

O que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível?

What made the Mais Médicos (More Doctors) Program possible?

Hêider Aurélio Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-8346-1480>)¹

Soraya Maria Vargas Côrtes (<https://orcid.org/0000-0003-2502-2364>)²

Abstract *The article analyzes which were the actors who participated in the insertion in the governmental agenda of the issue of insufficiencies in the supply and training of medical doctors for the SUS and the adoption of the Mais Médicos Program (PMM) as a solution. Documental and bibliographic analysis and semi-structured interviews were carried out in the methodological perspective of process tracing. Theoretical resources from studies on political processes and from the theories of gradual institutional change and multiple streams were used. Outstanding results were the identification of factors related to the entry of the issue on the agenda, such as the aggravation of the issue, increase in its public perception and change of government. It was found that the action of the President and policy entrepreneurs was decisive for the process of formulating the PMM based on historical legacies of previous policies. We challenge studies that regard the PMM as a hastily formulated solution to an old problem to respond the street demonstrations known as “June Journeys”. The inauguration of municipal governments, in 2013, and the electoral calendar were also important factors and taken into account in the strategic action of the actors who led the formulation of the PMM, with strong opposition from medical entities.*

Key words *Human resources in health, Medical education, Public policy*

Resumo *O artigo analisa quais atores participaram e como atuaram na inserção na agenda governamental da questão das insuficiências na oferta e formação de médicos para o SUS e da adoção do Programa Mais Médicos (PMM) como solução. A análise documental, bibliográfica e a realização das entrevistas semiestruturadas com informantes-chave foram trabalhadas na perspectiva metodológica do process tracing. Foram usados recursos teóricos dos estudos sobre o processo político e das teorias da mudança institucional gradual e dos múltiplos fluxos. Destacam-se como resultados a identificação de fatores relacionados à entrada da questão na agenda, como o agravamento do tema, o aumento de sua percepção pública e a mudança de governo. Constatou-se que a ação da presidenta Dilma Rousseff e de empreendedores da política foi decisiva para o processo de formulação do PMM com base em legados históricos de políticas anteriores. Contesta-se a explicação de uma vertente da literatura que considera que o PMM foi uma solução construída às pressas, para enfrentar um problema antigo, em resposta às “Jornadas de Junho”. Observou-se que a posse dos novos prefeitos em 2013 e o calendário eleitoral também foram fatores importantes para a ação estratégica dos atores que lideraram a formulação do programa, com forte oposição das entidades médicas.*

Palavras-chave *Recursos humanos em saúde, Educação médica, Política pública*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal da Bahia. Praça XV de novembro s/n, Largo do Terreiro de Jesus. 40026-010 Salvador BA Brasil. heiderpinto.saude@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar quais foram os atores e como eles atuaram no processo que conduziu à inserção na agenda governamental da questão (*policy issue*) das insuficiências na oferta e na formação de médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e da adoção do Programa Mais Médicos (PMM) como solução. O texto apresenta uma compreensão alternativa às explicações encontradas na literatura que creditam a entrada do PMM na agenda governamental ou ao contexto político de 2013¹⁻³, especialmente às grandes manifestações de rua denominadas Jornadas de Junho, ou ao resultado da ação de uma nova gestão do Ministério da Saúde (MS) que já priorizava a resolução da questão das insuficiências na oferta e formação médicas e viu no contexto de 2013 uma oportunidade para enfrentá-la⁴⁻⁶. Além das mudanças na direção do governo federal e da situação conjuntural de 2013, um conjunto de outros fatores foram decisivos para a entrada na agenda governamental e a formulação do PMM, mesmo com a contundente oposição das entidades médicas. Houve o agravamento da insuficiência de médicos e as suas consequências, que intensificaram a presença do tema na mídia e a pressão de prefeitos e de parlamentares pela resolução do problema. Pesquisas mostraram essa questão como uma das principais demandas da população brasileira. Além disso, as políticas federais anteriormente implementadas obtiveram resultados insuficientes⁷. A conjunção desses fatores, bem como a superação de resistências no Ministério da Educação (MEC) em ceder ao SUS poder sobre a formação de médicos, foram potencializados pela ação estratégica de empreendedores da proposta de maior participação do SUS na regulação, formação e provimento médicos.

As insuficiências na oferta e formação médicas em relação às necessidades dos sistemas de saúde e as políticas formuladas para enfrentá-las são temas bastante estudados e debatidos no Brasil e no mundo, tendo sido objeto de extensa revisão promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e de diversas pesquisas da Rede Observatório de Recursos Humanos no período que antecedeu a proposição do PMM⁴⁻¹². Está presente na agenda governamental nacional desde o fim dos anos 1960 e vinha sendo enfrentada por políticas de abrangência limitada e por vezes temporárias, sem resultados satisfatórios^{4,5,7,11,12}. No Brasil, as decisões acerca dessas políticas ocorrem num arranjo institucional do qual participam o Congresso Nacional, o MEC,

o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o MS. As profissões são regulamentadas por lei federal e os conselhos profissionais (como o CFM na medicina) são criados por lei, dirigidos por pessoas eleitas pelos membros da própria profissão e responsáveis pela regulamentação infralegal e pela fiscalização do exercício profissional. Cabe ao MEC as decisões relacionadas à formação em nível de graduação, residência médica e outras pós-graduações, tais como definição de diretrizes curriculares, regulação da quantidade e localização das vagas. Ao MS cabe opinar a respeito de mudanças na legislação que trata das profissões de saúde, participar de fóruns governamentais que decidem sobre a formação médica e propor medidas com incentivos que induzam instituições de ensino a orientarem sua formação em função das necessidades do SUS e estimulem médicos a atuarem em áreas subatendidas. Comparado ao observado em outros países com sistemas públicos de saúde abrangentes, é pequena a influência do MS nas políticas em análise^{4,5,7-9,11-13}.

