



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA POLÍTICA

**ANÁLISE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO
BRASIL E A ATUAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA**

Guilherme Augusto Silva Ribeiro

Brasília – DF

Outubro/2022



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA POLÍTICA

**ANÁLISE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO
BRASIL E A ATUAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA**

Guilherme Augusto Silva Ribeiro

Monografia apresentada ao Curso de Ciência Política, do Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciência Política.

Orientadora: Profa. Dra. Michelle Vieira Fernandez

Brasília – DF

2022

GUILHERME AUGUSTO SILVA RIBEIRO

**ANÁLISE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO
BRASIL E A ATUAÇÃO DO BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA**

Monografia apresentada ao Curso de Ciência Política, do Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciência Política.

Orientadora: Profa. Dra. Michelle Vieira Fernandez

Brasília, 04 de outubro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Michelle Vieira Fernandez (Orientadora)
Universidade de Brasília

Profa. Ma. Bárbara Maia Lima Madeira Pontes (Pareceirista)
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Quando entrei na Universidade de Brasília, pude ver o mundo de oportunidades que se abria à minha frente. Durante a minha trajetória cresci bastante, aprendi com as experiências e vivências e tenho de forma concreta que meu processo na UnB construiu uma pessoa mais consciente, crítica e socialmente responsável.

Gostaria de agradecer à minha família pela oportunidade de estudar e de chegar a lugares onde nunca imaginaria ser capaz chegar antes. Agradeço aos amigos e colegas que fizeram parte dessa árdua trajetória, saibam que também foram importantes nesse processo.

Gostaria de agradecer a todos os professores que fizeram parte da minha jornada, em especial minha orientadora Michelle Fernandez pelos conselhos, experiência e por tornar aquilo que era difícil, fácil e possibilitar que fechasse esse ciclo na minha vida. Gostaria de agradecer também ao professor Luiz Tostes por todas as conversas e trocas de experiências a respeito da saúde pública e instituições. Ao Maurício Spinola, por toda a disponibilidade, ajuda e atenção nas dúvidas referentes a esse projeto e todas as discussões sobre política e a realidade na qual vivemos nos dias de hoje.

Gostaria de deixar o espaço devido de agradecimento da minha parte para a pessoa que acredita mais em mim do que eu mesmo, que está ao meu lado em todos os momentos e até mesmo à frente de mim com seu amor, cuidado e atenção. Larissa Campos Spinola, sem você, esse trabalho se mostraria impossível de ser realizado.

RESUMO

Este estudo busca analisar como se deu o processo de implementação do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil. Para tentar realizar este trabalho, será feito um trabalho qualitativo de natureza múltipla se utilizando da revisão sistemática sobre literatura que diz respeito a implementação da política pública e atuação dos Burocratas de Nível de Rua (BNR) na sua constituição. O Programa Mais Médicos, foi criado em 08 de julho de 2013, através da medida provisória nº 621/2013 e posteriormente convertido na Lei Federal de nº 12.871/2013. O PMM foi uma das soluções encontradas pelo governo de Dilma Rousseff para resolver a questão da carência de profissionais de saúde nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) buscando reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a atenção básica no Brasil. Esse programa deu continuidade a uma tendência histórica dos governos brasileiros em fortalecer a atuação do SUS ao implementar políticas públicas contundentes de Atenção Primária em Saúde (APS), seguindo diretrizes que foram propostas na Declaração de Alma-Ata que buscou incentivar o desenvolvimento e implementação de políticas de atenção primária em saúde ao redor do mundo, visto a capacidade dessas políticas públicas em construir, fortalecer e empoderar sistemas de saúde que buscam atender globalmente as demandas de saúde da sua população. A pesquisa é uma revisão sistemática a partir da aplicação de métodos sistematizados e explícitos de busca, seleção e avaliação dos resultados de estudos relevantes encontrados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Trata-se de um estudo qualitativo de meta-análise que utiliza como fonte artigos científicos que relatam os resultados de pesquisas originais sobre a implementação do Programa Mais Médicos e a atuação do burocrata de nível de rua nesse processo.

Palavras-chave: Implementação de políticas públicas; Burocrata de Nível de Rua; Programa Mais Médicos; políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This project seeks to investigate the implementation process of the More Doctors Program in Brazil. This work qualitative study of multiple perspectives, it'll be conducted a systematic review of the literature related to the implementation process of the More Doctors program and the effects of Street-Level bureaucrats on its establishment. The More Doctors Program was enacted on July 08 of 2013, through the provisional measure nº 621/2013 and subsequently onto Federal Law nº 12.871/2013. The program was designed during Dilma Rousseff's term with the intent of solving a historical shortage of physicians in the most critical regions to the Unified Health System (SUS) to try to reduce the regional inequalities and empower the primary health care in Brazil. This public policy continued a historical trend of Brazilian governments that had clear goals of fortifying SUS with the establishment of bold public policies in the primary health care field, following the directives issued by the World Health Organization (WHO) within the Alma Ata Declaration. This declaration was created to promote the development of primary health care policies in the entire world, due to its capability of changing, empowering and enhancing health systems that try to thoroughly fulfill the health care demands of their populations. This research is a systematic review that uses explicit and systematized methodologies to search, select and evaluate relevant academic papers found in the Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases. This work is a qualitative effort with a meta-analysis of the data available in academic articles with the intent of presenting results of published studies about the implementation of the More Doctors program and the impact of street-level bureaucrats in this process.

Keywords: Public policy implementation; Street Level Bureaucrats; More Doctors Program; Health public policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Linha do Tempo 1 – Histórico de políticas públicas de Atenção primária à Saúde	22
Figura 1 - Relação de médicos por 1 mil habitantes	25
Figura 2 - Etapas da Revisão Sistemática	29
Figura 3 - Processo de busca e seleção de artigos	32

QUADROS

Quadro 1 – Artigos analisados na Revisão Sistemática	33
Quadro 2 – Atuação dos Burocratas de Nível de Rua no PMM	38

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Publicações 2012 a 2022	37
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PMM – Programa Mais Médicos

BNR – Burocratas de Nível de Rua

SUS – Sistema Único de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

PT – Partido dos Trabalhadores

UBS – Unidade Básica de Saúde

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

WHO - World Health Organization

CISP - Conferência Internacional de Saúde Primária

SESP - Serviço Especial de Saúde pública

ESF - Estratégia Saúde na Família

WHO - World Health Organization

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

CRM - Conselho Regional de Medicina

CFM - Conselho Federal de Medicina

AMB - Associação Médica Brasileira

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	MARCO TEÓRICO	12
2.1	Implementação de Políticas Públicas	12
2.2	Burocrata de Nível de Rua (BNR) na implementação de políticas	17
3	APRESENTAÇÃO DO CASO	20
3.1	Atenção primária à saúde no Brasil	20
3.2	Programa Mais Médicos	24
4	METODOLOGIA	28
5	RESULTADOS	33
6	DISCUSSÃO	40
6.1	Implementação através dos eixos estratégicos	40
6.2	Atores internos e externos no processo de implementação do PMM	41
6.3	Atuação do Burocrata de Nível de Rua no Programa Mais Médicos	44
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47
	ANEXO	51

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e tem como objetivo analisar o processo de implementação do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil e a atuação dos Burocratas de Nível de Rua (BNR), para realizar esse objetivo, será empregado o método de revisão sistemática, que investigará fontes secundárias produzidas de 2012 a 2022, visando melhor compreender como esse processo impactou na política pública e conseqüentemente na promoção de Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro.

Historicamente, pesquisas sobre o processo de implementação se preocupam em entender predominantemente a implementação sobre duas perspectivas distintas: *Top – down* (cima para baixo) e *Bottom – up* (baixo para cima), essas perspectivas analíticas construíram durante anos uma base sólida de entendimento e produziram resultados satisfatórios na busca pela compreensão de como as políticas públicas existem e modificam as realidades às quais são aplicadas, buscando compreender como essas políticas públicas poderiam ser melhoradas para alcançar melhores resultados (LOTTA,2015). Para concretizar esse objetivo o trabalho busca utilizar uma abordagem de revisão sistemática, serão utilizados estudos secundários que estabelecem critérios pré-determinados e analisando evidências científicas primárias que dizem respeito a implementação do PMM e atuação do Burocrata de Nível de Rua nesse processo com o anseio de colaborar com a discussão sobre a discricionariedade desses atores no processo de implementação de políticas públicas.

A revisão sistemática é normalmente utilizada no campo científico, para a análise e obtenção de subsídios, com o fim de estabelecer bases de entendimento que colaborem para formulação de aprimoramentos pertinentes a políticas de saúde e, ainda, identificar temáticas que podem ser exploradas pela academia, pois, através do seu modelo, consegue obter sínteses objetivas e novas propostas de interpretação (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; SCHÜTZ; SANT’ANA; SANTOS, 2011; MEDINA; PAILAQUILÉN,2010; BRASIL, 2012), possibilitando novos direcionamentos, já que incorpora no seu processo de investigação uma maior variedade de resultados relevantes de pesquisas que tratam de temas a serem explorado por trabalhos no mesmo campo de análise. Levando em conta esses achados será possível obter um entendimento sobre o processo de implementação e sobre o impacto da atuação do BNR nesse plano, promovendo uma contribuição válida para as discussões a respeito dos processos de implementação e atuação

dos Burocratas de Nível de Rua na implementação de políticas públicas que, no caso Brasil, ainda se encontram no seu início (CAVALCANTE, LOTTA, 2015).

A motivação da pesquisa surge pelo importante papel que o Programa Mais Médicos exerceu na promoção da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, pela necessidade de entender como políticas de atenção básica fortalecem o Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo cenário de profundas desigualdades de acesso a serviços de saúde no contexto brasileiro, realidades que estão atreladas as condições socioeconômicas do cidadão que busca esses serviços. O PMM levou saúde e cuidado àqueles que nunca tiveram acesso a assistência de saúde, às periferias das grandes cidades, aos municípios do interior do país e às regiões mais isoladas, dando oportunidade a população de ter acesso a profissionais de saúde pela primeira vez além disso buscou capacitar novos profissionais focados na atenção básica para responder ao histórico dilema de falta de profissionais de saúde nas regiões mais remotas do país (BRASIL, 2015). Esse trabalho só foi possível através de uma atuação bem coordenada entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que buscaram na sua conduta fazer valer os princípios constitucionais que visam garantir saúde de qualidade para todos os brasileiros e fortalecer de forma contundente os pilares de universalidade, equidade e integralidade que regem a saúde pública no Brasil.

A política pública surge para solucionar o problema de déficit de profissionais de saúde nas regiões mais remotas, visando uma redistribuição de trabalhadores, uma vez que esses acabam se concentrando nas capitais e nos grandes centros devido a fatores econômicos e sociais (BRASIL,2015). Então, durante o governo de Dilma Rousseff (PT) foi criado por meio da Medida Provisória nº 621/13, regulamentada pela Lei nº 12.871/2013 o Programa Mais Médicos que se tornou uma política de Estado que tinha como seus principais objetivos: a) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área de saúde; b) fortalecer a infraestrutura de prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; c) aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação (BRASIL, 2015). Esses três eixos de atuação serviriam para garantir de forma emergencial uma melhora necessária para o atendimento nas regiões prioritárias do SUS, fortalecer a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e se concentrar em formar novos médicos focados em prestar serviços a essa parcela da população que não tinha assistência.

O Programa Mais Médicos foi idealizado como uma política de Estado para atender as regiões prioritárias como foi apresentado. A problemática que se apresenta é: Como tornar essa política de Estado viável para os diferentes contextos políticos e sociais brasileiros? Quais

foram as adequações necessárias para o seu sucesso? Assim, ao analisar a implementação da política pública a partir dos seus eixos estratégicos, influência de atores internos e externos e a atuação do BNR no processo, será possível compreender quais os efeitos concretos da discricionariedade na implementação do Programa Mais Médicos nas mais diferentes realidades brasileiras.

Para responder a essa pergunta de pesquisa o trabalho será desenvolvido seguindo essa lógica: introdução sobre os dados encontrados a partir da revisão sistemática de fontes primárias; um segundo capítulo sobre a teoria de implementação de políticas públicas e o papel do BNR nesse processo; um terceiro capítulo sobre a importância da APS e a apresentação do PMM no contexto brasileiro; um quarto capítulo apresentando questões metodológicas da pesquisa e escolhas feitas para análise das fontes primárias, o quinto capítulo mostrará os resultados encontrados através da revisão sistemática, o sexto capítulo que apresenta uma discussão sobre os dados coletados referentes à implementação do PMM no Brasil a partir dos eixos de implementação, atores internos e externos envolvidos no programa e a atuação do BNR nesse processo e, finalmente, a conclusão.

