoral em pleitos futuros. Assim, o grau de competitividade das eleições municipais para o executivo poderia atuar como um fator de ameaça à sobrevivência política. Isso estimularia a implementação de políticas públicas tidas como inovações institucionais (COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016, p. 150). A variável *competição política municipal* será medida através do percentual de votos do prefeito eleito naquele município.

– **Hipótese 1:** Quanto menor o percentual de votos do prefeito em exercício, maior será a chance de adotar a política.

(xii) *Ideologia*

Certos atores formulam políticas voltadas prioritariamente para grupos da população que são mais vulneráveis. Há uma abordagem teórica que se centra nessa ideia e, portanto, considera a ideologia como um fator que influencia a tomada de decisão (COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016); ademais, a adoção de políticas públicas pode ser afetada por um processo de seleção ideológica de alternativas (SUGIYAMA, 2006).

Assim, a variável *Ideologia* busca mensurar a ideologia do partido do prefeito. O objetivo é medir o impacto desse aspecto sobre a adoção da política pública. A premissa teórica é que, de acordo com Mainwaring *et al.* (2000 *apud* COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016, p. 150), os partidos de centro-direita, por um lado, tendem a apoiar políticas mais liberais enquanto, por outro lado, os partidos de esquerda rumam na direção de ações direcionadas à distribuição de renda e voltadas a políticas sociais.

Para operacionalizar a variável *Ideologia*, são utilizadas as medidas de posicionamento ideológico de Silva *et al.* (2013) em um estudo que buscou definir em que posição ideológico-partidária o voto do eleitor brasileiro se

concentrou nas eleições de 2012. A escala varia de 1 (extrema direita) a 7 (extrema esquerda).

– **Hipótese 2:** Quanto mais à esquerda esteja ideologicamente o prefeito maior a chance de adotar a política.

A opção por adotar um programa, muitas vezes, passa pela necessidade de responder a carências básicas, presentes no contexto político em questão, que determinam as características sociais da população local. Nesse sentido, a segunda dimensão de variáveis observadas é a dimensão social. Os indicadores de saúde tratam de medir aspectos do bem-estar (FERNANDEZ, 2015). A saúde da população costuma ser medida por sua ausência. Nessa perspectiva, a mortalidade infantil é uma variável comumente usada para medir os níveis de saúde pela literatura especializada (PIOLA; VIANNA, 2009).

(xiii) Mortalidade infantil por 1 mil nascidos vivos

Utilizaremos a variável *Mortalidade Infantil* no modelo por entender que ela pode medir características sociais que expressam carências locais em atenção à saúde. Nesse sentido, implementar a política seria importante, já que, em tese, impactaria na Atenção Básica à saúde e, consequentemente, nas vulnerabilidades locais. Os dados sobre Mortalidade Infantil por 1 mil nascidos vivos foram disponibilizados pelo IBGE (2021). O ano de referência é 2012, ano imediatamente anterior à criação e implementação imediata do programa. Para os municípios de Altinho, Belém de Maria, Quixabá, Sairé, Tacaimbó, Tracunhaém, foram utilizados dados referentes a 2011. Para o município de Ingazeira, o dado disponível mais próximo do ano observado foi de 2008.

– **Hipótese 3:** Quanto menor a qualidade de vida do município, ou maior taxa de mortalidade infantil, mais este estaria propenso a implementar a política.

A terceira dimensão considerada é a dimensão econômica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito local é implementada pelas gestões dos municípios, a quem cabe a contratação direta ou indireta dos trabalhadores de saúde. Por esse motivo, analisaremos a variável *Porcentagem de Gasto Próprio (Municipal) em Saúde*. Além disso, para a

implementação da PNAB, é fundamental a contratação de médicos para compor as equipes de profissionais de saúde. Nesse sentido, observaremos a variável Médicos por 100 mil habitantes como uma *proxy* da capacidade do município em contratar médicos para atuação local.