Os dirigentes do MS do período 2003-2015, que eram membros da Comunidade Política Movimento Sanitário (CP-M Sanitário)¹⁴, entendiam que a questão limitava a possibilidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar sua qualidade, além de considerarem que cabia ao SUS “ordenar as políticas de recursos humanos em saúde”¹⁷. Comunidades políticas (CP), conceito utilizado na pesquisa na análise dos atores, são grupos mais ou menos coesos de atores individuais e coletivos com diferentes posições institucionais e relações entre si, que compartilham objetivos e ideias, se especializam sobre uma questão, desenhos e resultados de políticas setoriais e atuam de maneira coordenada para influenciar os processos decisórios e tornar seus posicionamentos predominantes no governo¹⁵. Outros atores coletivos com atuação setorial são as “redes temáticas” – que se constituem em grupos em que os membros participam, interagem e a eles têm acesso flutuante –, cujos integrantes dispõem de recursos desiguais e se reúnem para discutir, formular e propor soluções relacionadas a um tema sobre o qual há ausência de consenso e presença de conflitos¹⁶.

Durante o governo Lula, dirigentes do MS propuseram mudanças nos arranjos institucionais vigentes para ampliar a participação do ministério nas decisões de políticas nessa área. Também apresentaram propostas como o serviço civil obrigatório e o reconhecimento de diplomas médicos estrangeiros. No entanto, não tiveram sucesso nesse período devido a dois fatores prin-

cipais: a atuação de organizações da profissão médica e a oposição do MEC⁷.

Em 2013 foi lançado o PMM, com três eixos: “provimento”, “formação” e “infraestrutura”. O “provimento” deu ao MS o poder de autorizar o exercício profissional de médicos formados fora do Brasil e chegou a contar com 18.240 médicos, brasileiros e estrangeiros, atendendo em 4 mil municípios. O “formação” criou uma regulação da abertura de cursos de medicina privados, que passou a ter como critério a necessidade regional de médicos e de vagas de graduação. Também estabeleceu que fossem modificadas as diretrizes curriculares para a graduação em medicina, ampliando a integração com o SUS e fortalecendo a medicina de família e comunidade (MFC), e um novo itinerário de formação para a residência médica, que passou a exigir especialização em MFC antes de fazer outra especialidade. Por fim, o eixo de “infraestrutura” destinou recursos para construção, ampliação e reforma de unidades de saúde⁷. A análise da inserção do PMM na agenda governamental e de sua adoção como solução é desenvolvida neste artigo em três outras seções: “Métodos”, onde é apresentado o referencial teórico-metodológico utilizado, “Resultados”, em que são discutidos os produtos encontrados, e “Discussão”, onde são explorados os resultados à luz do referencial.

Métodos

A pesquisa utilizou o *process tracing* como estratégia metodológica e examinou trajetórias históricas, documentos, transcrições de entrevistas e outras fontes para verificar possíveis explicações considerando as cadeias e mecanismos causais do caso em análise, entendidos como construtos teóricos que focalizam dimensões da realidade e que são apontados pelas teorias como passíveis de influir ou determinar um evento ou um fenômeno e que, quando aplicados à empiria, têm o objetivo de formular teorias de médio alcance que expliquem o evento ou fenômeno¹⁷.

Diferentemente do período anterior (2003-2010), quando também estiveram à frente do MS dirigentes integrantes da CP-M Sanitário, que não conseguiram fazer mudanças significativas na política vigente, no período 2011-2013 foi possível promover mudanças que culminaram no PMM. Com base nos fatores causais investigados na análise de políticas, no referencial teórico utilizado e no material empírico, o olhar do presente estudo foi direcionado para as quatro dimensões explica-

tivas, que permitiram compreender as mudanças no processo investigado em relação ao período anterior, sendo elas: 1) atores, e seus interesses e suas ideias, que agiam nos subsistemas de saúde e educação superior, posicionando-se, problematizando e disputando a política vigente; 2) a evolução da questão das insuficiências na oferta e na formação médicas nas últimas décadas e seus efeitos na atenção de atores que se tornaram relevantes na política em análise; 3) mudanças no arcabouço institucional dos subsistemas e legados históricos, ideacionais e institucionais que influenciaram a produção do PMM; 4) contexto político e de padrões institucionalizados de relação entre decisores governamentais e atores sociais. No processo analisado, essas dimensões se encadearam em momentos e espaços de decisão formando a trajetória da produção do PMM, dessa forma, focou-se na ação dos atores em circunstâncias repletas de oportunidades e constrangimentos institucionais e contextuais (Quadro 1).

