


Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação


Federal management of the More Doctors Program: the role of the Ministry of Education (abstract: p. 11)

Gestión federal del Programa Más Médicos: el papel del Ministerio de la Educación (resumen: p. 11)


Erika Rodrigues de Almeida^(a)

<erika.almeida@saude.gov.br> 

Harineide Madeira Macedo^(b)

<hmmacedo@unb.br> 

José Carlos da Silva^(c)

<carlossilvan2003@yahoo.com.br> 

^(a) Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar. Brasília, DF, Brasil. 70058-900.

^(b) Centro de Educação a Distância, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

^(c) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Educação (doutorado), Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) possui três eixos de atuação e é fundamentado pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente. Considerando a abrangência do programa, que vai do provimento emergencial de médicos até a ampliação do número de vagas em cursos de graduação e residência em Medicina, sua gestão é interministerial, na qual o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) compartilham responsabilidades para seu pleno funcionamento. O presente trabalho relata a construção da experiência de gestão do PMM por parte do MEC, que inclui a estruturação de uma nova diretoria e de novos modos de fazer gestão nesse ministério. Também aponta as principais dificuldades e facilidades durante todo o processo, além de sinalizar importantes reflexões sobre as perspectivas e desafios para a continuidade e sustentabilidade do programa.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Gestão. Educação. Saúde. Atenção primária à saúde.

Introdução

O PMM foi criado em 2013 pela Lei nº 12.871¹, de 22 de outubro, fundamentado pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente em Saúde (EPS), com o objetivo de atender a população brasileira nos serviços de Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de modalidades formativas de ensino, pesquisa e extensão. O programa abrange três eixos de atuação: I – reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

Considerando a abrangência do programa, que vai do provimento emergencial de médicos em áreas de escassez e/ou dificuldade de fixação desses profissionais até a ampliação do número de vagas em cursos de graduação e residência em Medicina, sua gestão é interministerial, na qual o MS e o MEC compartilham responsabilidades para seu pleno funcionamento.

Na perspectiva de atender às finalidades relacionadas ao eixo educacional e alinhando-se às legislações do programa, instituiu-se nova configuração gerencial, no âmbito do MEC, alterando-se a estrutura organizacional da Secretaria de Educação Superior (SESu) por meio do Decreto nº 8.066/2013, que criou a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) com duas coordenações: Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRS) e Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES).

A SESu é a unidade do MEC responsável por planejar, orientar, coordenar e supervisionar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Educação Superior no Brasil. A manutenção, a supervisão e o desenvolvimento das instituições públicas federais de ensino superior (Ifes) e a supervisão das instituições privadas de educação superior, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), também são de responsabilidade da SESu.

À DDES foram atribuídas as seguintes competências: I – avaliar o desempenho gerencial dos programas de educação em saúde; II – supervisionar a capacitação de profissionais do PMM e dos demais programas na área de saúde no âmbito da educação superior; III – monitorar a implantação dos cursos na área de saúde; IV – coordenar a implantação, o monitoramento e a avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), no âmbito do PMM do Governo Federal, em conjunto com o Ministério da Saúde; V – propor critérios para a implantação de políticas educacionais e estratégicas, com vistas à implementação de programas de residência em saúde; VI – desenvolver programas e projetos especiais de fomento ao ensino, visando ao treinamento em programas de residência em saúde; VII – coordenar as atividades da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); VIII – conceder e monitorar as bolsas de estudo para programas de residência em saúde nas Ifes; IX – propor diretrizes curriculares nacionais para a formação em residências em saúde; X – coordenar a elaboração e implantação do sistema nacional de avaliação de programas de residência em saúde; XI – estabelecer critérios e

acompanhar o cumprimento pelas instituições nas quais serão realizados os programas de residência em saúde, além da sistemática de credenciamento e acreditação periódica dos programas; XII – estabelecer as normas gerais de funcionamento dos programas de residências em saúde, conforme as necessidades sociais e os princípios e diretrizes do SUS; e XIII – certificar os hospitais de ensino, em conjunto com o MS.

Essas alterações no âmbito do MEC estão inseridas no contexto dos investimentos em políticas sociais que o país passou a desenvolver a partir da segunda metade da década de 2000². O PMM, ao apresentar ações que levam ao fortalecimento do SUS, também se enquadra como uma política de redução das desigualdades sociais no Brasil, uma vez que universaliza o acesso à saúde de populações de áreas remotas e de periferias das grandes cidades. Daí a importância de se ter um olhar do ponto de vista da gestão de políticas públicas em nível federal, independente das conjunturas.

