

Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade

Analysis of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program in terms of its institutional arrangements: sector cooperation, federative relations, social participations and territoriality

Gabriela Spanghero Lotta¹
Maria Cristina Costa Pinto Galvão²
Arlison da Silva Favareto¹

Abstract *This article analyzes the Mais Médicos (More Doctors) program based on the concept of an institutional arrangement, understood as the set of rules, organizations and processes that define the specific design of a given public policy, defining how it will articulate across players and interests. This concept will allow us to understand the dynamics of the players in this arrangement, as well as their governance, decision-making and governability, and how these factors reflect on public policy performance. A deeper analysis is based on four categories considered essential to understand an organizational arrangement in Brazil: sector cooperation (sometimes referred to as intersectoriality), federative relationships, social involvement and territoriality.*

Key words *Institutional arrangements, Mais Médicos program*

Resumo *O artigo analisa o Programa Mais Médicos, adotando como referencial o conceito de arranjo institucional, compreendido como as regras, organizações e processos que definem o desenho específico de uma determinada política pública, estabelecendo a articulação entre os seus atores e interesses. A adoção desse conceito permite compreender a dinâmica dos atores participantes desse arranjo e como se articulam a governança, a construção da decisão e a governabilidade dos atores, bem como o reflexo de todos esses fatores no desempenho da política pública. O aprofundamento da análise baseou-se em quatro categorias, consideradas fundamentais, para se compreender um arranjo organizacional no caso brasileiro: a intersetorialidade, as relações federativas, a participação social e a territorialidade.*

Palavras-chave *Arranjos institucionais, Programa Mais Médicos*

¹ Universidade Federal do ABC. R. Catequese 242, Jardim. 09090-400 Santo André SP Brasil.
gabriela.lotta@gmail.com

² Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

As políticas públicas permeiam as relações existentes entre Estado e sociedade, influenciando concretamente sua qualidade e padrão, além de refletir as transformações políticas e institucionais em curso. Analisando-se historicamente, verifica-se no Estado moderno uma lógica de produção de políticas marcada por uma clara divisão entre políticos e burocratas. Baseado numa lógica weberiana de Estado, a ideia original era que os responsáveis pela formulação e implementação das políticas seriam previamente definidos, cabendo a formulação aos políticos e a implementação aos burocratas, dentro de uma relação dicotômica entre política e gestão. As políticas públicas, nesse contexto, eram geridas sem qualquer flexibilidade, restringindo a atuação dos gestores (burocratas) ao fiel cumprimento de procedimentos padronizados e indiferentes a cenários distintos¹.

Esse modelo puro de burocracia, que imperou ao longo do século XX em diversos países, foi perdendo força a partir dos anos 80 com a complexificação do ambiente político-institucional. Com o reestabelecimento da democracia e a promulgação da Constituição Federal de 1988, um conjunto de transformações, tanto no Estado quanto na sociedade, passam a alterar essas relações, especialmente no que diz respeito às políticas públicas. O advento de instituições mais ativas e participativas, antes inexistentes, favoreceu a permeabilidade do Estado em uma dinâmica de construção de políticas públicas com mais regulação e atores da sociedade civil. Também passa a ser complexa a relação entre diferentes entes governamentais (estados, municípios e governo federal), alçados todos à categoria de autônomos e competentes na produção de políticas. Surgem, portanto, novos atores no processo de desenvolvimento das políticas públicas, retirando do Estado e do executivo federal a exclusividade de ator principal, diminuindo a relação de tutela com grupos da sociedade que antes ficavam à margem do jogo político e agora entram em cena^{2,3}.

Nessa condição, a compreensão da nova dinâmica da sociedade pelos gestores públicos torna-se fundamental para a formulação e a implementação das políticas, exigindo um tratamento multi-institucional e a incorporação das forças que estão no jogo daquela política. Quando isso não acontece, corre-se o risco do fracasso. A esse respeito, diversos autores apontam que, contemporaneamente, a agenda de políticas públicas traz como um dos eixos centrais a ideia de

coordenação, fator central para permitir a permeabilidade do Estado à sociedade e a construção conjunta de políticas públicas entre atores estatais e não estatais. Verhoest e Bouckaert⁴; e Verhoest et al.⁵ apontam que, entre as questões colocadas nessa pauta de mudanças da gestão pública, estão a constituição ou o reestabelecimento de sistemas de coordenação e a necessidade de garantir efetividade das políticas. Os autores apontam ainda que, embora a coordenação seja um dos problemas mais antigos para os governos, ele tem se ampliado consideravelmente com a complexificação do aparato estatal. O enfrentamento desses novos desafios tem passado pela constituição de novos arranjos institucionais voltados à governança. A ideia central é que os problemas complexos a serem enfrentados pelas políticas públicas requerem soluções complexas que contemplem a diversidade de atores e processos decisórios.

Tendo como base esse contexto e pressupostos, o presente artigo busca analisar uma dimensão pouco avaliada das políticas públicas em ambientes complexos, mas que pode ser central na determinação de seus resultados: a constituição dos arranjos institucionais voltados a aumentar ou fortalecer esta já mencionada e necessária coordenação entre diferentes atores. Analisaremos, para tanto, o Programa Mais Médicos, destacando o arranjo em torno do qual ele é implementado, sua organização e características específicas, bem como suas perspectivas em termos de resultados, isto é, a relação entre desenho e desempenho da política.