2 MARCO TEÓRICO/REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

2.1 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

No campo das políticas públicas é presente a utilização do ciclo de políticas públicas para melhor entender como foi o seu processo (HUPE; HILL, 2002). O ciclo volta seu olhar para as fases que compõem a política pública desde antes da sua composição e até mesmo após sua execução e na sua maneira de análise procura sistematizar informações relevantes para o processo de decisão das políticas públicas (SECCHI, 2020).

Dentro desse processo cabe ressaltar a implementação. Implementação segundo a definição de HUPE; HILL (2022) significa completar, produzir, e executar, basicamente é a parte de concretização da política pública e com essa fase surgem questões que se inseriram diretamente no campo de investigação de cientistas sociais e políticos.

As problemáticas relacionadas à implementação de políticas públicas fizeram parte das agendas de pesquisa daqueles que estudam instituições, burocracia e governança. Desde 1970 existe uma preocupação por parte da academia em expandir e tornar mais completo o entendimento sobre a implementação, em grande parte devido à percepção de que existia pouca exploração do tema naquele momento em relação a outros de mesma relevância no ciclo de políticas públicas (HUPE; HILL, 2002), tendência que se mantém presente no contexto brasileiro até os momentos atuais (LOTTA, 2018). Por isso, existe a necessidade de contribuir uma agenda de pesquisa que contemple de forma mais concreta a construção de literatura sobre a implementação de políticas públicas no Brasil. Essas discussões sobre implementação e seu papel na construção de políticas sempre vieram acompanhadas de questionamentos pertinentes sobre: o papel dos burocratas na criação de políticas públicas, *accountability* e a legitimidade garantida pelo Estado de direito que coordena todas as atividades no contexto da sociedade moderna (HUPE; HILL, 2002).

Devido a essas problemáticas e um constante processo de complexificação da relação do Estado no provimento de serviços públicos, os estudos teóricos sobre o processo de implementação de políticas públicas também passaram por diferentes fases de entendimento. A primeira e a mais clássica abordagem da implementação de políticas públicas se denominam *Top-Down* (cima para baixo). Essa abordagem utiliza os conceitos de Max Weber como seu principal pilar teórico e apropria-se do seu ponto de vista sobre burocracia para compreender o processo de implementação de políticas públicas (HUPE; HILL, 2002). O pressuposto dessa geração é que o tomador de decisão (alto escalão) é o único no ciclo de políticas públicas que possui legitimidade garantida de forma voluntária pela sociedade para atuar em favor das suas

demandas e anseios. Portanto, a abordagem *Top-Down* defende o conceito de que somente os tomadores de decisão podem agir na formulação de políticas públicas por terem legitimidade para tal (HUPE; HILL, 2002) e que os outros níveis hierárquicos devem obedecer e cumprir o que foi decidido na fase de formulação da política e, caso esses outros atores tomassem decisões durante o processo de implementação da política pública, isso configuraria uma perversão que ameaçaria os princípios democráticos (LOTTA, 2019) e acarretaria em prejuízos e distorções na execução das políticas públicas.

A partir de 1950, sociólogos e psicólogos sociais começaram a contrapor a ideia weberiana do papel da burocracia defendida pelo modelo *Top-Down*, uma vez que perceberam que além do comportamento formal que segue o tipo ideal de atuação do burocrata também existiam relações informais presentes durante todo o processo de implementação (HUPE; HILL, 2002). O processo de implementação parou de ser visto apenas como um indicador para se observar as falhas e espaços de melhoria das políticas públicas (LOTTA, 2018), pela primeira vez houve um entendimento que as políticas públicas são compostas de múltiplos processos e que precisam de uma atuação constante daqueles que fazem parte do sistema para que sejam executadas.

Esse momento representa a segunda geração de estudos sobre implementação, a fase *Bottom-up* (baixo para cima), fase que buscou compreender quais eram os limites da atuação dos burocratas, e que entendia que a atuação desses burocratas estava diretamente relacionada às circunstâncias às quais esses atores estavam inseridos no momento da implementação das políticas públicas. Percebe-se, a partir daí, um aumento também da discussão sobre discricionariedade na burocracia e na implementação de políticas que, por sua vez, instiga diversos outros autores a explorarem essa temática (JOWELL, 1973; DWORKIN, 1977; GALLIGAN, 1986; BALDWIN, 1995).

Dworkin (2002) propõe que existem dois tipos de discricionariedade: a) a forte discricionariedade onde o tomador de decisão determina os parâmetros de ação para a execução da política; b) a fraca discricionariedade, onde esses parâmetros já foram anteriormente estabelecidos pela autoridade, deixando a cargo do servidor público apenas a interpretação desse conjunto de regras.

Esses autores continuaram a colaborar com o desenvolvimento da discussão acerca da discricionariedade e atuação dos burocratas na implementação entre os anos de 1970 e 1980, momento que marca uma desconstrução no entendimento sobre a fase da implementação que deixa de ser encarada como apenas uma "falha" no processo de construção e execução das políticas públicas, evidenciando a alta complexidade das relações entre os atores, relações que

acabam acarretando na tomada de importantes decisões em todos os momentos do ciclo de políticas públicas (LOTTA, 2018). Por esse motivo, essa corrente analítica propõe que para entender de verdade como é a política, o processo de implementação deve ser analisado de baixo para cima, levando em consideração as experiências daqueles que têm um contato mais próximo com o público que acessa os serviços do Estado.

Michael Lipsky (1980; 2010), complementarmente, estuda e divulga o conceito de Burocrata de Nível de Rua (BNR) inaugurando uma abordagem que observa como funcionam as ações do burocrata que atua diretamente no dia a dia da política pública e que, por estar na ponta de atendimento, fornece diretamente os serviços públicos a população. A partir daí conclui-se que para serem mais bem compreendidas as decisões tomadas no processo de implementação de políticas públicas, a atuação do BNR é de grande importância. Esses atores têm que agir de forma discricionária todos os dias para tentar tornar as políticas públicas viáveis e adequadas a cada realidade em que a política está inserida, estabelecendo uma relação de respeito mútuo e mediando conflitos com os usuários na execução da política (TREIB; PULZL, 2007). Essa ideia difundida por Lipsky dialoga com outros pressupostos que motivaram os pensadores da abordagem Bottom-up, pois a atuação do BNR caminha em direção a um entendimento que rompe com os princípios hierárquicos definidos pelos autores do modelo Top-Down e ajudaram a dar espaço a novas correntes de análise que concluíram que o processo de implementação de políticas não consegue ser definido ou simplesmente analisado de cima para baixo ou de baixo para cima.

A terceira geração de análise é marcada pela fuga da dicotomia Top-Down e Bottom-up. Os autores Barret (2004) e Sabatier (1988) trazem em seus trabalhos a ideia de modelos sintéticos de análise, combinando as ideias das duas primeiras gerações e não entendendo uma como antagonista a outra, mas como abordagens que podem ser coordenadas para construir um entendimento mais preciso sobre o processo de implementação de políticas (LOTTA, 2019). Essa geração encara o processo de criação e implementação de políticas públicas como algo multifatorial e que, durante o processo de criação, diversos atores estatais e não estatais estão envolvidos no processo. Esses atores têm diferentes valores e intenções por trás da sua atuação (SABATIER, 2007), isso ocorre porque na maior parte das vezes, quando se trata da execução de políticas, uma variedade de interesses está envolvida no processo e esses atores estão diretamente inclinados a tomarem decisões que favoreçam a efetivação desses interesses.

Em síntese, a terceira geração lança uma proposta de abordagem mais realista por entender que a implementação de políticas não acontece num sistema hermeticamente fechado, e que ao estudar somente os atores estatais excluindo os outros grupos envolvidos no processo

difícilmente vão ser encontradas respostas satisfatórias sobre a implementação da política pública. Por isso, tentar simplificar o processo de análise da implementação é muito importante para esses autores (SABATIER, 2007), porque a partir disso podem se construir teses que são mais direcionadas para os aspectos centrais do processo.

O expoente analítico mais atual leva em consideração aspectos ainda mais sofisticados quando se trata do processo de implementação. A quarta geração volta sua atenção para a influência de outros aspectos centrais na atuação dos burocratas como: governança, processos multinível, aspectos sociológicos e a relação entre atores estatais e não estatais no processo de implementação de políticas públicas (LOTTA, 2019). Conseguem a partir desses avanços compreender que a formulação e a implementação não são processos distintos feitos por atores separados por uma cadeia hierárquica bem estabelecida, mas na verdade, a fase de formulação e implementação de políticas públicas são a mesma fase, atuam de forma contínua e que diferentes atores impactam na cadeia decisória a todo o momento, visando tornar a política pública mais viável (LOTTA, 2019).

É importante ressaltar também que o processo de implementação de políticas públicas nem sempre é conduzido de forma hegemônica e sem contestações (RUA, 1998; HOWLETT, 2013). Como se trata da manifestação de vontades de diferentes atores no processo, durante as diferentes fases do ciclo de políticas públicas é impossível afirmar que em todas as situações vão ocorrer sem que existam disputas de espaços de poder e de influência. Dentro das discussões mais contemporâneas do processo de implementação se busca romper com a ideia "generosa" e "harmoniosa" entre os atores, visto que a todo o momento existem grupos de pressão internos e externos tentando fazer valer as suas vontades e manifestarem políticas que advogam a partir dos seus próprios ideais. Para tentar coordenar esses entendimentos e o processo de tomada de decisão Lotta (2019) discute esse processo volúvel de implementação.

Hupe e Hill (2002) propõem o conceito de *multi-layering* (múltiplas camadas) e *multi-level* (múltiplos níveis). O processo de implementação de políticas públicas demonstra ser altamente interativo e o processo decisório normalmente envolve várias camadas com poder para decidir. O *multi-layering* retrata os processos de decisão que envolvem várias camadas de atores que têm o poder de decidir diretamente na política, Lotta (2019) exemplifica esse processo ao associar o *multi-layering* a estrutura federalista de distribuição de poderes e a maneira com que a o poder decisão acaba estando disponível sobre atores de diversos níveis que participam da implementação de políticas públicas.

O *multi-level* diz respeito a contextos de decisão em que existem vários níveis hierárquicos envolvidos diretamente no processo de decisão. Por exemplo: uma política de

saúde pública de atenção básica onde no processo decisório estão envolvidos o Secretário de Atenção primária e o Coordenador setorial de uma política específica, ambos vão atuar na construção de um plano que atenda as necessidades apresentadas, contudo, por existir uma subordinação clara entre os envolvidos, é preciso que sejam estabelecidos mecanismos de controle e estímulos para que suas ações possam ser coordenadas (LOTTA, 2019).

Ao conseguir sistematizar esses novos princípios, a quarta geração consegue olhar de forma mais analítica para o processo de implementação buscando superar a ideia condenatória muito presente entre os autores da primeira e segunda geração que buscavam entender o processo de implementação. Essa nova fase está preocupada em entender a "Política como ela é" (LOTTA, 2019), tentando romper com a ideia de que somente o normativo, formal e oficial são aspectos importantes que devem ser levados em consideração. Ao abrir mão dessas limitações de estudo e olhar para os fatos como eles realmente se apresentam, essa nova escola analítica conseguiu avançar de forma construtiva na agenda de implementação de políticas públicas.

Esses avanços possibilitaram o florescimento de análises que levavam mais em consideração as variações da ação individual e organizacional da burocracia. Deram abertura para estudos sobre a discricionariedade dos atores e o ativismo do BNR, possibilitando uma maior oferta de recortes de análise e de diferentes tipos de perspectiva, tudo isso buscando aproximar as análises a realidade dos fatos para construir entendimentos cada vez mais preocupados com a atuação do burocrata na política pública e da sua interação com a sociedade (LOTTA, 2019).

2. Papel do Burocrata de Nível de Rua (BNR) na implementação de políticas

Michael Lipsky (1980; 2010) dá protagonismo ao conceito de Burocrata de Nível de Rua (BNR) quando ilustra a atuação do corpo burocrático que age diretamente no dia a dia da política pública e está na ponta de atendimento e fornecimento dos serviços públicos à população. Esses atores acabam agindo de forma discricionária para tentar tornar as políticas públicas viáveis e adequadas a cada realidade em que a política está inserida, buscando estabelecer uma relação de respeito mútuo e negociando conflitos com os usuários na execução da política (TREIB; PULZL, 2007).

A discussão sobre discricionariedade na implementação de políticas públicas está presente em todas as gerações de autores que buscam entender o seu processo de execução. Sempre buscou-se compreender quais são os limites da atuação dos burocratas e quais circunstâncias incentivam ou desestimulam a sua atuação (HUPE; HILL, 2002). Para decifrar as decisões tomadas no processo de implementação de políticas públicas, a atuação do BNR é de grande importância.