Considerando a importância do registro histórico do processo de construção da gestão ou implementação do PMM e a relevância da partilha de experiências por meio do relato das lições aprendidas e análise institucional, este trabalho apresenta um breve relato da gestão federal do PMM por parte do MEC. O objetivo é reconstituir a história da DDES desde a sua criação em 2013 até a sua evolução em 2016, quando ocorreu a ruptura democrática por meio de golpe parlamentar ocorrido no Brasil, destacando as potencialidades e fragilidades do processo de gestão do PMM por parte do MEC neste período.

Convém destacar que este trabalho apresenta a sistematização de relatos de agentes que participaram da formulação do programa e de sua gestão no âmbito do MEC durante o período supramencionado. Assim, os sujeitos autores deste trabalho possuem trajetória na gestão federal do PMM no MEC, tanto na direção da DDES quanto na coordenação e equipe técnica da CGEGES, e conseqüente implicação com a política em questão e com os movimentos desencadeados pelo MEC ao longo da implementação e gestão do programa.

O conteúdo aqui apresentado foi construído com base nas seguintes fontes: relatos das vivências dos sujeitos e documentos produzidos durante a gestão do programa no MEC, como relatórios anuais de gestão, documentos normativos e técnicos, atas e outros registros de reuniões. A fim de facilitar a organização dos relatos dos sujeitos, algumas perguntas norteadoras foram utilizadas, a saber: a) Como se deu o processo de criação da DDES e da CGEGES?; b) Quais as negociações e os agentes envolvidos no processo de criação da DDES e da CGEGES?; c) Como se organizou a DDES? Qual foi a estrutura construída?; d) Como a criação da DDES se relaciona com o PMM?; e) Como se deu a implantação do PMM no âmbito do MEC?; f) Quais as dificuldades e facilidades vivenciadas durante a implantação e ao longo da gestão do PMM no MEC entre 2013 e 2016?; g) Quais as mudanças, ganhos e perdas que podem ser atribuídos ao processo de *impeachment* (ou golpe parlamentar) ocorrido em 2016?; h) Quais as perspectivas e/ou expectativas relacionadas à sustentabilidade do PMM após as mudanças políticas ocorridas a partir de 2016?

Todo o material utilizado como fonte de informação para a produção deste artigo foi sistematizado e analisado utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin³, respeitando-se as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Dessa forma, buscou-se compreender as informações repassadas pelos sujeitos, entendendo o sentido da comunicação e inter-

pretando-as de forma a buscar outras significações, com vistas a produzir os relatos dos fatos históricos ocorridos no período em análise. Os resultados encontrados são apresentados em sessões, considerando a cronologia em que se deram e as temáticas enfocadas.

A emergência da DDES na gênese do PMM e sua interface com a Atenção Básica

A Atenção Primária à Saúde (APS) (ou AB), no Brasil, é entendida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A APS brasileira possui na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação⁴.

Desde sua criação, primeiramente como Programa Saúde da Família, em 1994, diversos têm sido os desafios enfrentados para o alcance de expressivo grau de resolução e para que as políticas tenham impacto sobre a organização dos serviços e a melhoria do estado de saúde da população brasileira⁵. Destacam-se o subfinanciamento das ações⁶, a dificuldade de contratação e fixação de profissionais de saúde – sobretudo médicos –⁷⁻¹⁰, a insuficiente qualificação dos trabalhadores para o exercício na Saúde Pública^{10,11}, a concorrência de orçamento com a média e alta complexidade^{12,13}, o baixo capital simbólico para a população¹³, dentre outros.

Na tentativa de superar a escassez de médicos no Brasil, bem como de reduzir as iniquidades na distribuição desses profissionais entre as regiões e localidades¹⁴, em 2013 o Governo Federal criou o PMM, estruturado com três eixos de atuação: I – investimento na melhoria da infraestrutura das redes de atenção à saúde; II – ampliação da oferta de cursos e vagas em Medicina, incluindo reforma curricular na graduação e residência médica; e III – a implantação do PMMB, caracterizado pelo provimento emergencial de médicos na APS, em áreas prioritárias para o SUS.