O artigo está estruturado em quatro seções, além desta introdução. Na primeira seção, apresentamos a literatura dos novos arranjos institucionais e o modelo analítico que norteará as análises sobre o programa. A segunda seção traz a estrutura e o funcionamento do programa. A terceira seção diz respeito à análise das diferentes variáveis do arranjo institucional. A quarta seção é voltada às considerações finais.

Em termos metodológicos, esta pesquisa se baseou em metodologia analítica, fundamentada em documentos secundários – produzidos por especialistas sobre o Programa Mais Médicos –, textos legais e estudos sobre os arranjos institucionais adotados nos últimos governos para a implementação de políticas públicas.

A respeito desses estudos, desde 2011 pesquisadores e técnicos da UFABC, USP, FGV, IPEA e FUNDAÇÃO analisam modo como o Governo Federal tem se estruturado para executar políticas públicas complexas.

A partir dessas reflexões foi possível extrair categorias e conceitos que permitem qualificar os programas instituídos, destacando a sua permeabilidade social, a inclusão dos atores institucionais, o grau de articulação entre os setores envolvidos na política e a adequação entre as especificidades do território e o desenho do programa.

A produção desses autores (vide bibliografia), com destaque para texto de Lotta e Favareto³ que sintetiza essa metodologia, tem sido utilizada como ferramenta importante para avaliar os arranjos institucionais de políticas públicas, a exemplo do Programa Mais Médicos, aqui também desenvolvido sob a ótica da intersectorialidade, participação, intergovernabilidade e território.

Novos arranjos institucionais – definição e modelos analíticos

Estudos sobre desenho de políticas públicas são escassos na literatura, considerando que essa variável foi, por muito tempo, relegada a um plano de menor importância pelos seus formuladores por ser tomada como “resolvida” pelas estruturas organizacionais existentes na administração pública. Com a mudança dessa visão, incorpora-se o conceito de arranjos institucionais, entendido, grosso modo, como regras, organizações e processos que definem o desenho específico de uma determinada política pública, estabelecendo a articulação entre os seus atores e interesses.

A partir de regras específicas, definidas para as relações econômicas, políticas e sociais e suas formas de coordenação, “delimitando quem está habilitado a participar de um determinado processo, o objeto e os objetivos deste e as formas de relação entre os atores”², torna-se possível proceder a uma análise dos arranjos institucionais, observando as variáveis mais importantes para compreender o papel e os interesses dos atores participantes desse arranjo e como se articulam a governança, a construção da decisão e a governabilidade dos atores, bem como o reflexo de todos esses fatores no desempenho da política pública.

Para os mesmos autores, esses arranjos incorporam avanços nas capacidades estatais técnico-administrativas e políticas, o que significa, respectivamente, traçar e implementar políticas, articular, negociar e coordenar atores e interesses diversos. Essas capacidades, por sua vez, são fundamentais para compreender a consistência do desenvolvimento e legitimação do Estado em sua atuação técnica e na agregação de interesses diversos em torno de uma causa comum.

A ampliação e o fortalecimento da coordenação no desenho de uma política pública têm se mostrado variável fundamental para dar conta do ambiente complexo no qual essas políticas são formuladas e implementadas e também da condição de especialização e diferenciação construída pelos Estados no século XX, na medida em que quanto mais especialização e diferenciação, maior a necessidade de coordenação⁶.

Lotta e Favareto³ consideram que há quatro categorias de análise fundamentais para se compreender um arranjo organizacional no caso brasileiro: a intersectorialidade, as relações federativas, a participação social e a territorialidade. Essas dimensões, para os autores, são capazes de relacionar a articulação entre os diversos atores participantes de políticas públicas.

A primeira dimensão, da *intersectorialidade ou articulação horizontal*, compreende a coordenação entre diversos setores públicos na construção de soluções que venham a superar problemas existentes na realidade⁷. Articula conhecimentos necessários para a formulação, a implementação, o monitoramento ou a avaliação de políticas públicas, com o objetivo de dar respostas de conteúdo multidisciplinar a uma problemática comum às organizações públicas que é o excesso de especialização.

Trata-se de uma lógica que pressupõe articulação de competências setoriais, programas ou temas de políticas públicas com foco em um território, certo público-alvo ou um problema complexo a ser enfrentado⁸.

A intersectorialidade, portanto, relaciona-se ao ajuste entre atores ao produzir interações capazes de levar a resultados mais favoráveis aos participantes, numa tentativa de minimizar as intempéries, produzindo maior consistência e limitando excessos, lacunas e contradições entre políticas e dentro delas⁶.

A segunda categoria, da *coordenação vertical ou federativa*, diz respeito à interação entre as políticas públicas e as relações federativas, o que envolve os governos federal, estaduais e municipais.