(xiv) Porcentagem de Gasto Próprio em Saúde

Uma grande parcela dos gastos próprios dos municípios é dispendida com gastos com pessoal. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no Recife, em 2012, por exemplo, a razão entre gasto com pessoal e gasto total em saúde revela que 51,19% dos recursos próprios dos municípios são dispendidos com profissionais da saúde. Tornam-se evidentes as dificuldades dos municípios em recrutar e contratar trabalhadores de nível superior e médio, principalmente médicos (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017). Se considerarmos que, entre os profissionais da saúde, os médicos são aqueles que possuem mais altos salários, concluiremos que os gastos municipais com pagamento de médicos representam uma parcela importante dos gastos com saúde. É importante considerar que o gasto com o pagamento de salários de médicos representa parte expressiva das despesas com saúde dos municípios, e que a adesão a um programa que contrata o médico por meio do Governo Federal, além de solucionar a escassez de profissionais, seria bastante atraente enquanto medida de financiamento concreto da política de saúde dos municípios. Portanto, municípios com gasto em saúde elevado, ou seja, que já investem parte expressiva de seus recursos próprios com a saúde, poderiam sentir-se atraídos em aderir a uma proposta política que diminuíra sua participação no financiamento de recursos humanos na área da saúde. No Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), base de dados do Ministério da Saúde contendo informações orçamentárias municipais, não havia dados para os municípios de Araçoiaba e Moreno para o ano observado (2012).

– **Hipótese 4:** Quando mais gasto próprio com saúde, maior a probabilidade de o município adotar a política.

(xv) Número de médicos por 100 mil habitantes

A presença de médicos é fundamental para assegurar uma assistência integral e de qualidade aos usuários dos serviços de saúde (RIBAS, 2020). Observa-se que países com baixos números de médicos por habitantes tendem a possuir resultados piores em indicadores de saúde como expectativa de vida e mortalidades materna e infantil (GHW, 2012). De acordo com Oliveira *et al.* (2015), escassez de médicos representa um obstáculo importante para a efetivação do acesso à saúde. Estudos mostram que as gestões municipais têm dificuldades para prover médicos e que aqueles que estão à frente dos municípios mais vulneráveis têm mais dificuldades em contratar médicos para atuar na rede local de saúde (CARVALHO; SOUSA, 2013). Nesse sentido, municípios com menos médicos *per capita* poderiam sentir-se impelidos a aderir a um programa que tenha o intuito de disponibilizar médicos para atuar na rede municipal de saúde, ou seja, na Atenção Básica, sem onerar o próprio município.

– **Hipótese 5:** Quando menor o número de médicos por 100 mil habitantes, maior a probabilidade de o município adotar a política.

(zi) *Número de habitantes*

A variável *Número de Habitantes* nos dará uma dimensão do perfil demográfico das cidades que aderem ao programa logo da sua criação. Para esta variável, utilizamos os dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010, realizado pelo IBGE (2011).

(zii) *IDH-M*

A variável *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)* mede o nível médio de qualidade de vida numa dada localidade. Utilizamos os dados do IDH-M para o ano de 2012, imediatamente anterior à implementação do programa.

Nas linhas acima, apresentamos a variável dependente (y), as variáveis explicativas (xi a xv) e de controle (zi e zii) em uma proposta de modelo para explicar a adesão do Programa Mais Médicos no estado de Pernambuco. No Quadro 1, que segue, estão sistematizadas as variáveis propostas para o referido modelo.

Quadro I – Modelo explicativo da adoção do PMM em Pernambuco

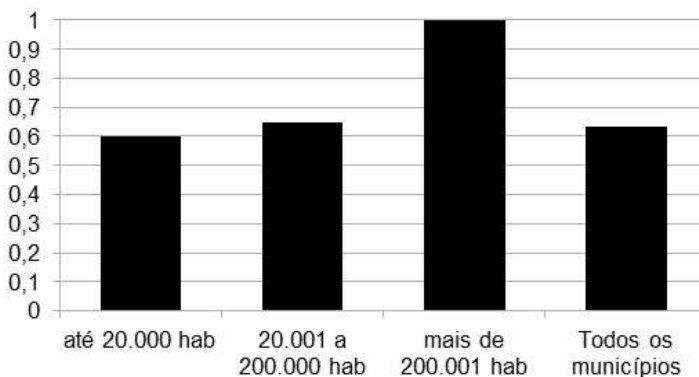
Variável dependente
(y) Adoção do Programa Mais Médicos
Variáveis explicativas
(xi) Competição política municipal
(xii) Ideologia
(xiii) Mortalidade infantil por mil Habitantes
(xiv) Porcentagem de gasto próprio em Saúde
(xv) Número de médicos por 100 mil habitantes
Variável de controle
(zi) Número de Habitantes
(zii) IDH-M

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Para realizar a análise, utilizaremos o método estatístico de regressão logística. Esse modelo de regressão é usado para a análise de variáveis dependentes binárias, ou seja, variáveis tendo somente dois resultados possíveis, como a variável que encontramos na nossa análise. A proporção de sucesso, ou adoção do programa no nosso caso, varia de acordo com os valores das variáveis explicativas (AGRESTI; FINLAY, 2012, p. 533).