De acordo com o marco legal instituído para o programa, os eixos II e III possuem caráter formativo e, por essa razão, demandaram o envolvimento do MEC para viabilizá-los adequadamente. Assim, no mesmo ano de 2013, foi instituída nova estrutura organizacional, por meio do Decreto nº 8.066/2013, responsável pela gestão dos aspectos educacionais do programa: a DDES.

Essa diretoria, criada no âmbito da SESu, foi estruturada em articulação com outras já existentes no MEC, como a CGRS e a Secretaria de Regulação do Ensino Superior (Seres). A CGRS, criada no MEC juntamente com a Coordenação Geral de Hospitais Universitários (CGHU) em 2007, dentro da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde (DHR), que foi instituída por meio do Decreto nº 6320, de 20 de dezembro de 2007, era responsável pela gestão dos programas de residência médica, multiprofissional e uniprofissional, bem como pela coordenação dos trabalhos das Comissões Nacionais de Residência Médica (CNRM) e Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Na época em que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada, em 2011, esta absorveu a CGHU e a CGRS ganhou *status* de di-

retoria, ligada diretamente ao gabinete da SESu. Assim, na criação da DDES, a CGRS foi novamente reposicionada dentro do MEC, passando a se reportar hierarquicamente à nova diretoria, conjuntamente com a CGEGES, e absorvendo novas atribuições, definidas a partir da criação do PMM. As metas relacionadas à expansão de programas e vagas de residência médica ficaram sob a responsabilidade da CGRS, enquanto as ações relacionadas à expansão de vagas e cursos de graduação em Medicina, bem como as ações relacionadas ao ciclo formativo do PMMB, como os Módulos de Acolhimento e Avaliação e a supervisão acadêmica aos médicos, ficaram sob a gestão da CGEGES.

Vale destacar que a concepção do PMM, bem como sua gestão e operacionalização, ocorreram sob forte articulação e parceria entre MS e MEC. No âmbito do MS, a articulação com a SESu era realizada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), especialmente por meio do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Depreps) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges).

A equipe de gestão do PMM no MEC: novos perfis e novas estruturas

No contexto da reestruturação do MEC e com o surgimento da DDES, a gestão foi assumida por um profissional com experiência no SUS e na educação superior, que permaneceu na função de dezembro de 2013 a março de 2016. A descrição desse perfil nos leva a destacar que, neste relato dos fatos históricos, está se partindo da premissa de que as dificuldades ou insucessos na implementação das mudanças no MEC não tinham origem no desenho da política pública, mas na consideração de que o momento de sua implementação exige um campo específico de análise¹⁵.

Ao integrar o MEC, além de dirigir as ações sob a competência da CGRS, cuja equipe já estava organizada, foi estruturada a equipe de gestão central na CGEGES, subdividida em duas frentes: uma voltada à gestão do processo de expansão das escolas públicas de Medicina no Brasil, em consonância com a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas¹⁶, e outra com a responsabilidade de gerenciar as ações de supervisão no âmbito do PMMB. A coordenação da CGEGES ficou na responsabilidade de um gestor de carreira do MEC, com formação na área da Saúde.

A equipe técnica estruturada na CGEGES possuía, em sua maioria, formação superior na área da Saúde (Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social, Enfermagem, etc.) e da Educação (Pedagogia), além de experiência na gestão e/ou assistência em Saúde e experiência em gestão da Educação e da Educação em Saúde. Essa equipe foi responsável, nos primeiros meses de estruturação da CGEGES, pela construção de importante arcabouço normativo do MEC para a gestão do PMM; pela articulação com outras instituições parceiras, como a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), EBSEERH e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); e pela definição e organização de fluxos processuais e organizacionais da nova coordenação.

Vale registrar que o Programa, inicialmente pensado para cobrir a Atenção Básica brasileira com o provimento de quatro mil médicos, foi expandido substancialmente, chegando a prover com mais de 18 mil médicos cerca de quatro mil municípios do Brasil (aproximadamente 73% da totalidade de municípios brasileiros) até dezembro de 2016. Esse aumento gerou a necessidade de ampliação da equipe de gestão do MEC, que foi operacionalizada por meio da estratégia de apoio institucional descentralizado.