Lipsky (2010) defende que o que define os BNR são os altos índices de discricionariedade na sua atuação junto à população e na autonomia relativa que têm diante da autoridade organizacional devido sua posição estratégica vinculada a autoridade organizacional (LIPSKY, 2010). Isso se traduz também no que diz respeito às políticas públicas de saúde, onde naturalmente os profissionais de saúde, pela complexidade da sua atividade, autonomia técnica e legitimidade de atuação. Muitas vezes essa necessidade de agir de forma discricionária não vem acompanhada de profunda reflexão por parte do burocrata, pois normalmente o profissional de saúde está inserido em contextos de grande pressão e exigência por parte da população a qual ele oferta seus serviços e que muitas vezes o procura de forma urgente ou derradeira e até mesmo quando não está atuando diretamente na sua função, tem a obrigação ética e legal de socorrer aqueles que correm risco de vida, o que torna impossível seguir de forma estrita o que a instituição a qual ele serve define (LIPSKY, 2010).

A realidade dos profissionais de saúde no Brasil é de precariedade, a desestruturação da saúde pública, má distribuição de recursos e falta de material humano para exercer as suas atividades são apenas alguns dos motivos que podem levar esse profissional que, a priori, deve seguir protocolos estritos de atendimento e de conduta, a agir de forma discricionária para driblar a escassez de recursos e a falta de uma equipe multidisciplinar apropriada (COUTO; SEPARAVICH, 2021). As condições inadequadas e a urgência da sua prestação de serviço acabam forçando esse profissional da estrutura pública de saúde a adaptar a sua atuação às

realidades concretas que estão ali apresentadas. A adaptação é uma característica da discricionariedade que é inerente a burocracia na execução das políticas públicas. Muitas vezes esses atores utilizam-se da liberdade relativa conferida pela sua profissão para adaptar sua conduta para que possa servir aos princípios determinados pela instituição a qual ele faz parte, que é promover serviços de saúde de qualidade à população que lhe foi designada.

Por essas características mencionadas, pela sua capacidade de exercer discricionariedade e a relativa estabilidade no exercício das suas funções, o BNR se preocupa mais em manter a administração pública funcionando e não necessariamente responder diretamente as vontades daqueles que ocupam os altos escalões que normalmente têm a sua atuação condicionada aos ciclos eleitorais (SECCHI,2010). Isso demonstra que o BNR não é somente alguém encarregado de exercer o que foi formulado, mas na verdade, seguindo o que é defendido por LIPSKY (2010), o BNR é o "verdadeiro formulador" da política pública, visto que suas decisões, rotinas, interesses e a maneira como lida com as pressões externas são o que determinam de fato como a política pública vai ser entregue para a população alvo.

Esses atores, por terem a possibilidade de agir de forma tão discricionária na distribuição dos benefícios à população, muitas vezes se encontram como protagonistas de situações controversas na prestação de serviços públicos (LIPSKY,2010). Essas controvérsias estão centradas em dois aspectos principais da atuação do BNR: os limites da sua atuação e o impacto que as suas decisões têm na realidade do indivíduo. O primeiro diz respeito à afirmativa de que os limites de alcance de uma política pública são os mesmos limites da atuação do Burocrata de Nível de Rua na prestação dos seus serviços (LIPSKY,2010), a quantidade de funcionários disponíveis ao atendimento, a estrutura hierárquica de execução e o controle das suas atividades são as características que determinam a porcentagem de sucesso na prestação dos seus serviços para com a população, definindo o limite da sua atuação.

Quanto ao segundo aspecto, o BNR acaba se tornando o centro da ação estatal porque é ele que tem a responsabilidade de selecionar quem recebe os serviços públicos, explicitar quais são os serviços públicos que o cidadão tem direito e é a pessoa que carrega a responsabilidade de prestar o serviço diretamente a população alvo da política pública (LIPSKY,2010).

Por essas questões mencionadas, o impacto que o Burocrata de Nível de Rua tem no processo de implementação de políticas públicas fica evidente, desse impacto vem a motivação de diversos pensadores das políticas públicas de diferentes gerações em tentar identificar qual a real influência da atuação desses atores do ciclo de políticas públicas, houve um avanço significativo no entendimento do seu papel desde análises iniciais até hoje. A geração mais

atual de análise se preocupa em observar de fato como o fenômeno acontece no mundo concreto e já superou as limitações que o colocavam o ator como apenas um "cumpridor de regras" previamente estabelecidas, identifica-o como um dos importantes atores para a implementação de políticas públicas. Fato esse que também consegue ser observado nas políticas públicas de saúde pela forma como acabam afetando as estruturas de decisão e sua contribuição para manutenção da saúde pública no contexto brasileiro.

3 APRESENTAÇÃO DO CASO

3.1 Atenção primária à saúde no Brasil

A Atenção Primária em Saúde é uma iniciativa amplamente difundida por diversas estruturas de saúde em todo o mundo. Trata-se de uma solução que busca desde o seu primeiro momento, promover a saúde da forma mais abrangente possível e seguir aos três princípios fundamentais, firmados pelo entendimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), quais sejam: (i) *"prover assistência de saúde para as pessoas, de acordo com as suas necessidades, em todas as fases de suas vidas"*; (ii) *"endereço as problemáticas de saúde mais abrangentes através de ações e políticas públicas multisetoriais"*; e (iii) *"empoderar os indivíduos, famílias e comunidades a agirem diretamente na promoção de sua própria saúde"* (WHO, Y. Shimizu, 2022).

O primeiro princípio reflete a intenção dos tomadores de decisão em garantirem que as políticas públicas de saúde estejam alinhadas com as necessidades reais da população em cada contexto específico levando em consideração aspectos que estão para além da doença em si, mas também, aspectos físicos, mentais e sociais.

O segundo princípio demonstra que o problema de promoção de saúde básica deve ser respondido por meio de diferentes ações conjuntas, soluções que devem levar em consideração os aspectos sociais, econômicos e de comportamento, não se resumindo somente ao provimento de saúde, mas endereçando aos problemas de saúde do indivíduo e da sua comunidade de forma global.

Finalmente, o terceiro princípio exprime a intenção de prevenir o surgimento e dispersão de doenças, através da conscientização da população sobre bons hábitos de proteção e saúde coletiva contra doenças. Essa iniciativa é uma das mais transformativas e exprime a intenção preventiva da APS ao conscientizar e capacitar a população de como se prevenir de doenças e mostrar quais hábitos devem ser adotados para a resolução de seus próprios problemas de saúde. Dessa forma, o sistema permite que a própria população se torne capaz de endereçar seus problemas e reproduzir esses conhecimentos entre seus pares.

Nessa senda, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde Primária (CISP), ocorrida em 12 de setembro de 1978, no Cazaquistão, diversos líderes e atores relevantes na saúde ratificaram a urgência de promover a saúde primária em todo o mundo. A intenção da conferência foi fortalecer e propagar a ideia de saúde primária e, para tanto, os envolvidos formularam a denominada declaração de *Alma-Ata* (WHO, 1978), que apresenta as principais metas e objetivos da APS. Dentro desse documento foram estabelecidos pontos de atenção para a promoção da atenção primária, bem como princípios que acabaram norteando a tomada de

decisão de diversos líderes mundiais e impulsionaram a construção de ações e políticas públicas em favor da difusão da saúde primária.

Cada contexto específico, por sua vez, acabou adaptando as suas políticas públicas, implementando os princípios determinados pela declaração de *Alma-Ata* e no caso da América Latina não foi diferente. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é a instituição que exerce ampla defesa da bandeira da atenção primária em saúde dentro da América do Sul e atua diretamente no fortalecimento de seus eixos e na reprodução de seus ideais. A sua atividade se materializa por meio da articulação na criação de políticas públicas de saúde primária, na capacitação de profissionais que possam promover a APS (OPAS, 2022) e demonstrando os benefícios que esse sistema pode trazer para a tentativa de promoção de justiça social e equidade.

Ao analisar o caso do Brasil, é perceptível a existência de traços da promoção de Atenção Primária em Saúde dentro da história do país antes mesmo da instituição da Declaração de *Alma-Ata*. Em 1942, o governo brasileiro a partir de um acordo bilateral com os Estados Unidos da América cria o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (CAMPOS, 2008), que promovia a divulgação de estratégias de prevenção e combate à enfermidades de forma simplificada e adaptadas a sua realidade, capacitando a população na adoção de medidas profiláticas eficientes para combater doenças como a malária e ancilostomose que assolavam a população que vivia em situações precárias e com pouca assistência. Não por acaso, em 1960, foi instituída a Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública, que consolidou e ampliou as intenções promovidas pela SESP, em consonância com o que está determinado pelos três princípios seminais da APS discutidos na CISP.

A saúde pública brasileira tem a APS como parte fundamental de sua construção, isso fica evidente quando na Constituição Federal Brasileira de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), visando fortalecer a promoção de saúde universal e tornando mais plural o acesso à saúde no Brasil. O SUS, por sua vez, é um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (UNA-SUS, 2021) abrangendo todos os níveis de cuidado ao atendimento à população. Tem como princípios: universalização, equidade e integralidade no fornecimento de serviços de saúde. Com a criação do SUS, o acesso a saúde pública se tornou um direito universal, garantido aos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação. A atenção integral à saúde e, não somente cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros. Por esse motivo, desde a Constituição de 1988 foram propostas novas políticas públicas que fortalecem o acesso e a promoção da atenção primária à saúde, como mostra a linha do tempo.

Linha do tempo 1 – Políticas públicas de Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaboração do autor

Essa trajetória demonstra que as estruturas propostas pelo sistema de saúde estão diretamente ligadas com o impacto da qualidade dos serviços de saúde. O programa Saúde na família possibilitou que diversas parcelas da sociedade tivessem acesso a cuidados de saúde e a partir disso mapeou através do seu acompanhamento contínuo e específico de diferentes realidades quais ações podem ser desenvolvidas e empregadas para prevenir a proliferação de doenças e tornar ainda mais eficiente a promoção de saúde no seu primeiro nível.

Os avanços se mostraram tão satisfatórios (CAMPOS,2008) que as instituições sentiram a necessidade de um piso de repasse de recursos ao gestor municipal focado diretamente no atendimento à saúde básica. O Piso de Atenção Básica (PAB) tornou automática a distribuição de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) ao fazer isso separou o faturamento dos serviços de saúde ao seu financiamento, o que ajudou a modificar lógica dominante de alocação de recursos e colaborou diretamente nas reduções de desigualdade na distribuição de verbas federais deixando menos espaço para discricionariedade na atuação gestores no que diz respeito a distribuição das verbas já que a partir desse momento o sistema passou a ser composto de uma parcela fixa de recurso

e outra parcela que era discricionariamente variável (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004).

O PMM, por sua vez, surgiu como uma alternativa para o provimento emergencial de profissionais de saúde a regiões de grande prioridade para o SUS. A política pública num primeiro momento recebeu duras críticas por parte da sociedade e de organismos da sociedade civil organizada por entender que o modelo que foi adotado poderia prejudicar a classe de profissionais de saúde do Brasil (BRASIL, 2015), contudo, conseguiu em um curto espaço de tempo democratizar serviços de atenção básica a segmentos da sociedade brasileira que sempre foram marginalizados (BRASIL, 2015) e demonstrar para o brasileiro que a política pública tinha muito a oferecer e que não ameaçaria a nenhuma classe profissional, muito pelo contrário, ofereceu mais oportunidades de residências médicas em todo o país e deu oportunidade de jovens profissionais a terem contato com uma população carente de cuidado e atenção.

A construção do PMM foi pensada também para fortalecer as bases de saúde da APS e conseguiu combater o quadro de desigualdade de acesso a serviços de saúde pública. Em 2 anos fortaleceu o princípio de saúde para todos, conseguindo atender a 63 milhões de brasileiros em 4058 municípios espalhados em todas as regiões (BRASIL, 2015), tais marcadores são um atestado do sucesso e do impacto da política pública na realidade brasileira e mostraria que a estrutura de APS que nunca mais seria a mesma depois da sua implementação, e que num país com as características continentais como o Brasil o PMM era uma alternativa viável para o combate à desigualdade e para tentar viabilizar um projeto de nação que realmente se preocupa em atender a população em necessidade.

Contudo, o aspecto mais impactante do projeto não se resume à quantidade de municípios atendidos ou ao contingente de profissionais que foi mobilizado de forma emergencial, esse aspecto se materializa no caráter educacional e de mudança de cultura dos serviços médicos brasileiros. PMM atuou junto ao Ministério da Educação na estruturação de um currículo de formação de medicina da família e foi direcionado um esforço financeiro que possibilitou pela primeira vez na história a oferta de mais vagas de residência médica em medicina da família para cidades no interior do que nas grandes capitais (BRASIL, 2015).

Isso estimulou que novas gerações de médicos formados no país a atuarem em regiões carentes de serviços de saúde, tornando a sua vivência como profissionais de saúde mais diversa e plural, por terem a oportunidade de conviver, aprender e cuidar de pessoas que vêm de realidades sociais e econômicas (LINO, 2017) completamente distintas as suas.