A principal questão refere-se ao tipo de relação e às responsabilidades que esses entes federativos assumem no processo de formulação e execução das políticas públicas, com destaque para a compreensão da coordenação entre atores dos três entes federativos na promoção de políticas públicas. A Constituição Federal de 1988 descentralizou a execução de uma série de políticas públicas para estados e municípios, ao mesmo tempo em que definiu regras ampliando a autoridade legislativa à União. Segundo Arret-

che⁹, configurou-se uma situação de autonomia relativa em relação às políticas públicas por meio da criação de mecanismos institucionais que limitam os governos locais na tomada de decisões sobre suas atividades, a despeito da sua autonomia política, na medida em que a União exerce “poderosa influência sobre a agenda e as políticas dos governos subnacionais”⁹;

A terceira variável, da *dimensão territorial*, analisa em que medida as políticas incorporam lógicas territoriais na sua concepção e implementação. O tema da territorialidade das políticas surgiu na literatura a partir do final do século passado como consequência de avaliações de políticas que demonstravam muita heterogeneidade em seus resultados em termos¹⁰.

Além da relação mais abrangente entre política pública e território, alguns autores enfatizam a necessidade de mobilizar quatro dimensões deste, quais sejam: a intermunicipalidade, especialmente para o planejamento dos investimentos para pequenos municípios/regiões menores que os estados; uma perspectiva intersetorial, com a coordenação de interesses e capacidades condizentes com as especificidades das estruturas sociais locais; permeabilidade, o que significa considerar os interesses; e a participação das forças sociais locais nos mecanismos de planejamento e gestão^{10,11}.

A quarta e última dimensão é da *participação de atores sociais* nos processos decisórios, a qual busca compreender a inserção dos diversos atores sociais no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

O estímulo à participação por meio de mecanismos (Conselhos Gestores; Conferências; Audiências e consultas públicas; Ouvidorias e outros, como mesas de negociação, comitês gestores, reuniões com interessados etc.) definidos pela Constituição Federal de 1988 transformou-se em um elemento central para a democratização das políticas e para aumento de sua efetividade. Além disso, a própria configuração dos arranjos levam a que *amplas negociações e debates entre a pluralidade de atores envolvidos contribuem também para a coerência interna das políticas [...]. A participação pode ser entendida como parte do processo e o próprio conteúdo de uma renovada noção de desenvolvimento*².

No entanto, a despeito das diversas instituições participativas criadas no país nos últimos anos, as avaliações sobre a participação apontam para sua não incorporação nas políticas públicas e, mesmo quando incorporadas, nem sempre são efetivas em termos de democratização da participação ou de promoção do desenvolvimento¹².

Programa Mais Médicos: Estrutura, funcionamento e arranjo institucional

O Programa Mais Médicos nasceu como resposta a demandas sociais em um momento de crise que culminou nos movimentos de rua em junho e julho 2013. A má qualidade dos serviços públicos aparece como pauta comum em todas as manifestações daquele período, sendo a melhoria dos serviços de saúde uma das principais reivindicações. Também em 2013 novos prefeitos e vereadores iniciam seus mandatos, protestando contra a falta de médicos nos municípios localizados em regiões de baixa atratividade para esses profissionais. Seus principais objetivos são: ampliar atendimento básico ao cidadão; criar condições para garantia de atendimento qualificado no SUS; e humanizar atendimento na saúde¹³.

O programa nasceu do diagnóstico da baixa relação de médicos por habitantes no caso brasileiro e, acima de tudo, da ampla desigualdade regional na sua distribuição – com impacto negativo especialmente nas regiões norte e nordeste, como demonstra a Figura 1.

Esse diagnóstico de baixa proporção de médicos e alta desigualdade territorial motivou, ao longo do tempo, um conjunto de iniciativas go-

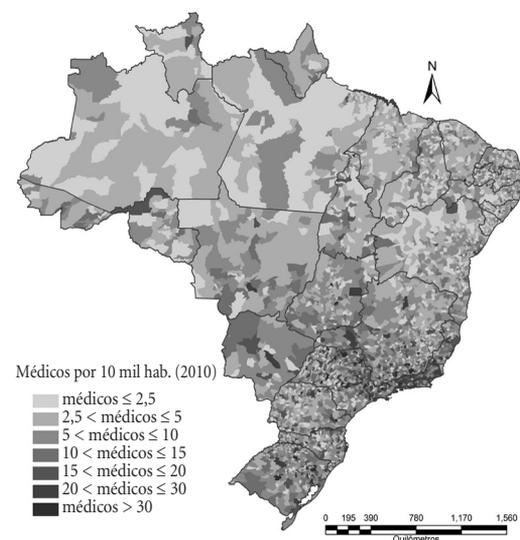


Figura 1. Médicos por habitantes nos municípios brasileiros (2010).

Fonte: A partir de dados do Datasus¹⁰.

vernamentais com objetivo de dar respostas a essa situação, buscando interiorizar as políticas de saúde. Em 2013, no entanto, com o diagnóstico de que seria necessário apresentar respostas que fossem ao mesmo tempo mais estruturadas, de médio e longo prazos, e emergenciais, de curto prazo, à população, o Mais Médicos foi estruturado como uma política prioritária de enfrentamento a estes problemas buscando atingir, até 2026, um patamar de 2.7 profissionais a cada 1000 habitantes. O programa foi criado a partir da articulação de ações em fase de planejamento ou execução que, no conjunto, procuram dar respostas de curto, médio e longo prazos aos problemas enfrentados pela área da saúde. Assim, embora no seu conjunto seja um programa novo, as soluções que o compõem já estavam formuladas separadamente, esperando apenas o momento ideal para serem implementadas (uma janela de oportunidade) a partir de um novo arranjo. A questão é que, dada a emergência para seu lançamento, o tempo para uma discussão mais ampliada com os setores do governo e da sociedade foi escasso, o que prejudicou seu planejamento e divulgação.

