

Arranjo institucional e a capacidade estatal de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB)

DOI 10.1590/1678-987320287608

Alex dos Santos Macedo^I  e
Marco Aurélio Marques Ferreira^{II} 

^IOrganização das Cooperativas Brasileiras, Brasília, DF, Brasil.

^{II}Departamento de Administração e Contabilidade, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

RESUMO Introdução: O arranjo institucional de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB) envolve diversos atores governamentais e não governamentais em níveis distintos da federação. Trata-se de um complexo arranjo conduzido de forma intersetorial e colaborativa, que demanda a mobilização de capacidade de coordenar e articular os responsáveis por sua condução. Sendo assim, analisaram-se as implicações dos arranjos institucionais e de suas inter-relações com as capacidades estatais, que podem afetar o desempenho e a entrega dos objetivos pretendidos pela intervenção. **Materiais e métodos:** Para tanto, realizaram-se oito entrevistas com atores-chaves, ligados direta ou indiretamente à implementação do projeto, em nível federal, no período de julho de 2018 a janeiro de 2019, bem como análise documental. **Resultados:** Os resultados apontam que, no começo, o arranjo facilitou a construção de capacidades técnico-administrativa e político-relacional que permitiram superar os desafios, em termos de coordenação dos diversos atores e das burocracias, em nível interfederativo, a fim de levar médicos aos locais desassistidos ou com dificuldades de fixá-los. Entre outras questões, contribuíram neste processo a aceitação social da intervenção, a geração de resultados em curto prazo e a centralidade da política na agenda governamental. Entretanto alterações, no contexto sociopolítico, que culminaram, em mudança governamental e de atores centrais quanto ao arranjo de implementação, aliado à resistência de grupos de interesse, enfraqueceram as capacidades de entrega dos resultados da intervenção. **Discussão:** Fica evidente que as capacidades de implementação de uma política pública não são fixas e demandam constante ativação de seu arranjo institucional.

PALAVRAS-CHAVE: arranjo institucional; capacidade estatal; implementação; Projeto Mais Médicos Brasil; política de recursos humanos em saúde.

Recebido em 8 de Setembro de 2019. Aprovado em 8 de Junho de 2020. Aceito em 5 de Agosto de 2020.

I. Introdução¹

¹ Registramos nossos agradecimentos para a CAPES, FAPEMIG e para o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS.

O acesso equitativo aos serviços de saúde depende, entre outros fatores, da disposição dos profissionais de saúde em atuar, nas áreas com populações mais vulneráveis, em termos socioeconômicos e em regiões remotas e rurais. Esse é um problema reconhecido, em diversos países, que enfrentam iniquidades distributivas de profissionais entre e dentro dos territórios. Dessa forma, optou-se em desenvolver estratégias visando atrair e reter esses profissionais atuando nessas localidades (Huicho *et al.*, 2010; Pas *et al.*, 2017).

O Brasil enfrenta problemas similares. No ano 2013, em meio às mobilizações sociais e a pressão dos gestores municipais por políticas públicas, que mitigassem o problema da má distribuição e fixação de médicos, em localidades de maior escassez e vulnerabilidade social, o Governo Federal instituiu, por meio da lei 12.871/2013, o Programa Mais Médicos (PMM). Tal Programa centrou as suas ações, em três grandes eixos de atuação, quais sejam: (a) provimento emergencial de médicos, em regiões que enfrentavam dificuldades, para prover e fixar esses profissionais, estruturados pelo Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB); (b) aprimoramento na formação médica sob novas diretrizes curriculares e expansão de vagas em cursos de medicina e residência médica; e

(c) investimentos e qualificação da infraestrutura das unidades básicas de saúde (Brasil, 2013a; 2013b).

O foco de investigação deste artigo é o processo de implementação do eixo emergencial. As evidências científicas sobre o PMMB têm indicado que ele estaria atendendo aos objetivos propostos. Os resultados já mapeados apontam para o incremento de médicos no país, em locais antes desassistidos (Pinto *et al.*, 2017), contribuindo, assim, para maior equilíbrio do mercado de trabalho médico, além do aumento do acesso da população à saúde (Silva *et al.*, 2016); atendimento humanizado, usuários e gestores satisfeitos (Kemper *et al.*, 2016); melhoria nos indicadores de saúde (Santos *et al.*, 2017); trocas de experiências e aprendizagens, a partir do intercâmbio de profissionais de distintas nacionalidades (Gonçalves Junior *et al.*, 2017); constituição de vínculo dos profissionais com a comunidade e ampliação da resolutividade da Atenção Básica - AB (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).

Sendo assim, os resultados apontados endossam a importância da política em análise. A atuação estatal à implementação do eixo emergencial demanda ação articulada com diversos atores governamentais e não governamentais, em níveis distintos da federação, para propiciar médicos e saúde a essas localidades. Dentre as atividades envolvidas neste processo, estavam o recrutamento, a seleção, a contratação e o deslocamento dos médicos; a formação dos profissionais que atuam na lógica em ensino-serviço; a supervisão e a especialização dos médicos; a coordenação das atividades e o suporte aos diversos atores, em nível interfederativo; a fiscalização e garantia que ações pactuadas, como as contrapartidas por parte dos entes locais as quais demandam do Governo Federal formas de articular um conjunto de atores e interesses relacionados ao PMMB.

Neste sentido, entender o arranjo institucional do PMMB que define as normas, as atribuições e os espaços institucionais de coordenação entre atores, no contexto da intervenção em análise, é de suma importância para a compreensão do seu funcionamento e dos seus resultados (Lotta & Vaz, 2015). Complementarmente, a implementação do PMMB demanda do governo central capacidades estatais, em especial, político-relacionais para angariar legitimidade da política, assim como capacidades técnico-administrativas para implementá-lo de forma coordenada, visando à sua eficiência e eficácia (Pires & Gomide, 2018).

Portanto estudar as capacidades estatais de implementação da intervenção contribui a fim de evidenciar como atores, instituições e processos são articulados para alcançar as ações pretendidas (Gomide *et al.*, 2018). Ainda permite entender as capacidades instaladas, aquelas já existentes que propiciaram a constituição do arranjo institucional do PMMB, em uma via de mão dupla, abordagem diferente da praticada até então. Logo é um dos pontos a que o artigo contribui, ao revelar o quão importantes são as capacidades estatais construídas previamente com a implementação de políticas anteriores, por parte do Governo Federal, voltadas à provisão e à fixação de médicos no território nacional.

Diante do exposto, o estudo procurou compreender como os arranjos institucionais e suas inter-relações com as capacidades estatais afetam a implementação do PMMB. Assim, o objetivo foi analisar como os arranjos institucionais e suas inter-relações com as capacidades estatais afetaram a implementação do eixo emergencial do PMM, no período de 2013 a 2018. A perspectiva analítica considerou a importância das capacidades prévias influenciando, na constituição dos arranjos os quais afetam as capacidades estatais, por entendê-las como algo dinâmico, mutável e historicamente construídas (Huerta, 2008).

Demonstra-se neste estudo a importância de se considerar os aprendizados e as capacidades estatais instaladas com a implementação de políticas anteriores,

como condicionantes críticos à formação de arranjos institucionais na proposição e implementação de novas intervenções. Os achados apontaram que os dois órgãos centrais responsáveis pela coordenação do PMMB, em âmbito federal, os Ministérios da Saúde e da Educação possuíam capacidades estatais instaladas de experiência pregressa da implementação de outras iniciativas, o que favoreceu a implementação do PMMB.

Entretanto, em razão de seu escopo e complexidade, foi necessário mobilizar pelo complexo arranjo de implementação da política capacidades estatais para a sua implementação. De um lado, a técnico-administrativa, com orçamento, pessoal, recursos tecnológicos e mecanismos de coordenação. Em outro lado de atuação, foi necessário mobilizar capacidades político-relacionais a fim de angariar legitimidade e sustentação política da intervenção. Todavia, com o cenário de ruptura institucional, na Presidência da República, no ano de 2016, houve enfraquecimento do arranjo de implementação do PMMB e das capacidades estatais de entrega dos resultados pretendidos pela intervenção.

Além dessa seção introdutória (I), o artigo está organizado em mais quatro seções. Na sequência, está a discussão teórica (II), abordando o papel dos arranjos institucionais, da capacidade estatal e seus inter-relacionamentos nas políticas de RHS. Em seguida, o desenho metodológico da pesquisa (III). Logo depois, os resultados e discussões (IV), evidenciando o arranjo institucional do PMMB e as capacidades estatais, desdobrando-as em técnico-administrativa e político-relacional. Por fim, apresentam-se as considerações finais (V) do estudo.