3.2 Programa Mais Médicos

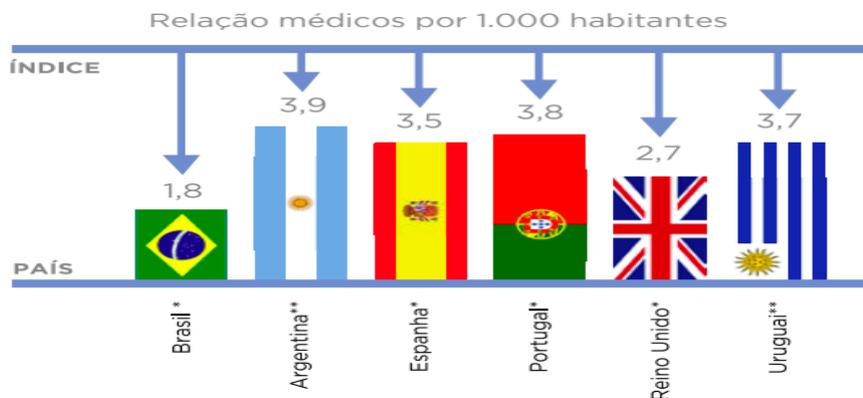
O Programa Mais Médicos desde a sua origem foi pensado como uma política pública que ampliaria o impacto da Atenção Básica na realidade dos brasileiros. Para promover essa revolução na APS o programa decidiu ter como meios de ação: Provimento emergencial de médicos em regiões prioritárias para o SUS, construção e melhoria da estrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e qualificação profissional com mais vagas nos cursos de medicina e residência médica, em especial em regiões do interior do país que carecem de acesso a serviços de saúde.

O contexto em que o programa foi implementado não foi inicialmente favorável. Em 2013 o contexto político brasileiro era de grande convulsão social e questionamento das instituições, que ficou caracterizado pelas jornadas de manifestações de 2013, existia uma parte significativa da população que demandava melhorias significativas a saúde pública e outros segmentos das instituições públicas. Em meio a isso o governo brasileiro formulou o PMM tentando solucionar a iniquidade na distribuição de médicos para tanto decidiu estabelecer uma relação de cooperação bilateral com o governo cubano para que pudesse prover de forma emergencial médicos a essas regiões, em 2013 apenas um ano o país conseguiu alocar 14.462 médicos em 3.785 municípios que em sua maioria eram médicos estrangeiros vindos de Cuba (GAVA; SILVA; JUNIOR, 2017).

Apesar de números bastante significativos, a população brasileira e as entidades médicas ainda questionavam o fato da política ter estabelecido convênios com países da América Latina para conseguir ter acesso a profissionais de saúde, sob o argumento de que ao priorizar esses acordos de cooperação acabaria limitando a atuação de profissionais médicos formados no Brasil. Entretanto, antes da implementação do programa o país se deparava com vazios assistenciais em regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2015) e havia obtido pouco sucesso em conseguir alocar esses profissionais a regiões prioritárias, então o governo percebeu que era necessário tomar medidas diversificadas para tentar solucionar esse problema.

O Brasil antes da implementação do PMM tinha uma relação de 1,8 médicos a cada 1000 habitantes, ficando bem atrás de outros países da América Latina e do mundo como fica demonstrado na **figura 1**.

Figura 1 – Relação de médicos por 1.000 habitantes



Fonte: OECD (2011) Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>.

Para tentar melhorar esses indicadores, os tomadores de decisão das três esferas de poder decidiram colocar como meta 2,7 profissionais médicos para cada 1000 habitantes tentando se igualar a relação de profissionais do Reino Unido que assim como o Brasil, conta com uma estrutura de saúde pública ampla e que tem suas bases bem semelhantes a estrutura brasileira (BRASIL,2015). O PMM foi a política idealizada para resolver a questão de falta de profissionais, mas também tinha como sua prioridade buscar solucionar a iniquidade de distribuição profissionais nas regiões centrais para as áreas mais remotas do país, o Brasil decidiu seguir políticas de recrutamento de profissionais estrangeiros para ocupar esses cargos menos desejados em regiões que têm uma menor taxa de fixação, tendência amplamente difundida entre os países que compõem a OCDE.

Segundo dados apresentados pela OCDE e pelo *General Medical Council* do Reino Unido em 2011 a distribuição de médicos estrangeiros era a seguinte: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá (BRASIL,2015) demonstrando que a prática não era incomum e que poderia se tornar uma alternativa viável para solucionar os problemas do contexto Brasil.

A política ao longo do tempo conseguiu mostrar melhorias no problema de escassez de profissionais de saúde, SEPARAVICH e COUTO (2019) apresentaram resultados mais atualizados quanto ao quantitativo de médicos reunindo dados informacionais de registros médicos do Conselho Regional de Medicina (CRM) - e federal de medicina - CFM, Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Associação Brasileira de Medicina (AMB) perceberam que em janeiro de 2018 o Brasil contava com 452.801 médicos o que representa uma razão de 2,18 para mil habitantes comprovando uma melhora de 0,38 pontos em relação ao lançamento da política mas 0,52 pontos a menos da meta estabelecida pelo programa, demonstrando que políticas como o PMM ainda são necessárias para melhorar o provimento de médicos no contexto brasileiro.

Com o tempo a percepção da população foi se modificando, o receio preliminar por parte da sociedade foi rapidamente superado, já que dentro de poucos anos os editais de chamamento para o PMM se tornaram em sua maioria ocupados por profissionais formados no

Brasil (BRASIL,2015), evidenciando que o provimento emergencial de médicos estrangeiros não prejudicou o acesso de profissionais brasileiros a esses nichos de trabalho mas acabou incentivando a adesão de novos profissionais nesses cenários de atendimento.

O governo brasileiro entendeu que além de garantir um quantitativo suficiente de profissionais de saúde para atender a população, era importante também investir significativamente na modernização e melhoria das condições de trabalho do profissional da saúde, para isso promoveu a construção e reforma da estrutura de diversas UBS em todo o território. A Lei dos Mais Médicos se comprometeu num período de 5 anos a partir da sua vigência a qualificar a infraestrutura das UBS. Esse processo deu origem ao Requalifica UBS, instituído a partir da portaria ministerial nº 2.206, de 12 de setembro de 2011, que quase triplicou o orçamento destinado para o fim passando de 1,7 bilhão para 4,9 bilhões de reais, fortalecendo as propostas relacionadas com infraestrutura e modernização das unidades de saúde.

Esse maior acesso em orçamento permitiu que estruturas físicas das UBS espalhadas por todo território nacional fossem ampliadas e reformadas, garantiu acesso a aparelhos de informática que possibilitaram a promoção de atendimentos através da Telessaúde e financiou a construção de UBS fluviais na região da Amazônia Legal (BRASIL,2015), movimento que proporcionou acesso a saúde a regiões remotas do estado do Amazonas e a populações historicamente negligenciadas pela estrutura de saúde brasileira.

O último eixo de atenção do PMM no Brasil diz respeito à formação médica. Esse segmento do *design* da política pública direcionou suas intenções em fortalecer a APS no médio e longo prazo, quando a Lei dos Mais Médicos foi instituída as instituições de ensino médico públicas e privadas foram estimuladas a discutir e aprovar mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de medicina. Essas modificações ao DCN direcionaram o ensino para um formato que privilegia uma formação crítica, buscava que a atuação do profissional de saúde estivesse mais diretamente integrada a ferramentas de tecnologias de informação e que a prática desses novos profissionais fosse direcionada às necessidades reais da população brasileira (BRASIL,2015).

O outro ponto de importância nessa nova maneira de entender a formação médica promovida pelo programa é o aumento da oferta de vagas do curso de medicina, especialmente em regiões do interior do país, colocando como uma das suas metas abrir 11.5 mil vagas de graduação em 5 anos de aplicação do programa, buscando a partir disso conseguir alcançar o quantitativo de profissionais necessários para suprir a meta mínima por 1000 habitantes (BRASIL,2015). Nesse momento a oferta de vagas de medicina buscou corresponder às

expectativas específicas das regiões que os cursos são ofertados correspondendo a necessidade social de cada local o que acabou ocasionando num movimento de recuperação de um déficit histórico nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL,2015), esse movimento esteve alinhado com a criação de novas universidades públicas no interior do Brasil e ampliação de novos campi durante o governo de Dilma Rousseff tornando mais viável a aplicação do que foi definido no PMM e construindo a execução dessa política pública de forma multissetorial.

4 METODOLOGIA

Essa pesquisa é de natureza qualitativa e propõe realizar uma revisão sistemática sobre a " implementação do programa mais médicos no Brasil e a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no processo ". A revisão sistemática como ferramenta ajuda a responder um objetivo de pesquisa bem definido sobre uma determinada questão, a partir da sistematização de métodos de busca, seleção e avaliação dos resultados de trabalhos relevantes sobre as questões apresentadas. É um estudo secundário que utiliza os dados de fontes primárias de investigação, nesse caso artigos científicos que relatam resultados de pesquisas originais e que contribuem para o avanço das discussões acerca do processo de implementação do PMM e a atuação dos BNR (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; SCHÜTZ; SANT'ANA; SANTOS, 2011; MEDINA; PAILAQUILÉN,2010; BRASIL, 2012).

A metodologia escolhida é a revisão sistemática. A metodologia se baseia na escolha minuciosa com critérios bem definidos a partir de evidências científicas consistentes, a partir disso é possível uma análise direta e elaborada de estudos primários selecionados (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; SCHÜTZ; SANT'ANA; SANTOS, 2011; MEDINA; PAILAQUILÉN,2010; BRASIL, 2012), o método possibilita uma maior clareza na análise o que proporciona uma alternativa viável para a compreensão de uma política pública de grande complexidade como o projeto do Mais Médicos.

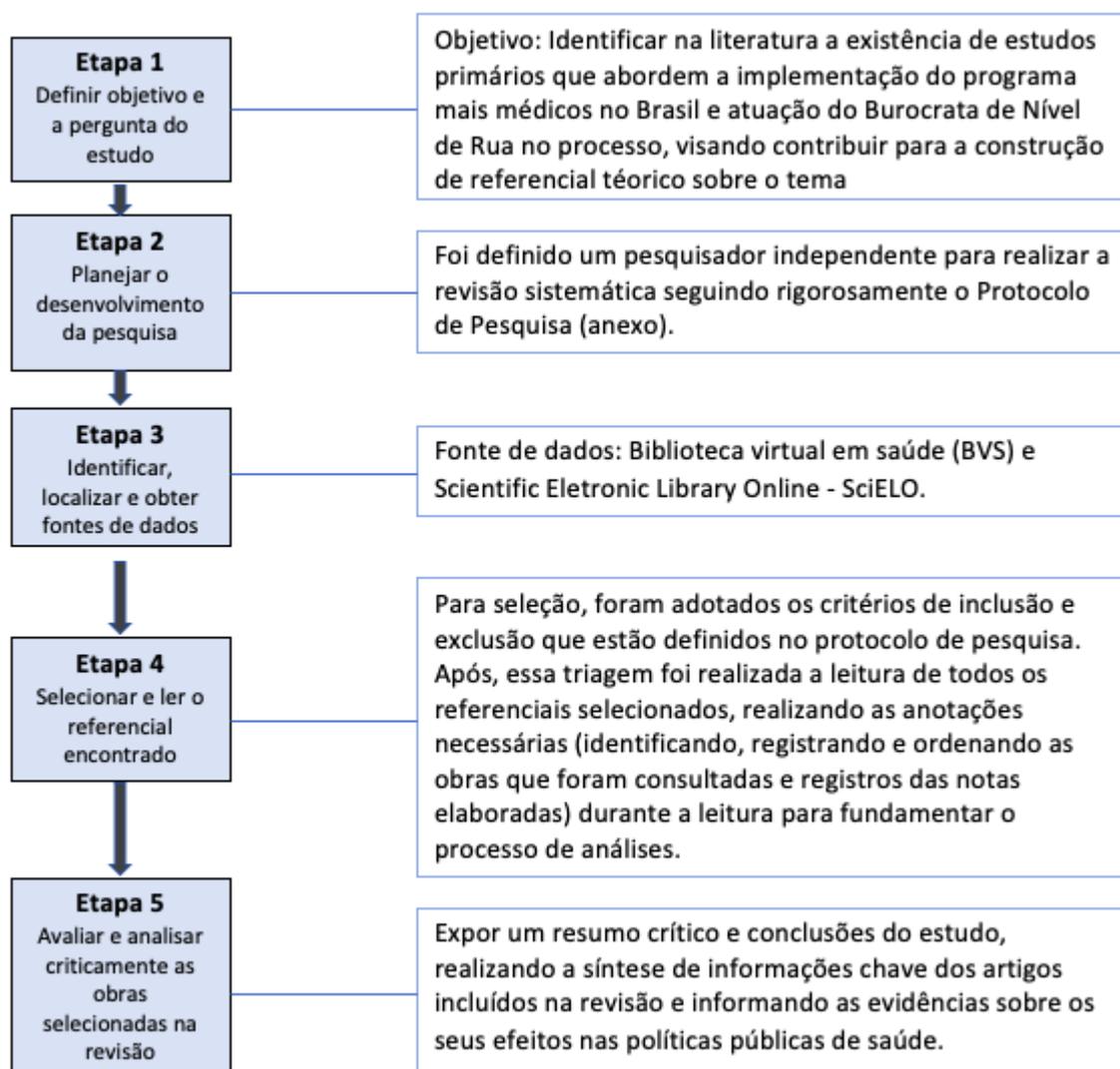
A revisão sistemática é um método desejável para esse caso, pois consegue integrar informações diversificadas, o que ajuda a identificar posicionamentos coincidentes ou conflitantes dentro da área de pesquisa. Outro aspecto benéfico dessa metodologia é que consegue evidenciar discussões dentro da área que precisam de maior investigação, colaborando para a construção de agendas de pesquisa futuras (SAMPAIO, MANCINI, 2007). Por levar em consideração um volume diverso de fontes e perspectivas de pesquisa na sua investigação, a revisão sistemática aumenta a capacidade de análise e torna essa investigação mais aprofundada, por isso sendo considerada o melhor nível de evidência científica a ser utilizada na gestão de saúde, tomada de decisões e na prática clínica (SAMPAIO, PAILAQUILÉN, 2010).