Quando de seu lançamento, em 2013, o Programa Mais Médicos foi amplamente criticado pela mídia, corporações e academia, porém de forma muito parcial. Assistiu-se a uma discussão restrita à contratação de médicos estrangeiros, especialmente cubanos. No entanto, esse é apenas um dos eixos do Programa, que corresponde à resposta de curto prazo ao problema da falta de médicos. O Programa se estrutura em três eixos, como segue¹³.

1º Eixo - Provisão Emergencial – Projeto Mais Médicos

Trata-se da solução de curto prazo que tem como foco ampliar o número de médicos nas Unidades Básicas de Saúde disponibilizando 18.240 vagas em 4.058 municípios de todo o país, cobrindo 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). No chamamento foram previsto médicos formados no Brasil e também em outros países, nesse caso para ocupar os postos não preenchidos pelos brasileiros.

Seguindo recomendações da OMS, o recrutamento de médicos estrangeiros restringe-se àqueles que atuam em países com proporção de profissionais maior que a do Brasil (1,8). São selecionados os médicos graduados em instituições

reconhecidas por seus países e cuja formação curricular seja adotada no Brasil e mundialmente reconhecida. Já no Brasil, esses médicos passam por um módulo de acolhimento e avaliação na atenção básica, com duração de três semanas.

Todos os municípios podem participar desde que não substituam os médicos já atuantes e que o Ministério da Saúde analise a oferta de atenção básica existente para verificação das necessidades. Os critérios de prioridade para ocupação das vagas, de acordo com os documentos do programa, são:

- Municípios com percentual de população em extrema pobreza igual ou superior a 20%, com IDH baixo/muito baixo, e integrante de regiões prioritárias;
- Regiões de alta vulnerabilidade de capitais, regiões metropolitanas e Grupo de Municípios populosos mas com baixa arrecadação;
- Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

2º Eixo - Educação

Esse eixo está relacionado ao plano de expansão da graduação e da residência médica e às mudanças na sua formação. A meta do Governo Federal é criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017, dentro de uma proposta de desconcentração regional.

A sua premissa é a de que 80% dos problemas de saúde da população podem ser solucionados por ações de prevenção e de acompanhamento do paciente. Dessa forma, o exercício prático dos estudantes de medicina nas Unidades Básicas de Saúde passa a ser adotado como complemento à sua formação educacional.

Previu-se também a abertura, até 2017, de 12.372 novas vagas de residência médica, custeadas pelo Governo Federal, com o objetivo de universalizar o acesso de graduados em medicina, priorizando inicialmente as especialidades do SUS.

3º Eixo – Infraestrutura

Nesse eixo, o programa prevê a reforma, ampliação e construção de UBS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais. Estão sendo investidos mais de R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios, das quais aproximadamente 10,5 mil já estão prontas e outras 10 mil encontram-se em fase de execução.

Coordenação e Gestão

Para dar conta da implementação desses três eixos, a formulação do Programa resultou de uma ação incremental e de uma rearticulação envolvendo o Governo Federal, Estados e municípios, sob uma nova proposta de coordenação, que integra também a participação de diferentes ministérios com responsabilidades específicas:

- Ministério da Saúde: coordenação geral do Programa e pelas atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.
- Ministério da Educação: autorização do funcionamento dos cursos de medicina e pela regulamentação das mudanças curriculares dos programas de residência médica.
- Ministério da Saúde e Ministério da Educação: coordenação das ações necessárias à pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde e do Projeto Mais Médicos.
- Ministério da Defesa: transporte e apoio nas áreas de fronteira.
- Ministério das Relações Exteriores: articulação com outros países para a vinda de profissionais e pela concessão de visto temporário aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro.
- Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência: questões trabalhista e previdenciária.

Os Ministérios da Educação e da Saúde são os principais responsáveis por coordenar o Programa, com liberdade para editar normas complementares para o cumprimento do disposto na lei de criação do Programa.

Os médicos selecionados para atuar no programa passam por curso de especialização em atenção básica em seu primeiro ciclo formativo, além de serem acompanhados por tutores, vinculados a instituições de ensino, e por supervisores, vinculados a universidades públicas, hospitais de ensino, escolas de saúde ou programas de residência médica.

Com relação aos estados, Distrito federal e municípios, a participação no Programa se dá de forma pactuada, cabendo ao Governo Federal especialmente a coordenação nacional e a responsabilidade financeira pelo pagamento das bolsas-formação, auxílio para instalação, deslocamento do país de origem do médico para o Brasil, bem como a supervisão e especialização dos médicos envolvidos. Os governos estaduais auxiliam a coordenação da União nas ações de acompanhamento e fiscalização do cumprimento das regras do Programa, das condições de trabalho

nas UBS, além de apurar denúncias da atuação dos médicos e municípios. Já os governos municipais e o Distrito Federal são responsáveis pelos deslocamentos e cadastramento dos médicos nas novas equipes de Atenção Básica e pela garantia de alimentação e moradia.