Para análise documental, utilizou-se o período de 2003 a 2013, que vai do primeiro ano de governo da coalisão governante que lançou o PMM até o ano de seu lançamento. Foram examinadas normas legais e administrativas (leis, decretos, portarias e resoluções federais) de ações e programas da política de regulação, de formação e de provimento médicos, textos publicados na grande mídia e em impressos ou *sites* de entidades da sociedade civil e de gestores, em particular aquelas que representavam prefeitos, secretários municipais e estaduais de saúde e médicos. A análise bibliográfica procurou responder às questões de pesquisa, apoiar a compreensão da trajetória das ações da política de regulação, formação e provimento médico a partir da segunda metade do século XX, quando se ampliou no país o debate sobre a formação de recursos humanos em saúde, a entrada na agenda, a formulação do PMM e as posições das organizações da profissão médica frente a essas ações.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 19 informantes-chave (Quadro 2) que, entre 2003 e 2018, foram protagonistas na formulação da política de regulação, formação e provimento médicos. Diversos desses sujeitos estiveram presentes em mais de um dos três períodos analisados, ocupando posições no MS, MEC, núcleo do governo, Congresso Nacional, entidades de representação de secretários municipais e estaduais de saúde e na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Entre eles, 15 ocuparam posições com poder de decisão no período focalizado neste artigo, de 2011 a 2013.

Quadro 1. Estratégia de reunião de evidências no estudo.

Quatro dimensões e o processo em análise	Elementos analisados	Fontes
(1) Atores individuais e coletivos	Posições, objetivos, ideias, propostas e atuações	Literatura, documentos diversos (como matérias em meios de comunicação, resoluções de órgãos da sociedade civil ou do Estado) e entrevistas com dirigentes
(2) Evolução da questão e efeitos em atores que se tornaram relevantes	Mudança em indicadores e na caracterização do problema de política e posição de atores relevantes	Literatura, documentos diversos (como relatórios, estudos especializados, matérias em meios de comunicação, resoluções de órgãos da sociedade civil ou do Estado) e entrevistas com dirigentes
(3) Arcabouço institucional e legados ideacionais e institucionais	Mudança e criação de programas e regras, ideias associadas e mobilização de recursos	Legislação, outros documentos oficiais, literatura e entrevistas com dirigentes
(4) Contexto político e padrões institucionalizados de relação entre governo e sociedade	Mudanças na correlação de forças e relações “tradicionais” entre decisores e atores sociais	Literatura, publicações de meios de comunicação e entrevistas com dirigentes
(5) Trajetória do processo	Mudanças na legislação, normas e programas	Literatura, legislação, documentos oficiais e entrevistas com dirigentes

Fonte: Autores

Quadro 2. Entrevistados.

Posição	2003-2010	2011-2013	2013-2018
Primeiro escalão do Executivo Federal	5	4	2
Escalões intermediários e integrantes da burocracia do Executivo Federal	4	6	4
Dirigentes de entidades de representação das secretarias estaduais e municipais de saúde	3	3	2
Parlamentares da Câmara e Senado	-	2	3
OPAS	1	-	1
Totais por período	13*	15*	12*

* No total foram 19 pessoas entrevistadas, porém algumas delas ocuparam diferentes posições em mais de um período, havendo aquelas que atuaram em posições distintas nos três períodos.

Fonte: Autores, adaptado de Pinto (2021).

Foram empregadas técnicas de análise de conteúdo¹⁸ para tratar as entrevistas, utilizando categorias analíticas como atores, ideias, instituições, questões, problemas e soluções. Também foi utilizada a análise de discurso político¹⁹, fazendo uso de premissas discursivas, tais como: objetivos, valores, preocupações, circunstâncias, cursos de ação e consequências. Foram empregados recursos da teoria dos múltiplos fluxos (TMF)²⁰, dos estudos sobre processo político (*public policy process*)²¹⁻²³ e da teoria da mudança institucional gradual (TMIG)²⁴.

A TMF ofereceu instrumentos analíticos para caracterizar o que a teoria denomina como os três

fluxos de política, que são relacionados à entrada de novas soluções na agenda governamental, sendo eles: o dos “problemas”, o das “soluções” e o do “processo e contexto político”. A teoria permite ainda que se identifiquem “janelas de oportunidade”: chances passageiras nas quais há um acoplamento dos três fluxos, permitindo que novas questões e soluções tenham a oportunidade de ganhar a atenção de decisores de políticas e de entrar na agenda governamental. No processo político, disputa-se quais questões, prioridades e explicações para os problemas e que soluções devem ser implementadas. Para a TMF, “empreendedores de políticas” são agentes-chave para criar

ou aproveitar as janelas, dar visibilidade e conformar a abordagem de questões^{20,25}. Os estudos sobre processo político²¹⁻²³ forneceram instrumental analítico para examinar a configuração e o desenvolvimento das relações entre organizações e atores, individuais e coletivos, sociais e estatais, e para caracterizar seus interesses, ideias e ações, considerando o contexto e suas regras.