Por esse motivo essa pesquisa vai ser estruturada seguindo as etapas - definidas na figura 2 -, com base em Sampaio e Mancini (2007): (1) definir o objetivo e a pergunta do estudo; (2) planejar o desenvolvimento da pesquisa; (3) identificar, localizar e obter fontes

de dados (coleta de dados); (4) selecionar e ler o referencial encontrado (fases exploratória, seletiva, analítica e interpretativa); (5) avaliar e analisar criticamente as obras selecionadas na revisão.

A primeira fase foi de suma importância para a pesquisa: dentro dela foram definidas a pergunta de pesquisa e o objetivo (ver figura 2) que direcionaram todas as outras fases da pesquisa. A segunda fase foi importante para organizar como ocorreria o processo de revisão sistemática e foi definido a quantidade de pesquisadores a realizar a busca de fontes primárias, seguindo um protocolo de pesquisa definido, que deu origem à revisão sistemática em si.

Figura 2 - Etapas da pesquisa



Fonte: Elaboração do autor

A terceira etapa consiste na seleção dos bancos de dados virtuais a serem utilizados para a obtenção de fontes primárias, no caso desta pesquisa se optou pela Biblioteca virtual em saúde (BVS) e a plataforma *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A BVS é uma plataforma construída de forma colaborativa e tem as suas atividades coordenadas pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciência da Saúde (BIREME) que faz parte da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o que torna a BVS uma das iniciativas mais construtivas da instituição em promover e capacitar a discussão sobre saúde no contexto da América Latina. A biblioteca tem em sua composição 19 países colaboradores que alimentam seu banco de dados com pesquisas e trabalhos cruciais no que diz respeito a saúde, tamanha variedade de informações torna a BVS o maior índice de literatura técnica e científica da América-Latina, dentro das suas bases de dados além das produções realizadas pela rede BVS o banco de dados conta com a base do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e também dados do Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline).

A escolha pelo banco de dados da SciELO se dá pela maior diversidade de fontes possíveis uma vez que a plataforma realiza a mais de 10 anos um trabalho comprometido com a melhoria da comunicação científica dos países em desenvolvimento e foca em estreitar os laços da América Latina e Caribe, aumentando a visibilidade para a produção científica e contribuindo para a universalização do conhecimento. Além disso a SciELO tem dentro de seus diferenciais, 3 componentes que tornam elegível para sua utilização no trabalho de revisão sistemática.

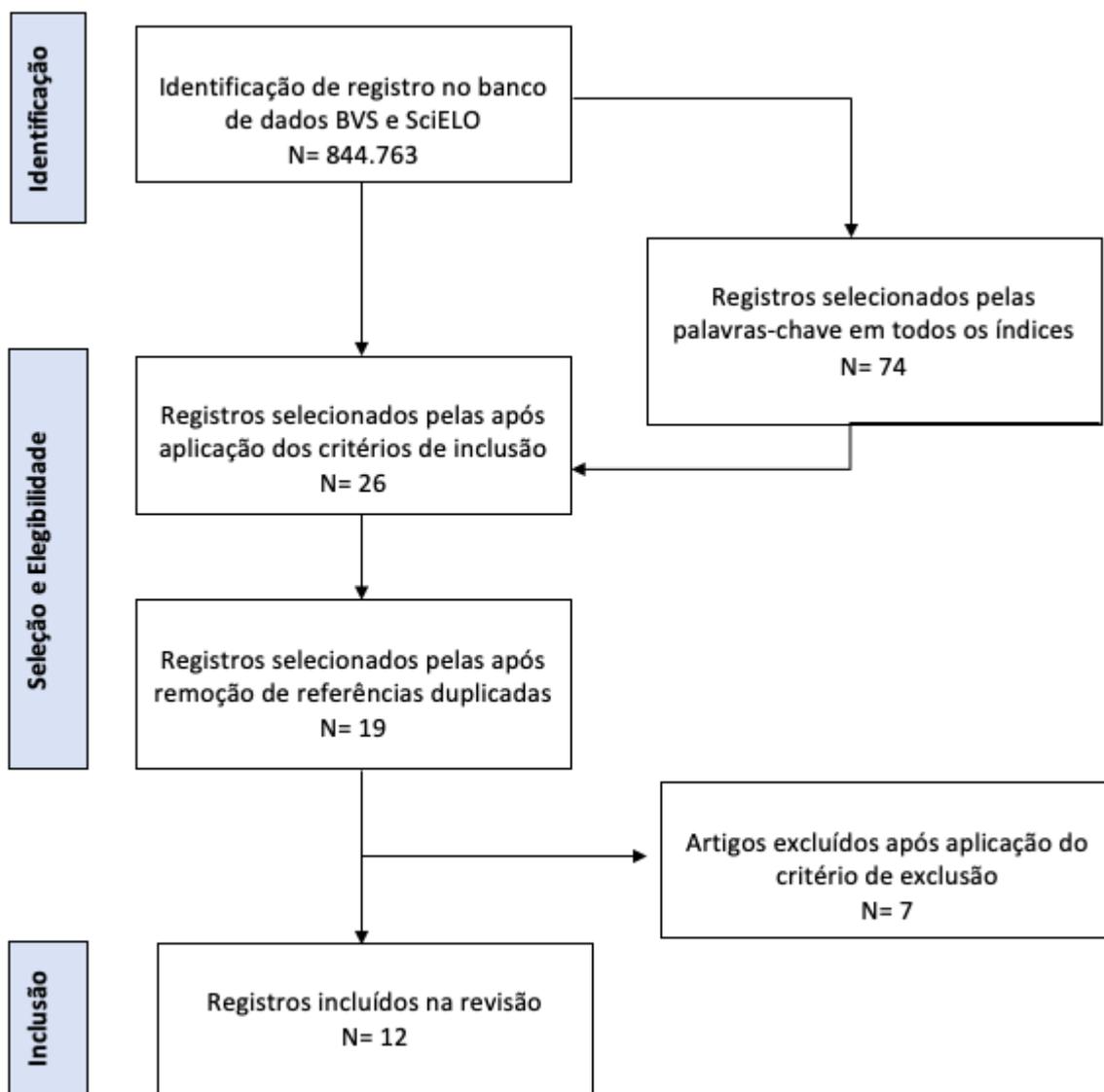
O primeiro componente diz respeito a sua metodologia que permite a publicação eletrônica de edições completas de periódicos científicos, bases de dados bibliográficas e textos completos, cumprindo um dos critérios de inclusão descritos no protocolo de RS anexado neste trabalho. O segundo componente da plataforma é a diferenciada operacionalização do website de acesso de dados que segmenta os conteúdos de forma temática, facilitando a coleta de informações sobre um tema específico, por fim, o último componente apresentado pelo SciELO é o desenvolvimento de um modelo de cooperação e aliança entre autores nacionais e sul americanos o que contribui para o processo de avanço dialético das mais diversas áreas de pesquisa científica e torna os periódicos mais amplos e completos.

Na etapa 4, os critérios de inclusão utilizados eram os artigos que tinham como assunto principal "burocratas de nível de rua", "implementação de políticas públicas", "atenção primária à saúde", "médicos", "programas nacionais de saúde"; tipos de estudo "relato de

casos", "revisão sistemática", "pesquisa qualitativa" e "avaliação de tecnologias de saúde"; foram somente utilizadas fontes que tinham seu conteúdo em português e o recorte temporal de 2012 a 2022.

Foram aplicados os critérios de inclusão ("a" ao "e", ver anexo - protocolo de pesquisa) e também os critérios de exclusão ("a" ao "c", ver anexo - protocolo de pesquisa), para atender a todos esses pontos foi feita uma pré- seleção dos trabalhos a partir da leitura do título e o resumo dos artigos para certificar que os assuntos colaboram com a discussão proposta pelo trabalho reforçando o que está descrito no critério de exclusão "c" (excluir trabalhos que não discutem o tema abordado por essa pesquisa). Todos os trabalhos que passaram por esse processo de triagem foram lidos de forma integral, tendo seu conteúdo analisado de forma meticulosa, seguindo todos os critérios apresentados anteriormente, mas também introduzindo o "critério de qualidade" descrito no protocolo anexado ao trabalho.

Na figura 3, podemos observar que na etapa inicial de seleção dos artigos utilizando as bases da BVS e SciELO foram encontrados 844.763 artigos, após inserir as palavras-chaves em todos os índices o valor encontrado foi 74 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão restaram 26 artigos. Após exportar o documento em formato CSV para uma planilha Excel e removendo as referências duplicadas ficaram 19 trabalhos, posteriormente foi aplicado os critérios de exclusão para que fossem retirados os trabalhos que não contribuem com o objetivo da pesquisa nem dialogavam com a pergunta de pesquisa, restando somente 12 artigos selecionados que foram incluídos na base final de dados. Depois desse processo minucioso de seleção, o material da base final de dados foi organizado para sua leitura, interpretação e conclusões que dialogam com a pergunta de pesquisa.

Figura 3 - Processo de busca e seleção de artigos

Fonte: Elaboração do autor

Na próxima sessão do trabalho vão ser apresentados o resumo crítico e conclusões do estudo, definição das categorias de análise para ajudar a construir o debate sobre os resultados encontrados após a investigação nos materiais selecionados.

5 RESULTADOS

Nesse trabalho foram analisados 12 artigos (quadro 1 e 2), os artigos selecionados após a inserção de todos os critérios de inclusão, exclusão e qualitativos descritos na parte de metodologia e retirados dados referentes a: Autores, título, temática principal, repositório/ano/país, objetivo da pesquisa, atuação do BNR e o tipo de estudo.