II. Políticas de recursos humanos em saúde (rhs): o papel dos arranjos institucionais, da capacidade estatal e seus inter-relacionamentos

A deficiência de políticas explícitas, voltadas ao desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), pode ter como consequências (i) os desequilíbrios na distribuição da força de trabalho entre as áreas geográficas, profissões e categorias, estabelecimentos de saúde e especialidades; (ii) a formação adequada para as necessidades de saúde populacional e dos sistemas de saúde; (iii) a prestação de serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e acessível aos usuários; e por fim, (iv) pode comprometer a capacidade dos sistemas de saúde em alcançar seus propósitos (Dussault & Dubois, 2003).

Neste contexto, passa-se a requerer a intervenção estatal à proposição de políticas voltadas à melhoria da gestão dos RHS, para que os sistemas de saúde possam alcançar seus resultados. Análise sobre os compromissos firmados por 49 dos 57 países membros da Organização Mundial da Saúde, no Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, em Recife/Pernambuco, no ano de 2013, mostrou, como condicionantes do sucesso, a liderança política; as estratégias governamentais coerentes; as capacidades institucionais no intuito de encontrar oportunidades para pautar as intervenções e encontrar espaço fiscal no orçamento dos países; a situação socioeconômica e os mecanismos de governança intersetorial para facilitar a articulação entre as partes interessadas (Pas *et al.*, 2017).

No processo de análise das políticas de RHS, é indispensável considerar o contexto socioeconômico, político, institucional e o mercado de trabalho em saúde. Além do mais, não se deve desconsiderar a disponibilidade de recursos, as habilidades gerenciais das partes envolvidas, as influências exercidas pelos grupos de interesse e a vontade política, questões que podem figurar como aspectos facilitadores ou limitantes do sucesso destas intervenções (Lehmann *et al.*, 2008).

No Brasil, as políticas de RHS implementadas desde os anos de 1960 esbarram na capacidade de formulação e na dificuldade de convencimento político quanto à relevância da temática. Após a instituição da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema único de Saúde (SUS), na década de 1990, as políticas implementadas foram pautadas em um contexto de descentralização e com foco no envolvimento municipal (Buchan *et al.*, 2011).

Nesse sentido, para que as políticas possam ser operacionalizadas, passou-se a requerer a formação de novos arranjos federativos, além da inserção de novos atores organizacionais, também, daqueles governamentais, na formulação, na implementação e na avaliação de políticas públicas (Lotta & Vaz, 2015). Demandou, assim, maior capacidade estatal de coordenação de atores com interesses que nem sempre caminham no mesmo sentido, como também a formação de novos arranjos institucionais que sustentam a implementação das políticas públicas (Pires & Gomide, 2016).

As capacidades estatais estão relacionadas à “capacidade de decidir, formular e implementar políticas públicas” (Souza & Fontanelli, 2020, p. 47). Os autores afirmam que o conceito é abrangente por envolver várias dimensões e, para ser analisado, deve ser desagregado em “componentes políticos, institucionais, administrativos e técnicos”. Para eles:

o componente político diz respeito às *regras do jogo* que regulam o comportamento político, societal e econômico. O componente legal diz respeito às regras jurídicas que regulam o comportamento dos atores e das instituições. O componente organizacional/administrativo remete à capacidade de prover bens e serviços com eficiência através de uma burocracia profissionalizada e em moldes weberianos. Por fim, o componente de políticas públicas diz respeito a instituições e estratégias que influenciam decisões sobre políticas, sua formulação e execução (Souza & Fontanelli, 2020, p. 47-48).

No contexto brasileiro, em função de amplo espectro de atores e interesses, em volta de uma política pública, a noção dos arranjos institucionais torna-se fundamental, para melhorar a capacidade estatal, no processo das políticas públicas, nas quais os arranjos ajudam no entendimento dos atores envolvidos, dos processos e dos instrumentos necessários para a sua operacionalização (Pires & Gomide, 2018). Os arranjos institucionais são compreendidos como “as regras e instâncias específicas estabelecidas, para definir a forma de coordenação das políticas, envolvendo um número significativo e heterogêneo de agentes públicos e privados, abrangendo diferentes etapas do ciclo das políticas públicas” (Lotta & Vaz, 2015, p. 173).

Esse arranjo passa a demandar capacidades da burocracia do executivo estatal, para dialogar, processar conflitos e criar consensos, a partir da interação com diversas burocracias de diferentes poderes e níveis de governos, com parlamentares de diversos partidos, com as organizações da sociedade civil (entidades de classe e representação, sindicatos), além de responderem às demandas dos órgãos de controle, como os controles externos e internos, parlamentar e judicial. Dessa forma, passa a exigir do aparato burocrático não só capacidades técnico administrativas, a fim melhor operacionalizar as políticas públicas, a partir das decisões políticas, mas também capacidades político-relacional, com o intuito de contemplar a inserção de diversos atores, a coordenação dos conflitos inerentes, tal qual o estabelecimento de coalizões visando a garantir o alcance dos objetivos e estratégias planejadas (Pires & Gomide, 2018).

Diante do exposto, os arranjos institucionais podem influenciar a capacidade do Estado em implementar os objetivos das políticas públicas. Por outro lado, as capacidades estatais que são mutáveis - variam com tempo, não são homogêneas entre as áreas de políticas públicas e sofrem influência dos arranjos

políticos institucionais de cada setor - podem contribuir para a formação dos arranjos institucionais (Pires & Gomide, 2016; Gomide *et al.*, 2018). A análise empreendida, neste cenário, procurou observar os efeitos catalizadores dos arranjos institucionais na capacidade estatal e vice-versa, para a implementação do eixo emergencial do PMM, da mesma forma que a inter-relação entre as capacidades estatais.

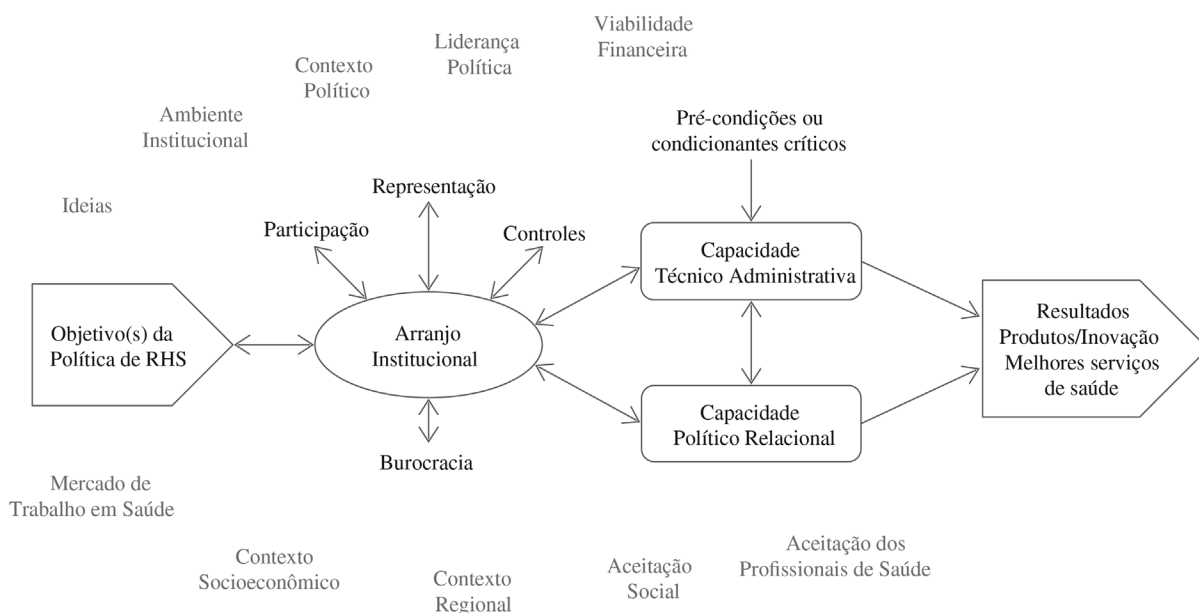
Pires e Gomide (2016) propuseram um modelo, para analisar as capacidades estatais de políticas públicas, geradas pelos arranjos de implementação, o qual se adaptou para contemplar as especificidades das políticas de RHS, como pode ser observado na Figura 1.

Os arranjos podem influenciar na capacidade do Estado, assim como serem impactados pelas capacidades estatais em implementar os objetivos das políticas públicas. Os objetivos revelam o escopo, as metas e os produtos das políticas. A capacidade estatal, gerada pelos arranjos e capaz de influenciá-los, tem sido observada na capacidade de a burocracia estatal produzir políticas públicas, podendo ser analisada em duas dimensões, a saber: (a) técnico-administrativa e b) político-relacional. A primeira diz respeito à presença de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis; instrumentos de coordenação intra e interorganizacionais; estratégia de monitoramento e avaliação das ações, a fim de que as ações implementadas sejam coordenadas e orientadas, para a consecução dos resultados pretendidos, visando à efetividade da intervenção (Pires & Gomide, 2016; Gomide *et al.*, 2018).