Em termos de estrutura organizacional, a coordenação geral do Programa é feita pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS), subordinado à Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Pelas suas características e complexidade – Programa federativo intersetorial, cuja execução ocorre, parcialmente, em locais carentes e de difícil acesso –, exige grande capacidade de coordenação para dar repostas a questões como: a interlocução entre União, estados e municípios; a relação com os demais atores; as diferenças culturais; o cumprimento da contrapartida pelos municípios (alimentação e moradia para os médicos contratados); a implementação da nova grade pelas Universidades; as condições precárias dos municípios, especialmente no que diz respeito à sua capacidade de gestão; e as questões burocráticas que envolvem os profissionais estrangeiros. O arranjo institucional para promover a coordenação dos diversos atores se torna, portanto, um elemento crucial e determinante para o sucesso do programa, como apontaremos mais adiante.

Pode-se atribuir à emergência e à ousadia do Programa os vários problemas que surgiram em seu lançamento, com destaque à reação da corporação médica brasileira à contratação dos profissionais estrangeiros, à desinformação em relação ao Programa pela população e mídia, limitando-o à contratação de médicos cubanos. Como se pode verificar, o Programa não se limita ao provimento de médicos, sendo seu aspecto formativo fundamental para a sua eficácia.

No que diz respeito à sua avaliação, em relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) após a contratação de médicos para 1.837 municípios, verificou-se um aumento de 33% nas consultas mensais na atenção básica e de 32% nas visitas domiciliares por estes profissionais. Os dados da Rede Observatório do Programa Mais Médicos, que conta com 14 universidades e instituições de pesquisa, também constatou um aumento de 33% no número de consulta de janeiro de 2013 a janeiro de 2015 nos municípios participantes do programa.

Como pode ser visto pela descrição acima, o Programa Mais Médicos funciona numa lógica de complexa coordenação entre diferentes atores

inter e intra estatais. Para seu funcionamento, portanto, requer uma ampla capacidade de coordenação que permita a ação conjunta entre estes diferentes atores e seus interesses. Esse processo de coordenação se efetiva por meio dos arranjos institucionais do programa, que analisaremos a seguir à luz da metodologia analítica apresentada anteriormente.

Análise dos Arranjos Institucionais do Programa Mais Médicos

A seguir analisaremos cada uma das quatro dimensões apontadas na primeira seção que dizem respeito ao funcionamento do arranjo institucional do programa. As análises estão consolidadas no Quadro 1.

Intersetorialidade

A análise da dimensão da intersetorialidade se dá pela verificação de como, e em que medida, há integração de diferentes setores (Ministérios e organizações) no Programa. Para tanto, em termos metodológicos analisamos a existência da integração horizontal nas diferentes fases da política: sua formulação, sua implementação e sua avaliação.

Em termos da intersetorialidade na formulação, pode-se dizer que o Programa promove um avanço, na medida em que nasce de ações conjuntas e articuladas entre diferentes Ministérios: Saúde e Educação. Há, portanto, integração setorial na formulação das regras do programa.

O Mais Médicos também demonstra avanços com relação à intersetorialidade na implementação, considerando que há uma complexa estrutura para esta que envolve diferentes setores e responsabilidades. Além de envolver diferentes atores, o programa avança na medida em que constrói ou utiliza sistemas compartilhados de tomada de decisão entre estes diferentes atores – como a Comissão Nacional de Residência Médica, da qual participam Ministério da Saúde e Ministério da Educação. A ação articulada entre diferentes ministérios em busca de solução para problemas específicos, para uma política reconhecida como prioritária, também possibilitou avanços em termos intersetoriais. Podemos citar, por exemplo, o envolvimento de diferentes ministérios para viabilizarem entrada de médicos estrangeiros no país.

O avanço em termos de intersetorialidade, no entanto, ainda aparece de forma limitada quando analisamos a ação dos diferentes ministérios em

todo o ciclo da política pública. Embora haja envolvimento dos ministérios em etapas específicas, a formulação inicial da política, bem como seu processo de monitoramento ainda são realizados de forma setorializada, com amplo protagonismo do Ministério da Saúde e de suas estruturas e lógicas mais tradicionais de funcionamento.

Relações federativas – articulação vertical

A análise da articulação vertical pretende observar como os diferentes entes federativos são envolvidos no programa e qual a divisão de responsabilidades em termos de regulamentação, financiamento e execução da política.

Com relação à dimensão da articulação vertical, vale em primeiro lugar lembrar que o Programa Mais Médico foi criado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, originada de uma Medida Provisória, que atribui aos Ministérios da Educação e da Saúde a liberdade para editar normas complementares para o cumprimento do disposto na lei. Ou seja, o Programa foi construído no âmbito do Governo Federal. Ao mesmo tempo, a disponibilização dos médicos nos municípios se dá de acordo com as regras dos demais programas e ações vinculados ao SUS que, por sua vez, são regulamentados de forma cooperada e articulada com municípios e estados nas CIB e CIT. Assim, embora as regras mais gerais do Mais Médicos tenham partido do Governo Federal, o seu funcionamento está determinado também pelas regulamentações construídas de forma partilhada.

A responsabilidade financeira pelo programa é, em grande medida, do Governo Federal que deve arcar com o pagamento das bolsas-formação, deslocamento do país de origem do médico para o Brasil, além do auxílio para instalação. Aos municípios cabe somente garantir alimentação e moradia aos médicos. O financiamento é, portanto, na maior parte federal.