Apoio institucional é uma ferramenta de gestão, utilizada usualmente pelo MS, mas não pelo MEC, para a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos. Além disso, ele pode ser incorporado pelos coletivos organizados sem a necessidade de um agente externo¹⁷.

Em março de 2014, foi iniciada a estruturação de uma equipe de apoiadores estaduais do MEC para o PMMB, que tinham a responsabilidade central de mediar a relação entre as instituições que realizam a supervisão e tutoria aos médicos participantes e a gestão federal do PMMB. Esses apoiadores, cuja quantidade ampliou-se de quatro para quarenta pessoas em um intervalo de seis meses, possuíam formação e experiência na área da Saúde e tiveram seu processo de trabalho organizado fortemente à luz do referencial da Educação Popular e da Educação Permanente em Saúde. Essa experiência é relatada por Almeida et al.¹⁸.

Além da relação com o MS e com instituições que atuavam na tutoria e supervisão aos médicos do PMMB, a CGEGES ainda construiu articulações institucionais com a EBSEH, que apoiava a coordenação nos processos de pagamento de bolsas a tutores, supervisores e avaliadores da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (Camem); com a UNA-SUS, que desenvolveu sistema eletrônico de acompanhamento e monitoramento das ações de supervisão (webportfólio), no qual eram inseridos os relatórios comprobatórios da supervisão aos médicos do programa; e com a Fiocruz, especialmente a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), que apoiou o MEC nos processos logísticos de deslocamento de tutores e supervisores às Unidades de Saúde da Família onde os médicos do programa estavam atuando.

Com a ampliação do programa e a necessidade de garantir o processo de supervisão à totalidade de médicos, em atendimento à regulamentação vigente, também foi construída importante articulação institucional com o Ministério da Defesa, que apoiou o MEC na logística de deslocamento de supervisores e tutores do Grupo Especial de Supervisão¹⁹, responsável pela supervisão em área indígena e em regiões com dificuldade de acesso nos estados do Pará, Amazonas, Roraima e Acre. Tal articulação foi fundamental para a viabilidade de supervisão nessas regiões e foi importante para estreitar laços institucionais entre dois ministérios historicamente distantes.

Considerando que o PMM foi o carro-chefe do governo de Dilma Rousseff no campo da Saúde Pública, estruturou-se relevante articulação com a Casa Civil da Presidência da República, sobretudo com a Subchefia de Avaliação e Monitoramento, a qual era responsável pelo monitoramento das ações do programa e acompanhamento das metas estipuladas.

Todo esse processo foi fundamental para posicionar o MEC em um lugar de destaque na gestão do PMM e, inclusive, para redirecionar sua estrutura organizacional e funcional, de modo que ele fosse capaz de contribuir efetivamente para o alcance dos objetivos do programa. Porém, a reestruturação do MEC e a consolidação do PMM não ocorreu sem a participação popular. O controle social sempre foi um grande desafio no programa. Primeiro, porque o controle social tem um caráter mais forte no setor da Saúde. Segundo, o debate da educação médica nunca teve uma articulação com os conselhos de Saúde. No entanto, a equipe do PMM sempre buscou se articular com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com os conselhos estaduais e municipais para

diálogos e escutas de análises e sugestões para melhoria do programa, além das entidades representantes do movimento estudantil na área médica (especialmente a Denem). Isso também se dava com o Conselho Nacional de Educação, devido ao seu caráter consultivo, para implementar as políticas públicas de educação.

Vale destacar, ainda, que todo esse processo foi consideravelmente importante para reaproximar os Ministérios da Saúde e da Educação. Embora criados “irmãos”, em 1930, a cisão do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1953, trouxe consigo expressivo grau de disputa entre as pastas, que perdura até os dias atuais. Seja por disputa de orçamento, seja por disputas ideológicas, ambos os ministérios têm em sua trajetória momentos de fraternidade e de ruptura. No âmbito do PMM, as principais disputas se deram em torno da gestão acadêmica dos Módulos de Acolhimento e Avaliação; da gestão dos processos de abertura de novas escolas médicas; da expansão das vagas e de programas de residência médica, e da gestão dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes).

Em que pesem as oscilações nessa relação interministerial, o fato de as equipes dirigentes do PMM em ambos os ministérios possuírem relações pessoais prévias e trajetórias similares no campo do trabalho e da militância no SUS, foram fundamentais para a superação dos desafios institucionais (instituídos ou instituintes) e a construção de uma relação fraterna, solidária e colaborativa, o que contribuiu substancialmente para o bom desempenho do programa.