A TMIG²⁴ forneceu recursos teóricos para a compreensão das instituições como instrumentos distributivos carregados de implicações de poder e repletas de tensões. Por terem efeitos desiguais para a alocação de recursos, as regras institucionais dão condição a certos atores em posições dominantes – no ambiente institucional ou societal – de projetarem instituições que correspondem às suas preferências, para que realizem seus objetivos e mantenham a sua condição privilegiada. Contudo, para assegurar a estabilidade de um arranjo institucional, é necessário mobilizar continuamente apoio político. Para a TMIG, a mudança torna-se possível quando são rompidos os equilíbrios vigentes devido a fatores externos e/ou internos ao arranjo institucional, que foram analisados junto com o modo como os atores agiram estrategicamente no processo político.

O estudo debruçou-se na análise de dois subsistemas de políticas públicas: o de saúde e de educação superior. Os subsistemas são estruturas de poder estratificadas que distribuem recursos desiguais e arenas de embate entre atores que defendem diferentes soluções para as questões políticas²⁵. São também unidades setoriais de nível mesossocial de produção de políticas públicas, que têm autonomia relativa em relação ao macro sistema político, arranjos institucionais, regras e dinâmicas próprias²⁶.

Resultados

A análise dos documentos, da literatura e das entrevistas mostrou que dois atores coletivos tiveram atuação marcante no processo que resultou na formulação do PMM como solução para o problema das insuficiências na formação e na oferta de médicos para o SUS: a CP Defesa da Medicina Liberal (CP-M Liberal), contra o programa, e a CP-M Sanitário, a favor. A primeira era liderada por dirigentes das entidades médicas, seus membros atuavam em fóruns consultivos e decisórios no MEC e no MS. Também a integravam parlamentares e dirigentes de hospitais, públicos e privados, de cursos de medicina e programas de residência médica. Defendia a manutenção

do *status quo*, caracterizado pela autorregulação profissional da medicina, concebida como uma profissão liberal; o monopólio da profissão sobre as práticas de saúde de maior valor simbólico e econômico; a livre escolha dos médicos quanto à sua atuação; e se opunham a medidas que aumentassem a quantidade de médicos no mercado de trabalho, seja a ampliação da atuação de médicos estrangeiros, de vagas de graduação ou a perda do controle profissional sobre a formação de especialistas⁷. A CP-M Sanitário¹⁴ era composta por acadêmicos, gestores e trabalhadores de saúde (principalmente no âmbito do SUS), líderes de entidades sindicais e profissionais e de outras organizações da sociedade civil da área de saúde. Defendia os princípios da Reforma Sanitária e do SUS e que as políticas de regulação, formação e provimento médicos fossem decididas sobretudo no âmbito do subsistema de saúde, levando em conta as necessidades do SUS.

Com a posse da presidenta Dilma Rousseff em 2011, houve mudança dos dirigentes do núcleo do governo e do MS, e se mantiveram os do MEC. Em funções de direção superior no MS, assumiu um grupo relativamente coeso no que se refere a suas ideias sobre o SUS e cujos integrantes apresentavam trajetórias profissionais similares. Faziam parte de uma geração mais recente da CP-M Sanitário e haviam atuado conjuntamente, no período 1990-2004, no movimento estudantil de medicina e na rede temática Rede Educação Médica⁷, composta majoritariamente por professores e estudantes de medicina, que discutia mudanças na formação médica e envolvia membros tanto da CP-M Liberal quanto da CP-M Sanitário. Esses dirigentes, além de outros com posições de comando no MEC e um deputado federal, atuaram como empreendedores do PMM. Os entrevistados (entrevistas 1-6, 8-14, 17 e 19) nominaram 16 pessoas, além da presidenta Dilma, como os principais protagonistas na formulação e defesa do PMM, sendo que três deles receberam maior destaque: o ministro da Saúde Alexandre Padilha, o deputado federal Rogério Carvalho e Mozart Sales, chefe de gabinete do MS em 2011 e dirigente da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS, de 2012 a 2014, este responsável direto pela implementação do PMM. Os três eram médicos, membros do Partido dos Trabalhadores e, na década de 1990, ocuparam, em sequência, o cargo máximo da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem).

Padilha, que anunciou desde o início de sua gestão a prioridade do enfrentamento da questão

das insuficiências na oferta e na formação médicas, relatou em entrevista uma fala de dirigente da gestão ministerial anterior que afirmara frente a ele e à equipe que “junto com o Padilha é a turma que [...] discute educação médica” (Entrevista Padilha), e acrescentou:

Ele (aquele dirigente) tinha certeza que a educação médica seria um debate puxado por nós. [...] Um conjunto de pessoas que tinham em sua história [esse] debate [...], seja a partir do movimento estudantil de medicina, seja a partir da Abem [Associação Brasileira de Educação Médica]. [...] A gente não perderia a oportunidade de [...] buscar medidas concretas para que o Ministério passasse a assumir aquilo que é sua responsabilidade constitucional: [...] ser o SUS e suas autoridades os principais reguladores do processo de formação e provimento do profissional médico (entrevista Padilha)

A evolução da questão das insuficiências na oferta e na formação médicas na década de 2000, bem como das demandas da população e de gestores do SUS para a solução do problema, catapultaram a questão ao sistema macropolítico (entrevistas 1, 2, 4, 9, 11-13, 15 e 19). Isso ocorreu, em grande parte, devido à expansão da cobertura dos serviços de saúde, combinada a um baixo crescimento proporcional da oferta de médicos, pois aqueles formados na década de 2000 preenchem apenas 69% da demanda do mercado de trabalho¹⁰. Havia concentração de médicos, cursos de medicina e programas de residência nas grandes cidades, no Sudeste e no Sul, e um terço das equipes de saúde da família não dispunham de médicos^{10,27}. As dificuldades e custos cada vez maiores para ampliar o acesso a serviços de saúde e a insatisfação da população com a falta de médicos aumentaram a importância política do problema.