Já no que diz respeito à execução, ou implementação, há uma clara divisão de responsabilidades entre os três entes federativos, que atuam de maneira cooperada na execução do programa. Cabem a eles as seguintes responsabilidades:

- Governo Federal- os Ministérios da Educação e da Saúde são os principais responsáveis pela coordenação da implementação do Programa, bem como a supervisão e especialização dos médicos envolvidos.
- Os governos estaduais auxiliam a coordenação da União nas ações de acompanhamento e fiscalização do cumprimento das regras do Programa, das condições de trabalho nas UBS, além

Quadro 1. Análise das Dimensões do Arranjo Institucional do PMM.

Integração horizontal (intersectorialidade)	Integração vertical (subsidiariedade federativa)	Dimensão da participação	Dimensão Territorial
Há intersectorialidade na formulação da política? - É uma política incremental que nasceu da rearticulação de ações dos Ministérios da Educação e Saúde, com intersectorialidade restrita na formulação por conta da incrementalidade.	Quem é responsável pela regulamentação? - Ministérios da Educação e da Saúde, formulação por parte do governo federal (Medida Provisória).	Há participação de atores na formulação da política? - Dada a emergência para o lançamento do Programa, o tempo para uma discussão mais ampliada com os setores do governo e da sociedade foi escasso, o que prejudicou seu planejamento participativo.	Como a política lida com a dimensão de territorial? - Os critérios de prioridade para destinação de médicos do Programa são construídos com diagnóstico territorializado.
Há intersectorialidade na implementação da política? - Sim, especialmente nas atividades de coordenação do Programa com as diferentes responsabilidades divididas entre os Ministérios.	Quem financia a política? E qual instrumento de financiamento? - Responsabilidade pelo financiamento é do Governo Federal e cabe aos governos municipais a garantia da alimentação e moradia aos médicos.	Que atores participam da implementação da política? - A implementação da política está restrita aos entes governamentais.	Há espaços de participação territoriais (fóruns, conselhos, comitês, colegiados) previstos? - Considerando que se trata de um Programa do Sistema Único de Saúde, a participação territorial se dá via instâncias de participação dessa política - Conferências e Conselhos
Há intersectorialidade no monitoramento e avaliação da política? - Intersectorialidade restrita, pois se insere no processo de monitoramento mais tradicional da Saúde com os instrumentos do SUS.	Quem implementa a política? - Os três entes governamentais implementam o Programa, com diferentes responsabilidades: Governo federal coordena atores do Programa e a supervisão e especialização dos médicos envolvidos. Governos estaduais fiscalizam cumprimento das regras e condições de trabalho. Governos municipais executam as ações nas UBS.	Que atores participam da avaliação da política? - O monitoramento e avaliação são realizados pelo município (disponibilização de informações) e pelo governo federal, que executa a avaliação. Há a constituição de uma Rede Observatório do Programa Mais Médicos, que conta com 14 universidades e instituições de pesquisa, promovendo participação na avaliação.	Há formas de articulação/diálogo/integração com outras instâncias participativas já existentes nos territórios? - A articulação se dá com as instituições participativas já existentes nos territórios relacionadas ao SUS.

Fonte: elaboração própria.

de apurar denúncias da atuação dos médicos e municípios.

- Já os governos municipais e o Distrito Federal são responsáveis pelos deslocamentos e cadastramento dos médicos nas novas equipes de Atenção Básica e pela garantia de alimentação e moradia.

Pode-se, portanto, concluir, que o Programa tem avanços significativos em termos de coordenação de ações de diferentes atores federativos. O fato de já se utilizar da estrutura e processos decisórios do SUS promove uma ampla vantagem nesse sentido.

Participação de atores não estatais

A análise da participação de atores não estatais busca observar em que medida os arranjos do programa abrem espaço para decisões partilhadas e participativas. Analisa-se esta dimensão observando a participação nas fases de formulação, implementação e avaliação do programa.

Com relação à participação na formulação, pode-se dizer que, dada a emergência para o lançamento do Programa, o tempo para uma discussão mais ampliada com os setores do governo e da sociedade foi escasso, o que prejudicou seu planejamento e divulgação. A falta de participação no processo de formulação do programa foi, aliás, uma das origens para as várias críticas sofridas na sua origem, que apareceu ao público de forma segmentada, restrita e pouco explicativa. Também percebe-se certa restrição à participação do programa no processo de implementação, visto que ele é restrito aos entes governamentais.

Para o monitoramento e a avaliação, cabe destacar, além dos entes governamentais a participação da Rede Observatório do Programa Mais Médicos, que conta com universidades e instituições de pesquisa. Trata-se de “rede científica composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do País no formato de estudos multicêntricos integrados”: Instituições participantes: Universidade Federal (UF) do Rio Grande do Sul, UF da Paraíba, UF do Mato Grosso do Sul, UF da Fronteira Sul, UF do Pará, Fiocruz Manaus, Escola do Grupo Hospitalar Conceição, UF de Ciências de Saúde de Porto Alegre, UF de Minas Gerais, UF de São Carlos, UF de São Paulo, UF de Campina Grande e UF de Santa Maria, Instituto Federal do Rio Grande do Sul¹⁴.