Desafios e perspectivas para o PMM a partir de 2016

Com a ruptura do processo democrático brasileiro, consolidada em agosto de 2016 por meio do *impeachment* (ou golpe político, parlamentar e jurídico) da presidenta Dilma Rousseff, extensa reforma do Governo Federal foi implementada. Praticamente todo o corpo dirigente e técnico de todos os ministérios foi modificado, além de reformulado todo o projeto de governo com a assunção de Michel Temer à Presidência da República.

No âmbito do PMM, tanto as equipes do MEC quanto do MS sofreram expressivas mudanças que, inclusive, provocaram modificações substanciais no próprio programa. No MEC, os ajustes na gestão da DDES após o golpe parlamentar não ocorreram de imediato, mas foram paulatinamente acontecendo com desmonte dos processos e procedimentos de caráter de gestão pública e, quatro meses após a chegada da nova direção, instaurou-se um modelo “terceirizado” da gestão e também de clientelismo. O novo modelo de gestão reverberou positivamente junto com os colaboradores com perfil técnico-burocrático e sem vinculação ideológica com o próprio programa, aliado ao fato de que muitos ansiavam por projeções de cargos na equipe. Esse formato de gestão e de condução com a gestão pública, somado à vontade de terceirizar as responsabilidades da direção, foi um encontro memorável para os interesses pessoais dos envolvidos; porém, trouxe prejuízos para o PMMB.

O desafio que essa equipe encontrou, primeiramente, foi na compreensão do programa e do projeto, e isso só ocorreu mediante pressão da Presidência da República, dos órgãos de controle e fiscalização do Governo Federal e do Ministério da Saúde, quando se apressaram em estruturar a equipe, a partir de critérios que não consideravam as competências e habilidades necessárias ao desenvolvimento do PMM. Em

segundo lugar, a equipe gestora deparou-se com a finalização do termo de convênio entre o MEC/EBSERH e Fiocruz, que mantinha não só a equipe, mas todas as ações do PMM sob responsabilidade do MEC.

Com dificuldades para negociar a continuidade do PMMB, a coordenação da CGEGES propôs um arranjo temporário à Fiocruz, que durou até o mês de setembro de 2017. As dificuldades de continuidade do convênio deram-se tanto por questões de natureza financeira – o novo valor que o MEC propôs à Fiocruz não era compatível com o planejamento orçamentário anterior – quanto pela concorrência de projetos – as prioridades da nova gestão não dialogavam com as necessidades do PMM. Desse modo, segundo instituições supervisoras do PMMB, tal impasse ocasionou a paralisação da supervisão acadêmica por três meses e, enquanto as negociações não logravam êxito, deixaram parte do PMM na ilegalidade devido ao não cumprimento do que está previsto em lei, que seria manter a supervisão regular e periódica de todos os médicos participantes. Também ocorreram mudanças no perfil dos apoiadores institucionais, uma vez que houve preenchimento das vagas de natureza pouco técnica. Antes, esses atuavam em uma perspectiva do apoio institucional e atualmente têm um caráter mais burocrático.

No que diz respeito à política de expansão das escolas médicas, às ações relacionadas à reforma curricular da Medicina e às ações referentes às residências médicas, houve paralisação das agendas em curso, inclusive com interrupção do processo de abertura de novas escolas e de ampliação de vagas de graduação e de residência médica, além de intensa movimentação em torno da reversão das mudanças nas diretrizes curriculares impressas pelo PMM.

A agenda defendida pela maioria das entidades médicas, historicamente contrárias ao programa, foi retomada, sendo aberto espaço para desmonte dos avanços alcançados até então, inclusive sendo ressuscitado o modelo de formação biomédica tradicional, médico-centrada.

No âmbito da supervisão, a relação com o MS tornou a se distanciar, sendo relatados graves prejuízos nos Módulos de Acolhimento e Avaliação, além do abandono de projetos de qualificação de supervisores e tutores. Também é relatada interrupção do Grupo Especial de Supervisão – que realizou em 2017 uma única supervisão presencial dos médicos atuantes em áreas remotas e áreas indígenas –, além de dificuldades de cumprimento dos pressupostos do programa no que diz respeito à regularidade e longitudinalidade da supervisão e tutoria acadêmica.