Antes da posse, a presidenta Dilma fora alertada que sua promessa de campanha para expandir o acesso a serviços de saúde estava ameaçada pelo problema da insuficiência de médicos no SUS, que obteve relativa importância na imprensa²⁸. É atenta à questão, em seu discurso de posse anunciou que esta seria uma das prioridades do governo. Os empreendedores do PMM, integrantes da CP-M Sanitário, estabeleceram negociações com a CP-M Liberal e se apoiaram em legados ideacionais e institucionais para estruturar a proposta de enfrentamento da questão e sua defesa pública. Reuniram evidências, promoveram pesquisas e usaram como referência experiências internacionais e nacionais, bem como propostas já discutidas no Brasil. A primeira proposta de solução apresentada foi o Programa de Valoriza-

ção de Profissionais da Atenção Básica (Provab), uma estratégia de formação e provimento médico em áreas subatendidas, que criou uma bonificação na pontuação do concurso para residência médica na intenção de atrair médicos recém-formados. Com o apoio do MEC e do núcleo do governo, e apesar da forte oposição da CP-M Liberal, que se posicionou majoritariamente contra o Provab, o MS criou o programa em setembro de 2011. Com o Provab, houve aumento no recrutamento de médicos para a atenção básica, porém mesmo assim, em 2013, só conseguiu responder a 26% da demanda dos municípios por médicos nas equipes de saúde da família⁷.

Outras iniciativas formuladas no governo Lula e implementadas no primeiro ano do governo Dilma tiveram resultados insuficientes, como o Exame Nacional de Revalidação, conhecido como Revalida, e a alteração da Lei do Fundo de Financiamento do Estudante do Ensino Superior (Fies), pensado para conceder moratória e abatimento da dívida a médicos que optassem pela atuação em equipes de saúde da família em áreas subatendidas ou que fizessem residência médica em especialidades consideradas prioritárias pelo MS^{7,29}. Em fevereiro de 2012, o núcleo do governo foi convencido pelos empreendedores que a insuficiência de médicos limitava a possibilidade de sucesso da política de saúde, sendo um obstáculo à melhoria da avaliação da população sobre a atuação do governo na área. Seria necessário implantar um programa mais amplo, que incluísse recrutamento internacional de médicos para responder à demanda do SUS, às expectativas de gestores municipais, estaduais e parlamentares e à principal queixa da população na área: a falta de médicos. Foi então criado um grupo de trabalho composto por mais de sete ministérios e cuja atribuição era formular o PMM, como relata este dirigente do MEC no período: *[Tentou-se] melhorar via Provab. [...] Teve uma resposta muito insuficiente, [...] há uma frustração [...], leva-se à Presidência: “Olha temos que partir para alguma coisa mais ousada, porque os instrumentos [...] que nós temos [...] são insuficientes.” [...] Identificamos que seria praticamente impossível atacar o problema unicamente com profissionais médicos formados no Brasil pela via tradicional (entrevista 16).*

Do ponto de vista do provimento, o PMM reproduziu o Provab e agregou o recrutamento internacional, que, para ser implementado, exigiu mudanças na legislação. A minuta básica da lei foi finalizada no início de 2012, e os empreendedores do PMM conduziram essa definição em sigilo para minimizar reações de opositores, especial-

mente da CP-M Liberal. Em paralelo, buscaram atenuar resistências no governo federal, especialmente no MEC, e de membros da CP-M Liberal, sobretudo dirigentes de entidades médicas e pessoas que ocupavam cargos no governo e em órgãos colegiados. Com apoio do núcleo do governo, foram nomeados dirigentes no MEC comprometidos com a construção do PMM e sua formulação ocorreu em espaços institucionais desse ministério, onde havia menor influência CP-M Liberal, tais como a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres) e uma diretoria criada para implementar o PMM (entrevistas 3, 16 e 17). Desse modo, o MEC passou de opositor da mudança na política, como aconteceu no período de 2003-2010^{7,29}, a apoiador.