Ao mesmo tempo em que a participação direta na gestão do Programa Mais Médicos parece relativamente restrita, vale lembrar que, por estar

inserido nas ações do SUS, o programa se beneficia indiretamente da estrutura de participação já constituída no âmbito do Sistema, ou seja: das conferências federal, estaduais e municipais e dos conselhos de saúde. Assim, pode-se argumentar que há pouca participação estruturada dentro do Programa, mas ampla participação via canais institucionais do SUS.

Territorialidade

A última dimensão a ser analisada diz respeito à territorialidade do programa, ou seja, em que medida o Programa está desenhado incorporando a dimensão territorial em sua formulação, implementação e avaliação. Para analisá-la, importa saber de que forma a iniciativa diferencia os incentivos e investimentos mobilizados em consonância com a desigualdade espacial no provimento de médicos e serviços de saúde, de que forma as estruturas sociais locais são mobilizadas na estratégia do Programa, e qual é a participação dos atores representativos dos interesses locais na concepção e implementação da iniciativa.

De partida, pode-se afirmar que há um enfoque territorial no Programa Mais Médicos à medida que, como já foi explicitado páginas atrás, a manifestação espacialmente desigual dos indicadores de saúde e de desenvolvimento humano é adotada com um critério de focalização. Suprir a carência de profissionais em certas áreas do país, historicamente desprovidas, é um dos objetivos fundamentais da iniciativa e, por aí, há uma contribuição decisiva na busca pela expansão de liberdades humanas fundamentais, hoje restringidas. Vertentes das mais recentes abordagens sobre desenvolvimento ressaltam que entre as capacitações fundamentais para o exercício da liberdade de se fazer escolhas consiste em escapar da morbidez precoce, para o quê é fundamental o acesso a conhecimentos médicos e infraestruturas básicas de saúde. No Brasil, como mostram os dados do Índice de Desenvolvimento Humano o lugar onde se nasce e cresce limita, de partida, o acesso a estes serviços, com efeitos cumulativos para a formação da capacidade cognitiva e outros atributos igualmente importantes para as escolhas dos indivíduos. Atuar sobre a distribuição desigual destes serviços e equipamentos é uma das maneiras mais virtuosas de enfrentar desigualdades territoriais.

Já no que diz respeito à integração entre os investimentos e incentivos previstos e as estruturas sociais dos territórios, é possível verificar certa ambiguidade. Por um lado, o território

é tomado como passivo, pois recebe os investimentos do programa. Não há mecanismos de incentivo à integração com estruturas locais como universidades ou a rede de ensino profissionalizante, ambos objeto de forte expansão ao longo da última década. Por outro lado, sobretudo no componente educação, prevê-se a criação de estruturas como UPAs, reforçando as capacidades e infraestruturas locais. Seria, portanto, errado afirmar que inexistente articulação territorial. Mas parece correto dizer que há uma visão que privilegia as estratégias de curto prazo – provimento de médicos – e que, por se tratar de territórios historicamente deficitários neste tipo de serviços e equipamentos, há dificuldade em estabelecer sinergias com estruturas locais. De toda forma, e isso guarda forte correspondência com outros aspectos aqui analisados como a intersetorialidade, há espaços e estruturas criadas nos anos mais recentes e que poderiam ser melhor mobilizadas e articuladas nos marcos desta iniciativa. Finalmente, a mesma ambiguidade se revela no que diz respeito às formas de articulação com atores locais. Supõe-se que o programa será objeto de acompanhamento por parte dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências previstas no modelo de governança e de participação social da política de saúde. Isto poderia ser considerado positivo pois não é desejável criar novas estruturas e formas de participação de atores locais e de verbalização e encaminhamento de seus interesses. Restaria saber, nesse caso, de que maneira a gestão deste programa seria tratada no âmbito destes espaços já constituídos, ou se seus temas e problemas não serão absorvidos por tais fóruns e processos. De toda forma, considerando que o programa foi desenhado de forma centralizada, o papel destinado a estes espaços participativos restringe-se hoje, no máximo, à execução do programa, limitando a sua aderência territorial a uma das fases do ciclo da política.

Considerações Finais

Como apontamos desde o início, considerando a relevância e a prioridade do Programa Mais Médicos, bem como seu desenho complexo, uma dimensão central para compreender seu funcionamento é a análise dos arranjos institucionais que determinam atores participantes e processos de articulação e coordenação do Programa. Essa análise permitiu algumas conclusões a respeito do funcionamento do programa, cuja síntese é apresentada a seguir.

Em primeiro lugar, é importante apontar que o Programa tem sucesso na medida em que, de modo geral, é simples, eficiente e consegue ter resultados já a curto prazo. Ao mesmo tempo em que traz soluções emergenciais de curto prazo (como ampliação do número de médicos), está estruturado para gerar soluções de médio e longo prazo com base na formação de médicos no país. A relativa simplicidade e efetividade dessas soluções reside em se basear em uma estrutura descentralizada de coordenação já existente: a estrutura do SUS. Baseando-se nas instituições participativas consolidadas (conselhos de saúde), na lógica federativa já estruturada (CIB, CIT, financiamento do SUS) e nos equipamentos já presentes nos territórios (UBS), o programa consegue avançar em uma solução efetiva sem ter que investir muitos esforços novos para tanto. Avança, portanto, em termos de articulação vertical e territorial por ser incorporado na lógica de gestão do SUS.