Por sua vez, a segunda dimensão diz respeito às interlocuções e negociações com os distintos atores sociais e pode ser observada, a partir da efetividade dos mecanismos de interação das burocracias do Poder Executivo com atores do sistema político-representativo; espaços institucionalizados de participação da sociedade civil nos processos decisórios e articulação com os órgãos de controle interno e externo (Pires & Gomide, 2016; Gomide *et al.*, 2018).

Essa capacidade política, para implementar e garantir os resultados de uma intervenção pública, como PMMB, passa a ser cada vez mais essencial, princi-

Figura 1 - Modelo Analítico das Capacidades Estatais dos Arranjos de Implementação das políticas de RHS



Fonte: Elaborado a partir de Pires e Gomide (2016).

palmente, para casos de políticas em que parte dos atores do sistema político e da sociedade civil não concordaram com a solução proposta pelo Governo Federal, para resolver o problema da distribuição e fixação de médicos, no país (Macedo *et al.*, 2016; Alessio *et al.*, 2017). Assim sendo, o momento da implementação tende a permanecer como espaço de luta entre os atores que se sentiram prejudicados quanto à defesa dos seus interesses, em momentos anteriores do ciclo político (Howlett *et al.*, 2013). Essa questão releva o “poder explícito das ideias entranhadas que se torna claramente evidente no modo como os *policy-makers* compreendem os problemas e divisam suas soluções” (Howlett *et al.*, 2013, p. 59).

Avançando na explicitação do modelo, os resultados das políticas podem ser interpretados, a partir do grau de entrega das metas e produtos estabelecidos e da inovação proporcionada. Ao analisar os resultados, é prudente atentar-se às mudanças, durante a implementação, que proporcionaram aprimoramentos e melhoraram o desempenho e aceitação da política junto às partes interessadas. Portanto os resultados de cada política, como o caso do PMMB, serão influenciados pelas regras, processos e mecanismos que foram criados pelos arranjos institucionais (Pires & Gomide, 2016). No caso das políticas de RHS, espera-se, de forma geral, que elas ampliem a prestação de serviços de saúde e contribuam para melhorar de forma equitativa a disponibilidade de profissionais de saúde.

III. Metodologia

Buscando identificar e analisar a capacidade estatal do arranjo institucional, utilizado pelo governo federal, para implementar o eixo emergencial do PMM, realizou-se, a princípio, um levantamento dos seus objetivos, a partir de análises dos documentos legais e normativos que o regem, do mesmo modo que os *sites* oficiais sobre o programa. Em seguida, a pesquisa seguiu três etapas, conforme Pires e Gomide (2016): (a) compreensão do arranjo institucional de implementação do PMMB, procurando especificar os atores envolvidos, fossem eles estatais ou não, as organizações e seus recursos, como os humanos, tecnológicos, financeiros e os instrumentos legais, administrativos pelos quais os atores interagem; (b) entendimento das capacidades técnico-administrativas e político relacionais mobilizadas pelos arranjos institucionais; e (c) os resultados do PMMB, observando os produtos ou entregas da intervenção, como o alcance das metas pretendidas e as inovações decorrentes de alterações ou melhorias na política, em seus objetivos como também em seus processos de gestão.

Em seguida, descrevem-se as fontes de informações mobilizadas e os procedimentos de análise para o entendimento das etapas da pesquisa. Entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental fizeram parte das fontes de informações. Para a definição dos atores entrevistados, procedeu-se, inicialmente, à análise dos normativos do PMMB, em especial, a Portaria Interministerial número 1.369 de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do PMMB e as competências dos responsáveis por sua operacionalização.

Dessa forma, realizaram-se entrevistas com atores-chaves do Governo Federal ligados direta e indiretamente à implementação do PMMB, no período de julho de 2018 a janeiro de 2019. Para tanto, ex e atuais dirigentes e consultores do PMMB foram consultados, de acordo com o critério de acessibilidade: no Ministério da Saúde (duas entrevistas, sendo uma por meio da lei de acesso à informação), no Ministério da Educação (três entrevistados), um representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), dois entrevistados de entidades de representação, sendo um das secretarias municipais de saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e das secretarias estaduais, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Dessa forma, foram oito entrevistados no Nível Federal. O tempo médio de realização

das entrevistas presenciais foi de 50 minutos, com amplitude entre 40 a 120 minutos.

Para cada um dos distintos atores sociais entrevistados foi construído um roteiro específico a partir da literatura de arranjos institucionais e capacidades estatais, a fim de contemplar as especificidades de atuação de acordo com suas atribuições no PMMB. As entrevistas, conforme discutido por May (2004), contribuíram para auxiliar no entendimento das biografias, das experiências, dos valores, aspirações, atitudes e sentimentos dos atores sociais integrantes dos arranjos institucionais, em relação aos desafios da implementação e das capacidades estatais mobilizadas, a segunda etapa da pesquisa.

Além das entrevistas, consultaram-se documentos, no período de junho de 2013 (anterior à implementação da política) a dezembro de 2017, que permitiram compreender a disponibilidade de recursos das organizações e os instrumentos legais e administrativos que compuseram o arranjo do PMMB. Para tanto, foram consultadas as leis e as normas sobre o funcionamento do PMM, os relatórios de auditoria dos órgãos de controle sobre a implementação do PMMB e os dados oficiais, como a alocação de médicos pelo programa nos municípios, obtidos pela lei de acesso à informação. Foram solicitados, por esse instrumento de transparência, os registros das atas da Comissão de Coordenação Nacional, porém foi informado não haver seus registros oficiais. A especificação e detalhamento do funcionamento da comissão ocorrerá na seção de resultados.

Os dados dos documentos consultados, juntamente com as fontes primárias das entrevistas, permitiram compreender os resultados da política pública, a terceira etapa da pesquisa. Tanto os dados coletados dos documentos como das entrevistas foram tratados, qualitativamente, utilizando a técnica de análise de conteúdo. As categorias foram nomeadas de modo a traduzir, de maneira simplificada, as características comuns dos elementos que as constituem (Bardin, 2016). Para a interpretação dos dados, tomaram-se, como referência analítica, as proposições de Pires e Gomide (2016), para a análise das capacidades estatais dos arranjos institucionais, conforme apresentado no Quadro 1.

Este artigo faz parte de um projeto de pesquisa que possui outros objetivos e foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado. A fim de garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados, foram codificados, mas sem identificar a organização: EF1, Entrevistado Nível Federal 1 e, assim, sucessivamente.

IV. Resultados e discussão

IV.1. O Arranjo Institucional de Implementação do PMMB: quais capacidades estatais são condicionantes e mobilizadas?

Antes de o governo federal implementar o PMM, em 2013, estava em curso o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, o Provac, instituído em 2011 pela Portaria Interministerial (Saúde e Educação) nº 2.087 de 1º de setembro. A proposta almejava valorizar o profissional que atuava na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família e incentivá-lo a praticar em áreas de difícil provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.

Segundo o ator entrevistado EF1, o PMM foi lançado, com base no diagnóstico da insuficiência de médicos e da experiência e do aprendizado da implementação do Provac, somados à falta de médicos como um condicionante de expansão da estratégia de saúde da família, do mercado de trabalho médico aquecido, da campanha da Frente Nacional de Prefeitos, com o mote “Cadê o Médico?” e das mobilizações sociais de junho de 2013, exigindo, a princípio, melhorias no transporte público e, em seguida, melhores serviços públicos, como o de saúde.

Quadro 1 - Critérios de Análise das Capacidades dos Arranjos Institucionais

Dimensões	Critérios de Análise
Objetivos	Explicitação dos objetivos e escopo de cada política, considerando o que os programas desejam perseguir, as metas a serem alcançadas e os produtos a serem entregues.
Técnico-administrativa	i) a presença de organizações com recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis para a condução das ações; ii) a existência e operação de mecanismos de coordenação (intra e intergovernamentais); e iii) estratégias de monitoramento (produção de informações, acompanhamento e exigências de desempenho).
Político-Relacional	i) existência e formas de interação das burocracias do Executivo com os agentes do sistema político-representativo (o Congresso Nacional, seus parlamentares, dirigentes dos governos subnacionais - governadores e prefeitos - e seus partidos políticos); ii) existência e operação efetiva de formas de participação social (conselhos, conferências, ouvidorias, audiências e consultas públicas, entre outras); e iii) atuação dos órgãos de controle (sejam eles internos ou externos).
Resultados	i) grau de execução das metas propostas, o qual pode ser observado pelo alcance de metas físicas e a realização de produtos previstos em um período de tempo específico; ii) inovação, isto é, a introdução de novidades ou mudanças, durante a implementação dos programas (adoção de novos objetivos, instrumentos de execução e monitoramento ou frutos da negociação entre os atores envolvidos).