6 Resultados e Discussão

Dos 185 municípios pernambucanos, 117 adotaram o programa no seu ano de criação. Isso quer dizer que 63,58% dos municípios adotaram o PMM em 2013. Entre os municípios adotantes, 49 possuíam até 20.000 habitantes, 63 entre 20.000 e 200.000 habitantes e 5 tinham mais de 200.000 habitantes. Este último dado revela que todos os grandes municípios do estado adotaram o programa ainda em 2013. Esses dados estão representados no Gráfico 1.

Gráfico I – Distribuição dos municípios que adotaram o Programa por número de habitantes

Fonte: Adaptado de . Elaborado pelos autores (2021).

Foi realizada uma regressão logística binária para verificar se (xi) *Competição Política*, (xii) *Ideologia*, (xiii) *Mortalidade Infantil*, (xiv) *Proporção de Recursos Próprios para Saúde* e (xv) *Número de médicos por 100 mil habitantes* são previsores da (y) *Adoção do Programa Mais Médicos* nos municípios de Pernambuco. Analisando as variáveis que compõem o modelo proposto, podemos perceber que apenas a Hipótese 2 se confirma, ou seja, quanto mais à esquerda localiza-se ideologicamente o prefeito maior a chance de adotar a política.

Tabela 4 – Modelo de Regressão Logística para a adoção do PMM

Adoção PMM	Coef.	Std. Err.	z	P> z
Competição	-0.00856	0.0193	-0.4426	0.658
Ideologia	0.23978	0.1105	2.1694	0.03
Mortalidade Infantil	0.01699	0.0239	0.7104	0.477
Proporção de Recursos Próprios	0.01581	0.0431	0.3667	0.714
Médicos x 100 mil/hab.	0.69105	0.8763	0.7886	0.43
População	0.00000827	0.00000633	1.3066	0.191
IDH	-1.94517	5.2669	-0.3693	0.712
Constante	0.09757	3.29	0.0297	0.976

$N = 181$; Missing = 3; Total = 184.
 $\text{Chi}^2(4) = 5.91$; AIC = 214; BIC = 239.

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

A variável Ideologia possui um coeficiente com sinal (+). Além disso, o valor-z (2.17) indica que o termo tem efeito na resposta. Por fim, o valor $p = 0.030$, ou seja $\leq 0,05$. Esse é um nível de significância que funciona bem, indicando um risco de 5% de se concluir que existe associação quando não existe uma associação real. Portanto, há uma associação estatisticamente significativa entre a Ideologia e a Adoção do PMM no momento da criação do programa.

Quadro 2 – Situação das hipóteses testadas

Hipótese	Situação
1. Quanto menor o percentual de votos do prefeito em exercício, maior será a chance de adotar a política.	Recusa
2. Quanto mais à esquerda esteja ideologicamente o prefeito maior a chance de adotar a política.	Confirma
3. Quanto menor a qualidade de vida do município, ou maior taxa de mortalidade infantil, mais este estaria propenso a implementar a política.	Recusa
4. Quando mais gasto próprio com saúde, maior a probabilidade de o município adotar a política.	Recusa
5. Quando menor o número de médicos por 100 mil habitantes, maior a probabilidade de o município adotar a política.	Recusa

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

De certa forma, é inesperada a não confirmação de três das hipóteses propostas. A Hipótese 1 é vastamente comprovada na literatura (COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016), mas no caso do PMM, e nesse lapso temporal específico, ela não se aplica. Com relação à Hipótese 3, não a comprovar é um achado importante já que a situação proposta relaciona-se com contextos de municípios com maior pobreza e maiores dificuldades no provimento de profissionais médicos. A literatura vem apresentando evidências de que, com o aumento da cobertura populacional pela Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família, há uma diminuição da mortalidade infantil (GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE, 2012). Isso nos leva a pensar que municípios com maiores taxas de mortalidade infantil tenderiam a adotar o programa de forma imediata. Não comprovar essa hipótese nos leva a pensar que o gestor municipal não considerou estritamente os motivos para sua incorporação, pelo menos não em um primeiro momento. Esse fato, se continuado ao longo do tempo, poderia gerar uma distorção com relação à focalização do programa.

A recusa da Hipótese 4 nos faz trilhar o caminho contrário ao pensamento intuitivo que colocaria a decisão economicista do gestor como variável decisiva para a adesão imediata ao programa. Os municípios brasileiros têm ampliado significativamente os gastos em saúde a partir de receitas próprias, inclusive em níveis superiores aos determinados constitucionalmente (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017). Isso nos levaria a pensar que altos gastos locais em saúde determinariam uma adesão imediata ao programa. Situação que não se confirma na presente análise. Por fim, a recusa da Hipótese 5, que verificava a influência do número de médicos por 100 mil habitantes na decisão do gestor local por adotar o programa, também surpreende. O Programa Mais Médicos foi pensado para sanar o problema da escassez e da desigualdade na distribuição de médicos pelo país. Nesse sentido, esperava-se que os municípios que possuíam números menores de médicos *per capita* tivessem maior ímpeto por uma adesão imediata ao programa.