Quadro 1 – Artigos analisados na Revisão Sistemática

Nº	1	2	3	4	5	6
Autores	MACEDO, A.S.; FRANKLIN, L.A.S. ; GUEDES, L.T.; MAU, G.F.; FERREIRA, M.A.M.	COUTO, M. T; SEPARAVIC H, M.A.	OLIVEIRA, F.P, PINTO, H.A, FIGUEIREDO, A.M, CYRINO, E.G; NETO. A.V.O; ROCHA, V.X.M	SANTOS, M.L.M; BERTUSSI, D.C; KODJAOGLAN IAN, V.L; MERHY, E.E	GAVA,G.B; GONÇALVE S,O.J; DA SILVA, M.S	ARRUDA, C.A.M; PESSOA, V.M.; BARRETO, I.C.H.C; CARNEIRO, F.F; COMES, Y; TRINDADE, J.S, et al
Título	O papel do governo estadual no arranjo de implementação do projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise em Minas Gerais	Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde	Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015	O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira	Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa	Percepções de gestores municipais de saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos
Temática principal	Análise do arranjo institucional de implementação a partir dos atores envolvidos	Análise da literatura nacional sobre a implementação do Programa Mais Médicos olhando os 3 eixos de atuação	Análise de literatura para avaliar implementação PMM pelo eixo de formação	Análise do impacto da implementação do PMM sobre a perspectiva dos gestores em município do Brasil	Análise de desempenho do PMM observando os atores envolvidos	Análise do processo de implementação do PMM e avaliação do desempenho dos Burocratas de Nível de Rua

Repositório/Ano/Pais	Interface (Botucatu) /2022/ Brasil	Revista Ciência & Saúde Coletiva/ 2021/Brasil	Interface (Botucatu) /2019/ Brasil	Interface (Botucatu) /2019/ Brasil	Saúde sociedade/2017/Brasil	Interface (Botucatu) /2017/ Brasil
Objetivo	Analisar do papel do governo estadual no arranjo institucional de implementação do PMMB, no contexto do estado de Minas Gerais.	Investigar as fragilidades e os pontos positivos do PMM para elaboração e implementação de projetos futuros que visem o avanço e a sustentação da APS no SUS.	Descrever, sistematizar, analisar e avaliar resultados obtidos de 2013 a 2015 no Eixo Formação do PMM, visando identificar impactos e desdobramentos na Saúde e na Educação.	Problematizar o PMM a partir da experiência em um município brasileiro, colocando em análise a produção de potência ou fragilidade na instauração desta política.	Retrata a proatividade dos BNR nas atividades cotidianas, pontualidade, preocupação com atendimento longitudinal e atendimento da "cabeça aos pés"	Analisar o componente provisão de médicos do PMM, segundo a ótica e a percepção de gestores municipais de Saúde.
Atuação do Burocrata de Nível de Rua	Não discute	Perspectiva sobre a visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado	Não discute	Apresenta as assimetrias de atuação do BNR a depender do contexto político e ideológico da sua implementação	Apresenta que o BNR cria vínculos com a comunidade, humanização do atendimento e ampliação de ações preventivas no âmbito da APS	Retrata a proatividade dos BNR nas atividades cotidianas, pontualidade, preocupação com atendimento longitudinal e atendimento da "cabeça aos pés"
Tipo de estudo	Pesquisa qualitativa	Revisão sistemática	Estudo documental, revisão não sistemática	Pesquisa qualitativa	Pesquisa qualitativa	Pesquisa qualitativa

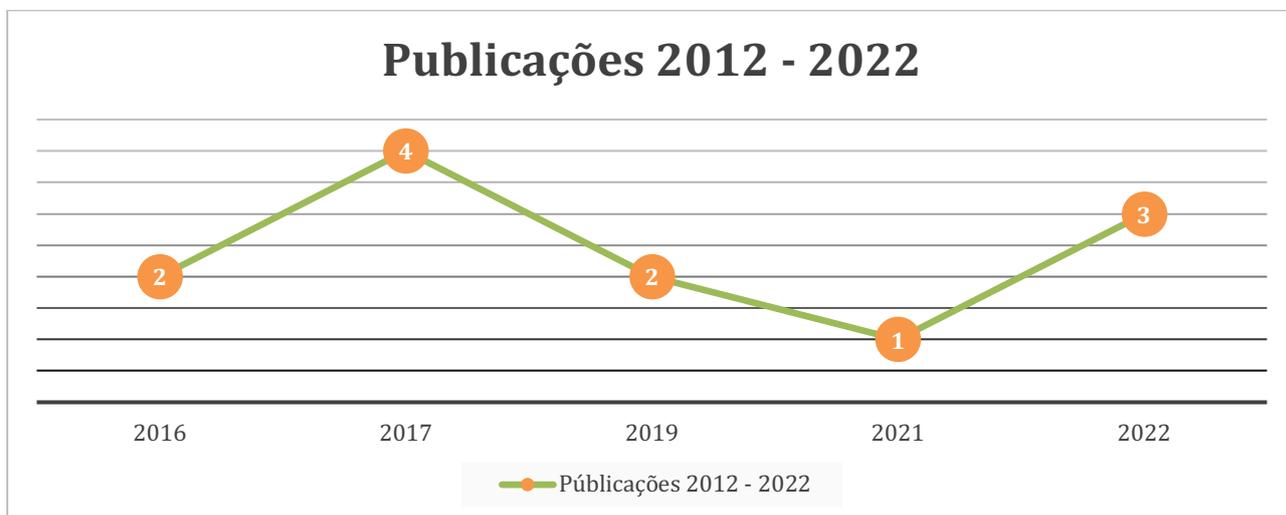
Nº	7	8	9	10	11	12
Autores	MACEDO, A.S; ALCÂNTAR A, V.C; ANDRADE, L.F.S; FERREIRA, P.A	PINTO, H; OLIVEIRA, F.P; SOARES, R	MORO, A; SANTOS, C.L; COUTO, M.P; DITTERICH, R.G; MAZON,L.M	JESUS, R.A. ; MEDINA, M.G. ; PRADO, N.M.B.L.	RIBEIRO, D.D; PELEGRINI, T; RODRIGUES, C.T	BARROS,N.F; MOTA, R.G
Título	O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos	Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil	Implementação do Programa Mais Médicos nos municípios do planalto norte catarinense: avanços, dificuldades e desafios	Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais	Implementação do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon	O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação
Temática principal	Análise da atuação dos atores na formulação e implementação do PMM	Análise de implementação e comparação documental do PMM e PMPB observando os atores sociais	Análise da implementação do PMM em municípios Catarinenses sobre a ótica dos gestores municipais	Análise documental sobre os processos de formulação e implementação do PMM olhando os atores sociais	Aplicação de múltiplos fluxos de kingdon para analisar o impacto das manifestações de 2013 na implementação do PMM	Análise do processo de implementação da política pública sobre a perspectiva dos gestores e BNR
Repositório/Ano/País	Fundação Getúlio Vargas/ 2016/Brasil	Rev. baiana saúde pública/2022/ Brasil	REV. Atenção primária à saúde/2022/Brasil	Interface/ 2017/Brasil	Espacios/2017/ América do Sul/Brasil	Ciência & Saúde coletiva/2016/Brasil

Objetivo	Fomentar debates sobre os processos de formulação e implementação das políticas públicas; em especial, a participação de diversos atores.	Fazer um balanço do PMM, considerando seus três eixos no período de 2013 a 2021, analisando a influência de atores sociais coletivos na implementação e nos processos de (re)formulação no programa, bem como comparar normativamente o Mais Médicos com o Médicos pelo Brasil.	Analisar quais foram os avanços, dificuldades e desafios elencados pelos coordenadores da Atenção Básica de Saúde (ABS) após a implementação do PMM nos municípios do Planalto Norte Catarinense.	Identificar e mapear os eventos críticos e os posicionamentos dos atores sociais durante o processo de formulação e implementação do PMM no Brasil no período de 2013 a 2015.	Estudar a forma como a demanda popular e as manifestações de 2013 influenciaram a implementação do Programa Mais Médicos utilizando o Modelo de Múltiplos Fluxos proposto por Jonh W. Kingdon	Ampliar as discussões acadêmicas sobre o provimento, a formação médica, o modelo de assistência e a qualificação dos recursos humanos pela educação permanente através da integração ensino-serviço-comunidade.
Atuação do Burocrata de Nível de Rua	Não discute	Não discute	Apresenta perspectiva sobre seu atendimento humanizado, integrado e multidisciplinar, diferenças do background acadêmico e cultural no atendimento	Não discute	Captura a perspectiva dos BNR sobre seu dia a dia, suas condições de trabalho e sobre rejeição por parte dos médicos brasileiros	Atuação preventiva dos BNR, pontualidade na realização das suas atividades, estabelecimento de outro tipo de relação médico-paciente, ancora-se no cuidado à família e comunidade, médico como parte da comunidade "
Tipo de estudo	Estudo de caso	Estudo de caso	Pesquisa qualitativa/ Revisão sistemática	Revisão sistemática	Revisão sistemática	Estudo de avaliação/ Revisão sistemática

Fonte: Elaboração do autor a partir dos dados da pesquisa.

No que diz respeito ao avanço de produções científicas de artigos relacionados ao tema da pesquisa no recorte temporal de publicações de 2012 a 2022 (gráfico 1), o ano em que foi observado o maior número de publicações em artigos científicos foi o ano de 2017 (4) e o ano que apresentou menor número de publicações foi 2021 (1). Ao tentar associar o número de publicações ao contexto político, pode-se correlacionar o processo de impeachment da Presidenta Dilma e ruptura institucional gerada a partir dele com a motivação da academia em tentar entender, um ano após o acontecimento, como esse fato impactou na estrutura do PMM que foi notadamente uma das maiores conquistas da gestão da representante do Executivo.

Gráfico 1 – Recorte temporal artigos selecionados



Fonte: Elaboração do autor a partir dos dados da revisão sistemática

Em relação à distribuição dos temas das pesquisas, em sua maioria, os artigos selecionados buscavam analisar o processo de implementação do PMM a partir dos eixos de provimento, infraestrutura e formação, análise dos atores internos e externos no processo de implementação e um dos trabalhos se utilizou do modelo de Kingdon (2017) para analisar a implementação do programa. Nesse processo de investigação por tema é possível categorizar os trabalhos a partir da discussão teórica das diferentes gerações de análise do processo de implementação de políticas públicas: *Top-Down*, *Bottom-up* e 3ª geração.

Em sua maioria (6), as análises seguiram os preceitos da terceira geração de análise de políticas públicas; outros utilizaram as abordagens *Top-Down* (3) e *Bottom-up* (3), que se encontram empatados na segunda posição com o mesmo quantitativo de produções científicas. Tal amostragem apresenta que a terceira geração, por agregar tantos atores internos e externos no processo de implementação, é mais completa para entender uma

política pública de saúde de alta complexidade como o PMM. Contudo, as duas abordagens que a antecedem conseguem construir análises igualmente completas e que, ainda, mesmo observando a implementação de maneiras opostas, conseguem responder a perguntas importantes na construção e avanço de um campo científico brasileiro de grande robustez no que diz respeito à análise de políticas públicas.

Muito das unidades de análises selecionadas acabam se misturando, o processo de implementação é um fenômeno múltiplo e comporta diversas interpretações e maneiras de ser encaradas quando se trata de investigação científica. Nos casos selecionados, a matéria foi analisada através das metodologias: Pesquisa qualitativa (4), Estudo de caso (2) e Revisão sistemática (6). Duas das pesquisas categorizadas como pesquisa qualitativa tinham no seu planejamento uma estruturação mais livre e uma delas afirma ainda que a sua pesquisa é mais “holística” e utiliza do “encontro” como forma de análise.

Outra inferência que dialoga com o objetivo dessa pesquisa é a atuação dos BNR no processo de implementação de políticas públicas. Em 7 artigos é possível identificar reflexões a cerca da importância da atuação dos BNR na efetivação do PMM, as dificuldades encaradas por esses atores nos seus processos de trabalho e até mesmo conflitos com gestores municipais durante o processo de implementação do programa.

Quadro 3 – Atuação dos Burocratas de Nível de Rua no PMM

Autores	Ano	Nome da revista	Assuntos da atuação do BNR
COUTO, M. T; SEPARAVICH, M.A.	2021	Revista Ciência & Saúde Coletiva	Perspectiva sobre a visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado
SANTOS, M.L.M; BERTUSSI, D.C; KODJAOGLANIAN, V.L; MERHY, E.E	2019	Interface (Botucatu)	Apresenta as assimetrias de atuação do BNR a depender do contexto político e ideológico da sua implementação
GAVA,G.B; GONÇALVES,O.J; DA SILVA, M.S	2017	Revista saúde e sociedade	Apresenta que o BNR cria vínculos com a comunidade, humanização do atendimento e ampliação de ações preventivas no âmbito da APS
ARRUDA, C.A.M; PESSOA, V.M.; BARRETO, I.C.H.C; CARNEIRO, F.F; COMES, Y; TRINDADE, J.S, et al	2017	Interface (Botucatu)	Retrata a proatividade dos BNR nas atividades cotidianas, pontualidade, preocupação com atendimento longitudinal e atendimento da “cabeça aos pés”

MORO, A; SANTOS, C.L; COUTO, M.P; DITTERICH,R.G; MAZON,L.M RIBEIRO, D.D; PELEGRINI, T; RODRIGUES, C.T	2022	Revista Atenção primária à saúde	Apresenta perspectiva sobre seu atendimento humanizado, integrado e multidisciplinar, diferenças do <i>background</i> acadêmico e cultural no atendimento
BARROS,N.F; MOTA, R.G	2016	Revista Ciência & Saúde coletiva	Captura a perspectiva dos BNR sobre seu dia a dia e suas condições de trabalho e sobre rejeição por parte dos profissionais médicos brasileiros
RIBEIRO, D.D; PELEGRINI, T; RODRIGUES, C.T	2017	Espacios	Atuação preventiva dos BNR, pontualidade na realização das suas atividades, estabelecimento de outro tipo de relação médico-paciente, ancora-se no cuidado à família e comunidade, médico como parte da comunidade

Fonte: Elaboração do autor a partir dos dados da revisão sistemática

Na próxima sessão desse trabalho serão apresentadas discussões a partir dos resultados encontrados. Será proposta uma análise sobre o processo de implementação seguindo os 3 eixos do PMM, a análise dos atores internos e externos na execução do programa e a atuação do BNR, com o fim de responder como foi o processo de implementação do Programa Mais Médicos e qual a atuação dos Burocratas de Nível de Rua nesse processo.