Fonte: Adaptado de Pires & Gomide, 2016.

O eixo emergencial, foco de análise deste estudo, foi implementando a partir do PMMB. Segundo a Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013, que trata de sua implementação, a finalidade é contribuir para o aprimoramento da formação médica no país; ampliar a inserção de médicos atuando nas unidades de saúde do SUS; fortalecer a política de educação permanente pela integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e saberes entre distintos profissionais, inclusive com médicos de outras nacionalidades; e aperfeiçoar os médicos nas políticas públicas de saúde e na organização e funcionamento do SUS (Brasil, 2013a). O Provab foi integrado em definitivo ao PMM no ano de 2015.

O eixo emergencial, implementado a partir do PMMB, é de competência do governo federal, em especial, dos Ministérios da Saúde e da Educação, bem com a sua coordenação em âmbito nacional. No MS, a coordenação fica sob responsabilidade do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS), ligado à SGTES. A pasta é responsável, entre outras questões, pela gestão do projeto no tocante aos custos financeiros das bolsas-formação, auxílio-instalação, deslocamento dos médicos participantes e formalização da adesão de Municípios, Distrito Federal e médicos ao projeto (Brasil, 2013b; 2013a).

No MEC, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU), em especial, pela Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) - constituída em função do PMM - e de suas duas coordenações, a de Residência em Saúde e a Coordenação de Expansão e Gestão da Educação em Saúde, que é a responsável pela coordenação do PMMB, tal e qual as atividades relacionadas

ao ciclo formativo do PMMB, como os módulos de acolhimento e avaliação e a supervisão acadêmica (Brasil, 2013b; 2013a).

Aos Governos Estaduais junto ao Distrito Federal compete atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, em atividades relacionadas à fiscalização e acompanhamento do cumprimento das regras do projeto, das condições de trabalho nas UBS e apuração das denúncias de atuação dos médicos e municípios. Os entes municipais mais o Distrito Federal são responsáveis pela inserção dos médicos, nas equipes de atenção básica, por fornecer as condições adequadas de trabalho, moradia, alimentação e água potável, tal como acompanhar e fiscalizar, em conjunto com os supervisores, a execução das atividades de ensino-serviço (Brasil, 2013a).

Segundo atores entrevistados (EF1 e EF2), o PMMB tem como principais estratégias o trabalho intersetorial e, em rede, entre diferentes setores governamentais e não governamentais do campo da saúde e da educação para a sua implementação. Em âmbito federal, é necessária a articulação com diversos ministérios para a implementação do PMMB. Como exemplo, têm-se o Ministério das Relações Exteriores, que fazia articulação com outras nações, para a vinda de profissionais e concede visto temporário aos profissionais e seus dependentes legais; o Ministério da Defesa fornece apoio logístico, no deslocamento de médicos, de supervisores e de tutores para realizar a supervisão acadêmica, em áreas indígenas e outras regiões de difícil acesso, como as da Amazônia; o Ministério da Economia, que incorporou na gestão atual as pastas de Previdência, Trabalho e Planejamento e Orçamento é responsável pelas questões previdenciárias e trabalhistas dos médicos e orçamentária do PMMB. A Casa Civil responde, entre outras questões, pela coordenação e a integração das ações envolvendo o PMMB, bem como a articulação política junto ao Congresso Nacional e, por fim, a Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, responsável pelo relacionamento e articulação com atores da sociedade civil e entes subnacionais.

O PMMB utilizou-se da estrutura descentralizada de coordenação do SUS, sem a necessidade de criar outras estruturas para sua operacionalização em curto prazo. Desta forma, fez uso das instâncias criadas com o SUS, para facilitar a negociação, a articulação e a decisão entre os gestores, nos três níveis da federação e entre os gestores estaduais e municipais, que são, respectivamente, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Em termos de controle social, o PMMB valeu-se da própria estrutura definida, no âmbito do SUS, por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos conselhos estaduais e municipais.

Para facilitar a coordenação, a orientação e a execução das atividades inerentes ao PMMB, em âmbito intra e intergovernamental, foram constituídas Comissões de Coordenação, em âmbito nacional e estadual, conforme a Portaria Interministerial MS/MEC 1.369/2013. Em nível nacional, a Comissão é composta por três representantes do MS, sendo, ao menos um, da SGTES, que a preside e por três representantes do MEC, sendo obrigatório, pelo menos, um representante da SESU. As atribuições estão definidas, no artigo oitavo do referido normativo e, dentre elas, estava o subsídio ao Comitê Gestor formado por ministros, para o monitoramento e avaliação do PMM, com reuniões que aconteciam na Casa Civil e do Grupo Executivo, composto por secretários ligados ao PMMB.

Nos Estados e no Distrito Federal, também, constituíram-se Comissões de Coordenação (CCEs), que foram normatizadas por meio da Portaria Interministerial (MS e MEC) n° 2.921 de 28 de novembro de 2013. As funções das CCEs poderiam ser desempenhadas pelas Comissões de Coordenação Estaduais do

Provab, caso fosse do interesse dos respectivos Estados. Participam das CCEs as Secretarias de Saúde dos Estados que as presidem, representantes do MS e MEC, do COSEMS e das instituições supervisoras do PMMB.

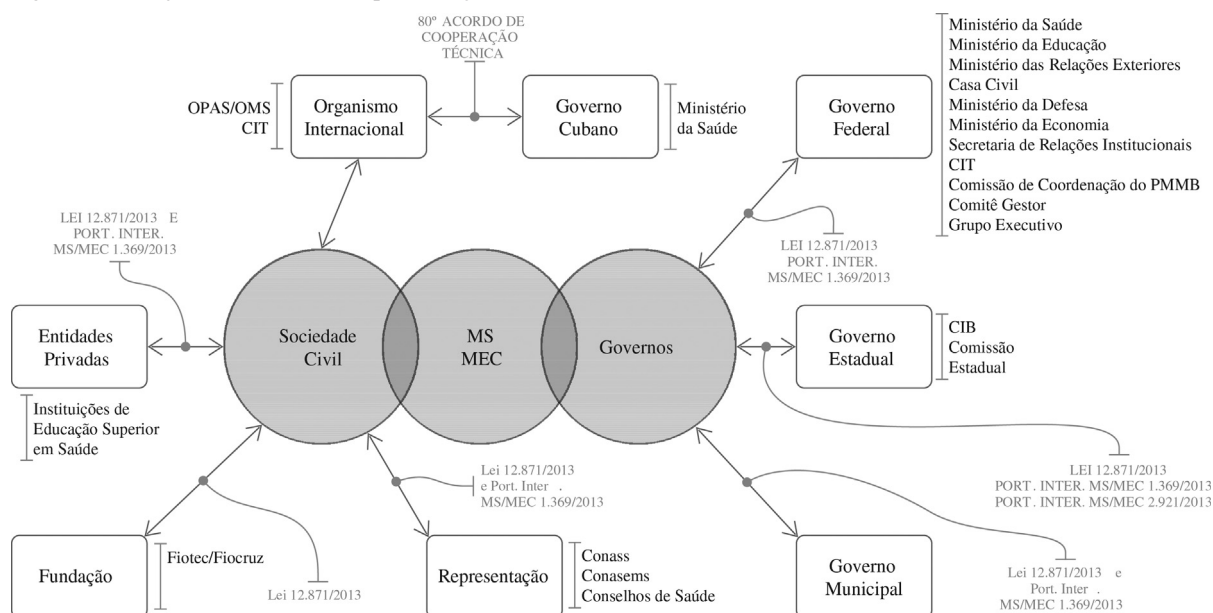
De forma similar, para facilitar a gestão entre os Ministérios da Saúde dos Governos do Brasil e de Cuba, com a intermediação da OPAS e a presença de outros atores convidados, constitui-se, também, uma Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a fim de deliberarem, entre outras questões, os casos de doença de médicos, o dimensionamento do provimento, a vinda e o retorno dos profissionais e os valores das bolsas, conforme estabelece o 80º acordo de cooperação técnica entre as partes citadas.

Na Figura 2, atores envolvidos no complexo arranjo de implementação do PMMB, como ainda os instrumentos de associação entre eles, são apresentados.