Tabela 5 – Distribuição dos municípios por adoção do Programa, ideologia do prefeito e tamanho populacional

Adoção do PMM	Ideologia	Número de Habitantes		
		Até 20.000 hab.	Entre 20.001 e 200.000 hab.	Acima de 200.001 hab.
Não Adota	Extrema Direita	0	2	0
	Direita	4	3	0
	Centro-Direita	8	15	0
	Centro	6	6	0
	Centro-Esquerda	4	1	0
	Esquerda	11	7	0
Adota	Extrema Direita	2	2	0
	Direita	9	3	0
	Centro-Direita	11	13	0
	Centro	4	10	2
	Centro-Esquerda	1	2	1
	Esquerda	21	33	2

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

Após confirmar a hipótese de que, quanto mais à esquerda esteja ideologicamente o prefeito, maior a chance de adotar a política, analisemos a

distribuição da variável Ideologia entre os municípios que adotaram e que não adotaram o programa, divididos por faixa de número de habitantes. Primeiramente, percebemos que as cinco cidades grandes, com mais de 200 mil habitantes, adotaram o programa e estão entre o centro e a esquerda. De acordo com a Tabela 5, entre os municípios de médio porte, entre 20 mil e 200 mil habitantes, cerca de 52% dos municípios que adotam o programa são de esquerda, exatamente 33 municípios. Nos municípios pequenos, com menos de 20 mil habitantes, cerca de 44% dos que adotam o PMM estão à esquerda do espectro ideológico.

É importante destacar, na análise, o fato de que o programa foi formulado pela gestão federal do Partido dos Trabalhadores (PT) e implementado por meio de um convênio institucional entre o Governo do Brasil, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Governo de Cuba. Para o provimento emergencial de médicos previsto pelo PMM, o programa contou com a provisão de médicos cubanos. Por esse motivo, o Programa Mais Médicos esteve submetido a uma série de polêmicas e controvérsias que ocuparam espaço na mídia (SILVA *et al.*, 2018), especialmente em virtude da reação das entidades médicas, que se articularam contra a vinda de profissionais cubanos para compor o programa (GOMES; MERHY, 2017). Portanto, o início do PMM foi cercado de disputas judiciais e embates ideológicos advindos de médicos brasileiros e suas entidades representativas (ALESSIO; SOUSA, 2017). Esse cenário pré-adoção do programa pelos municípios, fortemente marcado por disputas ideológicas, pode ter elevado à relevância da variável Ideologia para a adoção do programa no seu primeiro ano de existência.

7 Conclusões

Muitos são os estudos que analisam e/ou avaliam o Programa Mais Médicos (ALENCAR *et al.*, 2016; COMES *et al.*, 2016; GIRARDI *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; NOGUEIRA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016; SILVA *et al.*, 2016; TELLES; SILVA; BASTOS, 2019). Várias avaliações trataram de descrever os resultados do programa e medir seus impactos desde diferentes perspectivas, no âmbito da saúde e fora dele. Porém, este escrito tratou de lançar luz a questões que atuariam na tomada de decisão do gestor local pela adoção do programa.

Atores sociais e políticos internos podem agir para incorporar uma determinada inovação influenciando o processo de disseminação de políticas

(FARAH, 2008). Essa participação ativa de atores locais é vista não como um mecanismo automático, mas representa, na verdade, uma escolha. Testamos, nesse estudo, uma série de variáveis que, teoricamente, poderiam estar relacionadas com esse processo de escolha para a adoção do Programa Mais Médicos. Dessa forma, a presente análise tentou fazer uma primeira aproximação às possíveis condições que influenciariam na adoção de uma política pública de saúde no âmbito municipal. Analisando três dimensões (política, social e econômica), vimos que apenas uma das variáveis da dimensão política (Ideologia) comportou-se como previsor da adoção do programa. Nesse sentido, nosso principal achado é que, quanto mais à esquerda no espectro ideológico, maior a probabilidade de adoção do programa no ano do seu lançamento.