Já os esforços novos necessários se dão na constituição de novos arranjos para as políticas de longo prazo e para a atração e formação de médicos. Estes esforços, por sua vez, se baseiam, em grande medida, na construção de articulações intersetoriais e interorganizacionais com atores essenciais para o sucesso do programa. Ou seja, o programa tem sucesso nas dimensões federativa e territorial por se basear em estrutura prévia e bem consolidada do SUS. E tem sucesso relativo, embora importante, na dimensão intersetorial, por construir uma agenda prioritária que depende de ampla articulação entre atores setoriais mas para a qual tem legitimidade.

Podemos concluir, portanto, que parte considerável da capacidade de construir articulações em torno do programa e de suas soluções reside na prioridade dada ao programa, que conquistou espaço importante na agenda governamental ampliando sua capacidade de articulação e envolvimento de atores. Com relação à dimensão da participação de atores não estatais, no entanto, o sucesso é, se muito, parcial. O programa não avançou na construção de novas instituições participativas, se baseando naquelas já existentes no SUS – o que pode ser considerada uma boa estratégia de incorporar a participação sem muitos esforços novos. No entanto, não houve espaço para participação no desenho do programa e mesmo em sua implementação e avaliação fica, em parte, sombreada pelos demais temas que perpassam as instituições participativas da saúde. Pode-se considerar a criação da Rede Observatório do Programa Mais Médicos como um avanço nesse

sentido, mas ainda assim relativo, visto que a participação é restrita.

Vale mencionar, ao mesmo tempo, que, para além do arranjo institucional, o programa também construiu uma estratégia de sucesso em termos de legitimação pela própria natureza da solução proposta: levar uma solução de curto prazo e alta visibilidade e percepção a uma parcela considerável da população brasileira para quem o acesso a médico era restrito e, agora, se torna direto e observável. Conquista-se, portanto, a credibilidade e a legitimidade perante o usuário com uma solução rápida e efetiva de parte do problema.

Para finalizar, portanto, podemos dizer que o Programa Mais Médicos traz avanços impor-

tantes para o acesso à atenção básica no Brasil, ao mesmo tempo em que investe em soluções de longo prazo para a qualidade desse acesso. Parte desse sucesso pode ser atribuída à forma como o arranjo institucional foi estruturado, incorporando de maneira positiva (embora ainda com espaço para melhorias) as dimensões da inter-setorialidade, das relações federativas, da territorialidade e da participação de atores não estatais. Demonstra-se, portanto, que a efetividade de um programa não reside apenas na solução que ele propõe para um problema existente, mas, além disso, na forma como constrói os arranjos institucionais que determinarão que atores participem, e de que forma, nos processos decisórios.

Colaboradores

GS Lotta, MCCP Galvão e AD Favareto participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Weber M. The essentials on Bureaucratic Organization: An Ideal-Type Construction. In: Robert K, Gray A, Hockey B, editors. *Reader in Bureaucracy*. New York: Columbia University, The Free Press; 1952. p. 18-28.
2. Gomide A, Pires R, organizadores. *Capacidades Estatais e Democracia. Arranjos Institucionais de políticas públicas*. Brasília: IPEA; 2014.
3. Lotta G, Favareto A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Revista de Sociologia e Política* 2016; 24(57):49-65.
4. Verhoest K, Bouckaert G. Machinery of government and policy capacity: The effects of specialisation and coordination. In: Painter M, Pierre J, editors. *Challenges to state policy capacity: Global trends and comparative perspectives*. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2005. p. 92-111.
5. Verhoest K, Bouckaert G, Peters G. Janus-faced reorganization: specialization and coordination in four OECD countries in the period 1980-2005. *International Review of Administrative Sciences* 2007; 73(3):325-348.
6. Bouckaert G, Peters G, Verhoest K. The coordination of public sector organizations: shifting patterns of public management. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2010.
7. Cunill Grau N. *La Intersectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social*. X Congreso Internacional del CLAD. Chile: CLAD; 2005.
8. Inojosa R. Intersetorialidade e um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública* 1998; 32(2):35-48.
9. Arretche M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Fio-cruz; 2012.
10. Favareto A, Galvanese C, Barufi AM, Seifer P. *A dimensão territorial do desenvolvimento brasileiro recente (2000-2010)*. Santo André: UFABC, Cebrap, Rimisp; 2012. Relatório de Pesquisa. Projeto Coesão Territorial para o Desenvolvimento.
11. Abramovay R. Para uma teoria de los estúdios territoriales. In: Ortega AC, Almeida Filho N, organizadores. *Desenvolvimento territorial, segurança alimentar e economia solidária*. Campinas: Alínea; 2007. p. 19-38.
12. Coelho V, Favareto A. Dilemas da participação e desenvolvimento territorial. In: Dagnino E, Tatagiba L, organizadores. *Sociedade civil e participação*. Chapecó: Argos; 2007. p. 97-126
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Mais Médicos*. [acessado 2016 mar 1]. <http://maismedicos.gov.br>
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Mais Médicos – 2 anos*. [acessado 2016 mar 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf

Artigo apresentado em 11/03/2016

Aprovado em 14/06/2016

Versão final apresentada em 16/06/2016