Diante do exposto, percebe-se a complexidade de implementação PMMB, por exigir um trabalho articulado entre vários atores e entre instâncias do SUS, nos três níveis da federação, em seu arranjo institucional, demandando capacidades técnico-administrativas, para garantir a efetividade da intervenção e político-relacional dos principais responsáveis por sua implementação, a fim de alcançar a sua legitimidade.

Dois desafios iniciais se mostraram presentes no arranjo de implementação da intervenção: a legitimidade política e as condições necessárias à sua operacionalização. Na fala de um dos entrevistados, percebem-se esses desafios, que serão exploradas, na sequência e demandavam ações simultâneas: “nos primeiros dois anos, mais ou menos, a gente ficou muito envolvido em consolidar essas questões do provimento, enfrentando as resistências, enfrentando debate legislativo e, principalmente, criando as estruturas necessárias” (EF1), além daquelas descritas anteriormente. Apenas para fins didáticos, os desafios serão discutidos de forma separada, mas se entrelaçam.

Figura 2 - Arranjo Institucional de Implementação do PMMB



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da pesquisa, 2019.

IV.1.1. A capacidade técnico-administrativa

Apesar da experiência progressa, na implementação do Provac, o MS e MEC não tinham estrutura organizacional e funcional para fazer frente à demanda criada com o PMM. A experiência com o Provac possibilitou criar, no MS, um sistema de aperfeiçoamento em serviço e o desenho de um modelo de recrutamento de médicos, mas sem as dimensões que foram demandadas com a implementação do Mais Médicos.

Por isso, foi necessário constituir, no MS e MEC, estruturas organizacionais com recursos financeiros, tecnológicos e humanos, que foram contratados, no início, por meio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), vinculadas à Fiocruz - para a implementação da política. Além do mais, não possuíam sede própria e, tampouco, orçamento, que ficava em outro departamento. A partir de então, demandou-se a formação de quadro de servidores, a constituição de coordenações, dentro do DEPREPS no MS e elaboração/aprimoramento de sistemas, como o de Gerenciamento de Programas (SGP), em que gestores municipais e profissionais médicos realizam adesões e inscrições ao PMMB.

Além do mais, as ações exigiam orçamento, que demandou articulação político-institucional junto à Casa Civil e aos parlamentares, para conseguir aprovação da lei orçamentária no Congresso Nacional. Dados do Portal da Transparência indicam que até 2019, foram investidos R\$ 15,9 bilhões de reais, nos três eixos do PMM, sendo R\$ 2,67 bilhões, em 2014, R\$ 2,59 bi, em 2015, R\$ 2,75 bi, em 2016, R\$ 3,01 bi, em 2017. Em 2018, percebe-se uma diminuição de valor para R\$ 2,36 bi e, em 2019, R\$ 2,59 bi (Brasil, 2020).

Em 2013, no MEC, foi necessário constituir a DDES, instituída por meio do Decreto nº 8.066 de 7 de agosto de 2013. O processo de estruturação da DDES pode ser melhor observado em Almeida, Macedo e Silva (2019), autores que fizeram parte da formulação e da gestão do PMM. Os recursos humanos foram contratados com bolsistas, que eram pagas pela Fiotec, que também oferecia suporte logístico aos tutores e supervisores para realizarem a supervisão acadêmica nos territórios. Para facilitar o acompanhamento e monitoramento das atividades de supervisão, em parceria com a UNA-SUS, foi desenvolvido o sistema *Webportfólio* (Almeida *et al.*, 2019).

Nesse sentido, percebe-se que fora necessário mobilizar capacidades técnico-administrativas, a fim de garantir condições estruturais à implementação do PMMB, em ambos os ministérios. A OPAS, também, “não estava acostumada com projetos tão grandes, mas eu acho que a equipe que começou com a iniciativa, aqui no Brasil, teve essa destreza e com o apoio de nosso escritório central, de fazer todos os arranjos necessários” (EF3).

Dessa forma, percebe-se que as capacidades estatais são interativas e relacionais, conforme indicou Huerta (2008). Os achados até aqui revelam que, para a constituição de capacidades técnico-administrativas, foi necessário mobilizar capacidade político-relacional dos atores, quanto a angariar recursos humanos, financeiros e tecnológicos, mesmo que, nos ministérios, já houvesse capacidades prévias, mas, insuficientes quanto ao escopo da intervenção. Revela, também, a definição das competências técnicas e legais necessárias à operacionalização das atividades inerentes à implementação do PMMB. As capacidades construídas foram favorecidas pela alta prioridade que a política tinha na agenda governamental da Presidente Dilma. Com isso, mobilizaram-se orçamento, estrutura organizacional, instâncias de implementação, coordenação e monitoramento centralizado na Casa Civil.

É importante situar que os atores que estavam, a princípio, à frente dos setores, nos ministérios responsáveis pela implementação do PMMB, possuíam relação progressiva de trajetória de campos de prática e de militância, em defesa do SUS, que, de alguma forma, facilitava a articulação e resolução dos problemas (Almeida *et al.*, 2019). Por outro lado, essa rede informal, segundo entrevistados EF4 e EF8, dificultava a institucionalização das ações relacionadas ao PMMB, no âmbito da administração pública, como, por exemplo, a Comissão de Coordenação e a descentralização de informações. Dificultava-se a participação de alguns atores centrais nesse processo, como os representantes das secretarias municipais e estaduais de saúde. Esses atores só foram inseridos na Comissão de Coordenação do PMMB, em 2016, “enquanto uma perspectiva de consolidação, de continuidade do programa, sabendo da instabilidade que viria a partir daí do período de abril a maio de 2016 no Governo Federal” (EF1).

Grande parte da equipe de dirigentes e de técnicos que conduziam a implementação do PMMB até o *impeachment* de a Presidente Dilma Rousseff, em 2016, foi reformulada, a partir da chegada de Michel Temer à Presidência da República, para um perfil mais técnico-burocrático, sem vinculação ideológica com o projeto. Houve também a troca de ministros, sobretudo, no MS, para um perfil sem vínculos com a saúde pública. Essas mudanças provocaram alterações à condução das políticas de saúde e das demais políticas setoriais. Evidenciava-se a influência das ideias quanto à forma como os atores compreendem os problemas relacionados à solução, proposta pelo Estado, para enfrentar o problema do provimento de médicos no Brasil (Ferla *et al.*, 2017).

Ao mesmo tempo, no entendimento de alguns autores (Almeida *et al.*, 2019) e atores entrevistados, as mudanças enfraqueceram a articulação entre os ministérios da saúde e educação na condução do PMMB. Conforme relatos, “principalmente depois que trocou de governo [com o processo de impeachment, Temer assumiu a Presidência], eu acho que houve uma ruptura, uma reorientação do que estava sendo feito, [...] houve uma ruptura bem acentuada de coordenação entre o MEC e o Ministério da Saúde” (EF8).

Dessa forma, percebe-se que arranjo institucional constituído, no governo Dilma, favoreceu a mobilização de capacidade estatal e política para implementar o PMMB. No entanto, após a entrada do governo Temer, o arranjo institucional é enfraquecido, levando à quebra da capacidade política e, principalmente, da administrativa, com o caminho paralelo entre os ministérios, encerramento das instâncias de coordenação, como o Comitê Gestor, o Grupo Executivo e o decréscimo do número de reuniões da Comissão de Coordenação Nacional do PMMB. Entre 2013 e 2018, foram realizadas 14 reuniões desse instrumento de articulação governamental, sendo quatro, em 2013, duas em 2014, quatro em 2015, três em 2016, uma em 2017 e nenhuma no ano de 2018, que não ocorreu, em vista da “incompatibilidade de agenda dos profissionais designados, sejam titular ou suplente” (EF2).

Tal incompatibilidade, por vezes, dificulta a resolução de problemas e comunicação entre os atores de forma intersetorial e intergovernamental, também, centraliza as discussões, no eixo emergencial, em detrimento dos eixos educacional e de infraestrutura do PMM. E, mais do que isso, contribui para centralizar as decisões do PMMB no MS.

Além do mais, com o enfraquecimento do arranjo institucional, outras mudanças - para além do escopo de avaliação do estudo - aconteceram e podem comprometer os resultados globais do Mais Médicos. Após a mudança governamental, com a chegada de Temer à Presidência, a agenda das entidades médicas contrárias ao PMM encontraram terreno fértil, no congresso, conseguiram reverter, em 2017, a política de expansão das escolas médicas e pauta-

ram a revisão das novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina (Almeida *et al.*, 2019).