As variáveis aqui apresentadas não exaurem as opções para pensar as possíveis explicações para adoção do programa. Uma agenda de pesquisa que se mantém aberta diz respeito às variáveis institucionais, relacionadas com a capacidade do estado e a qualidade da gestão pública. Seria muito interessante poder medir a incidência dessa nova dimensão na decisão por adotar o PMM. Uma outra agenda possível é a aplicação do modelo proposto aqui às cidades de outros estados brasileiros para observar a manutenção, ou não dos presentes achados.

Referências

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, 2005.
- AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. Porto Alegre: Penso, 2012.
- ALENCAR, A. P. A.; XAVIER, S. P. L.; LAURENTINO, P. A. da S.; LIRA, P. F.; NASCIMENTO, V. B. do; FONSECA, N. C. A.; FONSECA, F. L. A. Impactos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de um município do sertão central Nordeste. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedades**, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, 2016.
- ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1143-56, 2017.
- ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017.
- ARRETCHE, M. T. da S. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?. **Dados**, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, M. Um federalismo centralizado. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, 25 mar. 2020. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/um-federalismo-centralizado/>. Acesso em: 16 jul. 2019.

BANTING, K.; CORBETT, S. **Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective**. Kingston: Queen's School of Policy Studies, 2002.

BERRY, F. S.; BERRY, W. D. State lottery adoptions as policy innovations: An event history analysis. **American Political Science Review**, v. 84, n. 2, p. 395-415, 1990.

BRASIL. **Boletim Informativo de Novembro/2016 da Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Educação, 2016.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Exposição de Mmotivos da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, 2013a**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Exm/EM-MPv621.doc. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, 2013b**. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da SaúdeEducação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina.**, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências2014. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 15 de julhojul. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da Saúde da Família.**, 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 19 jul. 2019.

CARVALHO, G. **Difusão de planos municipais de saneamento básico: condicionantes da formação da agenda governamental em perspectiva comparada**. 2015. 285 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) Dissertação de mestrado – Instituto de Ciência Política, apresentada na Universidade de Brasília, 2015.

CARVALHO, M. S. de; SOUSA, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Revista Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

COELHO, D. B.; CAVALCANTE, P.; TURGEON, M. Mecanismos de difusão de políticas sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. **Revista Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 145-165, 2016.

COMES, Y.; TRINDADE, J. de S.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M.; BARGIONI, F.; RAMIREZ, L.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsabilidade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

DOLOWITZ, D. P.; MARS, D. Learning from Abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance**, vol. 13, n. 1, p. 5-24, 2000.

DONAHUE, J. D. **Dynamics of diffusion**: conceptions of American federalism and essential readings. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2005.

FARAH, M. Disseminação de inovação de políticas públicas e espaço local. **Revista Organização & Sociedad**, v. 15, n. 45, p. 107-126, 2008.

FERNANDEZ, M. V. El panorama de los Derechos económicos y sociales en la periferia urbana Brasileña. **Revista Política Hoje**, Volv. 23, p. 9-41, 2015.

FRENTE NACIONAL DOS PREFEITOS. **Campanha “Cadê o Médico?”** Número de médicos cresce, mas eles estão mal distribuídos pelo país., **Cadê o Médico?**, 18 fev. 2017. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/>. Acesso em: 17 jul. 2019.

GHWA. GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE. **Mid-level workers for delivery of essential health services** – a global and systematic review and country experiences. World Health Organization, 2012.

GIRARDI, S. N.; VAN STRALEN, A. C. de S.; CELLA, J. N.; MASS, L. W. D.; CARVALHO, C. L.; FARIA, E. de O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, volv. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (GHWA). **Mid-level workers for delivery of essential health services** – a global and systematic review and country experiences. [S. l.]: World Health Organization, 2012.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos Interface. **Revista Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. Suplemento 1, p. 1103-14, 2017.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Brasília/DF: IBGE, 2011. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9673&t=sobre>. Acesso em: 15 dez 2021.

Recebido em 08/01/2020
Aceito em 04/01/2021
Versão final em 15/12/2021

The adoption of the Mais Médicos Program in Pernambuco: An analysis of the local decision to implement a federal policy

Abstract

What factors influence the decision of the local government to implement the Mais Médicos Program in Pernambuco municipalities in 2013? Mais Médicos is a program of Ministry of Health designed to increase the supply of doctors in primary care in Brazilian municipalities. The adherence to this federal program is voluntary by local governments. From this, the goal of this article is to analyze the incidence of political, social and economic factors in the decision to implement the Mais Médicos Program in the municipalities of Pernambuco, in the year of launch of the Program by the Federal Government. We will try to understand the adoption of the program from the discussion about federal arrangements and decentralization of policies and using explanatory variables presented by the theory of policy diffusion.

Keywords: Public policy. Health policies. Decision making. Implementation. Mais Médicos Program.