Ante o exposto, não parecem animadoras as perspectivas de futuro para o PMMB na conjuntura atual. O não comprometimento com a causa coletiva e com a universalidade do acesso da população brasileira à assistência à saúde com qualidade, como previsto para os usuários do SUS, parece não compor a agenda de preocupações do MEC na gestão da Educação em Saúde.

Por fim, há retrocesso nos níveis e instâncias de gestão do MEC decorrentes da mudança na macrogestão. A gestão atual na DDES apresenta fortes indícios dos vícios da administração pública, tão combatidos atualmente, e que levam à desconstrução de políticas públicas em Saúde e Educação – formação médica – que afetará enormemente as futuras gerações. Mostra-se urgente a necessidade de maior envolvimento e atuação das instâncias de controle e participação social, tanto do campo da Saúde quanto do campo da Educação, bem como um maior protagonismo das instituições de ensino

envolvidas nos processos de supervisão, a fim de garantir a continuidade e sustentabilidade do programa; e, sobretudo, a consecução do direito à saúde de qualidade a toda a população.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

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).

Referências

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Madeira LM. Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Observatório de Análise Política em Saúde. Atenção Primária à Saúde em 2016: avanços, desafios e resultados [Internet]. Salvador; 2016 [citado 27 Dez 2017]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=58f51333a319ff1adc256e5205e4e372&pg=1>
6. Silva IB. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. Rev Bras Promoc Saude. 2017; 30(1):110-7. doi: 10.5020/18061230.2017.p110.
7. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis. 2012; 22(4):1293-311.
8. Lopes EZ, Bousquat AEM. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19):118-24.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.
11. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saude Soc. 2011; 20(4):884-99.



12. Coronel ALC, Bonamigo AW, Azambuja MS, Silva HTH. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar? *Int J Health Educ.* 2016; 1(2):83-90.
13. Santos FAS, Gurgel Junior GD, Pacheco HF, Martelli PJJ. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. *Cad Saude Colet.* 2015; 23(4):402-8.
14. Girardi SN, Van Stralen ACS, Cella JN, Mass LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(9):2675-84.
15. Lima L, D'Ascenzi L. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: Madeira LM, organizador. *Avaliação de políticas públicas.* Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
16. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 15, de 22 de Julho de 2013. *Diário Oficial da União.* 23 Jul 2013.
17. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Supl 1:895-908.
18. Almeida ER, Germany H, Firmiano JGA, Martins AF, Dias AS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus.* 2015; 9(4):49-66.
19. Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 15 Jul 2015.



The More Doctors Program (PMM) has three axes of action and is grounded on the pedagogical guidelines of Permanent Education. Considering the Program's scope, which ranges from the emergency supply of doctors to the expansion of the number of seats in undergraduate and medical residency courses, its management is interministerial, as the Ministry of Health and the Ministry of Education share responsibilities for its full operation. This article reports on the construction of the Ministry of Education's experience of managing PMM, which includes the structuring of a new Directorate and new ways of doing management in this Ministry. It also points out the main difficulties and facilities throughout the process, and reflects on the perspectives and challenges for the Program's continuity and sustainability.

Keywords: More Doctors Program. Management. Education. Health. Primary care.

El Programa Más Médicos (PMM) posee tres ejes de actuación y está fundamentado por las directrices pedagógicas de la Educación Permanente. En el marco del Programa, que va desde la provisión de emergencia de médicos hasta la ampliación del número de plazas en cursos de graduación y residencia en Medicina, su gestión es interministerial, en donde el Ministerio de Salud (MS) y el Ministerio de Educación (MEC) comparten responsabilidades para su pleno funcionamiento. El presente trabajo relata la construcción de la experiencia de gestión del PMM por parte del MEC, que incluye la estructuración de una nueva Dirección y de nuevos modos de realizar la gestión en este Ministerio. También señala las principales dificultades y facilidades durante todo el proceso, además de mostrar importantes reflexiones sobre las perspectivas y desafíos para la continuidad y sostenibilidad del Programa.

Palabras clave: Programa Más Médicos. Gestión. Educación. Salud. Atención primaria de la salud.

Submetido em 15/02/18.

Aprovado em 23/09/18.