6 DISCUSSÃO

6.1 Implementação através dos Eixos Estratégicos

A implementação, ao ser analisada a partir dos 3 eixos de estratégias, consegue construir um entendimento de como o PMM colaborou para as estruturas de saúde nos contextos que foi implementado e as eventuais dificuldades nesse processo.

Os Artigos “Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde “, “Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015” e “Panorama de implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos Pelo Brasil” dos autores Couto e Separavich (2021), Oliveira et al (2019) e Pinto et al (2022), respectivamente, dão destaque especial sobre como cada eixo desempenhou no contexto de implementação.

Sobre o provimento emergencial, após o levantamento de dados foi percebido um impacto positivo no provimento de médicos em regiões mais remotas e de difícil acesso, o que culminou numa maior capacidade de atendimento e conseqüentemente melhorias no atendimento à população. Entretanto, ainda sobre esse eixo estratégico, fica explícito que o programa ainda não atingiu as metas estabelecidas de médicos por 1000 habitantes, sendo que em 2018 essa relação era de 2,18 (COUTO;SEPARAVICH, 2021) e a meta definida ao início do programa era de 2,7. A justificativa encontrada para o não atingimento dessa meta foi a fragilidade do processo de captação de profissionais estrangeiros, em especial o acordo de cooperação Brasil-Cuba, que por contextos políticos e pelo caráter provisório do PMM acabou sendo terminado, o que culminou num quantitativo importante de profissionais deixando o programa e os brasileiros das regiões mais prioritárias, “Brasil profundo”, a ficarem sem acesso a serviços de saúde básicos.

Quanto a reestruturação das UBS idealizada no eixo de infraestrutura, os artigos descrevem um cenário de melhoria e modernização, criação de novas unidades de saúde e fixação de profissionais nas regiões remotas, o que acabou colaborando para fortalecer a saúde pública desses locais. Entretanto, nos contextos populacionais que apresentavam um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo, como nas regiões norte e nordeste, as condições estruturais se apresentavam sensivelmente piores que nas regiões sul e sudeste, revelando que ainda existe espaço para ser ocupado e o trabalho de combate às iniquidades de saúde no que diz respeito a infraestrutura ainda está longe de ser desnecessário.

O eixo de formação é, dentro das estratégias estabelecidas pelo PMM, aquele que se propunha a realizar melhorias no médio e no longo prazo e impactar de forma mais estrutural a saúde pública. O trabalho de Oliveira et al (2019) dissecou com profundidade como esse eixo impactou no processo de implementação do programa, especialmente no recorte de 2013 a 2015. O eixo formação conseguiu tomar 3 iniciativas importantes para modificar a estrutura de profissionais (OLIVEIRA et al, 2019) e a lógica de ensino-atendimento brasileira: (1) a formação de uma nova Diretriz Curricular Nacional (DCN) que priorizava a formação médica mais integrada com o SUS e estabelecia que os estudantes em formação deveriam realizar pelo menos 30% do seu curso prestando serviços diretos a rede pública, (2) movimento de interiorização e expansão de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) que, em conjunto com o REUNI, conseguiu melhorar a infraestrutura e oferecer mais vagas de cursos de medicina a regiões do interior do país, sendo financiados em grande parte pelo Ministério da Saúde, que custeava 32% de bolsas em especialidades médicas nessas regiões e (3) a criação do Programa de Valorização da Atenção Básica que conseguiu estabelecer de forma embrionária médicos e equipe de saúde em regiões que anteriormente não recebiam acesso à saúde básica.

Entretanto, apesar dos avanços na oferta de mais vagas no curso de medicina e de residências médicas que buscavam fortalecer a APS, as medidas não foram suficientes para modificar efetivamente a formação médica, pois, devido a posicionamentos políticos e pressão de entidades médicas, grande parte das novas vagas foram endereçadas a instituições privadas de ensino e, após a implementação do Projeto de Emenda a Constituição (PEC) do teto de gastos, foi paralisada a expansão de vagas em instituições públicas, o que tende a gerar um viés de mercado para a formação médica, além de ter colaborado para que a Lei nº 13.350 de dezembro de 2017 excluísse a obrigatoriedade de avaliação continuada, o que prejudica os mecanismos de controle e avanço do programa.

6.2 Atores internos e externos no processo de implementação do PMM

Nessa revisão sistemática, os artigos que relacionavam o processo de implementação do PMM em sua maioria voltavam-se para a análise dos atores internos e externos no processo. MACEDO et al (2022), SANTOS et al (2019), GAVA et al (2017), RIBEIRO et al (2017), JESUS et al (2017), PRADO et al (2022), PINTO et al

(2022), MACEDO et al (2016) e ARRUDA et al (2017) buscam mapear todos os atores e seus respectivos papéis no processo de implementação do programa. Alguns olham sob a perspectiva dos gestores municipais, outros, como a mídia, redes e movimentos sociais, impactaram no PMM. Conflitos de interesses entre os envolvidos, centralidade no processo decisório e até mesmo as experiências dos atores envolvidos com os BNR no dia a dia das políticas públicas servem para entender com mais folego o processo de implementação do PMM. É correto dizer que os achados de alguns dos artigos selecionados são complementares entre si e colaboram para compreender com mais exatidão como o processo decorreu de fato, visto que as suas perspectivas são amplas no que diz respeito ao processo.

Os textos de SANTOS et al (2019), ARRUDA et al (2017), PINTO et al (2022), MORO et al (2022) e MACEDO et al (2022) dão destaque para as relações dos gestores municipais com a política pública investigada. Em alguns contextos fica evidente que os dispositivos para a operação da política são insuficientes e esse processo nutre um cenário de invisibilização por parte dos gestores e dos outros atores que compõem a política pública (SANTOS et al, 2019).

Essa invisibilidade ocorre por falta de articulação e por barreiras políticas e ideológicas de gestores que atuam na implementação, o que acaba impedindo que o desenvolvimento da política aconteça de forma plena. Então a política, ao ser reproduzida de forma nacional sem levar em consideração as especificidades de cada contexto local, favorece para o enfraquecimento da política pública e desperdiça o potencial de mudança que poderia exercer. Os gestores a nível municipal e estatal ficam impedidos de realizar as adaptações necessárias, já que o programa centraliza as suas decisões no ente federal e essa centralidade enfraquece as instancias de coordenação que articulam a implementação no dia a dia da política (MACEDO et al, 2022).

Em outros contextos, ainda levando em consideração a relação dos gestores com os médicos que participavam do programa, foi observado uma potencialização no que diz respeito ao atendimento a populações mais remotas e sem assistência (ARRUDA et al, 2017). Os gestores conseguiram reconhecer a aptidão de atendimento dos médicos que compunham os mais médicos ao perceber sua assiduidade e pontualidade no serviço, sua capacidade de estabelecer vínculos com a comunidade e repensar a maneira de cuidar da população, direcionando seus esforços para um cuidado mais humano e preocupado com o aspecto longitudinal do atendimento da APS e, por meio desse reconhecimento, promover saúde, rompendo com a prática de atendimento biológica

que não atende ao fator social que está associado as políticas de saúde, especialmente aquelas de serviços direcionados a APS.

Já no que diz respeito aos atores externos ao processo de implementação, também é possível perceber suas importantes contribuições. O contexto político de formulação e implementação do PMM era de profunda convulsão social, movimentos sociais se articulando através das redes sociais e manifestações públicas de descontentamento com o governo e as ofertas de serviços públicos (MACEDO et al ,2016). Entre as reivindicações da sociedade estava a de falta de profissionais médicos no atendimento a população. Por isso os manifestantes (grupos de pressão) acabaram impulsionando as discussões, ações e reações do governo, demonstrando o poder dessa parcela na formação da agenda governamental (MACEDO et al, 2016) e na influência que tem nos tomadores de decisão.

Outro ator externo que foi muito importante no processo do PMM foi as mídias de massa. Esses veículos serviram para formação da opinião pública sobre o cenário político brasileiro à época e, no momento posterior à sua implementação, geraram uma agenda editorial que afetava diretamente na implementação do programa, porque, por vezes, definia o PMM como uma política que servia aspirações “eleitoreiras” e que num tom mais alarmista e ideologicamente acalorado servia regimes comunistas internacionais. Tal modo de operar a comunicação dificultou, num primeiro momento, a aceitação popular sobre o programa, servindo também para criar um cenário de disputa entre os médicos brasileiros e os estrangeiros, em especial, os médicos cubanos (BARROS et al, 2016).

Um dos atores que recebeu destaque em artigos diferentes pela sua oposição ao programa e conseqüentemente seu impacto direto no processo de implementação foi dos grupos de classe (MACEDO et al, 2016). O Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina e a Associação Brasileira de Médicos (AMB) fizeram oposição à implementação ao PMM desde a sua constituição, por não terem sido ouvidos no processo de formulação. Afirmavam que a implementação do programa representava um risco para a população brasileira, pois os médicos estrangeiros, por não passarem pelo processo de revalidação de diploma, não estariam aptos a exercer a profissão no país. Entendiam também que a língua era uma barreira definitiva no exercício da prestação de serviços de saúde. Sua posição foi tão presente que as entidades de classe entraram com um processo de inconstitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), por julgarem que estavam sendo prejudicadas e o

PMM como foi idealizado estava indo contra os princípios fundamentais da Constituição Federal (JESUS et al, 2022). Os movimentos orquestrados pelas entidades médicas foram um dos fatores que impactaram diretamente na fragilização do PMM e comprometeu a sua continuidade conforme os parâmetros estabelecidos na sua implementação.

Com o governo Temer, houve um movimento que tentava encerrar o PMM estimulado pelas entidades de classe que quase levou ao fim, de fato, do programa. Esse movimento não obteve sucesso somente por causa da articulação de gestores municipais que, ao apresentar os impactos positivos do programa na atenção primária, tal articulação fez com que o ministro da época fosse convencido da capacidade desses profissionais e defendesse abertamente o programa (PINTO et al, 2022).

Entretanto, com a eleição do presidente Jair Bolsonaro em 2018, o PMM recebeu um golpe substancial no que diz respeito à sua forma e implementação (PINTO et al, 2022). Cedendo a pressões dos grupos de classe, Bolsonaro começou a fazer ataques abertos ao modelo de cooperação com Cuba e a defender a narrativa adotada pelas entidades de classe para que fosse realizado o programa de revalidação de diploma dos médicos estrangeiros, em especial, os cubanos. As acusações do líder do Executivo foram tamanhas que acabou acarretando o fim do acordo de cooperação Brasil-Cuba, gerando a saída de 8,3 mil médicos cubanos que atuavam nas regiões mais distantes e de difícil acesso do SUS. Estima-se que esse movimento deixou quase 30 milhões de brasileiros sem acesso a serviços de saúde básicos (PINTO et al, 2022).

Paralelamente, a tentativa do governo brasileiro de substituir a política pública o Programa Mais Médicos Pelo Brasil (PMPB) não conseguiu ser efetivada ou implementada nos contextos de prioridade do SUS. Contudo, os detalhes dessa nova política pública estão além do escopo desse trabalho, sendo, contudo, um importante campo a ser explorado por outros pesquisadores.

6.3 Atuação do Burocrata de Nível de Rua no Programa Mais Médicos

Nos artigos explorados por essa pesquisa, é consensual que o BNR que participou da implementação no dia a dia da política contribuiu para a efetivação do plano estratégico do programa e melhorias na promoção de atenção primária à saúde, especialmente aqueles que foram remanejados para as regiões mais remotas e de difícil acesso, que normalmente tinham um histórico de alta rotatividade de profissionais e

baixo atendimento (COUTO et al, SANTOS et al , GAVA et al, ARRUDA et al, MORO et al, BARROS et al , RIBEIRO et al).

A atuação desses profissionais é marcada pela nova forma de encarar o cuidado à saúde e a resignificação das relações saúde-doença-cuidado (COUTO et al 2021; MORO et al 2022; RIBEIRO et al 2017).

Isso é resultado das diferenças no processo de ensino da medicina que os médicos estrangeiros (especialmente os cubanos) receberam em relação aos brasileiros, especialmente no que diz respeito ao atendimento à população. Os BNR que participavam do programa em sua maioria tinham um *background* social e indenitário formado pela ideia de cuidado humano, se preocupando com aspectos sociais que dependem de condições que extrapolam os aspectos biológicos, utilizavam estudos epidemiológicos locais para enriquecer os seus atendimentos, estabelecendo vínculos com a população que era atendida por aceitar trocar experiências e recorrer à medicina tradicional, respeitando a cultura local (MACEDO et al, 2016), evidenciando que essas características particulares na sua atuação contribuíram para a consolidação e melhoria dos serviços de saúde do PMM.