A formulação do PMM foi influenciada e viabilizada, segundo os entrevistados, por ideias, aprendizados, instrumentos e recursos relacionados a medidas implementadas anteriormente para enfrentar a questão das insuficiências na oferta e na formação médicas. O PMM era formado por três eixos. O de “infraestrutura” foi um incremento do programa chamado “Requalifica-UBS”, criado em 2011 para a construção, ampliação e reforma de unidades básicas de saúde. O “formação” retomou e ampliou metas de expansão de cursos de medicina propostas em 2012 no Plano Nacional de Educação Médica e incorporou o programa Pro-Residência, criado em 2009, que visava a expansão de programas de residência médica em especialidades e regiões nas quais o SUS tinha necessidade. O eixo de “provimento” pode ser visto como parte de uma trajetória de aperfeiçoamento de programas que, no século XXI, envolveram a criação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), em 2001, e do Provab, em 2011. Além disso, respondentes afirmaram que a estrutura da Universidade Aberta do SUS, criada em 2010, fora essencial para garantir a formação em serviço dos milhares de médicos recrutados pelo PMM e que a cooperação entre Brasil, Opas e Cuba foi decisiva para constituir uma “reserva” de médicos para assegurar o sucesso do PMM, caso o recrutamento nacional e internacional de médicos não conseguisse responder à demanda dos municípios (entrevistas 2, 3, 8, 13, 15 e 17).

Ao final de 2012, a formulação e a viabilização da implementação do programa estavam praticamente prontas. No entanto, o lançamento do PMM foi adiado devido à proximidade das eleições municipais, já que o desenho do programa pressupunha o envolvimento de gestores municipais de saúde para sua execução, e a troca de

prefeitos poderia dificultar a implementação do programa (entrevista 13). Também não foi lançado no primeiro semestre de 2013, adiamento que, segundo os entrevistados, ocorreu devido à ação da CP-M Liberal sobre o núcleo do governo (entrevistas 2, 8, 13, 15 e 16). Membros da CP-M Liberal alertavam que o desgaste político superaria os benefícios da medida. A hesitação do governo estava ainda relacionada à tentativa de identificação de qual seria o melhor momento para propor a lei ao Congresso Nacional, uma arena em que os integrantes do núcleo de governo avaliavam que a CP-M Liberal tinha muita influência. Além de 24 parlamentares (5% do total) serem médicos, a maioria deles identificados com a CP-M Liberal, partidos de oposição e a repercussão das críticas ao programa na grande imprensa poderiam provocar um desgaste expressivo para a imagem do governo.

Ao mesmo tempo, mudanças no contexto político foram tratadas como uma oportunidade pelos empreendedores do PMM para contrabalançar a pressão da CP-M Liberal e tentar construir as condições para o lançamento do programa. Com o início da gestão dos novos prefeitos em 2013, os empreendedores (entrevistas 8, 13 e 15) estimularam a Frente Nacional de Prefeitos a lançar a campanha Cadê o Médico, em janeiro de 2013, que cobrava do governo federal um recrutamento internacional de médicos. A campanha se expandiu e recebeu a adesão de mais de 2 mil prefeitos até maio de 2013, quando a frente obteve da presidenta o compromisso de que o PMM seria lançado (entrevistas 8, 13 e 15). Nesse contexto, o governo definiu o lançamento para o segundo semestre de 2013, após a Copa das Confederações, realizada em junho de 2013 (entrevistas 2, 8 e 13). As Jornadas de Junho e a queda vertiginosa na aprovação popular do governo, a menos de um ano do início da campanha para as eleições gerais de 2014, precipitaram seu lançamento, que foi realizado em cadeia nacional pela presidenta em 21 de junho de 2013. Como sua formulação estava bastante avançada, ele poderia ser implementado rapidamente, podendo ser utilizado como resposta, ao menos em parte, às reivindicações por melhorias na assistência à saúde (entrevistas 2, 5, 8, 13 e 15).

Discussão

A pesquisa encontrou evidências para a compreensão do processo que levou à entrada na agenda governamental da questão das insuficiências na

oferta e na formação de médicos para o SUS e à criação do PMM que estavam ausentes ou subvalorizados nas duas vertentes de explicações predominantes e identificadas na revisão da literatura. A primeira, exemplificada pelos trabalhos de Couto e colaboradores¹, Ribeiro e colaboradores² e Macedo e colaboradores³, chama atenção para o “acoplamento” dos fluxos dos “problemas”, “solução” e “contexto político” em uma “janela de oportunidades”, as Jornadas de Junho, para explicar a construção do PMM, tendo como protagonista o governo federal e/ou o Congresso Nacional. A segunda vertente de explicação, exemplificada pelos trabalhos de Rocha⁴, Silva⁵ e Paula⁶, enfatiza a importância da mudança de governo, o posicionamento de sujeitos que já priorizavam a questão da insuficiência na oferta e formação médicas, e que souberam aproveitar ou que reagiram às Jornadas de Junho para propor uma solução de acordo com suas ideias e objetivos.

A análise das entrevistas e dos documentos mostrou que a entrada da questão das insuficiências na oferta e na formação médicas na agenda governamental se deveu principalmente a dois fatores: o agravamento do problema, expresso no aumento da importância dada a ela pelos prefeitos, nas pesquisas de opinião e na imprensa; e a inauguração do governo Dilma em 2011, que ao tomar posse se comprometeu a priorizar a questão. Cabe salientar que o agravamento do problema e o aumento da percepção pública e de atores políticos sobre a sua gravidade recebem pouco destaque na literatura. Usualmente, a questão é tratada como um problema antigo e pouca atenção é dada ao aumento de sua importância na percepção pública e do mundo político no período que antecedeu à mudança do contexto político em 2013¹⁻³.