Em meio ao cenário de mudança governamental e de crise financeira, os investimentos, em qualificação da infraestrutura das UBS (o eixo infraestrutura), passaram a ser realizados, por meio de orçamento impositivo, isto é, de emendas individuais de parlamentares, o que depende, em grande medida, das capacidades de articulações político-institucionais dos entes municipais com seus parlamentares para o direcionamento dos recursos. Não obstante, em 2018, após as eleições presidenciais, houve o rompimento do acordo de cooperação entre o Governo Cubano intermediado pela OPAS com o governo brasileiro.

Supletivamente, nos arranjos institucionais, os mecanismos de coordenação são fundamentais para “combinar produtivamente atores e recursos, evitando sobreposições, redundância e conflitos internos” (Pires & Gomide, 2016, p. 136). A literatura, envolvendo a implementação de políticas de RHS, apontou, como condicionante crítico do sucesso, o bom funcionamento dos mecanismos de governança intersetorial (Pas *et al.*, 2017), o que não parece ser o caso do PMMB.

Um dos desdobramentos dessa questão é que os espaços que favoreceriam as articulações intergovernamentais, nos Estados, as CCES, tornam-se inócuos por ausência de reuniões ou sem legitimidade para decidirem as questões envolvendo o PMMB. Essas questões dificultam a melhor operacionalização do PMMB, em âmbito dos Estados e revelam problemas relacionados à coordenação intergovernamental, mesmo que as responsabilidades de atuação dos entes estejam claramente definidas em seu arcabouço normativo. Nesse sentido, dificulta aos atores envolvidos a discussão das questões técnicas do projeto e a resolução, em tempo hábil, dos problemas a fim de dar respostas às demandas dos médicos e gestores nos territórios.

A atuação das referências centralizadas e descentralizadas, na figura dos apoios institucionais, em ambos os ministérios, mesmo com as intercorrências, é apontada pelos atores entrevistados, como uma inovação organizacional na forma de se relacionar com os entes federados. No MS já existe, desde o ano de 2003, a função de apoiador institucional, que auxilia na articulação descentralizada do SUS, apoia as alterações de modelos de gestão e atenção, assim como contribui para a articulação interna dos atores nos territórios (Pereira Júnior & Campos, 2014).

O MEC, por sua vez, adotou a figura do apoio institucional (AIMEC), nos territórios, em março de 2014, com a implementação do PMMB, visando a facilitar o relacionamento entre as instituições responsáveis pela supervisão e tutoria acadêmica dos médicos participantes e a gestão federal do projeto (Almeida *et al.*, 2015; 2019). A atuação dos apoiadores institucionais ameniza os problemas de coordenação intergovernamental, mas não resolve o problema, tendo em vista a limitação do trabalho exercido e a necessidade de algumas pautas serem devidamente tratadas, na Comissão de Coordenação, para, em seguida, ter o aval do Ministério da Saúde e da Educação.

Sobre o processo de monitoramento e acompanhamento, segundo o entrevistado EF1, inicialmente, a pauta das reuniões - tanto na Comissão de Coordenação quanto no Comitê Gestor e no Grupo Executivo - estavam relacionadas ao acompanhamento do processo de seleção e à chegada em massa de médicos do exterior e sua alocação nos territórios, tal qual a garantia do atendimento das contrapartidas por parte dos entes locais, que também era monitorado pela OPAS. Reuniões, ainda, aconteciam na Casa Civil para monitorar o desempenho do PMMB e facilitar a articulação com os demais atores envolvidos.

No MS, a princípio, a Secretaria Executiva auxiliava no acompanhamento do programa com as Salas de Situação, que traziam informações executivas e gerenciais para subsidiar o processo de tomada de decisões. Em âmbito similar, no MEC, acontecia da mesma forma, com o Sistema Integrado de Monitoramento e Execução (SIMEC), com informações, por exemplo, do número de médicos e supervisores, supervisores e tutores por instituição, número de supervisões realizadas.

Com a estruturação do PMMB, as equipes do MS e MEC, no início, passaram a interagir com as universidades, a fim de fazer um acompanhamento mais profundo das mudanças provocadas pela intervenção. Diante disso, foi constituída a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos que reúne informações e evidências científicas do PMM, uma iniciativa conjunta da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, OPAS/OMS e MS. Além do mais, formou-se a Rede Observatório do Programa Mais Médicos, com diversas instituições científicas, com o propósito de analisar a implementação do PMM. Esse conjunto de ações, voltadas ao monitoramento do programa, contribuiria, para tornar suas ações tecnicamente sólidas, pois seriam pautadas em evidências.

IV.1.2. A Capacidade Político-Relacional

Conforme já exposto, ao mesmo tempo em que o PMM tinha que prover a estrutura necessária à sua implementação, ele precisava se consolidar politicamente. Para tanto, era necessário um debate público, a fim de mostrar a legitimidade da intervenção, o que exigiu capacidades político-relacionais dos atores envolvidos em sua implementação.

Um dos desafios políticos do PMM foi a conversão da MP que o instituiu em Lei no Congresso Nacional (Oliveira *et al.*, 2017). Segundo o ator consultado EF1, alguns eventos contribuíram a esse processo. A rápida chegada de médicos e sua inserção nos territórios, como as vaias recebidas por médico cubano, em agosto de 2013, no aeroporto de Fortaleza/Ceará, contribuíram para diminuir a tensão social, possibilitando maior aceitação social da política, o que favoreceu as votações da proposta no Congresso Nacional.

Além do mais, a proposta era central na agenda do governo federal, tinha interesse dos prefeitos e do CONASEMS, que pressionavam seus parlamentares no Congresso. Em paralelo, as equipes técnicas e o Ministro da Saúde à época, Alexandre Padilha, que fora Secretário de Relações Institucionais da Presidência da República e com bom trânsito no Congresso, possibilitou a articulação de apoios e esclarecimento de parlamentares, fazendo com que a lei fosse aprovada e mantido grande parte dos interesses do Poder Executivo. O eixo emergencial era previsto para três anos. Desta forma, em 2016, houve a prorrogação do PMM pelo Congresso por meio da Lei 13.333 de 12 de setembro de 2016.

As evidências até aqui endossam o posicionamento da literatura, quanto à importância da centralidade da política na agenda governamental e o apoio político como condicionantes críticos do sucesso das políticas de RHS. Isto é, a intervenção enfrentou resistências, que podem comprometer o sucesso da implementação da política analisada, como alertou a literatura (Dussault & Dubois, 2003; Dal Poz *et al.*, 2015).

Ainda que a lei tenha sido aprovada, as resistências da classe médica, que estabeleceram oposição ao PMM, não findaram com esse processo e seguiram até a implementação. Essa resistência teve como desdobramento a baixa adesão dos cursos de medicina ao programa, que eram fundamentais, para deslanchar a tutoria e supervisão acadêmica, da mesma maneira que o eixo educação.

Segundo o ator EF8 entrevistado, “algumas universidades toparam o eixo de formação, mas não toparam o eixo de provimento, não toparam ser supervisores dos médicos”. Para o entrevistado, o MEC fazia a articulação política junto aos reitores das universidades. Eles aderiram ao PMM, porém havia forte resistência à adesão por parte dos cursos de medicina, que fora endossada pelos conselhos regionais de medicina aos profissionais dessas instituições.

Segundo dados do relatório divulgado pelo MEC, em 23 de janeiro de 2018, 56 instituições aderiram ao PMMB, congregando 209 tutores e 1.971 supervisores para dar conta da supervisão acadêmica de 16.958 mil médicos, em atividade no país, no ano de 2017 (MEC, 2019). Por exemplo, em Minas Gerais, em função da baixa adesão, uma única instituição congrega cerca de 60% dos tutores e supervisores no Estado. Mesmo que o país atenda aos limites estabelecidos pelo PMMB, de 10 médicos para cada supervisor e de 100 supervisores para um tutor, pode haver sobrecarga de trabalho, que é dificultado pela dispersão geográfica.

Essa preocupação foi objeto de avaliação dos órgãos de controle, que identificaram falhas nas atividades de supervisão e tutoria para todo o país. As principais são insuficiência de profissionais, sobrecarga de trabalho e falhas nos processos de supervisão que centram suas atenções, em processos operacionais, em detrimento dos aspectos clínicos e pedagógicos (Tcu, 2014, Secretaria Federal de Controle Interno, 2015).

Além do mais, segundo entrevistados, as auditorias dos órgãos de controle centraram suas atenções na eficácia das ações relativas ao eixo emergencial, no sentido de verificar, entre outras questões, se os médicos estavam sendo direcionados às regiões prioritárias, se as contrapartidas locais estavam sendo cumpridas e se os órgãos implementadores possuíam condições de tomar as providências quanto às falhas detectadas. No entendimento dos entrevistados, a atuação dos órgãos de controle contribuiu, para o aprimoramento das práticas de gestão, pois grande parte das recomendações foram incorporadas, o que possibilitou ampliar as capacidades de operação das áreas responsáveis pela implementação do PMMB.