Mesmo com esses avanços e ampla aceitação por parte da população alvo, os BNR enfrentaram dificuldades para a realização das suas atividades. Em muitos contextos faltavam apoio e supervisão por parte de gestores locais, especialmente no que diz respeito ao aspecto ensino-prática, que deveria estar presente durante toda a atuação desses profissionais (BARROS et al, 2016; SANTOS et al, 2019). Em outros contextos os gestores locais deixavam ser capturados pela discussão midiática e pressões de grupos de interesse (BARROS et al, 2016; MACEDO et al, 2016), tornando um cenário que deveria ser de troca de experiências e de vivências entre os profissionais brasileiros e estrangeiros num cenário de divisão e comprometimento das atividades programáticas (BARROS et al, 2016).

Essa característica do PMM foi evidenciada pelo artigo “O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira”. Nesse trabalho fica claro que o sucesso do PMM e a atuação dos BNR estão intrinsecamente relacionados e geram resultados heterogêneos dependendo do contexto e abertura dos gestores locais (SANTOS et al, 2019). O programa pode ser de amplo sucesso ou de invisibilidade e dificuldade dos profissionais em realizarem as suas atividades, prejudicando, assim, o andamento do PMM e da APS como um todo. Esse aspecto deveria ter sido considerado no processo

de formulação e implementação do PMM. Ao observar as características particulares, o projeto poderia ter obtido resultados ainda mais expressivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade é marca registrada das políticas públicas de saúde, ainda mais quando se trata de um país com a estrutura e proporção do Brasil. A investigação sobre o processo de implementação de políticas públicas se faz ainda mais necessário em programas de grande robustez e comoção social como o Programa Mais Médicos, que teve a articulação de atores dos mais variados níveis e responsabilidades no seu processo de formulação e implementação.

Por esse motivo, o presente trabalho buscou entender como se deu o processo de implementação do Programa Mais Médicos, olhando especialmente para o processo de implementação dos eixos estratégicos do programa, influência dos atores externos e internos no processo de implementação e como a atuação do Burocrata de Nível de Rua impactava no dia a dia da política pública. Por meio dessa reflexão foi possível compreender com mais clareza como de fato o plano foi implementado, seu impacto nas realidades concretas da APS e no SUS.

A partir da revisão sistemática identificou-se a exploração de temas como “implementação de políticas públicas pelos eixos estratégicos”, “atores envolvidos no processo de implementação do programa mais médicos”, “Percepção dos gestores na atuação dos médicos do Programa Mais Médicos”, “Papel dos governos estaduais na implementação do projeto Mais Médicos”, entre outros, que demonstram que o projeto é de interesse da agenda de pesquisa de pesquisadores brasileiros, mas o volume de dados encontrados ainda poderia ser maior e mais diverso.

Esse trabalho, contudo, encontrou dificuldade de identificar pesquisas relacionadas diretamente à atuação do Burocrata de Nível de Rua no dia a dia da política pública e como suas tomadas de decisão impactaram diretamente na mesma, indicação de que ainda existe espaço na discussão de implementação de políticas públicas, bem como sobre os efeitos da discricionariedade dos Burocratas de Nível de Rua. Outra questão percebida está relacionada ao fato de alguns estudos não apresentarem claramente a metodologia utilizada ou ainda usarem metodologias que são desproporcionalmente “livres”, dificultando o processo de categorização e tornando o processo de análise mais minucioso.

Mesmo com a escassez de materiais a respeito da atuação e discricionarietà do BNR na execução do PMM, foi decidido manter a pesquisa utilizando-se dos recortes específicos de alguns trabalhos que traziam reflexões sobre a atuação desses atores no processo. Foram também considerados aqueles artigos que não apresentavam metodologia bem definida dada a escassez de trabalhos prévios direcionados ao tema da pesquisa. Isso demonstra claramente que ainda existe espaço para futuros trabalhos que venham a abordar especificamente a ação discricionária do Burocrata de Nível de Rua na implementação de políticas públicas e que próximas investigações científicas precisam direcionar esforços no sentido de melhorar a categorização metodológica das suas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C.A.M; PESSOA, V.M.; BARRETO, I.C.H.C; CARNEIRO, F.F; COMES, Y; TRINDADE, J.S, et al. Percepções de gestores municipais de saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos Interface (Botucatu) /2017/ Brasil

BARROS,N.F; MOTA, R.G O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação Ciência & Saúde coletiva/2016/Brasil

BRASIL. Lei 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm> Acessado em: 05/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS. Relatório de Gestão 2019. Brasília, 2019. [online] disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/publicacoes#relatorios>> Acessado em: 05/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 19 -91

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de Enfermagem. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.3, p.879-888, 2008.

COUTO, M. T; SEPARAVICH, M.A. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*/ 2021/Brasil

CONASEMS. Saúde na Hora: 1034 Unidades de Saúde da Família já participam do programa [online] 2019. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/saude-na-hora-ate-o-momento-programa-recebeu-a-solicitacao-de-adesao-de-800-unidades-de-saude-da-familia/>> . Acesso em 03/08/2022.

DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério: Tradução e notas de Nelson Boeira - São Paulo - Martins Fontes, 2002, justiça e direito, p. 50 -63

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.

FERNANDEZ, M. V.; GUIMARÃES, N. C. Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua. *Revista Brasileira de Ciência Política*, nº 32. Brasília, maio – agosto de 2020, p 283-322.

GAVA, G. B; JUNIOR, O. G; DA SILVA, M. S. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Revista Saúde e Sociedade*, 2017, p. 4-14

HILL, M; HUPE, P. Implementing public policy: governance in theory and in practice. London: SAGE, 2002 (cap. 3).

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. Política Pública: seus ciclos e subsistemas – uma análise de políticas públicas a partir das relações Estado e Sociedade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JESUS, R.A. ; MEDINA, M.G.; PRADO, N.M.B.L. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais *Interface*/ 2017/Brasil

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. In: Gabriela Lotta. (Org.). Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. 1ed. Brasília: Enap, 2019, v., p. 127-152.

LIPSKY, MICHAEL. Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services I Michael Lipsky. -Updated ed. 2010.

LOTTA, G. et al. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, v. 69, n. 4, p. 779 – 810, 2018.

LOTTA, G. et al. Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil / organizadora Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, p. 11 - 38, 2019.

MACHADO, E.N.M.; FORTES, F.B.C.T.P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, v.9, n.1, p.99- 111.

MACEDO, A.S.; FRANKLIN, L.A.S. ; GUEDES, L.T.; MAU, G.F.; FERREIRA, M.A.M. O papel do governo estadual no arranjo de implementação do projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise em Minas Gerais, *Interface (Botucatu) /2022/ Brasil*

MACEDO, A.S; ALCÂNTARA, V.C; ANDRADE, L.F.S; FERREIRA, P.A O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos Fundação Getúlio Vargas/ 2016/Brasil

MEDINA, E. U.; PAILAQUILÉN, R. M. B. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 1-8, 2010.

MILES, Matthew B. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* / Matthew B. Miles, A. Michael Huberman – 2nd ed., p. 1 - 28, 2010

MORO, A; SANTOS, C.L; COUTO, M.P; DITTERICH,R.G; MAZON,L.M Implementação do Programa Mais Médicos nos municípios do planalto norte catarinense: avanços, dificuldades e desafios *REV. Atenção primária à saúde/2022/Brasil*

NICOLAU, J. Breve Roteiro para Redação de Projetos de Pesquisa. *Revista Estudos Políticos*, v. 6, p. 345-353, 2013.

OPAS. Atenção primária à saúde. [online] 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>>. Acesso em 05/08/2022.

OECD (2011), "Employment in the health and social sectors", in *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-20-en>. Acesso em 26/08/2022.

OLIVEIRA, F.P, PINTO, H.A, FIGUEIREDO, A.M, CYRINO, E.G; NETO. A.V.O; ROCHA, V.X.M. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu) /2019/ Brasil*

PINTO, H; OLIVEIRA, F.P; SOARES, R Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil *Rev. baiana saúde pública/2022/Brasil*

RIBEIRO, D.D; PELEGRINI, T; RODRIGUES, C.T Implementação do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon *Espacios/2017/ América do Sul/Brasil*

RUA, M. G. Políticas públicas – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2009. p. 14-30 Disponível em: <<https://acervo.cead.ufv.br/conteudo/pdf/Apostila%20>-

%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20Maria%20das%20Gra%C3%A7as%20Rua%202009.pdf?dl=0>. Acessado em: 30/09/2022

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 11, n. 1, p. 77-82, 2007.

SANTOS, M.L.M; BERTUSSI, D.C; KODJAOGLANIAN, V.L; MERHY, E.E O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. Interface (Botucatu) /2019/ Brasil

SECCHI, Leonardo. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECCHI, Leonardo. Análise de políticas públicas [livro eletrônico] : diagnóstico de problemas, recomendação de soluções / Leonardo Secchi. -- São Paulo : Cengage Learning, 2020.cap. introdução

TREIB, O.; PÜLZL, H. Implementing Public Policy. In FISCHER et al. Handbook of public policy analysis. London: CRC Press, 2007, p. 89-108.

UNA-SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos, 2021 [online]. Disponível em: < <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>> Acesso: 07/10/2022

WEBER, M. Economia e Sociedade. Brasília: Editora UnB, 1999, v. 2, “Estado e dominação” p. 525-529 e “Burocracia” p. 198-233.

WHO. Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [online] 2022. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2> . Acesso em 06/08/2022.

WHO, Y. Shimizu. Primary Health Care, 2022 [online]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1> . Acesso em 06/08/2022.

ANEXO

Protocolo de Pesquisa

Objetivo: observar na literatura estudos primários que abordam a implementação do Programa Mais Médicos no Brasil e a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no processo, buscando colaborar para produção de referencial teórico sobre a temática.

Critérios de seleção de fontes: Fontes deverão estar disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) ou na Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

Métodos de busca de fontes: A busca das fontes primárias será conduzida com vocabulário específico, que indica as seguintes palavras-chave para a coleta de dados: “burocratas de nível de rua” ou “implementação de políticas de saúde” e “programa mais médicos”. As palavras-chaves foram determinadas e combinadas buscando ampliar a possibilidade de encontrar referências sobre o objeto dessa revisão.

Palavras-chaves: ((tw:(burocratas de nível de rua)) OR (tw:(implementação de políticas públicas)) AND (tw:(programa mais médicos))) na base de dados BVS e SciELO.

Tipo de artigos: artigo de periódicos.

Idioma dos artigos: português.

Critérios de inclusão e exclusão dos artigos:

Critérios de inclusão: a) trabalhos disponíveis integralmente e trabalhos publicados em bases de dados científicas; b) ter como assunto principal “burocratas de nível de rua”, “implementação de políticas públicas”, “política pública”, “atenção primária à saúde”, “médicos” e “Programas nacionais de saúde”; c) ter como tipo de estudo “relato de casos”, “revisão sistemática”, “pesquisa qualitativa”, “avaliação de tecnologias de saúde”; d) publicações em português; e) publicação no período de 2012 a 2022.

Critérios de exclusão: a) trabalhos que não estejam disponíveis na sua integridade nas bases de dados pesquisadas; b) trabalhos que sejam anteriores ao ano de 2012; c) trabalhos que não discutem o tema abordado por essa pesquisa.

Critérios de qualidade dos estudos: a) deve ter sido publicado em periódico.

Processo de seleção dos estudos: serão realizadas buscas com as palavras-chave nas fontes de pesquisa determinadas. Posteriormente os artigos obtidos serão avaliados preliminarmente a partir do título e resumo, baseado nos critérios de inclusão e exclusão, os que restarem após essa triagem serão selecionados para que sejam lidos na íntegra. Esses artigos selecionados são lidos integralmente e avaliados seguindo o rigor estabelecido pelos mesmos critérios, sendo posteriormente classificados como válidos ou inválidos para os objetivos deste trabalho de revisão sistemática.

Elegibilidade dos estudos: Será analisado pelo pesquisador responsável pela realização deste trabalho, em caso de dúvidas será consultado orientação de pesquisador experiente que orienta

a esse projeto. No fim do processo deve restar apenas os artigos elegíveis para compor a revisão.

Estratégia de extração de informação: Cada texto que se considerar válido para a Revisão Sistemática deve ter um “formulário de extração de dados” preenchido e ter seu conteúdo lido de forma integral. Além das informações básicas (data de publicação, abstract, dados bibliográficos entre outros), os formulários devem conter uma síntese do trabalho, a ser escrita pelo pesquisador responsável pela RS, perspectivas a respeito do conteúdo e conclusões do estudo.

Sumarização dos resultados: A partir do que for encontrado será confeccionado um relatório que descreve de forma resumida o conteúdo da revisão sistemática. Eventuais análises quantitativas e qualitativas relacionadas aos trabalhos pesquisados e conclusões.