A mudança do governo é considerada fator explicativo de alterações na agenda governamental por diversas teorias de análise de políticas públicas^{20,24}. A inauguração do governo Dilma, em 2011, é considerada o fator explicativo mais importante para a entrada do tema na agenda governamental pelos entrevistados e pela literatura. Contudo, nesta predomina a visão do governo como um bloco unitário, o que não corresponde ao modo como os governos em sociedades contemporâneas funcionam com subsistemas setoriais especializados, com dinâmicas, regramentos e hierarquias próprios^{16,20-26}, mesmo em sistemas políticos como o brasileiro, em que a presidência tem muito poder³¹. Observou-se que, durante o primeiro mandato da presidenta Dilma, membros da CP-M Sanitário estavam na direção do

MS e a importância de suas ações foi destacada por entrevistados (Entrevistas 1-5, 8-13, 15, 17 e 19). Alguns estudos mencionam a atuação desses sujeitos na formulação e defesa do PMM, mas não os tratam como empreendedores da política^{4,6,31}, o que de fato eram ao agirem estratégica e articuladamente na defesa do programa. Eles buscaram obter o apoio do núcleo do governo, da direção do MEC e de parlamentares, não apenas para promover a introdução da questão na agenda governamental, mas na defesa de uma solução para o problema: o PMM.

A decisão de formular o que veio a ser o PMM foi tomada em fevereiro de 2012, e não em meados de 2013, como apontado frequentemente na literatura¹⁻³. Até então, as direções do MS haviam implementado programas de abrangência limitada, devido às posições e ao poder de veto da CP-M Liberal, que não conseguiram impedir o agravamento da questão. Os resultados insuficientes na ampliação no número de médicos para o SUS, com programas implementados em 2011, como o Fies, o Revalida e o Provac, encorajaram o núcleo do governo a decidir pela formulação de uma política mais efetiva, mesmo com a oposição da CP-M Liberal.

As ações estratégicas dos empreendedores, a atuação da presidenta e as mudanças realizadas na direção e estrutura do MEC para viabilizar sua participação na construção do PMM foram centrais para que a formulação do programa acontecesse ao longo de 2013 e não fosse obstruída, como ocorreu no período de 2003-2010, quando as posições neutras ou contrárias do núcleo do governo e do MEC impediram o avanço de propostas de mudanças mais significativas na política de regulação, formação e provimento médicos. No Brasil, o presidente tem muito poder na formação da agenda do Legislativo, e mais ainda a do próprio Executivo³⁰. No caso do PMM, somou-se ao envolvimento de Dilma com o tema e à sua determinação em resolver o problema, quando as circunstâncias fossem favoráveis, o fato de que os dois ministérios mais importantes para a sua implementação estivessem sob a direção do partido da presidenta. Assim, o núcleo do governo coordenou a ação dos ministérios envolvidos na formulação do programa, deu condições à atuação dos empreendedores e assegurou a mobilização dos recursos necessários à sua formulação, processo esse que foi pouco ressaltado pela literatura¹⁻³.

Na ação de formulação do programa, os empreendedores da política aproveitaram legados institucionais e aprendizados com programas

implementados anteriormente para enfrentar a questão da falta de médicos. Relacionaram-na a um escopo maior de problemas associados às insuficiências na oferta e formação médicas, o que justificou a proposta de um leque de soluções que também envolviam regulação, formação e provimento médicos. As escolhas feitas pelos empreendedores, expressas no desenho com o qual o programa foi lançado, podem ser relacionadas às suas ideias e trajetórias de atuação, especialmente na Rede Temática Educação Médica.

A decisão do núcleo do governo de implementar o PMM (tomada em 2013, mas sem data para o lançamento) também foi motivada por um conjunto de fatores combinados: a posse dos novos prefeitos em 2013; a ação dos mesmos articulada à dos empreendedores; o avanço nas tratativas com a Opas e Cuba; e a proximidade das eleições de 2014. O lançamento em julho de 2013 foi decidido devido às mudanças do contexto político, provocadas pelas Jornadas de Junho, que vieram a mudar o cálculo estratégico do núcleo do governo. Antes, com governabilidade estável e alta popularidade, as consequências políticas negativas de um enfrentamento com a CP-M Liberal nas arenas do Congresso e na grande mídia superavam os benefícios setoriais que poderiam advir do PMM. Depois, com o governo mal avaliado, precisando reagir e apresentar alguma resposta às demandas e ao seu desgaste, o programa tornou-se uma solução para os problemas político e setorial. As Jornadas de Junho auxiliam na compreensão do momento da decisão, mas não foram o fator que gerou a entrada na agenda, a formulação e a decisão sobre como resolver os problemas na oferta e na formação médicas por meio do programa, como aponta grande parte da literatura¹⁻³. A mudança no contexto atuou como fator exógeno, que ajudou a alterar o equilíbrio prévio na área, junto ao posicionamento

de atores individuais e coletivos, que agiram para mudar regras existentes, num ambiente de intensas disputas na definição de ambiguidades institucionais que, uma vez exploradas por meio da edição de novas regras legais e administrativas, alteraram a distribuição de poder no contexto dos dois subsistemas analisados.