Em termos de existência e operação efetiva de formas de participação social, o PMMB valeu-se, substancialmente, dos mecanismos de controle social instituídos no SUS, como os conselhos de saúde. Porém houve baixa participação social nos processos de formulação e implementação do PMM. Segundo alguns entrevistados, havia pouco diálogo, mas “valia a pena apostar, ainda que o diálogo fosse pouco! E foi pouco! [...] Tá atropelado, tem que fazer? vai fazer!” (EF4) pensando nos resultados do PMMB, que ser resultado da centralização do programa, em alguns atores governamentais, conforme já endossado por outros estudos (Lotta *et al.*, 2016). Possivelmente, essa baixa participação contribuiu para entendimentos parciais do escopo do PMM.

A literatura tem demonstrado que políticas públicas implementadas com maior interação dos burocratas, tanto com agentes políticos quanto com a sociedade civil, propiciam mais espaços para facilitar os debates e negociações, que podem proporcionar inovações à implementação da política (Pires & Gomide, 2016). Uma das inovações do eixo emergencial trata-se da institucionalização de um sistema de recrutamento de médicos, com critérios alocativos de distribuição, em nível nacional, contemplando as especificidades *loco* regionais. Além do mais, trouxe para o centro de debate governamental que o fortalecimento da atenção básica requer a formação de recursos humanos e que essa ação deve ser compartilhada e pactuada, em nível intergovernamental, ainda que avanços sejam necessários.

Em função do exposto, sistematiza-se, apenas para fins didáticos, sem objetivos de comparação, os arranjos e capacidades estatais do PMMB antes e depois do impeachment no Quadro 2.

Por fim, é importante endossar que, apesar do enfraquecimento do arranjo e das capacidades estatais do PMMB após o impeachment, houve manutenção da intervenção, favorecida pelo seu arranjo institucional de implementação e das capacidades estatais mobilizadas até então. Como auxílio, têm-se fatores que ajudam a entender a continuidade, os resultados obtidos, em curto espaço temporal, o impacto positivo do programa, a aceitação da sociedade e dos gestores locais.

V. Considerações finais

A análise do arranjo de implementação do PMMB mostrou que os atores centrais, em sua implementação, os Ministérios da Saúde e da Educação, possuíam experiência pregressa e capacidades instaladas em relação à implementação do Provac, mas, com a eminência e escopo do PMMB, tiveram a necessidade de mobilizar capacidades de coordenação das ações, em nível intra e intergovernamental, que fora facilitado pela centralidade da política na agenda da Presidência da República. Com o aval da Presidência e apoio da Casa Civil, os ministérios mobilizaram capacidades técnico-administrativas e político-rela-

Quadro 2 - Síntese dos arranjos e capacidades estatais do PMMB em dois momentos: antes e após o impeachment

Antes do impeachment	Depois do impeachment
Alta prioridade na agenda governamental	Baixa prioridade na agenda governamental
Mobilização de estrutura organizacional, recursos humanos, financeiros e tecnológicos	
MS e MEC integrados entre si e articulados com atores governamentais e não governamentais	MS e MEC desarticulados entre si e com atores governamentais e não governamentais
Trabalho intersetorial entre MS e MEC para a integração ensino-serviço do PMMB	Distanciamento entre MEC e MS e centralização das ações, em cada pasta, dificultando a integração ensino-serviço do PMMB
Instrumentos de coordenação e monitoramento: comitê gestor, grupo executivo e comissão de coordenação	Encerramento dos instrumentos de coordenação e monitoramento (comitê gestor e grupo executivo); enfraquecimento da comissão de coordenação
Dirigentes e técnicos à frente da gestão com relação pregressa de campos de prática e militância em defesa do SUS	Dirigentes e técnicos sem vinculação ideológica com o PMMB e com a saúde pública
	Governo Cubano rompe acordo com o Governo Brasileiro
	Enfraquecimento dos demais eixos do PMM, com a suspensão da política de expansão das escolas médicas; revisão das novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina; investimentos no eixo infraestrutura realizados via orçamento impositivo

Fonte: elaborado pelos autores.

cionais quanto a orquestrar as ações com os demais atores, ainda que houvesse resistências, a fim de levar a cabo a política pública.

Em que pese as oportunidades de aperfeiçoamento, o arranjo de implementação contribuiu, para a superação dos desafios iniciais, em termos de articulação dos distintos atores e das burocracias federais, estaduais e municipais, a fim de levar médicos aos locais desprovidos ou necessitados. Porém, em 2016, com a troca de governo e a mudança de atores-chaves à frente da condução do PMMB, para um perfil sem vinculação ideológica com o projeto, o arranjo institucional diminuiu as capacidades de implementação da política, à medida que os espaços de articulação/coordenação entre os atores, que permitiam a discussão e a construção de consensos, enfraqueceram-se. Como consequência, houve distanciamento entre os dois ministérios e centralização das ações, em cada pasta, diminuindo, assim, o trabalho intersetorial a fim de cumprir a integração ensino-serviço proposta pelo PMMB. Não obstante, houve a saída do governo cubano do arranjo institucional, em que as implicações, para a implementação e resultados do PMMB estão em curso, como a dificuldade de reposição das vagas preenchidas pelos médicos cubanos.

Sendo assim, os resultados encontrados revelam que as capacidades técnico-administrativas enfraqueceram, à medida que se reduziu a efetividade dos instrumentos de coordenação previstos, em seu arranjo institucional, mesmo que o PMMB contasse com a presença de organizações com recursos humanos, financeiros e tecnológicos, mobilizados com o apoio da capacidade político-relacional. Ao lado dessas capacidades, o enfraquecimento dos mecanismos de articulação entre atores intra e intergovernamentais e de representação dos entes municipais e estaduais, juntamente com a baixa aderência da participação social, podem ter contribuído para dificultar a formação de consensos, entendimentos e aprimoramentos, em relação à implementação do PMMB, como aconteceu de forma positiva com a interação dos órgãos de controle.

Evidencia-se, assim, o inter-relacionamento entre as capacidades estatais, no sentido de mostrar que elas se complementam para que a política alcance seus resultados. Diante do exposto, os achados deste estudo sobre o PMMB corroboram outros levantamentos sobre implementação de políticas de RHS ao evidenciar que capacidades político-institucionais e técnicas, viabilidade política, contexto sociopolítico, resistência de grupos de interesse, a depender de suas ideologias e mudança governamental, podem figurar como obstáculos, comprometendo os resultados ou o futuro de uma intervenção. Por outro lado, a aceitação social, a geração de resultados em curto prazo, a existência, construção de capacidades técnico-administrativas juntamente com mecanismos de coordenação intersetorial efetivos, aliados à vontade política e de capacidades político-relacional dos atores, figuraram como aspectos facilitadores da implementação do PMMB. Porém não são perenes e demandam constante ativação de seu arranjo institucional, bem como são capazes de influenciá-los.

Alex dos Santos Macedo (alexmacedo.ufv@gmail.com) é doutor em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV) e Analista Técnico e Econômico da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), Brasília/DF, Brasil.

Marco Aurélio Marques Ferreira (marcoufv1@gmail.com) é doutor em Economia Aplicada (UFV) e Professor Associado do Departamento de Administração e Contabilidade da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa/MG, Brasil.

Referências

Alessio, M.M., Sousa, M.F., Alessio, M.M. & Sousa, M.F. (2017) Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(suppl 1), pp. 1143-1156. DOI: 10.1590/1807-57622016.0396

- Almeida, E.R., Germany, H., Firmiano, J.G.A., Martins, A.F. & Dias, A.S. (2015) Projeto Mais Médicos para o Brasil: A experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus, actas de saúde coletiva*, 9(4), pp 49-66. DOI: 10.18569/tempus.v9i4.1758
- Almeida, E.R., Macedo, H.M. & Silva, J.C. (2019) Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23(Supl. 1), pp 1-11. DOI: 10.1590/interface.180011.
- Bardin, L. (2016) *Análise de conteúdo*. 70ª Edição. São Paulo, Lisboa: Edições.
- Buchan, J., Fronteira, I. & Dussault, G. (2011) Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Human Resources for Health*, 9(1). DOI: 10.1186/1478-4491-9-17
- Dal Poz, M.R., Sepulveda, H.R., Costa Couto, M.H., Godue, C., Padilla, M., Cameron, R. & Vidaurre Franco, T. A. (2015) Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Human Resources for Health*, 13(1). DOI: 10.1186/s12960-015-0016-4
- Dussault, G. & Dubois, C.A. (2003) Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1). DOI: 10.1186/1478-4491-1-1
- Ferla A.A., Pinto H.A., Possa L.B., Trepte R. F. & Ceccim R.B. (2017) Ideas, images and beliefs in the production of public policies: the case of the More Doctors Program. *Interface*, 21(Supl.1), pp. 1129-1141. DOI: 10.1590/1807-57622017.0337
- Gomide, A. de Á. & Boschi, R.R. (2016) *Capacidades Estatais em Países Emergentes o Brasil em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Ipea.
- Gomide, A.Á., Pereira, A.K. & Machado, R. (2017) O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. *Sociedade e Cultura*, 20(1), pp. 3-12. DOI: 10.5216/sec.v20i1.51311
- Gomide, A.Á., Pereira, A.K. & Machado, R. (2018) Burocracia e capacidade estatal na pesquisa brasileira. In: R. Pires., G.S. Lotta. & V.E. Oliveira (eds) *Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas*. Brasília: IPEA, pp. 85-104.
- Gomide, A.Á. & Pires, R.R.C. (2014) *Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas*. Brasília: Ipea.
- Gonçalves Junior, O., Gava, G.B. & Silva, M.S. (2017) Programa mais médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: Um balanço analítico do programa. *Saude e Sociedade*, 26(4), pp. 872-887. DOI: 10.1590/s0104-12902017170224
- Howlett, M., Ramesh, M. & Perl, A. (2013) *Política pública: seus ciclos e subsistemas-uma abordagem integral*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Huerta, A.R. (2008) Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Política y cultura*, s/v(30), pp. 119-134.
- Huicho, L., Dieleman, M., Campbell, J., Codjia, L., Balabanova, D., Dussault, G. & Dolea, C. (2010) Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), pp. 357-363. DOI: 10.2471/BLT.09.070920
- Kemper, E.S., Mendonça, A.V.M. & Sousa, M.F. (2016) The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. *Ciência & saúde coletiva*, 21(9), pp. 2785-2796. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17842016
- Lehmann, U., Dieleman, M. & Martineau, T. (2008) Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC health services research*, 8(1), pp. 1-10. DOI: 10.1186/1472-6963-8-19
- Lotta, G. & Favareto, A. (2016) Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, 24(57), pp. 49-65. DOI: 10.1590/1678-987316245704
- Lotta, G.S., Galvão, M.C.C.P. & Favareto, A.S. (2016) Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), pp. 2761-2772. DOI: 10.1590/1413-81232015219.16042016
- Lotta, G.S. & Vaz, J.C. (2015) Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 66(2), pp. 171-194. DOI: 10.21874/rsp.v66i2.409
- Macedo, A.S., Alcântara, V. de C., Andrade, L.F.S. & Ferreira, P.A. (2016) O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cadernos EBAPE.BR*, 14(spe), pp. 593-618. DOI: 10.1590/1679-395117188
- May, T. (2004) *Pesquisa Social, Questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, F.P., Costa, A.M., Cardoso, A.J.C., Trindade, J. de S., Dias, I.M.Á.V., Oliveira, F.P. de, Costa, A.M., Cardoso, A.J.C., Trindade, J. de S. & Dias, I.M.Á.V. (2017) Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saúde em Debate*, 41(spe3), pp. 60-73. DOI: 10.1590/0103-11042017s305
- Pas, R. V., Veenstra, A., Gulati, D., Van Damme, W. & Cometto, G. (2017) Tracing the policy implementation of commitments made by national governments and other entities at the Third Global Forum on Human Resources for Health. *BMJ Global Health*, 2(4), pp. 1-8. DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000456
- Pereira Júnior, N. & Campos, G.W.S. (2014) O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface*, 18(suppl 1), pp. 895-908. DOI: 10.1590/1807-57622013.0424
- Pinto, H.A., Oliveira, F.P., Santana, J.S.S., Santos, F.O.S., Araujo, S.Q., Figueiredo, A.M. & Araújo, G.D. (2017) Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface*, 21(suppl 1), pp. 1087-1101. DOI: 10.1590/1807-57622016.0520
- Pires, R.R.C. & Gomide, A. (2018) Governança e capacidades estatais a partir da abordagem de arranjos e instrumentos de políticas públicas. *Boletim de Análise Político-Institucional (BAPI)*, s/v(19), pp. 25-32.
- Pires, R.R.C. & Gomide, A.Á. (2016) Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de Sociologia e Política*, 24(58), pp. 121-143. DOI: 10.1590/1678-987316245806

- Santos, L.M.P., Oliveira, A., Trindade, J.S., Barreto, I.C.H.C., Palmeira, P.A., Comes, Y., Santos, F.O.S., Santos, W., Oliveira, J.P.A., Pessoa, V.M. & Shimizu, H.E. (2017) Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), pp. 103-112. DOI: 10.2471/BLT.16.178236
- Souza, C. & Fontanelli, F. (2020) Capacidade estatal e burocrática: sobre conceitos, dimensões e medidas. In: Mello et al. *Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades*. Brasília: Ipea, pp. 45-69.
- Silva, B.P., Stockmann, D., Lúcio, D.S., Henna, E., Rocha, M.C.P. & Junqueira, F.M. (2016) Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), pp. 2899-2906. DOI: 10.1590/1413-81232015219.15552016

Outras fontes

- Brasil. (2013a) *Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013*. Dispõe sobre a implementação do Programa Mais Médicos para o Brasil [online]. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 26 de jan. 2021.
- Brasil. (2013b) *Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Diário Oficial da União - Seção 1 - 23/10/2013, Página 1 (Publicação Original).
- Brasil. (2020) *Programas de Governo - Portal da transparência*. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/programas-de-governo>>. Acesso em: 26 de jan. 2021.
- MEC. (2019) *Projeto Mais Médicos para o Brasil*. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/30000-uncategorised/59451-projeto-mais-medicos-para-o-brasil>>. Acesso em: 3 mar. 2019.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2017) *Mais Médicos na atenção primária no Brasil. Metasíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos*. Brasília: OPAS.
- Secretaria Federal de Controle Interno. (2015) Relatório de Auditoria Anual de Contas (relatório nº 201600675). Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/mais-medicos/Relatorio-de-Auditoria-Anual-de-Contas-n201600675-SGTES-Exercicio-2015.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2021.
- TCU. (2014) Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa (TC nº 005.391/2014-8). Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-no-projeto-mais-medicos-para-o-brasil.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

Glossário de Siglas

- AIMEC - Apoio Institucional do Ministério da Educação
- CCEs - Comissões de Coordenação
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
- DDES - Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde
- DEPREPS - Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde
- EF1 - Entrevistado Nível Federal 1 (EF2, EF3, e, assim, sucessivamente).
- Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
- Fiotec - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
- MEC - Ministério da Educação
- MS - Ministério da Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde
- PMM - Programa Mais Médicos
- PMMB - Projeto Mais Médicos Brasil
- ProvaB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
- RHS - Recursos Humanos em Saúde
- SESU - Secretaria de Educação Superior
- SGP - Gerenciamento de Programas
- SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- SIMEC - Sistema Integrado de Monitoramento e Execução
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UNA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Institutional arrangement and the state implementation capacity of the More Doctors Brazil Project (MDBP)

ABSTRACT Introduction: The institutional arrangement for implementation of the More Doctors Project Brazil (MDBP) involves various governmental and non-governmental actors at different levels of the federation. It is a complex arrangement conducted in an intersectoral and collaborative manner, which requires mobilization of coordination and articulation capacities of those responsible for its conduct. As a result, we analyzed the implications of institutional arrangements and their interrelationships with state capacities, which may affect the performance and delivery of the intended objectives of the intervention. **Materials and methods:** To this end, 8 interviews were conducted with key actors, directly or indirectly linked to the implementation of the project at the federal level, from July 2018 to January 2019, as well as documentary analysis. **Results:** The results indicate that, initially, the arrangement facilitated the construction of technical-administrative and political-relational capacities that allowed to overcome the challenges in terms of coordination of the various actors and bureaucracies at the inter-federative level, in order to take doctors to unassisted or unsafe places, or with difficulties in fixing them. Among other issues, the social acceptance of the intervention, the generation of short-term results and the centrality of the policy on the government agenda contributed to this process. However, changes in the socio-political context, which culminated in government change and central actors responsible for the implementation arrangement, combined with the resistance of pressure groups, weakened the ability to deliver the expected outcomes. **Discussion:** Therefore, it is evident that the implementation capacities of a public policy are not fixed and demand constant activation of its institutional arrangement.

KEYWORDS: institutional arrangements; state capacities; implementation; More Doctors Brazil Project; health human resources policy.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium provided the original work is properly cited.

A produção desse manuscrito foi viabilizada através do patrocínio fornecido pelo Centro Universitário Internacional Uninter à *Revista de Sociologia e Política*.