A realização de entrevistas, além da análise documental e bibliográfica, foi essencial ao estudo porque a construção do PMM foi sigilosa, sendo escassos os documentos que contam sua história de formulação e decisão. Também foi importante considerar a trajetória de produção de políticas anteriores. Notou-se que estudos que se basearam na TMF^{1,2} apresentaram o viés de focar excessivamente no momento de acoplamento dos fluxos, e portando nas Jornadas, não identificando a influência de fatores relevantes na produção do PMM, em especial o papel de elementos institucionais e processos que apresentaram uma trajetória mais longa e que influenciaram inclusive o modo como os problemas foram processados e as soluções selecionadas.

Nesta pesquisa, o uso da TMF foi combinado ao exame do processo político que conduziu ao lançamento do PMM e à TMIG, que permitiu analisar a trajetória de mudanças incrementais nesse processo ao longo das últimas décadas, focalizando os atores sociais, os arranjos institucionais dos subsistemas de saúde e de educação superior, os legados históricos, bem como as estratégias de ação dos atores e os modos como eles influenciaram os processos de decisão. Além de buscar oferecer uma teoria de médio alcance para a compreensão de como entrou na agenda do governo federal a questão das insuficiências de médicos e como foi o processo de formulação do PMM, o estudo pode também contribuir para um esforço de uso combinado da TMF, das análises do processo político e da TMIG.

Colaboradores

O autor e a autora participaram de todas as etapas de construção do trabalho, a saber: a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Couto MP, Salgado ED, Pereira AE. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. *Temp Actas de Saúd Col* 2015; 9(4):97-113.
- Ribeiro DD, Pelegrini T, Rodrigues CT. Implementação e prospecções do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de múltiplos fluxos de Kingdon. *Espacios* 2017; 38:17.
- Macedo AS, Alcântara VC, Andrade LFS, Ferreira PA. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cad EBAPE BR* 2016; 14(esp.):593-618.
- Rocha VXM. *Reformas na educação médica no brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014* [dissertação]. São Paulo: Universidade Católica de Santos; 2017.
- Silva ES. *Programa Mais Médicos: a formação de uma política pública* [dissertação]. São Paulo: Unicamp; 2017.
- Paula JB. *Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: cooperação Cuba-Brasil e seus efeitos para o trabalho médico* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
- Pinto H. *O que tornou o Programa Mais Médicos possível? Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do Programa Mais Médicos* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
- World Health Organization (WHO). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Geneva: WHO; 2010.
- Feuerwerker LCM. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. *Relatório final: estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010* [relatório técnico de projeto]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
- Dias HA, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):1613-1624.
- Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
- Girardi SN, Fernandes Jr H, Carvalho CL. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espaço para Saúde* 2000; 2(1):1-21.
- Côrtes SV. *Participação e saúde no Brasil*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2009.
- Côrtes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. *Lua Nov* 2012; 87:33-62.
- Rhodes R. "Policy network analysis". In: Moran M, Rein M, Goodin RE, editors. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Bennett A, Checkel JT, editors. *Process tracing: from metaphor to analytic tool*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2014.
- Fairclough I, Fairclough N. *Political discourse analysis: a method for advanced students*. New York: Routledge; 2013.
- Kingdon J. *Agendas, alternatives and public policies*. Washington: Longman Classics in Political Science; 2011.
- Birkland TA. *An introduction to the policy process – theories, concepts, and models of public policy making*. New York: Routledge; 2016.
- Majone G. *Evidence, argument, and persuasion in the policy process*. New Haven: Yale University Press; 1989.
- Stone DA. Causal stories and the formation of policy agendas. *Political Science Quarterly* 1989; 104(2):281-300.
- Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen K, editors. *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 1-10.
- Adam S, Kriesi H. The network approach. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the policy process*. Colorado: West Press; 2007. p. 129-154.
- True JL, Jones BD, Baumgartner FR. Punctuated-Equilibrium Theory: explaining stability and change in public policy making. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the policy process*. Cambridge: Westview Press; 2007. p. 155-188.
- Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araújo SQ, Figueiredo AM, Araújo GD. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimto de 2013 a 2015. *Interface* 2017; 21(Supl. 1):1087-1101.
- Oliveira E, Batista HG. Faltam profissionais da área de saúde para Dilma poder cumprir metas estipuladas no setor [Internet]. *O Globo*; 2010. [acessado 2021 Maio 14]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/faltam-profissionais-da-area-de-saude-para-dilma-poder-cumprir-meta-estipulada-no-setor-2911732-poder-cumprir-meta-estipulada-no-setor-2911732>
- Pinto HA, Côrtes SV. Tendência à estabilidade institucional: regulação, formação e provimento de médicos no Brasil durante o governo Lula. *Cien Saude Colet* 2022; 27(7):2531-2541.
- Limongi F, Figueiredo A. *Poder de agenda e políticas substantivas. Legislativo brasileiro em perspectiva comparada*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2019.
- Gomes LB. *A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.

Artigo apresentado em 04/09/2021

Aprovado em 16/02/2022

Versão final apresentada em 18/02/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva