

ALEX DOS SANTOS MACEDO

**OS ARRANJOS INSTITUCIONAIS E AS CAPACIDADES ESTATAIS NO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de Doctor Scientiae.

Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2019**

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

Macedo, Alex dos Santos, 1989-

M141a Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no
2019 Programa Mais Médicos / Alex dos Santos Macedo. – Viçosa,
MG, 2019.

147 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Marco Aurelio Marques Ferreira.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Saúde pública - Administração. 2. Programa Mais Médicos (Brasil). 3. Política de saúde. 4. Administração pública. 5. Pessoal da área de saúde pública. 6. Cuidados primários de saúde. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em Administração. II. Título.

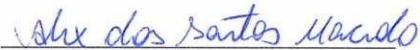
CDD 22. ed. 362.1068

ALEX DOS SANTOS MACEDO

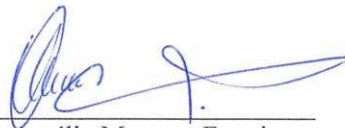
**OS ARRANJOS INSTITUCIONAIS E AS CAPACIDADES ESTATAIS NO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

APROVADA: 05 de julho de 2019.



Alex dos Santos Macedo
Autor



Marco Aurélio Marques Ferreira
Orientador

**Aos meus pais, Izais e Leia, que na sua simplicidade me ensinaram que o estudo é o bem
mais precioso que poderiam me deixar.**

Aos meus irmãos, Tiago e Janaína, pelo entusiasmo, amizade e carinho.

E, em especial, a Gleice, pelo amor, companheirismo e amizade.

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À minha família, serei eternamente grato por tudo que fizeram e fazem por mim. Obrigado por todo o amor, carinho, suporte e incentivo para poder seguir na trilha do conhecimento.

À minha esposa, Gleice, obrigado por todo amor, companheirismo, amizade, dedicação e conselhos nesses últimos tempos de angustias e ausências.

Ao meu orientador, Professor Marco Aurélio, agradeço pelos ensinamentos e aprendizados ao longo do doutorado. Obrigado pela paciência, autonomia e conselhos acadêmicos e de vida. Grato pela liberdade em minhas escolhas teóricas/metodológicas, por acreditar em mim e nesta pesquisa.

Ao Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo financiamento da pesquisa. A Capes, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão de bolsas de estudos.

À equipe do N+APGS, Núcleo de Estudos em Administração Pública, Governo e Sociedade, muito obrigado por todos os debates em relação à pesquisa. Em especial, a Ana Paula pelas discussões e provocações; a Débora Martin e a Renata Cupertino, gratidão por todo o suporte na transcrição das entrevistas e tabulação dos dados.

À Universidade Federal de Viçosa, em especial aos professores e servidores do Departamento de Administração e Contabilidade, pelos ensinamentos e suporte ao longo do doutorado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGADM), pelos conhecimentos compartilhados e aprendizados sobre a administração pública e as políticas públicas. Estendo meu agradecimento a todos os professores e professoras que, ao longo de minha trajetória de formação, foram de fundamental importância por me incentivarem a buscar novos conhecimentos e aprendizados.

Ao professor Hironobu Sano, pela leitura atenta e sugestões de melhorias do meu trabalho no exame de qualificação. Ao professor Evandro Farias, pelas inúmeras contribuições e debates sobre o meu trabalho durante esse percurso, inclusive na qualificação. À pesquisadora Natália Koga, pelas reflexões e contribuições na qualificação e na banca de defesa. Ao professor Antonio Brunozi, pelas sugestões de melhorias e reflexões na qualificação e defesa da tese. Aos professores Suely de Fátima Ramos Silveira e Caio Costa, por terem aceito debater e contribuir com este trabalho na defesa da tese.

Aos amigos do PPGADM, pelo apoio, convivência e aprendizados ao longo do doutorado. Em especial, os amigos João Paulo, Vinicius, Fillipe, Auciélis e Luiza pelos jantares, cafés, prosas e debates que ajudaram a aliviar o peso do processo de doutoramento.

À equipe de pesquisa do Projeto Capacidades Estatais da Escola Nacional de Administração Pública, pela acolhida carinhosa em Brasília, em especial a Natália Koga, Rafael Vianna, Mariciline Baía, Gesiane Farias, Victor Bastos e Natasha Borali. Vocês contribuíram para meu crescimento intelectual e profissional.

A todos e todas entrevistados e entrevistadas que participaram deste estudo por disponibilizarem um pouco do seu tempo e conhecimento sobre o Programa Mais Médicos e a saúde pública. Um agradecimento especial aos profissionais da saúde que acreditam em uma saúde pública, digna e universal.

A todos aqueles que contribuíram para meu crescimento humano e intelectual, mas que não foram citados diretamente aqui, meu agradecimento por contribuírem para eu me tornar uma pessoa melhor.

Obrigado por tudo!

RESUMO

MACEDO, Alex dos Santos. D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2019. **Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no Programa Mais Médicos**. Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira.

Esta pesquisa procurou analisar as implicações dos inter-relacionamentos dos arranjos institucionais e das capacidades estatais na implementação e nos resultados do Programa Mais Médicos (PMM), iniciado em 2013, bem como avaliar a sua efetividade em promover mudanças nos resultados da Atenção Básica (AB) à saúde. Neste sentido, três estudos independentes, porém, complementares, foram desenvolvidos. No primeiro, estudou-se o processo de implementação do eixo emergencial do PMM, analisando as capacidades estatais (técnico-administrativas e político relacionais) mobilizadas ou não pelo arranjo institucional do programa. A partir de entrevistas semiestruturadas e de análise documental constatou-se que num primeiro momento, logo após a implantação do programa, o mesmo tinha centralidade política na agenda governamental e apoio popular e de gestores. Assim, o arranjo favoreceu a mobilização de capacidades estatais. Porém, mudanças de atores centrais no arranjo de implementação após a ruptura governamental no ano de 2016, em função do contexto sociopolítico, aliado a pressão de grupos de interesses, enfraqueceu as capacidades estatais de implementação do Mais Médicos. No segundo estudo, analisou-se o processo alocativo de médicos pelo PMM, se o mesmo foi orientado por critérios equitativos. A partir da construção do Índice de Vulnerabilidade e Condições de Saúde (IVCS), com variáveis socioeconômicas e de saúde dos municípios brasileiros em dois momentos do tempo, anterior a implementação do PMM, no ano de 2012 e, posteriormente, no ano de 2015, procedeu-se com a alocação de médicos considerando o indicador proposto. Os resultados mostraram que o PMM contribuiu para reduzir as desigualdades regionais de disponibilidade de médicos ao alocá-los em municípios com severa e alta vulnerabilidade no IVCS, de pequeno porte populacional e aqueles situados nas regiões Norte e Nordeste do país. Esse conjunto de municípios eram os mais necessitados e, portanto, foram priorizados. Entretanto, as evidências também apontaram falhas no processo alocativo e diminuição da oferta regular de médicos. Por fim, o último estudo analisou os efeitos do PMM a partir de estudos quase-experimentais em alguns indicadores de saúde de municípios em situação de alta e severa vulnerabilidade, considerando o IVCS do ano de 2012. Os achados permitiram apontar incrementos significativos em termos estatísticos de 0,49 p.p na taxa de médicos na AB, ampliação da cobertura populacional das equipes de saúde da família (eSF) de 25,61 pontos, além de expansão das visitas médicas em 33,49 pontos.

Todavia, esses avanços relacionados a ampliação do acesso e da cobertura, não se traduziram em aumento das pessoas cadastradas pelas eSF, resolutividade da AB e diminuição da mortalidade infantil. O que indica dificuldades em reduzir as desigualdades regionais em saúde. Os resultados de curto prazo não apontam melhorias nos indicadores de internações e de mortalidade infantil após a inserção do PMM, mas sim de fortalecimento da prestação de serviços de saúde na AB, ao melhorar o acesso, cobertura e distribuição de médicos no território nacional, ainda que avanços para o tornar mais equitativo sejam necessários. Diante dos resultados favoráveis, percebe-se a possibilidade, ou no mínimo, as condições para avanços do PMM no médio e longo prazo na saúde pública.

Palavras-chave: Arranjos Institucionais. Capacidades Estatais. Atenção Básica à Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

MACEDO, Alex dos Santos. D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July, 2019. **Institutional arrangements and state capacity in the Program More Doctors**. Adviser: Marco Aurélio Marques Ferreira.

This research sought to analyze the implications of the interrelationships between institutional arrangements and state capacity in the implementation and results of the Program More Doctors (PMM), initiated in 2013, as well as to evaluate their effectiveness in promoting changes in the results of Primary Health Care (PHC). In this sense, three independent but complementary studies were developed. In the first one, the process of implementing the PMM's emergency axis was studied, analyzing the state capacity (technical-administrative and political relational) mobilized or not by the institutional arrangement of the program. Based on semi-structured interviews and documental analysis, it was found that at the outset, soon after the implementation of the program, it had political centrality in the governmental agenda and popular support and managers. Thus, the arrangement favored the mobilization of state capacities. However, changes of central actors in the implementation arrangement after the government's disruption in 2016, due to the socio-political context, coupled with pressure from interest groups, weakened the state's capacity to implement More Doctors. In the second study, it was analyzed the allocative process of physicians by PMM, if it was guided by equitable criteria. Based on the construction of the Vulnerability and Health Conditions Index (IVCS), with socioeconomic and health variables of Brazilian municipalities at two points in time, prior to the implementation of the PMM in 2012 and later in 2015, we proceeded with the allocation of physicians considering the proposed indicator. The results showed that the PMM contributed to reduce regional inequalities in the availability of physicians by allocating them to municipalities with severe and high vulnerability in the small-scale IVCS and those located in the North and Northeast regions of the country. This set of municipalities were the neediest and, therefore, were prioritized. However, the evidence also pointed to failures in the allocative process and a decrease in the regular supply of physicians. Finally, the last study analyzed the effects of PMM from quasi-experimental studies on some health indicators of municipalities in situations of high and severe vulnerability, considering the IVCS of the year 2012. The findings allowed to point out significant increases in statistical terms of 0.49 pp in the rate of physicians in PHC, expansion of the population coverage of the family health teams (eSF) of 25.61 points, in addition to the expansion of medical visits in 33.49 points. However, these advances related to the expansion of access and coverage did not translate into an increase in the number of

people enrolled in the eSF, the resolution of PHC, and the reduction of infant mortality. This indicates difficulties in reducing regional inequalities in health. The short-term results do not point to improvements in hospitalization and infant mortality indicators after the insertion of the PMM, but rather to strengthen the provision of health services in PHC by improving the access, coverage and distribution of physicians in the national territory, what advances to make it more equitable are needed. Given the favorable results, it is possible to see, or at least, the conditions for the PMM's advances in the medium and long term in public health.

Keywords: Institutional Arrangements. State Capacities. Primary Health Care. Human Resources in Health. More Doctors Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO I - ARRANJO INSTITUCIONAL E A CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS BRASIL (PMMB)

Figura 1 - Modelo Analítico das Capacidades Estatais dos Arranjos de Implementação das políticas de RHS.....	40
Figura 2 - Arranjo Institucional de Implementação do PMMB.....	51
Quadro 1 - Critérios de Análise das Capacidades dos Arranjos Institucionais	433

ARTIGO II - O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Quadro 1 - Relação das variáveis utilizadas no Indicador de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS).....	77
Figura 1 - Distribuição dos municípios brasileiros de acordo com as faixas do (IVCS), para os anos de 2012 (esquerda) e 2015 (direita).....	83

ARTIGO III - EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) NOS RESULTADOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Quadro 1 - Descrição das Variáveis	148
--	-----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO II - O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tabela 1 - Resultado da Análise Fatorial utilizado na construção do IVCS, 2012 e 2015.....	82
Tabela 2 - Número de municípios brasileiros de acordo com a situação vulnerabilidade e condições em saúde por região e porte populacional em 2012 e 2015.....	84
Tabela 3 - Evolução dos municípios brasileiros contemplados com médicos do PMM de acordo com o grau de vulnerabilidade e condições em saúde, região e porte populacional de 2013 a 2017.	87
Tabela 4 - Saldo líquido de médicos na AB e participação relativa dos médicos do PMM de acordo com o grau de vulnerabilidade em saúde, região e porte populacional em 2012 e 2017, considerando o IVCS de 2012 dos municípios brasileiros.	89
Tabela 5 - Estatística Descritiva das Variáveis do IVCS para os Municípios Brasileiros em 2012 e 2015	99

ARTIGO III - EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) NOS RESULTADOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Tabela 1 - Estatísticas descritivas e teste de médias para os grupos de tratamento e controle, para os anos de 2012, 2015 e 2017.....	114
Tabela 2 - Efeitos do PMM nos indicadores de saúde, estimado pelo método de regressão linear múltipla por MQO.	119
Tabela 3 - Resultado do Propensity Score para as variáveis de interesse, controlado por fatores.	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CCE	Comissão Estadual de Coordenação do Programa Mais Médicos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASENS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DDES	Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IVCS	Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos Brasil
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL	15
1.1	Objetivos geral e específicos	22
1.2	Justificativa e Relevância da Proposta	22
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
	ARTIGO I - ARRANJO INSTITUCIONAL E A CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS BRASIL (PMMB)	31
1	INTRODUÇÃO	31
2	POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (RHS): O PAPEL DOS ARRANJOS INSTITUCIONAIS, DA CAPACIDADE ESTATAL E SEUS INTER-RELACIONAMENTOS	34
3	METODOLOGIA	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1	O Programa Mais Médicos (PMM): antecedentes e objetivos de atuação	44
4.2	O Arranjo Institucional de Implementação do PMMB: quais capacidades estatais são condicionantes e mobilizadas?	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
	ARTIGO II - PROGRAMA MAIS MÉDICOS E ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	67
1	INTRODUÇÃO	67
2	EQUIDADE DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA	70
3	METODOLOGIA	74
3.1	A Construção do Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS)	74
3.2	Variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas no Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS)	76
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
4.1	Construção do Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS)	81
4.2	A alocação de médicos pelo PMM nos municípios brasileiros	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

ARTIGO III - EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) NOS RESULTADOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	100
1 INTRODUÇÃO.....	100
2 O EFEITO DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (RHS) NOS RESULTADOS DE SAÚDE.....	104
3 METODOLOGIA.....	107
3.1 Dados e estratégia de investigação	107
3.2 Estratégia empírica: Diferença em Diferença com Propensity Score Matching.....	110
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	112
4.1 Descrição dos dados utilizados para o escore de propensão e diferença em diferença.....	113
4.2 Os efeitos estimados do PMM nos Indicadores de Saúde	117
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124
6 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	133
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	139
APÊNDICE B – ROTEIROS DE ENTREVISTAS	141

1 INTRODUÇÃO GERAL

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, o país experimentou avanços expressivos em relação aos sistemas de vigilância em saúde, de vigilância sanitária, de assistência farmacêutica, do controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Também houve ampliação do acesso a medicamentos de alto custo, aos transplantes, o controle do tabagismo, o atendimento móvel de urgência, a qualidade do sangue, entre outros. Nesse período, observou-se avanços na Atenção Primária à Saúde (APS), implementada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que alcançava 60% da população brasileira no ano de 2018. O avanço da APS oportunizou a operacionalização e efetivação da universalidade, da integralidade e da equidade, que são os princípios norteadores do SUS. Como resultado dos programas e ações da APS, observou-se avanços importantes referentes à redução de mortalidades (materna e infantil) e nas internações por condições sensíveis à APS, além de propiciar o acesso a grupos sociais excluídos dos serviços de saúde. Tais avanços contribuem para efetivar a saúde enquanto direito social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018; PAIM, 2018; SANTOS, 2018b).

Apesar de os avanços terem possibilitado uma ampliação na cobertura, no acesso aos serviços de saúde, bem como progressos nos indicadores de saúde em diversas áreas, uma série de obstáculos ainda se fazem presentes para o alcance de um sistema público de saúde universal. A literatura sobre o assunto aponta dificuldades no acesso de alguns grupos e camadas sociais, bem como a integralidade da atenção à saúde (PIOLA et al., 2009). Outros desafios, entretanto, ainda persistem e requerem atenção como, por exemplo, as áreas de gestão, a formação e distribuição adequada de recursos humanos em saúde (RHS), os modelos de gestão em saúde e a sustentabilidade e volume financeiro para atender às necessidades de saúde da população agravados pela austeridade fiscal, a consolidação da descentralização e da regionalização do SUS e a judicialização da saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018; PAIM, 2018; PIOLA et al., 2009; SANTOS, 2018b).

Fazem parte dos obstáculos para o alcance de uma saúde universal, a melhor regulação dos interesses privados na saúde, as iniquidades territoriais em saúde e as desigualdades econômicas e sociais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). Dentre os diversos desafios apontados, o ponto central desta tese buscou analisar uma política pública voltada a melhorar a alocação e a fixação de médicos em locais remotos e de maior vulnerabilidade social, contribuindo, assim, para um melhor entendimento da distribuição adequada de RHS.

Problemas relacionados a essa questão acarretam em várias dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como dificultam fortalecer e consolidar a APS.

Partindo desse ponto, a tese vai além ao analisar o arranjo de implementação da política em estudo, evidenciando os atores, processos e instrumentos utilizados na condução da política e, ao mesmo tempo, problematizando as capacidades estatais mobilizadas ou não por esse arranjo, bem como as capacidades instaladas que permitiram a formação do arranjo no complexo ambiente político institucional brasileiro.

Entender a alocação e fixação de médicos no território nacional, trata-se de um assunto que merece cada vez mais atenção da gestão pública, em especial, da municipal. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde mais recente, registrados em 2013, mostram 38,8% – daqueles que procuraram atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa e que não conseguiram atendimento na primeira vez que buscaram o serviço –, alegaram a ausência de médico para o atendimento (IBGE, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) não reconhece e tampouco recomenda uma métrica de médicos por mil habitantes, tendo em vista que o valor depende de fatores contextuais, como as questões “regionais, socioeconômicas, culturais e epidemiológicos” (MOTA; RIBEIRO, 2016, p. 256). Todavia, a entidade reconhece a importância do equilíbrio na força de trabalho em saúde (FTS) para garantir a cobertura universal em saúde. Procurando prever a necessidade de profissionais de saúde para garantir em 2030 o Objetivo 3, dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que é assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, a organização, juntamente com o Banco Mundial, estimaram a necessidade de mais de 18 milhões de profissionais de saúde (WHO, 2016a).

Países que apresentam uma maior carga de doenças evitáveis, como os situados na África e no Sudeste Asiático, possuem uma menor densidade de profissionais da saúde, que chega a ser 15 vezes menor quando comparada com as regiões mais ricas da Europa e das Américas, que tendem a ser mais urbanizadas (PORTELA et al., 2017; WHO, 2016b). Por exemplo, os Estados Unidos da América, com 4% da população mundial, concentra 8% dos médicos e 17% dos enfermeiros (CRISP; CHEN, 2014). Já os países africanos, contam com 3% dos profissionais de saúde e menos de 1% dos recursos financeiros do mundo (WHO, 2015).

Diante disso, evidencia-se uma crise global na Força de Trabalho em Saúde (FTS) (CRISP; CHEN, 2014; DAL POZ et al., 2013; PORTELA et al., 2017). Alterações nos perfis epidemiológicos e das estruturas populacionais têm contribuído para aumentar o peso das doenças não transmissíveis e das condições crônicas em sistemas de saúde mundial, acompanhado das mudanças comportamentais e das expectativas dos usuários quanto aos

cuidados médicos, tendem a pressionar a expansão da FTS (PORTELA et al., 2017; WHO, 2016a). Somam-se a essa questão, as guerras civis, as catástrofes naturais, as crises econômicas e os seus problemas sociais que, por vezes, contribuem para a migração de profissionais de saúde e alimentam a crise da FTS (PORTELA et al., 2017).

No Brasil, a situação não é diferente. Enfrentam-se problemas de iniquidades distributivas de médicos entre e dentro dos territórios. Os problemas relacionados à formação em saúde, à alocação e à gestão dos trabalhadores no SUS tendem a comprometer a sua sustentabilidade e o alcance dos seus objetivos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). Dados do Ministério da Saúde (MS) indicavam que o país apresentava no ano de 2013, 1,8 médicos para cada mil habitantes e que 22 estados da federação estavam abaixo da média nacional, sendo que cinco, todos nas regiões Norte e Nordeste, tinham o indicador de menos de um médico a cada mil habitantes (BRASIL, 2015).

Em estudo mais recente sobre a demografia médica no país, para o ano de 2018, Scheffer et al., (2018) apontaram que nas 27 capitais das unidades federativas do país, 23,8% da população brasileira tinham à sua disposição mais da metade (55,1%) dos médicos do país. O que equivale a uma razão de médicos por mil habitantes na ordem de 5,07. O interior contava com 1,28 médicos para atender 76,2% da população do país. Uma diferença de cerca de quatro vezes entre as capitais e o interior na proporção de médicos.

Para enfrentar a problemática da má distribuição geográfica e social dos profissionais da saúde, em especial dos médicos, as estratégias dos países têm perpassado por políticas de regulação, como a prestação de serviço obrigatório; incentivos monetários, como bolsas de estudos; e incentivos não monetários que envolvem, por exemplo, a ampliação do visto de permanência quando os recrutados são estrangeiros (CRISP; CHEN, 2014; OLIVEIRA et al., 2015). No entanto, a capacidade destas intervenções produzirem de fato, efeitos na saúde da população, é duvidosa (GROBLER; MARAIS; MABUNDA, 2015).

No âmbito das políticas públicas brasileiras, diferentes estratégias para tentar sanar ou pelo menos amenizar parte dos problemas relacionados à provisão e à fixação de médicos, foram adotadas pelo Governo Federal do Brasil no sentido de fortalecer a Atenção Básica (AB). Tais estratégias remontam ao contexto da década de 1970. Dentre elas, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), em 1993; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), em 2001 e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), em 2011. Todavia, essas políticas não avançaram no sentido de contribuir

para maior equidade na distribuição de profissionais da saúde entre as diversas regiões do país (CARVALHO; SOUSA, 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

Analisando as três primeiras políticas, Maciel Filho e Branco (2008) indicaram o seu caráter pontual e, ao mesmo tempo, revelaram que essas ações não foram eficazes para combater o problema da má distribuição e fixação de médicos, assim como o Provac (BRASIL, 2015). Apesar de as ações buscarem combater um problema latente e obterem sucesso ao levar profissionais às localidades desassistidas, no longo prazo as políticas desta natureza, de uma forma geral, não se sustentam por não enfrentarem uma série de outros problemas, iniciando pelo foco exclusivo numa categoria profissional (médicos), além do “conflito com as entidades profissionais, o desconhecimento da desarticulação dos diferentes níveis de assistência e a gravíssima situação de subfinanciamento do SUS em todos os seus níveis” (DAL POZ et al., 2013, p. 1925).

Esse contexto de insuficiência de políticas anteriores em melhorar a distribuição de médicos no território nacional, levou à proposição do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, pelo Governo Federal, com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). O PMM foi instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, convertida em Lei no dia 22 de outubro do mesmo ano, a Lei nº 12.871/2013. O PMM atua em três eixos de forma integrada, quais sejam: (i) melhoria da infraestrutura da rede de saúde com investimentos prioritários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); (ii) ampliação e reforma nas questões curriculares dos cursos de medicina e residência médica; e (iii) o provimento emergencial de médicos em áreas prioritárias, foco de investigação deste estudo.

O PMM foi instituído num contexto de embates e debates envolvendo diversos atores sociais no processo de planejamento e implantação (dentre eles o Governo Federal, Legisladores, Frente Nacional de Prefeitos-FNP, Classe Médica, movimentos sociais, mídia, usuários, entre outros). As discussões protagonizadas entre o Governo Federal e a Classe Médica questionavam a atuação dos médicos estrangeiros sem revalidação do diploma, a abertura de novas escolas médicas, a ausência de planos de carreira e o argumento de que o país possui médicos suficientes, mas, o problema estaria em sua má distribuição geográfica (ALESSIO, 2015; MACEDO et al., 2016; RIBEIRO, 2015).

A literatura sobre o PMM aponta ressalvas quanto à sua implementação e estão relacionadas ao caráter pontual, imediatista, à sua sustentabilidade, bem como à centralidade de suas atenções nos médicos em detrimento de outros profissionais de saúde (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; SCHEFFER, 2016). Não há novidade em críticas neste sentido,

visto que políticas desta natureza são apresentadas como solução parcial para melhoria da saúde desde a década de 1970 (MEDICI, 1985).

A partir do exposto, observa-se que a temática de distribuição geográfica e social dos médicos é um tema complexo para a gestão pública, pois fatores como os níveis de desenvolvimento da região, as questões pessoais, as condições e a infraestrutura de trabalho, as oportunidades de atualização profissional, entre outros, afetam a escolha dos profissionais de saúde em praticar suas atividades em áreas remotas, rurais ou vulneráveis (LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008).

Portanto, a atuação estatal demanda ação articulada com diversos atores governamentais e não governamentais em níveis distintos da federação para dar conta de levar médicos e saúde à essas localidades. A responsabilidade pela contratação e permanência dos médicos nos territórios é do ente municipal, porém, a solução não fica restrita a este nível, tendo em vista a organização tripartite do SUS envolvendo, além dos municípios, os Governos Estadual e Federal.

Dessa forma, ao propor o PMM o governo federal procurou atender, além das pressões sociais de junho de 2013 por mais saúde, a demanda de prefeitos organizados na Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), que relatavam a dificuldade em contratar e reter os médicos nos territórios. Muitos municípios enfrentam capacidades econômicas, sociais e institucionais díspares, somada a sua baixa capacidade arrecadatória frente aos demais entes no arranjo federativo, o que torna ainda mais complexo assumir novas responsabilidades, bem como propor novas iniciativas – como políticas de recursos humanos em saúde voltadas a retenção de médicos –, principalmente, com a descentralização de políticas públicas após a Constituição Federal de 1988 (LOTTA; VAZ, 2015).

Segundo a Constituição Federal de 1988, compete aos municípios prestar os serviços de saúde à população, contando com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados; por outro lado, é atribuição do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988), foco de estudo deste trabalho com o PMM. No caso das políticas de saúde, o Governo Federal, “emprega sua autoridade normativa e seu poder de gasto para induzir os governos locais a adotar programas” voltados por exemplo, à atenção básica, à contratação de médicos, ao fornecimento de medicamentos, à cobertura vacinal, entre outros (ARRETCHE; VASQUEZ; GOMES, 2012, p. 163).

Nesse sentido, a proposição e a implementação de políticas públicas em nível federal passaram a demandar do Governo Federal novas formas de articular um conjunto de atores, governamentais e não governamentais, além de interesses em volta dos problemas públicos.

Adicionalmente, demanda do governo central a formação de novas capacidades estatais, em especial, político-relacional no sentido angariar legitimidade a suas propostas, bem como capacidades técnico-administrativas para implementar suas iniciativas de forma coordenada, visando à eficiência e à eficácia de suas ações (PIRES; GOMIDE, 2018).

Está presente na literatura de capacidades estatais o argumento que, após os anos 2000, houve mudanças nas formas de atuação e organização do Estado na medida em que demandou transformações não só internas, mas na forma de interagir e se relacionar com a sociedade e o mercado (PIRES; GOMIDE, 2018). Isto é, demandou-se do Estado promover e construir redes de interação entre organizações públicas, privadas e organizações não governamentais. Dessa forma, a construção de capacidades estatais diz respeito à capacidade das organizações de assumir responsabilidades, atuar com mais eficiência e transparência (HUERTA, 2008).

Ante ao exposto, para que as políticas possam ser operacionalizadas, passaram-se a requerer a formação de novos arranjos institucionais e capacidades estatais. No caso do PMM, isso fica ainda mais evidente na medida em que ele envolve em sua implementação diversos atores em nível governamental, estadual e municipal, bem como atores não governamentais que devem trabalhar de forma intersetorial e colaborativa.

Analisar o arranjo institucional constituído para implementar o PMM permite perceber como atores, instituições e processos são mobilizados no sentido de alcançar os objetivos pretendidos. Dito de outra forma, permite observar as capacidades estatais mobilizadas ou não pelo arranjo institucional para implementar a política pública (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2018). Permite, ainda, entender as capacidades instaladas, aquelas já existentes que propiciaram a constituição do arranjo institucional do PMM, em uma via de mão dupla, abordagem diferente da praticada até então. Nesse sentido, esse é um dos pontos que a tese contribuiu, ao revelar a importância das capacidades estatais construídas com a implementação de políticas anteriores, por parte do Governo Federal, voltadas à provisão e à fixação de médicos no território nacional.

As capacidades estatais dizem respeito às habilidades e competências do Estado em definir seus objetivos e realizá-los. Para tanto, é necessário mobilizar capacidades técnico-administrativas como pessoal, orçamento, tecnologia, instrumentos de articulação e coordenação intra e intergovernamental, bem como estratégias de monitoramento e avaliação das ações para que os resultados sejam efetivos. Além disso, demanda-se capacidades político relacionais no sentido de garantir legitimidade das intervenções. Para tanto, é necessário dialogar e buscar consensos com atores do sistema político-representativo, com a sociedade

civil e de articulação com órgãos de controle, tanto os internos ao Poder Executivo, quanto externos (PIRES; GOMIDE, 2016).

É importante situar que a capacidade estatal é dinâmica, mutável e historicamente construída. Ela não é estática e homogênea entre as áreas de políticas públicas. As capacidades estatais sofrem influência da natureza do problema público que as cercam, dos atores governamentais e sociais circunscritos à temática, dos recursos disponíveis, entre outros fatores (HUERTA, 2008). A análise do PMM proposta nesta tese em dois governos diferentes, no período de 2013 a 2018, com matizes ideológicas distintas, evidenciou a natureza mutável das capacidades estatais.

Alguns estudos de capacidades estatais sob governos com orientações políticas próximas, revelaram que o sucesso de políticas públicas implementadas em áreas distintas do governo federal brasileiro estão relacionadas às capacidades técnico-administrativa e política que os arranjos institucionais propiciaram (GOMIDE; PIRES, 2014a; PIRES; GOMIDE, 2016). Uma orientação mais unidirecional, revelando a influência dos arranjos na composição das capacidades estatais. A abordagem praticada neste estudo, considerou tanto a influência dos arranjos nas capacidades, quanto o contrário.

Os achados a partir do estudo de oito políticas públicas, apontam que aquelas políticas que possuíam arranjos com organizações competentes e recursos disponíveis, além de mecanismos que facilitaram a coordenação intragovernamental, obtiveram maior sucesso. Ademais, quando nos arranjos havia bom relacionamento das burocracias do Executivo com os atores pertencentes ao sistema político-representativo, instâncias de participação social, além de controle burocrático, houve uma maior inovação ao longo da implementação das políticas, possibilitando, desta forma, revisões, mudanças e até mesmo inserção de novidades que não estavam previstas inicialmente na formulação das políticas (GOMIDE; PIRES, 2014a; PIRES; GOMIDE, 2016).

Portanto, fica claro que além da capacidade técnico-administrativa da burocracia, demanda-se capacidade política para promoção das políticas públicas. Nesse sentido, compreender os arranjos institucionais e as capacidades estatais no contexto federativo torna-se fundamental para o entendimento dos resultados das políticas públicas, para que elas sejam mais efetivas, equitativas, democráticas, integradas e promovam resultados satisfatórios em distintas localidades (GOMIDE; PIRES, 2014a; LOTTA; FAVARETO, 2016; LOTTA; VAZ, 2015; PIRES; GOMIDE, 2016).

Diante desta problematização, a proposta central desta tese tem como foco responder a duas questões: (1) quais as implicações dos inter-relacionamentos dos arranjos institucionais e

das capacidades estatais na implementação e nos resultados do PMM? e (2) qual a efetividade do PMM em promover mudanças nos resultados da Atenção Básica (AB) à saúde? O recorte temporal adotado considera desde o processo de implementação do programa, em 2013, até o ano de 2018.

1.1 Objetivos geral e específicos

O objetivo geral desta tese buscou analisar as implicações dos arranjos institucionais e de suas inter-relações com as capacidades estatais na implementação e nos resultados do PMM, bem como avaliar a efetividade do PMM em promover mudanças nos resultados da Atenção Básica (AB) à saúde.

De forma específica, visa:

- identificar e analisar a capacidade estatal do arranjo institucional utilizado pelo governo federal para implementar o PMM;
- avaliar se a distribuição dos médicos pelo PMM na AB ocorreu de forma orientada pelas necessidades de saúde da população dos municípios brasileiros;
- analisar os efeitos do PMM nos resultados da AB no contexto dos municípios brasileiros.

1.2 Justificativa e Relevância da Proposta

Em âmbito acadêmico, diversos estudos têm sido realizados analisando a distribuição de médicos ou de especialistas no Brasil, seja numa perspectiva quantitativa ou usando estatística descritiva, identificando as variáveis que influenciam na alocação desses profissionais (ALBUQUERQUE, 2014; BITTAR, 1999; PÓVOA; ANDRADE, 2006) ou numa discussão teórica do assunto (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; CARVALHO; SOUSA, 2013; OLIVEIRA et al., 2015), aspecto salutar no processo das políticas públicas para aperfeiçoamento das atividades. Por outro lado, há a necessidade de compreender a efetividade das políticas, como o PMM na distribuição geográfica e social de médicos a fim de reduzir as desigualdades regionais na área de saúde e ao mesmo tempo, fortalecer a Atenção Básica em saúde no Brasil.

Nesta tese, propôs-se um índice de vulnerabilidades e condições em saúde, elaborado a partir de variáveis socioeconômicas e epidemiológicas, que pode auxiliar a melhorar a alocação de médicos no território nacional e, dessa forma, tornar o processo alocativo mais efetivo, tendo

em vista que alguns estudos identificaram falhas na distribuição de médicos pelo PMM (GIRARDI et al., 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016). A auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) também apontou inconsistência gerencial do PMM em seu processo alocativo (TCU, 2014).

A literatura também indicou que os estudos sobre políticas voltadas para distribuição, para a fixação e retenção de médicos, de uma forma geral, vêm focando sua atenção para os processos das políticas ou das ações/parcerias realizadas, tentando compreender os fatores que interferem na sua operacionalização (WILSON et al., 2009; DYWILI et al., 2012; FARMER et al., 2015; KROEZEN et al., 2015; ONNIS; PRYCE, 2015).

Revisões sistemáticas de literatura têm apontado interesses dos pesquisadores na compreensão dos processos de implementação do PMM (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; MEDINA et al., 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017; RIOS; TEIXEIRA, 2018). Porém, é incipiente a discussão sobre arranjos institucionais e capacidades estatais geradas a partir da implementação do PMM, bem como aquelas que favoreceram a sua implementação. A tese evidencia este processo e traz uma contribuição ao mostrar esse caráter dual das capacidades influenciando os arranjos e destes contribuindo para formar novas capacidades estatais; entretanto, lembrando que elas não são estanques e demandam constante ativação do arranjo institucional.

Esta discussão se insere no contexto das transformações que vem ocorrendo no país desde a década de 1990, principalmente, após a redemocratização, momento em que diversas mudanças institucionais exigiram do Estado formas organizacionais diferentes e construção/ativação de capacidades para entregar e atender os anseios sociais por meio das políticas públicas. Dentre elas têm-se a (re)centralização com impactos no arranjo federativo e a inserção de novos atores organizacionais, além dos atores governamentais na formulação, na implementação e na avaliação de políticas públicas e ampliação da capacidade da burocracia estatal (ABRUCIO, 2005; ARRETICHE; VASQUEZ; GOMES, 2012; GOMIDE; PIRES, 2014b; LOTTA; FAVARETO, 2016; LOTTA; GONÇALVES; BITELMAN, 2014).

Adicionalmente, os estudos acadêmicos têm indicado pouca atenção despendida à efetividade das políticas de RHS em promover melhorias nos indicadores de saúde (WILSON et al., 2009). Os estudos que buscam tratar dos efeitos dessas políticas apresentam falhas por não utilizar métodos quase-experimentais, que dificultam atestar a real mudança após a implementação destas intervenções no recrutamento e retenção dos profissionais de saúde em áreas menos favorecidas, bem como nos indicadores de saúde (GROBLER; MARAIS; MABUNDA, 2015).

Portanto, esse é um dos pontos que a tese contribuiu de forma incremental à literatura sobre as políticas desta natureza ao mobilizar referencial metodológico da avaliação de impacto a partir de métodos quase-experimentais, tendo em vista a necessidade de estudos de impacto sobre o PMM nos indicadores de saúde considerando esse ferramental analítico (BARBOSA et al., 2018). A tese se soma a outros estudos já desenvolvidos sobre o tema em questão, mas, se diferencia ao realizar a avaliação dos efeitos do PMM em amostra de municípios considerados vulneráveis no indicador construído para facilitar o processo alocativo de médicos, bem como estender o recorte analítico até o ano de 2017, período mais recente de informações disponíveis.

Alguns estudos até então realizados mostraram-se inconclusivos sobre os efeitos do PMM nos indicadores de saúde. Alguns trazem avanços do PMM na redução das internações por condições sensíveis a atenção primária à saúde (FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018). Outros estudos apresentam resultados divergentes quanto aos efeitos do PMM. Mazetto (2018) evidenciou melhorias no atendimento à população após a inserção do PMM com a realização de mais consultas, exames, encaminhamentos e visitas médicas. Santos (2018) não observou melhorias nas taxas de consultas e nos indicadores de mortalidade, tanto a neonatal quanto a neonatal tardia. Em relação à mortalidade infantil, o estudo de Carrillo e Feres (2017) não apontou melhorias após a inserção do PMM.

Para entender melhor a efetividade do PMM em promover melhorias na saúde pública, a tese lançou olhar diferente dos estudos até então desenvolvidos, que focaram suas atenções na análise do programa, observando os seus efeitos. A tese mostrou que a efetividade do PMM advém das capacidades estatais mobilizadas ou não pelo arranjo institucional de implementação do PMM.

Portanto, defende-se nesta tese que a efetividade do PMM é influenciada pela capacidade do seu arranjo institucional em implementá-lo. A efetividade no campo da avaliação em saúde tem sido vista como impacto, isto é, “o efeito de uma intervenção em situações reais, e não experimentais” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 65). Entendido da mesma forma que a autora, Costa e Castanhar (2003, p. 975) especificam que a efetividade indicaria os efeitos no ambiente decorrentes da intervenção, considerando os aspectos “técnicos, econômicos, socioculturais, institucionais e ambientais”.

Entende-se que a efetividade de uma política pública, como é o caso do PMM, diz respeito ao seu funcionamento ou não, ou seja, se o PMM cumpriu os seus objetivos, produzindo os efeitos desejados em situação real de implantação (FRIAS et al., 2010). A efetividade está associada à capacidade da política pública em entregar em condições reais os resultados idealizados (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Assim, a tese procurou analisar em que medida o PMM alcança os resultados pretendidos e é capaz de provocar mudanças/efeitos na saúde pública. A chave analítica para entender as mudanças provocadas está na capacidade estatal do arranjo institucional em implementar efetivamente o PMM, promovendo uma distribuição equitativa de médicos pautado nas necessidades de saúde da população, priorizando aqueles locais mais vulneráveis e com dificuldades para fixar e reter estes profissionais. Está na capacidade do arranjo institucional em garantir legitimidade ao PMM, ao construir consensos e apoio à intervenção. Não obstante, passa pela capacidade do arranjo em implementar o PMM de forma coordenada entre os diversos atores envolvidos. Por fim, está na capacidade estatal do arranjo em implementar de forma compassada os demais eixos (infraestrutura e educacional) estratégicos do PMM, que não foram objeto de avaliação da tese, mas que influenciam em seus resultados como um todo.

Dessa forma, os resultados deste estudo podem ajudar a compreender as capacidades estatais e seus possíveis arranjos necessários para implementar políticas que contribuam para o fortalecimento da atenção básica à saúde, tema ainda pouco estudado no âmbito da literatura de arranjo institucional. Por fim, esta tese destaca a sua contribuição acadêmica e social no âmbito da avaliação de políticas públicas de saúde e, especialmente, do Programa Mais Médicos para o campo de estudos da Administração Pública. Assim, os resultados deste estudo poderão contribuir para melhorar a alocação dos médicos no território nacional de forma equitativa e orientada para as necessidades de saúde da população; ademais, o entendimento da política poderá auxiliar na melhoria da efetividade dos serviços de saúde. Analisar o PMM sob a ótica dos arranjos institucionais pode ajudar a evidenciar a capacidade estatal, em termos técnico-administrativo e político-relacional, em coordenar um conjunto de atores e interesses na execução do PMM e, com isso, aperfeiçoar a política visando o fortalecimento do processo democrático.

Além desta seção introdutória, a tese está organizada em três artigos independentes que estudam cada um dos objetivos específicos que, por sua vez, se complementam para responder ao propósito central do estudo. Juntos, os três artigos contribuem para uma melhor compreensão do processo de implementação e dos resultados do PMM. Os artigos foram organizados no intuito de refletir um desenvolvimento lógico do estudo.

No primeiro, discutiu-se as capacidades estatais mobilizadas ou não pelo arranjo institucional de implementação do PMM, bem como a influência das capacidades estatais no arranjo de implementação. Evidenciou-se que as capacidades necessitam de constante ativação do arranjo institucional que, entre outras questões, pode ser alterado em função dos contextos

políticos institucionais e das pressões exercidas pelos grupos de interesse, comprometendo, assim, a capacidade de entrega dos resultados da intervenção e, conseqüentemente, sua efetividade.

Na sequência, o segundo artigo discutiu o processo alocativo de médicos pelo PMM, tentando compreender se a alocação foi pautada em critérios equitativos, privilegiando as localidades mais vulneráveis em termos socioeconômico e de saúde. Apesar de oportunidades de aprimoramentos para torná-lo mais equitativo, constatou-se que o PMM possibilitou ampliar o número de médicos em territórios com dificuldades de provimento e fixação destes profissionais.

Finalmente, no último artigo, analisou-se os efeitos do PMM em promover melhorias nos indicadores de saúde a fim de fortalecer a prestação de serviços em atenção básica, bem como reduzir as desigualdades regionais em saúde. As análises empreendidas evidenciaram que o PMM contribuiu em parte para ampliar o fortalecimento da prestação de serviços de saúde na atenção básica, porém, não foi possível identificar melhorias nos resultados de saúde, como a redução da mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, L. F. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. Jun, p. 41–67, 2005.

ALBUQUERQUE, C. P. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 3, p. 166–171, 2014.

ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**. Mestrado (dissertação). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

ARRETCHE, M.; VASQUEZ, D.; GOMES, S. As relações verticais na federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia. In: **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012. p. 145–173.

BARBOSA, A. C. Q. et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 185, p. 1–8, 2018.

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 1, p. 55–66, 1999.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 5 maio. 2017.

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

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 44, p. 13–24, 2009.

CARRILLO, B.; FERES, J. **More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution**. PolicyHEDG, c/o Department of Economics, University of York, 2017. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1729.pdf>.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 913–926, 2013.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP - Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, p. 969–992, 2003.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 10, p. 950–957, 5 mar. 2014.

DAL POZ, M. R. et al. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1924–1926, out. 2013.

DYWILI, S. et al. Experience of overseas-trained health professionals in rural and remote areas of destination countries: A literature review. **Australian Journal of Rural Health**, v. 20, n. 4, p. 175–184, 2012.

FARMER, J. et al. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. **Hum Resour Health**, v. 13, p. 27, 2015.

FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; JACINTO, P. A. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health Economics**, v. 27, n. 8, p. 1284–1299, 2018.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. et al. (Eds.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43–55.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, set. 2016.

GOMIDE, A. Á.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. Burocracia e capacidade estatal na pesquisa brasileira. In: PIRES, R.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. (Eds.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea/Enap, 2018. p. 85–104.

GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. Capacidades Estatais e Democracia: a abordagem dos

arranjos institucionais para análise de políticas públicas. In: GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. (Eds.). **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014a. p. 15-31.

GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014b.

GROBLER, L.; MARAIS, B. J.; MABUNDA, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2015**, Issue 6. Art. No.: CD005314.

HUERTA, A. R. Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. **Política y cultura**, v. 30, p. 119-134, 2008.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2015.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2785-96, set. 2016.

KROEZEN, M. et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. **Health Policy**, v. 119, n. 12, p. 1517-1528, 2015.

LEHMANN, U.; DIELEMAN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC health services research**, v. 8, n. 19, p. 1-10, 23 jan. 2008.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. i, p. 49-65, 2016.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 19, n. 64, 2014.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015.

MACEDO, A. S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, n. spe, p. 593-618, jul. 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl.2, p. 144-161, 2017.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Texto para discussão, 787. **Anais...** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2001.

MAZETTO, D. **Assessing the impact the “Mais Médicos” program on basic health care indicators.** Mestrado (dissertação). - Escola de Economia de São Paulo. Fundação Getulio Vargas, 2018.

MEDICI, A. C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. **Revista de Administração Pública**, v. 19, n. 2, p. 31-77, 1985.

MEDINA, M. G. et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial 01, p. 346-360, 2018.

MOTA, N. P.; RIBEIRO, H. Mobilidade Internacional de Médicos. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 98, p. 255-273, 2016.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, set. 2016.

ONNIS, L. L.; PRYCE, J. Health professionals working in remote Australia: a review of the literature. **Asia Pacific Journal of Human Resources**, v. 54, n. 1, p. 32-56, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica.** Brasília: OPAS, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **30 anos de SUS – Que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PIOLA, S. F. et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: BARRETO, Â. R. et al. (Eds.). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise.** 1. ed. Brasília: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009. p. 97-174.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. Governança e capacidades estatais a partir da abordagem de arranjos e instrumentos de políticas públicas. **Boletim de análise político-institucional**, v. 18, p. 25-32, 2018.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. Á. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Rev. Sociol. Polit.**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.

PORTELA, G. Z. et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2237-2246, jul. 2017.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1555-1564, 2006.

RIBEIRO, R. C. O Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 2, p. 421-4, 2015.

RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018.

SANTOS, F. J. S. **O programa mais médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil**. Tese (Doutorado em Administração). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018a.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018b.

SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, set. 2016.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

TCU. **Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa** (TC no 005.391/2014-8). Brasília, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

WHO. **WHO | Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year)**. Disponível em: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/. Acesso em: 22 dez. 2016.

WHO. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2016a.

WHO. **World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2016b.

WILSON, N. W. et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. **Rural and remote health**, v. 9, n. 2, p. 1060, 2009.

ARTIGO I - ARRANJO INSTITUCIONAL E A CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS BRASIL (PMMB)

Resumo: o arranjo institucional de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB) envolve diversos atores governamentais e não governamentais em níveis distintos da federação. Trata-se de um complexo arranjo conduzido de forma intersetorial e colaborativa, o que demanda mobilizações de capacidades de coordenação e articulação dos responsáveis por sua condução. Em função disso, analisou-se as implicações dos arranjos institucionais e de suas inter-relações com as capacidades estatais, que podem afetar o desempenho e a entrega dos objetivos pretendidos pela intervenção. Para tanto, realizou-se 16 entrevistas com atores-chaves, ligados direta ou indiretamente à implementação do projeto em nível federal e estadual, no período de julho de 2018 a janeiro de 2019, bem como análise documental. Os resultados apontam que, inicialmente, o arranjo facilitou a construção de capacidades técnico-administrativa e político-relacional que permitiram superar os desafios em termos de coordenação dos diversos atores e das burocracias em nível interfederativo, a fim de levar médicos aos locais desassistidos ou com dificuldades de fixá-los. Entre outras questões, contribuíram nesse processo a aceitação social da intervenção, a geração de resultados de curto prazo e a centralidade da política na agenda governamental. Entretanto, alterações no contexto sociopolítico que culminou em mudança governamental e de atores centrais a frente do arranjo de implementação, aliado a resistência de grupos de interesse, enfraqueceram as capacidades de entrega dos resultados da intervenção. Portanto, fica evidente que as capacidades de implementação de uma política pública não são fixas e demandam constante ativação de seu arranjo institucional.

Palavras-chave: Arranjo Institucional; Capacidade Estatal; Implementação; Projeto Mais Médicos Brasil; Política de Recursos Humanos em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O acesso equitativo aos serviços de saúde depende, entre outros fatores, da disposição dos profissionais dessa área em atuar nas áreas consideradas carentes, como as áreas rurais, remotas e vulneráveis em termos econômicos e sociais. Esse é um problema reconhecido em diversos países, que optaram em desenvolver estratégias visando atrair e reter esses profissionais atuando nessas localidades (HUICHO et al., 2010; PAS et al., 2017). As ações implementadas envolvem alterações nos critérios de seleção dos estudantes, revisão curricular da formação dos cursos de graduação e especialização, incentivos financeiros, medidas regulatórias e suporte pessoal e profissional no intuito de influenciar a escolha e permanência dos profissionais de saúde para a prática em tais regiões (GROBLER; MARAIS; MABUNDA, 2015).

Diversos fatores, como aqueles relacionados às questões pessoais, aos salários recebidos, às condições de trabalho deficitária, à ausência de supervisão, à falta de instrumentos

e insumos de trabalho, à infraestrutura das unidades de saúde, às oportunidades de atualização profissional, ao nível de desenvolvimento da região, entre outros, afetam a escolha dos profissionais de saúde por aderir ou permanecer praticando em tais localidades (LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008).

No contexto brasileiro, que enfrenta problemas similares, no ano 2013, em meio às mobilizações sociais e a pressão dos gestores municipais por políticas públicas que mitigassem o problema da má distribuição e fixação de médicos em localidades de maior escassez e vulnerabilidade social, o Governo Federal instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). Tal Programa, centra as suas ações em três grandes eixos de atuação, quais sejam: (a) provimento emergencial de médicos em regiões que enfrentavam dificuldades para prover e fixar esses profissionais, estruturado através do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB); (b) aprimoramento na formação médica sob novas diretrizes curriculares e expansão de vagas em cursos de medicina e residência médica; e (c) investimentos e qualificação da infraestrutura das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2013a, 2013b).

O foco de investigação deste artigo é no processo de implementação do eixo emergencial. O arranjo institucional de implementação do PMMB demanda o envolvimento de vários atores governamentais e não governamentais em âmbito interfederativo, que possuem funções e atribuições específicas. Para alcance dos seus objetivos, o PMMB é executado por meio de instrumentos de articulação interfederativa em cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e de mecanismos de integração ensino-serviço. Além das especializações, a educação permanente dos médicos que atuam exclusivamente no projeto, é conduzida por tutores acadêmicos e supervisores, que são médicos ligados às instituições de ensino ou ao SUS (PINTO et al., 2017). O PMMB também é executado em articulação com órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e com consórcios públicos.

Desta forma, percebe-se a complexidade de implementação do PMMB, pois trata-se de um amplo Programa, o qual envolve diversos atores em níveis distintos no arranjo federativo e que deve ser conduzido de forma intersetorial e colaborativa para alcance dos seus resultados. Isso demanda capacidades de coordenação e articulação dos responsáveis por sua condução, os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), no sentido de garantir e dar respostas à interlocução dos atores governamentais nos três níveis da federação – União, Estados e Municípios; articulação com os demais atores envolvidos; recrutamento de médicos nacionais e internacionais; levar médicos à distintos locais, em especial, os carentes e de difícil acesso no território nacional; contemplar as questões culturais e regionais; fiscalizar e garantir que ações

pactuadas, como as contrapartidas por parte dos entes locais – referentes à moradia, alimentação e não substituição de médicos de equipes pré-existentes –, sejam cumpridas; bem como dar conta dos aspectos burocráticos de sua gestão e das adversidades municipais no tocante às condições precárias de gestão (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016) e a supervisão acadêmica dos médicos integrantes do projeto.

Neste sentido, entender o arranjo institucional que define as normas, as atribuições e os espaços institucionais de coordenação entre atores no contexto de uma política pública, como no caso do PMMB, é de suma importância para o entendimento do seu funcionamento e dos seus resultados (LOTTA; VAZ, 2015). Analisar os arranjos institucionais em volta de uma política pública, como no caso do PMMB, “nos permite observar variáveis centrais para entender a definição dos atores envolvidos, como se efetiva a governança, os processos decisórios e os graus de autonomia” (LOTTA; FAVARETO, 2016, p. 54) permitindo, também, observar as capacidades estatais mobilizadas para implementar a política pública (GOMIDE; PIRES, 2014b).

A ausência ou a deficiência da capacidade estatal, em muitas situações é vista como um obstáculo à consecução das políticas públicas (BRASSIOLO; SANGUINETTI, 2016). As capacidades estatais envolvem um conjunto de habilidades e recursos, ou competências e capacidades para o planejamento e entrega dos serviços públicos (WU; RAMESH; HOWLETT, 2015). Portanto, as capacidades estatais podem ser vistas como pré-condições ou condicionantes críticos ao sucesso das políticas públicas, bem como para formação dos arranjos institucionais. Elas também podem ser observadas na capacidade da burocracia estatal em entregar as políticas públicas aos cidadãos (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017).

Ainda, para os autores, “a capacidade pode ser resultante de arranjos institucionais particulares ou de recursos disponíveis dentro do aparelho administrativo estatal” (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017, p. 9). Diferentemente dos autores que reconhecem a influência mútua dos arranjos nas capacidades e vice-versa, mas adotam em seus estudos uma visão unidirecional – dos arranjos influenciando nas capacidades –, a perspectiva analítica do artigo em questão considerou a importância das capacidades prévias influenciando na constituição dos arranjos e estes afetando as capacidades estatais, por entendê-las como algo dinâmico, mutável e historicamente construídas (HUERTA, 2008).

As capacidades estatais têm sido um desafio para o Brasil, no sentido de formular políticas de RHS e garantir apoio político com vistas a alcançar um crescimento equitativo de RHS em termos regionais, de categorias profissionais, de especialidades e nos sistemas de saúde público e privado (BUCHAN; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2011). No âmbito do PMM, é

importante ressaltar que ele foi implementado em um contexto de diversos debates e embates por distintos atores sociais que se sentiram, real ou imaginariamente, prejudicados com a solução proposta pelo Governo Federal desde o processo de planejamento da intervenção até sua implementação (ALESSIO et al., 2017; MACEDO et al., 2016).

Em função desse contexto no qual o PMM emergiu e foi implementado, são demandadas capacidades de articulação e coordenação para dirimir eventuais incongruências na implementação do PMM a fim de alcançar os resultados pretendidos. Portanto, estudar as capacidades estatais de implementação da intervenção contribuí no sentido de evidenciar como atores, instituições e processos são articulados para alcançar as ações pretendidas (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2018).

Adicionalmente, investigar o PMMB é contribuir para a literatura nacional de arranjos e capacidades estatais, tendo em vista que grande parte dela foi desenvolvida analisando políticas implementadas em governos de matrizes ideológicas similares e a partir de uma visão unidirecional dos arranjos influenciando as capacidades estatais. No caso em tela, houve uma ruptura governamental – com o impeachment da ex-Presidente Dilma Rousseff em agosto de 2016 – ao longo da política pública em análise, o que influenciou o arranjo e a capacidade de implementação do PMMB, como será discutido ao longo do estudo.

Diante do exposto, a proposta central do artigo foi analisar as implicações dos arranjos institucionais e de suas inter-relações com as capacidades estatais na implementação do eixo emergencial do PMM, no período de 2013 a 2018. Para tanto, análise documental e entrevistas com atores-chaves no processo de implementação fizeram parte da estratégia metodológica adotada no estudo.

2 POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (RHS): O PAPEL DOS ARRANJOS INSTITUCIONAIS, DA CAPACIDADE ESTATAL E SEUS INTER-RELACIONAMENTOS

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

intervenção estatal na proposição de políticas voltadas à melhoria da gestão dos RHS, para que os sistemas de saúde possam alcançar seus resultados.

A produção e o sucesso das políticas de RHS demanda dos países (a) capacidades institucionais e técnicas, como capacidades das burocracias de análise das demandas e necessidades em saúde, estabilidade das instituições, dados estatísticos sobre a situação de saúde da população e dos profissionais de saúde, entre outros; (b) viabilidade política, no sentido de centralidade na agenda governamental e na capacidade dos atores políticos em mobilizar e dialogar com as partes interessadas, como os ministérios da saúde, da educação e da fazenda, governos locais, sindicatos profissionais, entidades de classe e outros; (c) aceitação social, com convencimento de que a intervenção pode trazer melhorias à saúde da população; por fim, não menos importante, depende de (d) sustentabilidade financeira para, por exemplo, recrutar profissionais de outros países, atrair trabalhadores para áreas carentes, promover melhorias na infraestrutura dos serviços de saúde e oferecer melhores condições de trabalho aos profissionais (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Alguns estudos procuraram analisar a implementação das políticas de RHS e observar os fatores facilitadores e limitantes à sua consecução. Dal Poz et al., (2015) estudaram programas de RHS implementados em 15 países da América Latina e Caribe no período de 2007 a 2015. Dentre os obstáculos identificados estão a ausência ou fragilidade no planejamento das intervenções; a falta de clareza dos papéis das instituições que implementariam os programas, provocando sobreposição de ações entre os atores envolvidos; a falta de vontade política e apoio financeiro; as dificuldades de integração das políticas com os sistemas de saúde; a resistência dos profissionais de saúde às iniciativas; a baixa adesão social e as dificuldades em contratar e reter profissionais de saúde no setor público e em sua alocação em áreas remotas.

Embora os desafios tenham condicionado o sucesso de algumas das políticas a depender dos contextos de cada país, aqueles que as implementaram apontaram mudanças no modelo de prestação de serviços de saúde, na ampliação da cobertura da atenção básica, principalmente, em áreas mais vulneráveis e na redução das desigualdades de RHS (DAL POZ et al., 2015).

Os principais fatores que afetam a implementação de programas de RHS em contextos de países de baixa e média renda, como Brasil, Etiópia, Índia, Irã, Malawi, Venezuela e Zimbábue, perpassam pela formação dos profissionais de saúde; estrutura de apoio à gestão dos programas; os problemas relacionados a organização e prestação de serviços pelos sistemas de saúde, como a referência e contra referência; participação comunitária e o ambiente sociopolítico (GOPINATHAN; LEWIN; GLENTON, 2014).

Análise sobre os compromissos firmados por 49 dos 57 países membros da Organização Mundial da Saúde, no Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde em Recife/Pernambuco, no ano de 2013, mostraram como condicionantes do sucesso a liderança política; as estratégias governamentais coerentes; as capacidades institucionais no intuito de encontrar janelas de oportunidades para pautar as intervenções e encontrar espaço fiscal no orçamento dos países; a situação socioeconômica e os mecanismos de governança intersetorial para facilitar a articulação entre as partes interessadas (PAS et al., 2017).

Diante do exposto, percebe-se que no processo de análise das políticas de RHS é importante levar em consideração o contexto socioeconômico, político, institucional e o mercado de trabalho em saúde. Além do mais, não se deve desconsiderar a disponibilidade de recursos, as habilidades gerenciais das partes envolvidas, as influências exercidas pelos grupos de interesse e a vontade política, questões que podem figurar como aspectos facilitadores ou limitantes do sucesso destas intervenções (LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008).

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

Com a redemocratização do país na década de 1980, o debate sobre a descentralização de políticas públicas ganhou a arena política como uma forma de ampliar os aspectos democráticos e, com isso, aproximar o Estado dos cidadãos. Por outro lado, em função das capacidades financeiras, técnicas e institucionais diferentes entre os municípios, a disposição de assumir novas responsabilidades ficou comprometida (LOTTA; VAZ, 2015). Como consequência, algumas políticas públicas apresentam graus distintos de resultados entre os municípios e regiões, como a capacidade de atrair e reter os profissionais de saúde, bem como pode comprometer a capacidade de implementar políticas de RHS.

Isso se deve à baixa autonomia do ente municipal em propor e executar políticas nesse sentido, em virtude da dependência de recursos financeiros do governo federal. As capacidades gerenciais das pastas responsáveis e dos gestores de RH nas secretarias de saúde municipais figuraram como obstáculos, que são agravados pela precária estrutura e a não priorização governamental, o que implica em baixo orçamento e ausência de autonomia em relação aos processos de trabalho (SILVA, 2007).

Ademais, mesmo a Constituição tendo descentralizado uma série de competências para os entes subnacionais, principalmente, aquelas relacionadas à execução das políticas públicas, a própria Constituição “dotou a União de autoridade normativa e capacidade de gasto que lhe permite afetar decisivamente a agenda dos governos subnacionais, a despeito da descentralização política, fiscal e de competência” (ARRETCHE; VASQUEZ; GOMES, 2012, p. 146). Por exemplo, na área de estudo deste trabalho, a saúde, o governo federal é central na medida em que ele controla as fontes de recursos e possui o poder de normatizar seu desempenho, cabendo aos governos estaduais e municipais no pacto federativo, a implementação dessas políticas em cooperação técnica e financeira com os Estado e a União (ARRETCHE; VASQUEZ; GOMES, 2012). Nesse sentido, espera-se que a adesão dos entes municipais às políticas de saúde como o PMMB, torne-se menos incerta devido ao fato dos repasses de recursos serem previamente definidos de acordo com os critérios estabelecidos nos termos de adesão e compromisso entre os entes municipais e o governo federal, bem como serem regulares.

Dessa forma, percebe-se uma centralidade do governo federal, visto que demanda as capacidades de articulação e a coordenação dos demais atores para execução dos objetivos das intervenções, como o PMMB. Diante do exposto, observa-se uma centralização da autoridade decisória no governo federal, movimento discutido na literatura a partir da década de 1990 como recentralização ou coordenação (ARRETCHE; VASQUEZ; GOMES, 2012).

Nesse sentido, para que as políticas possam ser operacionalizadas, passou-se a requerer a formação de novos arranjos federativos. Paralelo a esse movimento da recentralização ou coordenação, em que o Governo Federal normatiza e controla o repasse dos recursos e os entes subnacionais implementam as políticas públicas, houve a inserção de novos atores organizacionais, além daqueles governamentais, na formulação, na implementação e na avaliação de políticas públicas (LOTTA; VAZ, 2015).

A inserção de novos atores ganhou força, principalmente, a partir da Constituição de 1988, que normatizou diversos instrumentos que propiciaram a inserção de atores sociais, políticos e econômicos no processo das políticas públicas, bem como ampliou os instrumentos de controle, participação e transparência das ações públicas, demandado, assim, maior capacidade estatal de coordenação de atores com interesses que nem sempre caminham no mesmo sentido, bem como a formação de novos arranjos institucionais que sustentam a implementação das políticas públicas (PIRES; GOMIDE, 2016).

As discussões sobre o conceito de capacidade estatal têm origem na formação do Estado e na compreensão do seu papel no processo de desenvolvimento, principalmente, pelos teóricos

da sociologia política e da economia política a partir da segunda metade do século XX (CINGOLANI, 2013; JESSOP, 2001). Ao menos dois níveis analíticos ou de gerações de estudos podem ser observados sobre a capacidade estatal. Em nível mais amplo, a capacidade estatal diz respeito à criação e à manutenção da ordem em um território, garantido sua soberania com um conjunto de medidas voltadas a protegê-la, bem como a capacidade de arrecadar tributos e administrar um sistema de justiça (MATTHEWS, 2012). A partir de então, um conjunto de estudos foram desenvolvidos discutindo a formação e autonomia do Estado. Estes foram os precursores para um entendimento mais geral da capacidade estatal (CINGOLANI, 2013).

Uma segunda abordagem de estudos procurou entender as capacidades do estado em efetivamente atingir os resultados pretendidos de suas escolhas políticas (MATTHEWS, 2012). Em vista disso, os estudos nesta seara têm se atentado para a ação do Estado no sentido de identificar as capacidades estatais no mapeamento dos problemas, na proposição de soluções, na implementação das ações e entrega do resultados (GOMIDE, 2018, 2016; GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017; PIRES; WU; RAMESH; HOWLETT, 2015; HUERTA, 2008; PAINTER; PIERRE, 2004).

Atualmente, as discussões de capacidade estatal têm se associado ao conceito de governança em virtude da ampliação das interações entre atores governamentais e não governamentais no processo das políticas públicas. Essa interação tem a possibilidade de gerar complementariedades e sinergias, mas, ao mesmo tempo, demanda a formação de arranjos institucionais a fim operacionalizar esse modelo de governança (PIRES; GOMIDE, 2018). No contexto brasileiro, em função de amplo espectro de atores e interesses em volta de uma política pública, a noção dos arranjos institucionais torna-se fundamental para melhorar a implementação e os resultados das políticas públicas.

As primeiras discussões sobre os arranjos institucionais foram estabelecidas por Davis e North em 1971 quando discutiram o papel das instituições, que seria o conjunto de regras, formais e informais que condicionam as interações sociais. Outro conceito importante, o ambiente institucional trata do conjunto de regras políticas, sociais e legais que normatizam o funcionamento dos sistemas políticos, econômicos e social. Os arranjos institucionais, por sua vez, seriam os acordos entre as unidades dos sistemas econômicos a fim de garantir as regras pelas quais essas unidades poderiam cooperar ou competir (DAVIS; NORTH; SMORODIN, 1971; FIANI, 2013).

Nas políticas públicas, os arranjos ajudam no entendimento dos atores envolvidos, dos processos e dos instrumentos necessários para sua operacionalização (PIRES; GOMIDE, 2018).

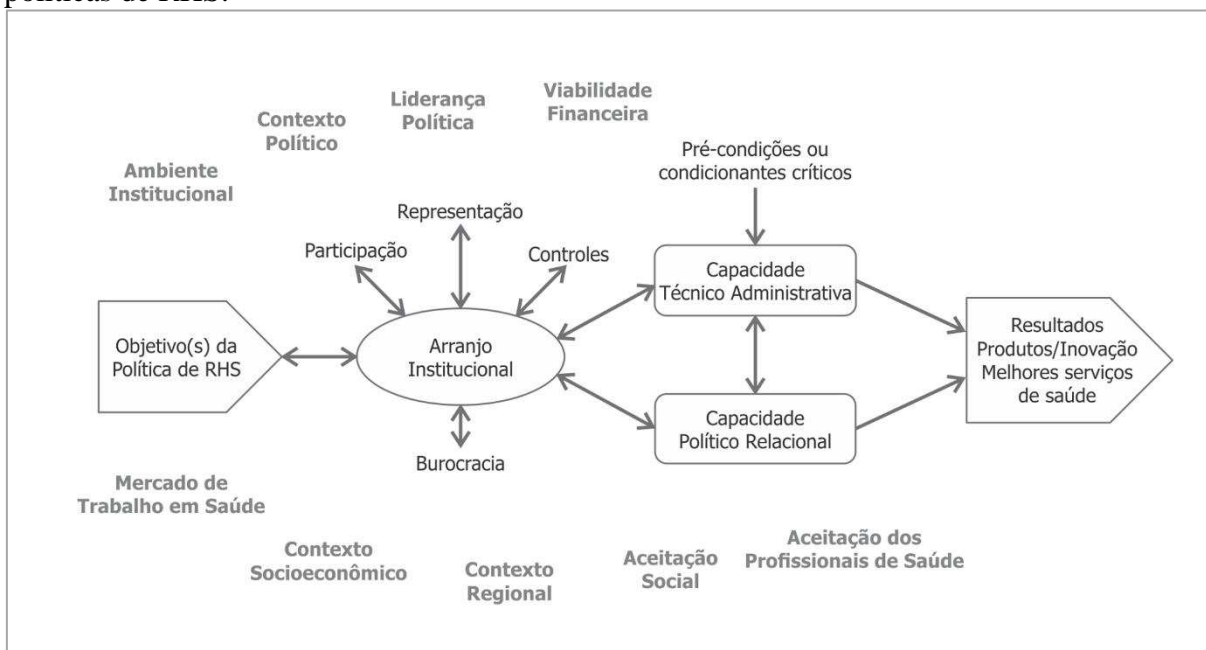
Os arranjos institucionais são compreendidos como “as regras e instâncias específicas estabelecidas para definir a forma de coordenação das políticas envolvendo um número significativo e heterogêneo de agentes públicos e privados, abrangendo diferentes etapas do ciclo das políticas públicas” (LOTTA; VAZ, 2015, p. 173).

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

Diante do exposto, os arranjos institucionais podem influenciar a capacidade do Estado em implementar os objetivos das políticas públicas. Por outro lado, as capacidades estatais que são mutáveis – variam com tempo, não são homogêneas entre as áreas de políticas públicas e sofrem influência dos arranjos políticos institucionais de cada setor –, podem contribuir para a formação dos arranjos institucionais (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2018; PIRES; GOMIDE, 2016). A análise empreendida aqui procurou observar os efeitos catalizadores dos arranjos institucionais na capacidade estatal e vice-versa para implementação do eixo emergencial do PMM, bem como a inter-relação entre as capacidades estatais.

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

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



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

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

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

Essa capacidade política para implementar e garantir os resultados de uma intervenção pública, como PMMB, passa a ser cada vez mais essencial, principalmente, para casos de políticas em que parte dos atores do sistema político e da sociedade civil não concordaram com

a solução proposta pelo Governo Federal para resolver o problema da distribuição e fixação de médicos no país (ALESSIO et al., 2017; MACEDO et al., 2016). Em função disso, o momento da implementação tende a permanecer como espaço de luta entre os atores que se sentiram prejudicados quanto à defesa dos seus interesses em momentos anteriores do ciclo político (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

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

3 METODOLOGIA

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

Em seguida, descrevem-se as fontes de informações mobilizadas e os procedimentos de análise para entendimento das etapas da pesquisa. Entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental fizeram parte das fontes de informações. Para a definição dos atores entrevistados, procedeu-se, inicialmente, com a análise dos normativos do PMMB, especificamente a Portaria

Interministerial número 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do PMMB e as competências dos responsáveis por sua operacionalização.

Dessa forma, realizou-se entrevistas com atores-chaves do Governo Federal ligados direta e indiretamente à implementação do PMMB, no período de julho de 2018 a janeiro de 2019. Para tanto, ex e atuais dirigentes e consultores do PMMB foram consultados de acordo com o critério de acessibilidade: no Ministério da Saúde (duas entrevistas, sendo uma por meio da lei de acesso à informação), no Ministério da Educação (três entrevistados), um representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), dois entrevistados de entidades de representação, sendo um das secretarias municipais de saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e das secretarias estaduais, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Dessa forma, foram oito entrevistados no Nível Federal. O tempo médio de realização das entrevistas presenciais foi de 50 minutos, com amplitude entre 40 a 120 minutos.

De forma a complementar a interpretação do arranjo institucional do PMMB e a sua relação intergovernamental, estudou-se o projeto no Estado de Minas Gerais, que foi escolhido em função de ser o terceiro estado, apenas atrás de São Paulo (14,95%) e Bahia (9,26%) em proporção de médicos do PMMB no ano de 2017, conforme dados obtidos pela Lei de Acesso à Informação. Naquele ano, o estado possuía 1.359 profissionais ou 8,01% dos 16.958 médicos em atividade no país. Esses profissionais estavam em 86% dos municípios mineiros. Minas Gerais foi, também, um dos primeiros estados a apoiar o PMM e a receber a figura do Apoio Institucional (AIMEC) do Ministério da Educação com vistas a fortalecer a atuação do PMMB no Estado (ALMEIDA et al., 2015). Além do mais, Minas Gerais foi escolhida em função de sua diversidade regional e socioeconômica.

Em Minas Gerais entrevistou-se, também, atores ligados à implementação do PMMB, sendo oito entrevistas coletadas entre os meses de outubro a dezembro de 2018, com tempo médio de duração de 40 minutos. Foram ouvidos um representante da Secretaria de Saúde do Governo de Minas, dois atores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais (COSEMS MG), três representantes (sendo duas entrevistas on-line) do MS que fornecem suporte institucional aos municípios e ao governo estadual. De forma semelhante, porém no MEC, ouviu-se mais um representante, de forma on-line. Esses atores funcionam como apoio descentralizado, no sentido de representar os ministérios nos contextos loco regionais. Por fim, entrevistou-se mais um ator ligado à instituição responsável pelo curso de especialização dos médicos.

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

Além das entrevistas, consultou-se documentos no período de junho de 2013 (anterior a implementação da política) a dezembro de 2017. Para tanto, foram consultadas as leis e as normas sobre o funcionamento do PMM, os relatórios de auditoria dos órgãos de controle sobre a implementação do PMMB e os dados oficiais, como a alocação de médicos pelo programa nos municípios, obtidos pela lei de acesso à informação, assim como 32 atas de reuniões da Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do PMMB em Minas Gerais, obtidas por esse mesmo mecanismo. Foram solicitadas por esse instrumento de transparência os registros das atas da Comissão Nacional, porém, foi informado não haver registros oficiais delas. A especificação e detalhamento do funcionamento de tais comissões ocorrerá na seção de resultados.

Quadro 1 - Critérios de Análise das Capacidades dos Arranjos Institucionais

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

Fonte: Adaptado de (PIRES; GOMIDE, 2016).

Os dados dos documentos consultados juntamente com as fontes primárias das entrevistas, permitiram compreender os resultados da política pública, a terceira etapa da pesquisa. Tanto os dados coletados dos documentos como das entrevistas foram tratados qualitativamente utilizando a técnica de análise de conteúdo. As categorias foram nomeadas de modo a traduzir, de maneira simplificada, as características comuns dos elementos que as constituem (BARDIN, 2016). Para a interpretação dos dados tomou-se como referência analítica as proposições de Pires e Gomide (2016) para análise das capacidades estatais dos arranjos institucionais conforme apresentado no Quadro 01.

Esse artigo faz parte de um projeto de pesquisa que possui outros objetivos e ele foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética conforme parecer nº 2.706.402. A fim de garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados, eles foram codificados, mas sem identificar a organização, apenas demonstrando se era do nível federal ou estadual: EF1, Entrevistado Nível Federal 1; EE1, Entrevistado Nível Estatal 1 e, assim, sucessivamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em dois momentos para facilitar a compreensão do fenômeno. Inicialmente, traz um breve resgate dos antecedentes e do escopo de atuação do PMM para, em seguida, entender o arranjo de implementação e as capacidades mobilizadas.

4.1 O Programa Mais Médicos (PMM): antecedentes e objetivos de atuação

Os problemas relacionados à distribuição desigual dos profissionais de saúde, em especial de médicos, no território nacional, são debatidos pela academia desde a década de 1960 e se intensificaram a partir de 1970 na esteira da consolidação do Movimento Sanitarista, ainda vigente, que milita pela cobertura universal em saúde (BUCHAN; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2011). A partir de então, iniciativas governamentais voltadas a mitigar os problemas da escassez e da má distribuição de médicos têm sido implementadas, porém, não foram suficientes para sanar o problema (OLIVEIRA et al., 2015b).

Antes do governo federal implementar o PMM em 2013, estava em curso o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, o Provac, instituído em 2011 pela Portaria Interministerial (Saúde e Educação) nº 2.087, de 01 de setembro. A proposta almejava valorizar o profissional que atuava na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família e incentivá-los a praticar em áreas de difícil provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.

O Provac previa, inicialmente, a atuação de médicos, de enfermeiros e de dentistas por pelo menos 12 meses nas unidades de saúde aptas a recebê-los. Eles eram supervisionados de forma presencial e à distância por tutores de instituições de ensino superior, hospitais escolas ou outros serviços de saúde que tivessem experiência em ensino. Além do mais, eles participavam de especialização em Saúde da Família, curso ofertado por universidades públicas integrantes da rede Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).

Nos primeiros anos (2011-2012) do Provac, a contratação dos profissionais era de responsabilidade dos entes municipais, após firmar Termo de Compromisso com o MS. Os municípios deveriam oferecer remuneração equivalente a praticada na região pela Estratégia de Saúde da Família, bem como moradia, se houvesse necessidade. A partir de 2013, com a inserção do PMM, a contratação ficou a cargo do Governo Federal por meio da bolsa formação (atualmente no valor de R\$ 11,8 mil). Os profissionais atuavam, assim como no PMM, por 40 horas, sendo 32 em atividades práticas nas UBS e as demais 8 horas eram destinadas a formação, pois atuavam na lógica ensino-serviço.

Para facilitar a coordenação, a orientação e a edição de atos normativos, constituiu-se uma Comissão Coordenadora com integrantes dos Ministérios da Saúde e da Educação. A presidência era de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). Em âmbito dos Estados também se constituíram Comissões, presididas pelas Secretarias de Saúde dos respectivos Estados.

Como fator de indução à adesão ao Provac, os profissionais médicos que aderissem e cumprissem os requisitos, recebiam uma bonificação (10% sobre a nota) nos processos seletivos dos cursos de Residência Médica. Esse era o maior fator de adesão ao programa, segundo levantamento realizado junto aos médicos, seguido da remuneração, do interesse pela atuação na Atenção Primária à Saúde e na busca por experiência clínica. A partir da experiência dos profissionais no programa, os fatores relacionados a planos de carreira, estabilidade no trabalho e estrutura física adequada para a prática nas unidades de saúde foram as questões mais relevantes apontadas por eles como determinantes para fixação dos mesmos em áreas remotas e desassistidas (GIRARDI, 2016), o que endossa a literatura de RHS sobre os fatores inibidores da fixação dos profissionais em áreas carentes ou remotas (LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008).

Um dos grandes desafios do Provac era o atendimento às necessidades de médicos pelos municípios. Balanço do programa realizado em 03 de junho de 2013, indicava que mais da metade, 55% (1.581 de 2.867) dos municípios que demandaram médicos não foram contemplados. A demanda nacional foi de 13 mil, porém, o Provac conseguiu recrutar 3.800

profissionais, o equivalente a 29% da necessidade dos entes municipais (AGÊNCIA SAÚDE, 2013).

Adicionalmente, o Provac enfrentou alguns desafios, no que se refere à pressão e à resistência das entidades médicas, com alta rotatividade dos profissionais devido ao vínculo precário de trabalho (bolsa), com problemas de comunicação entre as esferas de gestão e a pouca clareza de papéis em relação as responsabilidades e atribuições dos atores. Em termos de aprendizagem com a implementação do Provac, observou-se, como ponto forte, a oferta de curso de especialização a distância voltado a AB, ofertado pela UNA-SUS e a comunidade virtual. Ainda como aspectos facilitadores, identificou-se a vontade política com a centralidade do programa na agenda do MS e a atuação em rede, que contribuiu para fortalecer e legitimar sua atuação (OLIVEIRA et al., 2015a).

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

Diante deste contexto, o governo federal sob a gestão da então Presidente Dilma Rousseff, identificou uma janela de oportunidade e anunciou por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013, o Programa Mais Médicos como resposta aos problemas levantados. Porém, o anúncio da vinda de médicos estrangeiros para o país foi realizado dias antes, no dia 21 de junho de 2013, em pronunciamento em rede nacional como resposta às manifestações sociais em curso (MACEDO et al., 2016).

A partir de então, a vinda de médicos estrangeiros, em especial os cubanos, e a ausência de revalidação do diploma médico para atuação no país, foi um dos pontos mais polêmicos em torno de debate público, midiático, nas redes sociais, nos movimentos sociais e nos foros legislativos sobre o PMM (ALESSIO et al., 2017; MACEDO et al., 2016), que perduraram ao longo da implementação da política pública, mesmo que em menor intensidade. Essas questões demandaram que o arranjo institucional mobilizasse capacidades político-relacional no intuito de demonstrar a legitimidade do PMM.

Nos debates iniciais sobre o processo de transformação da MP até a sua transformação em Lei nº 12.871/2013, no dia 22 de outubro, a medida recebeu 575 propostas de emendas que procuravam aperfeiçoar ou desvirtuar o escopo do PMM (OLIVEIRA et al., 2017). Esse

processo evidenciou os interesses e disputas em torno da temática, que permaneceram ao longo dos anos, mas que não impediram a continuidade do PMM, tendo sua renovação em 2016 por mais três anos (AGÊNCIA SENADO, 2016). Esse e outros pontos, permaneceram como questões de disputas que, inclusive, ganharam o foro judiciário com Ação Direta de Inconstitucionalidade sobre a Lei que instituiu o PMM movida pela Associação Médica Brasileira (AMB). Ação considerada improcedente pelo Supremo Tribunal Federal no final do ano de 2017. Mais uma vez exigia que o arranjo institucional mobilizasse capacidades político-relacional com o Poder Judiciário a fim de defender a legitimidade da intervenção.

O eixo emergencial, foco de análise no estudo, foi implementando a partir do PMMB. Segundo a Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013, que trata da sua implementação, a finalidade é contribuir para o aprimoramento da formação médica no país; ampliar a inserção de médicos atuando nas unidades de saúde do SUS; fortalecer a política de educação permanente através da integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e saberes entre distintos profissionais, inclusive com médicos de outras nacionalidades; e aperfeiçoar os médicos nas políticas públicas de saúde e na organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 2013a). O Provac foi integrado em definitivo ao PMM no ano de 2015.

A meta estipulada em 2013 pelo Governo Federal, era atingir 2,6 médicos por mil habitantes em 2026, partindo de uma relação de 1,8, naquele ano. Em janeiro de 2018, a proporção passou para 2,18, impulsionado pelo PMM, com a abertura de novas escolas de medicina e autorização de novas vagas nos cursos já existentes (eixo educação). Porém, permaneciam as iniquidades alocativas no território nacional tanto de médicos quanto de escolas médicas (SCHEFFER et al., 2018). É importante ponderar que a abertura de novos cursos e vagas em escolas médicas está suspensa por cinco anos, conforme Portaria nº 328, de 5 de abril de 2018, sob o argumento da necessidade de reavaliar e adequar a formação médica no país. Essa pauta ainda é defendida por entidades médicas, que estabelecem oposição ao PMM (OLIVEIRA et al., 2017).

Dados do Plano Plurianual (PPA) de 2016-2019, indicam que a meta do PMM é alcançar 20.335 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS em 2019 (BRASIL, 2018a). O programa já teve seu auge no ano de 2015, todas as vagas, 18.240 preenchidas em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o que possibilitava uma cobertura de 73% das cidades brasileiras e de, aproximadamente, 63 milhões de pessoas (BRASIL, 2015). Em novembro, após as eleições presidenciais de 2018, houve o rompimento do acordo de cooperação entre o Governo Cubano intermediado pela OPAS com Governo do Brasil em virtude das declarações do candidato eleito sobre a revisão do acordo

firmado. Eram cerca de 7,5 mil médicos cubanos que estavam em atividade no país. Além desse número de profissionais, havia cerca de mil vagas que estavam sem preenchimento, totalizando, assim, 8,5 mil vagas. Após o encerramento da parceria, o governo brasileiro vem enfrentando dificuldades de preencher as vagas em aberto nos locais desassistidos.

Diante do exposto, observa-se que a experiência de implementação do Provab trouxe aprendizados e contribuiu para a proposição do PMM, o que indica que as capacidades estatais instaladas no MS e MEC ajudaram a desenhar melhor o arranjo institucional de implementação do Mais Médicos, tendo em vista os aprendizados com a implementação do Provab. Além do mais, evidenciou-se que desde a aprovação e a implementação do PMM, houve disputas políticas em torno da temática, o que exigiu do seu arranjo institucional grande capacidade de articulação político-relacional no sentido de demonstrar a legitimidade e sustentação política do PMM e a sua capacidade técnico-administrativa a fim levar a cabo a intervenção, com ações coordenadas e orientadas para geração de resultados efetivos.

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

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

No MEC, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU), em especial na Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) e de suas duas coordenações, a de Residência em Saúde e a Coordenação de Expansão e Gestão da Educação em Saúde, que é a responsável pela coordenação do PMMB, bem como as atividades relacionadas ao ciclo formativo do PMMB, como os módulos de acolhimento e avaliação e a supervisão acadêmica. (BRASIL, 2013b, 2013a).

Aos Governos Estaduais junto ao Distrito Federal, competem atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais em atividades relacionadas à fiscalização e acompanhamento do cumprimento das regras do

projeto, das condições de trabalho nas UBS e apuração das denúncias de atuação dos médicos e municípios. Os entes municipais mais o Distrito Federal são responsáveis pela inserção dos médicos nas equipes de atenção básica, por fornecer as condições adequadas de trabalho, moradia, alimentação e água potável, bem como acompanhar e fiscalizar, em conjunto com os supervisores, a execução das atividades de ensino-serviço (BRASIL, 2013a).

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

O PMMB utilizou-se da estrutura descentralizada de coordenação do SUS, sem a necessidade de criar outras estruturas para sua operacionalização no curto prazo. Desta forma, ele fez uso das instâncias criadas com o SUS para facilitar a negociação, a articulação e a decisão entre os gestores nos três níveis da federação e entre os gestores estaduais e municipais, que são, respectivamente, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Essas são espaços de pactuação da organização e funcionamento das ações e serviços de saúde entre os entes da federação. Na CIT, além de atores do MS, participam os representantes das secretarias municipais e estaduais de saúde, respectivamente, o CONASEMS e o CONASS. Já na CIB, participam os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde, o COSEMS, de cada Estado. Em termos de controle social, o PMMB valeu-se da própria estrutura definida no âmbito do SUS, por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos conselhos estaduais e municipais.

Para facilitar a coordenação, a orientação e a execução das atividades inerentes ao PMMB em âmbito intra e intergovernamental, foram constituídas Comissões de Coordenação

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

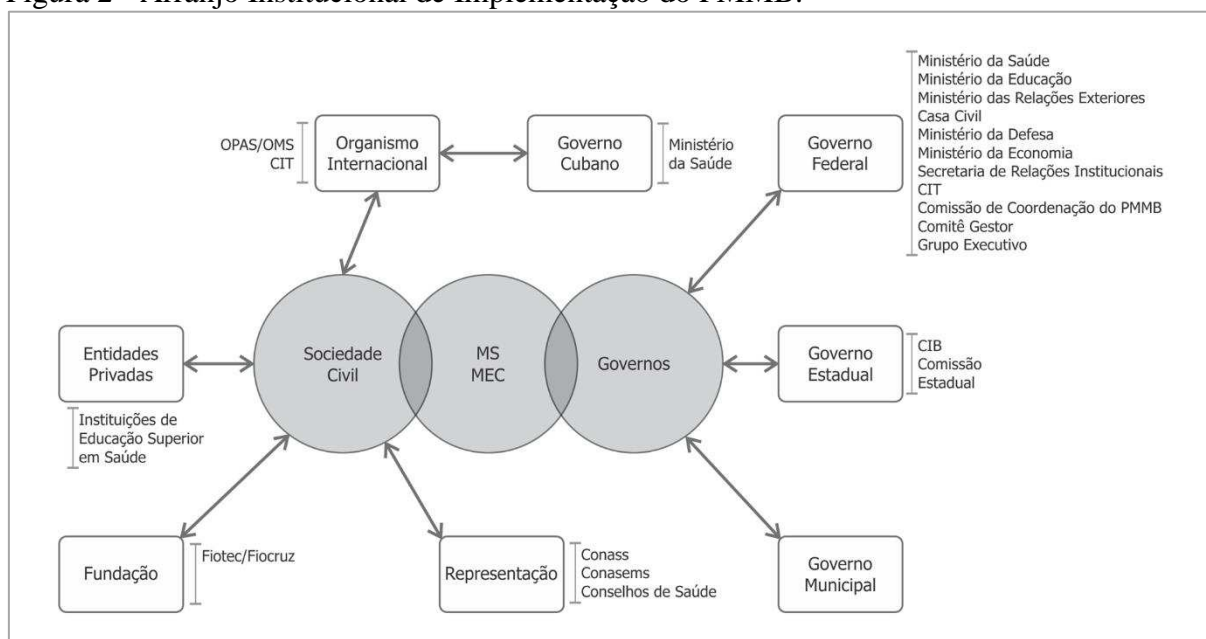
Nos Estados e no Distrito Federal também se constituíram Comissões de Coordenação (CCEs), que foram normatizadas por meio da Portaria Interministerial (MS e MEC) nº 2.921 de 28 de novembro de 2013. As funções das CCEs poderiam ser desempenhadas pelas Comissões de Coordenação Estaduais do Provab, caso fosse do interesse dos respectivos Estados. Participam das CCEs, as Secretarias de Saúde dos Estados que as presidem, representantes do MS e MEC, do COSEMS e das instituições supervisoras do PMMB.

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

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

Na Figura 2, atores envolvidos no complexo arranjo de implementação do PMMB são apresentados.

Figura 2 - Arranjo Institucional de Implementação do PMMB.



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

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

4.2.1 A capacidade técnico-administrativa

Apesar da experiência progressiva na implementação do Provac, o MS e MEC não tinham estrutura organizacional e funcional para fazer frente à demanda criada com o PMM. A experiência com o Provac possibilitou criar no MS, um sistema de aperfeiçoamento em serviço e o desenho de um modelo de recrutamento de médicos, mas sem as dimensões que foram demandas com a implementação do Mais Médicos. Entre 2013 e 2014, por exemplo, o total de médicos, entrantes menos desistentes, chegou a 13,6 mil; entre brasileiros e médicos de outros países, passavam de 50 nacionalidades. Desse total, cerca de 11 mil eram do acordo de cooperação com o governo cubano, conforme dados obtidos pela lei de acesso à informação.

Em função disso, foi necessário constituir no MS e MEC, estruturas organizacionais com recursos financeiros, humanos e tecnológicos para implementação da política. Na pasta da saúde, criou-se o DEPREPS vinculado à SGETS conforme Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Para o entrevistado EF1, a estrutura do DEPREPS era insuficiente para o volume de trabalho. Segundo o ator, inicialmente não passava de 40 funcionários que foram contratados por meio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) vinculada à Fiocruz. Além do mais, não possuíam sede própria e, tampouco, orçamento, que ficava em outro departamento. A partir de então, demandou-se a formação de quadro de servidores, a constituição de coordenações dentro do DEPREPS e elaboração/aprimoramento de sistemas, como o de Gerenciamento de Programas (SGP), em que gestores municipais e profissionais médicos realizam adesões e inscrições ao PMMB.

Além do mais, as ações exigiam orçamento, o que demandou articulação político-institucional junto a Casa Civil e aos parlamentares, para conseguir aprovação da lei orçamentária no Congresso Nacional. Dados do Portal da Transparência indicam que até a data do dia 17/06/2019, foram investidos R\$ 14,5 bilhões de reais no PMM, sendo R\$ 2,67 bilhões em 2014, R\$ 2,59 bi em 2015, R\$ 2,75 bi em 2016, R\$ 3,01 bi em 2017. Em 2018, percebe-se uma diminuição de valor para R\$ 2,36 bi e em 2019, R\$ 1,12 bi até a data informada anteriormente (BRASIL, 2019).

No MEC, foi necessário constituir a DDES, instituída por meio do Decreto nº 8.066, de 7 de agosto de 2013. O processo de estruturação da DDES pode ser melhor observado em Almeida, Macedo e Silva (2019), autores que fizeram parte da formulação e da gestão do PMM. Um dos atores entrevistados nesta pesquisa aponta que “no começo não tinham [estrutura e pessoal], mas depois a gente conseguiu um formato de bolsa, a gente pagou bolsistas para poder apoiar nossas atividades do projeto” (EF8). As bolsas eram pagas através da Fiotec, que também oferecia suporte logístico aos tutores e supervisores para realizarem a supervisão acadêmica nos territórios. Para facilitar o acompanhamento e monitoramento das atividades de supervisão, em parceria com a UNA-SUS, foi desenvolvido o sistema Webportfólio (ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019).

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

No nível do Estado de Minas Gerais que passa por grave crise financeira desde o ano de 2016, a Secretaria de Saúde oferece o suporte à implementação do PMMB, porém, não possui orçamento para a intervenção. Segundo ator consultado (EE6), o orçamento é direcionado para a atenção básica, para o financiamento e custeio das equipes de atenção básica dos entes municipais. Entretanto, desde 2016, esses entes contam com recursos próprios e aqueles repassados do nível federal, pois o Estado, em função do colapso financeiro, não direciona os valores de sua contrapartida na atenção básica (COSEMS/MG, 2018). Como consequência, acaba por dificultar a prestação de serviços e a realização das ações neste nível de atenção.

Dessa forma, percebe-se que as capacidades estatais são interativas e relacionais, conforme indicou Huerta (2008). Os achados até aqui revelam que para a constituição de capacidades técnico administrativas foi necessário mobilizar capacidades político-relacional dos atores, no sentido de angariar recursos humanos, financeiros e tecnológicos, mesmo que nos ministérios já tivessem capacidades prévias, mas, insuficientes frente ao escopo da intervenção. Revela, também, a definição das competências técnicas e legais necessárias à operacionalização das atividades inerentes à implementação do PMMB.

É importante situar que os atores que estavam inicialmente a frente dos setores, nos ministérios responsáveis pela implementação do PMMB, possuíam relação pregressa de trajetória de campos de prática e de militância em defesa do SUS, o que de alguma forma facilitava a articulação e resolução dos problemas (ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019). Por outro lado, essa rede informal, segundo entrevistados EF4 e EF8, dificultava a institucionalização das ações relacionadas ao PMMB no âmbito da administração pública, como por exemplo, a Comissão de Coordenação, bem como a descentralização de informações. O que dificultava a participação de alguns atores centrais nesse processo, como os representantes das secretarias municipais e estaduais de saúde. Esses atores só foram inseridos na Comissão de Coordenação do PMMB no ano de 2016, em função da perspectiva de instabilidade política que viria com o afastamento da Presidente Dilma Rousseff em maio daquele ano e, com isso, poderia comprometer a continuidade da intervenção.

Grande parte da equipe de dirigentes e de técnicos que conduziam a implementação do PMMB até o impeachment da Presidente Dilma Rousseff, foi reformulada a partir da chegada de Michel Temer à Presidência da República para um perfil mais técnico-burocrático, sem vinculação ideológica com o projeto. Houve também a troca de ministros, principalmente no MS, para um perfil sem vínculos com a saúde pública. Essas mudanças provocaram alterações na condução das políticas de saúde e das demais políticas setoriais, de uma orientação social-desenvolvimentista (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017) para uma visão neoliberal

(POCHMANN, 2017). Ao mesmo tempo, no entendimento de alguns autores (ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019) e atores entrevistados, as mudanças enfraqueceram a articulação entre os ministérios da saúde e educação na condução do PMMB. Conforme relatos, a “impressão que a gente tem é que os dois [ministérios] estão no programa, os dois estão empenhados, mas estão caminhando paralelamente” (EE1).

Dessa forma, percebe-se que no governo Dilma, inicialmente, houve a criação de uma capacidade estatal e política para a criação de um arranjo institucional para o PMMB. No entanto, com a entrada do governo Temer, o arranjo institucional é enfraquecido, levando a quebra da capacidade política e, principalmente, da administrativa, com o caminho paralelo entre os ministérios.

Esse enfraquecimento do trabalho intersetorial pode ser materializado no decréscimo do número de reuniões da Comissão de Coordenação Nacional do PMMB. Entre 2013 e 2018, foram realizadas 14 reuniões desse instrumento de articulação governamental. Sendo quatro em 2013, duas em 2014, quatro em 2015, três em 2016, uma em 2017 e nenhuma no ano de 2018, que não ocorreu em vista da “incompatibilidade de agenda dos profissionais designados, sejam titular ou suplente” (EF2).

Tal incompatibilidade, por vezes, dificulta a resolução de problemas e comunicação entre os atores de forma intersetorial e intergovernamental, bem como centraliza as discussões no eixo emergencial em detrimento dos eixos educacional e de infraestrutura do PMM. E, mais do que isso, contribui para centralizar as decisões do PMMB no MS, o que coaduna e reforça os argumentos da literatura sobre a centralização das decisões no Governo Federal (ARRETICHE; VASQUEZ; GOMES, 2012).

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

Um dos desdobramentos dessa questão é que os espaços que favoreceriam as articulações intergovernamentais nos Estados, as CCES, tornam-se inócuos por ausência de reuniões ou sem legitimidade para decidirem as questões envolvendo o PMMB. Conforme relato, o ator entrevistado considera “que isso é um reflexo da própria [comissão] nacional e da centralização que foi um processo e continua sendo” (EF4). Estudo da implementação do PMM

no Estado de Mato Grosso reforça o argumento da centralização das decisões do programa no MS e da inocuidade da comissão estadual (MOTA; BARROS, 2016).

No Estado de Minas, o sentimento dos atores que participam da CCE é similar ao anteriormente apontado, porém, entendem a importância de se manter ativa a comissão como “espaço também de poder, de resistência” (EE6) frente às mudanças recentes no Mais Médicos, como suspensão da abertura de escolas médicas e de vagas em cursos de medicina e residência médica, bem como o rompimento do acordo de cooperação com o governo cubano.

Isso não quer dizer que a CCE de Minas não tenha enfrentado momentos de reestruturação, agravado pela rotatividade de representantes em sua condução por parte da Secretaria de Saúde local, tendo em vista que os atores que a coordenam, servidores ou não, ocupam cargos de confiança no Estado. Houve, também, rotatividade de atores dos Ministérios da Educação e da Saúde que atuam como referência centralizada e descentralizada para as questões envolvendo o Estado de Minas, dificultando, por exemplo, a resolução de ações relacionadas ao remanejamento, à reposição e ao desligamento de médicos.

Essas questões dificultam a melhor operacionalização do PMMB no Estado de Minas Gerais e revelam problemas relacionados à coordenação intergovernamental, mesmo que as responsabilidades de atuação dos entes estejam claramente definidas em seu arcabouço normativo. Nesse sentido, dificulta aos atores envolvidos a discussão das questões técnicas do projeto e a resolução em tempo hábil dos problemas a fim de dar respostas às demandas dos médicos e gestores nos territórios.

Em relação aos mecanismos de articulação intergovernamentais para facilitar a pactuação entre os atores, quando necessário, algumas das decisões envolvendo o PMMB passavam nas CIB e CIT. Antes das decisões irem à plenária, havia discussões prévias em Grupos de Trabalho, por técnicos das entidades representadas nas instâncias de pactuação.

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

O MEC, por sua vez, adotou a figura do apoio institucional (AIMEC) nos territórios, em março de 2014, com a implementação do PMMB, visando a facilitar o relacionamento entre as instituições responsáveis pela supervisão e tutoria acadêmica dos médicos participantes e a

gestão federal do projeto (ALMEIDA et al., 2015; ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019). A atuação dos apoiadores institucionais ameniza os problemas de coordenação intergovernamental, mas, não resolve o problema, tendo em vista a limitação do trabalho exercido e a necessidade de algumas pautas serem devidamente tratadas na Comissão de Coordenação para, em seguida, ter o aval do Ministério da Saúde e da Educação.

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

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

Com a estruturação do PMMB, as equipes do MS e MEC passaram a interagir com as universidades a fim de fazer um acompanhamento mais profundo das mudanças provocadas pela intervenção. Diante disso, foi constituída a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos que reúne informações e evidências científicas do PMM, uma iniciativa conjunta da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, OPAS/OMS e MS. Além do mais, formou-se a Rede Observatório do Programa Mais Médicos com diversas instituições científicas, com o propósito de analisar a implementação do PMM.

Esse conjunto de ações voltadas ao monitoramento do programa, contribuiria para tornar suas ações tecnicamente sólidas, pois seriam pautadas em evidências. Para estudos futuros, seria relevante entender como as evidências destes espaços foram incorporadas pelos atores do arranjo institucional no processo de implementação do PMMB e mobilizaram ou não capacidades analíticas, permitindo observar se isso se traduziu em melhorias gerenciais e aumento dos resultados da política a partir da adoção de uma racionalidade avaliativa (SAGUIN; RAMESH; HOWLETT, 2018).

4.2.2 A Capacidade Político-Relacional

Conforme já exposto, ao mesmo tempo que o PMM tinha que prover a estrutura necessária à sua implementação, ele precisava se consolidar politicamente. Para tanto, era necessário um debate público no sentido de mostrar a legitimidade da intervenção, o que exigiu capacidades político-relacionais dos atores envolvidos em sua implementação.

Um dos desafios políticos do PMM, foi a conversão da MP que o instituiu em Lei no Congresso Nacional (OLIVEIRA et al., 2017). Esse processo revela que, à época, o governo possuía força e apoio político no Congresso. Mesmo com resistência de alguns grupos, com os conflitos e as concessões feitas pelo governo, o que é fruto do processo democrático, a matéria foi aprovada (MACEDO et al., 2016). Segundo o ator consultado EF1, alguns eventos contribuíram nesse processo. A rápida chegada de médicos e sua inserção nos territórios, bem como as vaias recebidas por médico cubano em agosto de 2013, no aeroporto de Fortaleza/Ceará, contribuíram para diminuir a tensão social, possibilitando uma maior aceitação social da política, o que favoreceu as votações da proposta no Congresso Nacional.

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

As evidências até aqui endossam o posicionamento da literatura quanto à importância da centralidade da política na agenda governamental e o apoio político como condicionantes críticos do seu sucesso das políticas de RHS. Isso não quer dizer que a intervenção não tenha enfrentado resistências, que podem comprometer o sucesso da implementação da política analisada, como alertou a literatura (DAL POZ et al., 2015; DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Ainda que a lei tenha sido aprovada, as resistências da classe médica, que estabeleceram oposição ao PMM, não findaram com esse processo e seguiram até a implementação. Essa resistência teve como desdobramento a baixa adesão dos cursos de medicina ao programa, que eram fundamentais para deslanchar a tutoria e supervisão acadêmica, bem como o eixo educação. Segundo o ator EF8 entrevistado, o MEC fazia a articulação política junto aos reitores das universidades que eles aderiram ao PMM, porém, havia forte resistência à adesão por parte

dos cursos de medicina, que fora endossada pelos conselhos regionais de medicina aos profissionais destas instituições.

Em Minas Gerais, segundo dados do relatório divulgado pelo MEC em 23 de janeiro de 2018, cinco instituições aderiram ao PMMB, congregando 17 tutores e 158 supervisores para dar conta da supervisão acadêmica de 1,3 mil médicos (MEC, 2019). Em função da baixa adesão, uma única instituição congrega cerca de 60% dos tutores e supervisores no Estado. Mesmo que o Estado atenda aos limites estabelecidos pelo PMMB, de 10 médicos para cada supervisor e de 100 supervisores para um tutor, para alguns entrevistados há sobrecarga de trabalho, que é dificultado pela dispersão geográfica.

Essa preocupação foi objeto de avaliação dos órgãos de controle, que identificaram falhas nas atividades de supervisão e tutoria para todo o país. As principais são insuficiência de profissionais, sobrecarga de trabalho e falhas nos processos de supervisão que centram suas atenções em processos operacionais em detrimento dos aspectos clínicos e pedagógicos (SECRETARIA FEDERAL DE CONTROLE INTERNO, 2015; TCU, 2014). Nesse sentido, evidencia-se a relação entre as capacidades estatais, uma vez que, por dificuldades de construção de consenso e busca de legitimidade, desdobramentos da capacidade político-relacional, impactaram na capacidade técnico-administrativa de implementar eficazmente o eixo emergencial, no sentido de garantir, efetivamente, a integração ensino-serviço.

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

Em termos de existência e operação efetiva de formas de participação social, o PMMB valeu-se substancialmente dos mecanismos de controle social instituídos no SUS, como os conselhos de saúde. Porém, houve baixa participação social nos processos de formulação e implementação do PMM em função da centralidade de alguns atores governamentais, conforme já endossado por outros estudos (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016), o que, possivelmente, contribuiu para entendimentos parciais do escopo do PMM.

Adicionalmente, segundo alguns entrevistados, havia pouco diálogo, mas “valia a pena apostar, ainda que o dialogo fosse pouco! E foi pouco! [...] Tá atropelado, tem que fazer? vai

fazer!” (EF4) pensando nos resultados do PMMB. A literatura tem demonstrado que políticas públicas implementadas com maior interação dos burocratas, tanto com agentes políticos quanto com a sociedade civil, abre-se mais espaços para facilitar os debates e negociações, que podem proporcionar inovações na implementação da política (PIRES; GOMIDE, 2016).

Em termos de resultados, as evidências científicas sobre o PMMB tem indicado que ele estaria atendendo aos objetivos propostos, pois os resultados já mapeados apontam para incremento de médicos no país em locais antes desassistidos (PINTO et al., 2017), contribuindo, assim, para um maior equilíbrio do mercado de trabalho médico, além do aumento no acesso da população à saúde (SILVA et al., 2016a); atendimento humanizado, usuários e gestores satisfeitos (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016); melhoria nos indicadores de saúde (SANTOS et al., 2017); trocas de experiências e aprendizagens a partir do intercâmbio de profissionais de distintas nacionalidades (GONÇALVES JUNIOR; GAVA; SILVA, 2017); constituição de vínculo dos profissionais com a comunidade e ampliação da resolutividade da AB (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Outros resultados, que podem ser vistos como inovação do eixo emergencial, tratam-se da institucionalização de um sistema de recrutamento de médicos, com critérios alocativos de distribuição em nível nacional, contemplando as especificidades loco regionais. Além do mais, trouxe para o centro de debate governamental que o fortalecimento da atenção básica requer a formação de recursos humanos e que essa ação deve ser compartilhada e pactuada em nível intergovernamental, ainda que avanços sejam necessários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do arranjo de implementação do PMMB mostrou que os atores centrais em sua implementação, os Ministérios da Saúde e da Educação, possuíam experiência pregressa e capacidades instaladas em relação à implementação do Provab, mas, com a eminência e escopo do PMMB, tiveram a necessidade de mobilizar capacidades de coordenação das ações em nível intra e intergovernamental, que fora facilitado pela centralidade da política na agenda da Presidência da República. Com o aval da Presidência e apoio da Casa Civil, os ministérios mobilizaram capacidades técnico-administrativas e político-relacional no sentido de orquestrar as ações com os demais atores, ainda que houvesse resistências, a fim de levar a cabo a política pública.

Em que pese as oportunidades de aperfeiçoamento, o arranjo de implementação contribuiu para superação dos desafios em termos de articulação dos distintos atores e das

burocracias federais, estaduais e municipais no sentido de levar médicos aos locais desprovidos ou necessitados. Porém, com a troca de governo e a mudança de atores-chaves à frente da condução do PMMB, o arranjo institucional diminuiu as capacidades de implementação da política, na medida em que os espaços de articulação/coordenação entre os atores, que permitiam a discussão e a construção de consensos, se enfraqueceram. Como consequência, houve distanciamento entre os dois ministérios e centralização das ações em cada pasta, diminuindo, assim, o trabalho intersetorial a fim de cumprir a integração ensino-serviço proposta pelo PMMB. Não obstante, houve a saída do governo cubano do arranjo institucional, em que as implicações para implementação e resultados do PMMB estão em curso, como a dificuldade de reposição das vagas preenchidas pelos médicos cubanos.

Com o enfraquecimento do arranjo institucional, outras mudanças – para além do escopo de avaliação do estudo – aconteceram, e podem comprometer os resultados globais do Mais Médicos. Após a mudança governamental com a chegada de Temer à Presidência, a agenda das entidades médicas contrárias ao PMM encontraram terreno fértil no parlamento, conseguiram reverter a política de expansão das escolas médicas e pautaram a revisão das novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina (ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019). Em meio ao cenário de mudança governamental e de crise financeira, os investimentos em qualificação da infraestrutura das UBS (o eixo infraestrutura) passaram a ser realizados por meio de orçamento impositivo, isto é, de emendas individuais de parlamentares, o que depende, em grande medida, das capacidades de articulações político-institucionais dos entes municipais com seus parlamentares para direcionamento dos recursos. Como consequência, pode acabar direcionando recursos para aquelas localidades melhores articuladas, e não para as mais necessitadas e, com isso, perpetuar as iniquidades regionais em saúde.

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

Evidencia-se, assim, o inter-relacionamento entre as capacidades estatais, no sentido de mostrar que elas se complementam para que o PMM alcance seus resultados. A capacidade

administrativa constitui condição necessária para que o PMMB ocorra, mas não é suficiente, pois demanda capacidade político-relacional. Da mesma forma, somente a capacidade político-relacional não garante as condições necessárias à implementação.

Diante do exposto, os achados deste estudo sobre o PMMB corroboram outros levantamentos sobre implementação de políticas de RHS ao evidenciar que capacidades político-institucionais e técnicas, viabilidade política, contexto sociopolítico, resistência de grupos de interesse e mudança governamental, podem figurar como obstáculos, comprometendo os resultados ou o futuro de uma intervenção. Por outro lado, a aceitação social, a geração de resultados de curto prazo, a existência/construção de capacidades técnico-administrativas juntamente com mecanismos de coordenação intersetorial efetivos, aliado à vontade política e de capacidades político-relacional dos atores, figuraram como aspectos facilitadores da implementação do PMMB, porém, não são perenes e demandam constante ativação de seu arranjo institucional, bem como são capazes de influenciá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA SAÚDE. **No Nordeste, 41% dos municípios não atraíram médicos do Protab. De 03 de Junho de 2013.** Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/servicos/32432-nordeste-41-dos-municipios-nao-atrairam-medicos-do-protab.html>. Acesso em: 24 fev. 2019.

AGÊNCIA SENADO. **Programa Mais Médicos é prorrogado por mais três anos — Senado Notícias.** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/09/13/programa-mais-medicos-e-prorrogado-por-mais-tres-anos>. Acesso em: 2 maio. 2018.

ALESSIO, M. M. et al. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1143–1156, 2017.

ALMEIDA, E. R. et al. Projeto Mais Médicos para o Brasil: A experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. **Tempus, actas de saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 49–66, 2015.

ALMEIDA, E. R.; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. Supl. 1, p. 1–11, 2019.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727–1742, 2008.

ARRETICHE, M.; VASQUEZ, D.; GOMES, S. As relações verticais na federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia. In: **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012. p. 145–173.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Edições, 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1369, de 08 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 219, Seção 3, p. 204, nov., 2013a.

BRASIL. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 23/10/2013, Página 1 (Publicação Original), 2013b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-pl.html>. Acesso em: 11 abr. 2018.

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

BRASIL. **PPA Cidadão**. Disponível em: <https://ppacidade.planejamento.gov.br/sitioPPA/paginas/minha-agenda/metas-iniciativas.xhtml?objetivo=0713&ep=1>. Acesso em: 11 abr. 2018a.

BRASIL. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2018c.

BRASIL. **MAIS MEDICOS - Portal da transparência**. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/programas-de-governo/35-mais-medicos?ano=2019>. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASSIOLO, P.; SANGUINETTI, P. What do we understand by state capacity. In: **A more effective State : capacities for designing, implementing and evaluating public policies**. Bogotá: CAF - Development Bank of Latin America, 2016. p. 17–50.

BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. **Human Resources for Health**, v. 9, n. 17, p. 13, 5 jul. 2011.

CINGOLANI, L. **The State of State Capacity: a review of concepts, evidence and measures**. Maastricht: AFD-MGSoG/UNU-Merit Working Paper Series on Institutions and Economic Growth: IPD WP13, 2013.

COSEMS/MG. **Relatório da dívida Estadual nos Municípios Mineiros - Dezembro 2018**. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/site/index.php/todas-as-noticias-do-cosems/63-ultimas-noticias-do-cosems/1925-relatorio-da-divida-estadual-nos-municipios-mineiros-dezembro-2018>. Acesso em: 1 mar. 2019.

DAL POZ, M. R. et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 1, p. 24, 2015.

DAVIS, L. E.; NORTH, D. C.; SMORODIN, C. **Institutional change and American economic growth**. CUP Archive, 1971.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C.-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Human Resources for Health**, v. 1, n. 1, p. 1, 2003.

FIANI, R. Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. **Texto para Discussão** 1815, IPEA, p. 55, 2013.

GIRARDI, S. N. **Avaliação e análise do perfil dos Médicos egressos do PROVAB 2013 e das percepções sobre a experiência de participação no Programa**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em:
http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Relatorio_PROVAB2013.pdf. Acesso: 5 mar. 2019.

GOMIDE, A. Á.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. **Sociedade e Cultura**, v. 20, n. 1, p. 3–12, 2017.

GOMIDE, A. Á.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. Burocracia e capacidade estatal na pesquisa brasileira. In: PIRES, R.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. (Eds.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea/Enap, 2018. p. 85–104.

GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. Capacidades Estatais e Democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. In: GOMIDE, A. Á.; C. PIRES, R. R. (Eds.). **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014a. p. 15–31.

GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. **Capacidades estatais e democracia : arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014b.

GONÇALVES JUNIOR, O.; GAVA, G. B.; SILVA, M. S. Programa mais médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: Um balanço analítico do programa. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 872–887, 2017.

GOPINATHAN, U.; LEWIN, S.; GLENTON, C. Implementing large-scale programmes to optimise the health workforce in low- and middle-income settings: a multicountry case study synthesis. **Tropical Medicine and International Health**, v. 19, n. 12, p. 1437–1456, 2014.

GROBLER, L.; MARAIS, B. J.; MABUNDA, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, n. CD005314, p. 83, 2015.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas—uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HUERTA, A. R. Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. **Política y cultura**, v. 30, p. 119–134, 2008.

HUICHO, L. et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 357–363, 1 maio 2010.

JESSOP, B. Bringing the State Back In (Yet Again): Reviews, Revisions, Rejections, and Redirections. **International Review of Sociology**, v. 11, n. 2, p. 149–173, 1 jul. 2001.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2785–96, set. 2016.

LEHMANN, U.; DIELEMAN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC health services research**, v. 8, n. 19, p. 1–10, 23 jan. 2008.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. v. 24, n., n. i, p. 49–65, 2016.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2761–2772, set. 2016.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 19, n. 64, 17 abr. 2014.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 2, p. 171–194, 2015.

MACEDO, A. S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, n. spe, p. 593–618, jul. 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl.2, p. 144–161, 2017.

MATTHEWS, F. Governance and State Capacity. In: LEVI-FAUR, D. (Ed.). . **The Oxford Handbook of Governance**. Oxford University Press, 2012. p. 281–293.

MAY, T. **Pesquisa Social, Questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004. v. 3 MEC. **Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/30000-uncategorised/59451-projeto-mais-medicos-para-o-brasil>. Acesso em: 3 mar. 2019.

MEDICI, A. C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. **Revista de Administração Pública**, v. 19, n. 2, p. 31–77, 1985.

- MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S.; KOPITCKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2871–2878, set. 2016.
- MOTA, R. G.; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2879–2888, set. 2016.
- OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999–3010, out. 2015a.
- OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623–634, 2015b.
- OLIVEIRA, F. P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 60–73, set. 2017.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mais Médicos na atenção primária no Brasil. Metasíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos**. Brasília: OPAS, 2017.
- PAINTER, M.; PIERRE, J. Unpacking Policy Capacity: Issues and Themes. In: PAINTER, M.; PIERRE, J. (Eds.). **Challenges to state policy capacity: g'lobal trends and comparative perspectives**. New York: Palgrave Macmillan, 2004. p. 1–18.
- PAS, R. VAN et al. Tracing the policy implementation of commitments made by national governments and other entities at the Third Global Forum on Human Resources for Health. **BMJ Global Health**, v. 2, n. 4, p. e000456, 1 out. 2017.
- PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. suppl.1, p. 895–908, 2014.
- PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 0, p. 1087–1102, 2017.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. Governança e capacidades estatais a partir da abordagem de arranjos e instrumentos de políticas públicas. **BOLETIM DE ANÁLISE POLÍTICO-INSTITUCIONAL**, v. 18, p. 25–32, 2018.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. Á. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Rev. Sociol. Polit.**, v. 24, n. 58, p. 121–143, 2016.
- POCHMANN, M. Estado e capitalismo no Brasil: a inflexão atual no padrão das políticas públicas do ciclo político da nova república. **Educação & Sociedade**, v. 38, n. 139, p. 309–330, 2017.

RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 794–808, 2018.

SAGUIN, K.; RAMESH, M.; HOWLETT, M. Policy work and capacities in a developing country: evidence from the Philippines. **Asia Pacific Journal of Public Administration**, v. 40, n. 1, p. 1–22, 2018.

SANTOS, L. M. P. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 2, p. 103–112, 1 fev. 2017.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SECRETARIA FEDERAL DE CONTROLE INTERNO. **Relatório de Auditoria Anual de Contas (relatório nº 201600675)**. Brasília, 2015.

SILVA, T. C. **Limitações à Gestão de Recursos Humanos em Saúde no Nível Municipal**. Tese (doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007.

TCU. **Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa (TC nº 005.391/2014-8)**. Brasília, 2014.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M. Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. **Policy and Society**, v. 34, n. 3–4, p. 165–171, 2015.

ARTIGO II - PROGRAMA MAIS MÉDICOS E ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resumo: O Programa Mais Médicos (PMM) busca contribuir para diminuição da carência de médicos em áreas de difícil provimento e redução das desigualdades regionais em saúde. Analisou-se o processo alocativo de médicos pelo PMM, procurando compreender se o mesmo foi orientado por aspectos equitativos, isto é, priorizando aqueles municípios com maiores vulnerabilidades em saúde, a fim de reduzir a escassez de médicos no território nacional. Para tanto, a partir de aspectos epidemiológicos e socioeconômicos, foi construído o Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS) antes e após a implementação do PMM, nos períodos de 2012 e 2015. Em seguida, analisou-se o processo alocativo de médicos considerando o indicador proposto. Os resultados indicaram incremento de médicos no período analisado (2013 a 2017) em territórios anteriormente desassistidos ou com dificuldades de fixação de médicos. Houve ampliação na cobertura e alocação de médicos em municípios em situação de severa e alta vulnerabilidade em saúde, nos municípios de pequeno porte e situados nas regiões norte e nordeste do país. Entretanto, evidenciou-se iniquidades alocativas pelo PMM e redução da oferta regular de médicos nos municípios em condição severa de vulnerabilidade e naqueles de pequeno porte, o que pode indicar processos de substituição de profissionais nessas localidades, que teriam sua situação de escassez de médicos agravadas na ausência do PMM.

Palavras-Chave: Equidade. Distribuição de Médicos. Atenção Primária à Saúde. Programa Mais Médicos. Avaliação.

1 INTRODUÇÃO

A carência e a má distribuição geográfica e social da Força de Trabalho em Saúde (FTS) em uma determinada localidade, pode contribuir para grandes disparidades nos resultados e no acesso universal à saúde (POZO-MARTIN et al., 2017; ROURKE, 2010; WHO, 2010). Além disso, pode afetar o desempenho geral do sistema de saúde, bem como dificultar a viabilidade e sustentabilidade das reformas de saúde (FRITZEN, 2007). Esse é um problema que afeta diversos países em níveis distintos de desenvolvimento econômico e social, sendo mais sentido por aqueles de renda baixa e média (POZO-MARTIN et al., 2017).

A quantidade, a distribuição e a qualidade dos profissionais de saúde são fundamentais para garantir acesso equitativo aos serviços de saúde (SOUSA; DAL POZ; CARVALHO, 2012; WHO, 2016). Além do mais, a distribuição geográfica dos profissionais pode influenciar na disponibilidade dos serviços de saúde a serem prestados, bem como a quantidade e a qualidade dos mesmos. Os desequilíbrios geram problemas relacionados a equidade, no sentido de os serviços não serem ofertados na medida das necessidades de saúde da população, além de afetar a eficiência e eficácia dos serviços, bem como a satisfação dos usuários (DUSSAULT;

FRANCESCHINI, 2006). Além do mais, a carência dos médicos na atenção básica à saúde traz consequências econômicas ao sistema de saúde, uma vez que poderia reduzir custos de prevenção e sobrecarga dos demais níveis da rede de serviços à saúde, pois até 80% dos problemas de saúde de uma população podem ser solucionados no nível da atenção básica (STARFIELD, 2002).

No Brasil, assim como em diversos países, a desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde, em especial, dos médicos, acontece entre e dentro dos territórios. Quando os recursos e os serviços de saúde estão distribuídos de forma não equitativa em todo o país, sejam agrupados em áreas urbanas e mais prósperas em detrimento de locais desfavorecidos e áreas rurais, contribui para agravar as desigualdades no acesso à saúde (WHITEHEAD, 1992). Como exemplo dessa situação, está o menor acesso à saúde da população mais carente em relação aos mais abastados, bem como daqueles residentes nas regiões Norte e Nordeste, quando comparado com a população do restante do país (VIACAVA et al., 2018, 2019).

Buscando contornar essa situação, no sentido de ampliar o acesso bem como diminuir as desigualdades regionais em saúde, o Programa Mais Médicos (PMM), instituído em 2013 pelo Governo Federal, procurou promover distribuição equitativa de médicos no país. Além desse eixo emergencial de provimento de médicos, o PMM também buscou a promoção de mudanças na formação médica e na infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS).

O foco deste artigo é analisar se a distribuição dos médicos pelo PMM na AB ocorreu de forma orientada pelas necessidades de saúde da população dos municípios brasileiros. Dito de outra forma, busca-se, com esse objetivo, analisar a atuação do PMM na alocação equitativa de médicos naquelas localidades consideradas prioritárias para o recebimento de médicos no território brasileiro.

As regiões prioritárias para o SUS são aquelas localidades de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade econômica e social, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011 e que se enquadram nas condições definidas na Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013 (art. 4º, III, “a” a “d”) (BRASIL, 2013).

Em 2015, a Resolução nº 1, de 2 de outubro, definiu a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Foram estabelecidos os critérios de priorização de recebimento de médicos considerando oito perfis em ordem decrescente de vulnerabilidade. No topo da hierarquia de priorização estavam os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), seguidos dos municípios com 20% (vinte

por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza. Em último lugar, as áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo (SGETS, 2015).

Pensar a alocação de recursos, como os médicos, de forma equitativa nos territórios, envolve considerar variáveis que captem as dimensões de necessidades de saúde da população no tocante as condições sanitárias e socioeconômicas (SCHEFFLER et al., 2018; FERREIRA JUNIOR et al., 2017; PORTO et al., 2003, 2014; MURPHY et al., 2012; SOUSA; DAL POZ; CARVALHO, 2012). Uma distribuição de médicos de forma desigual pode dificultar o acesso à saúde, bem como a efetividade da APS e a cobertura universal em saúde.

Desta forma, o estudo propôs um índice de vulnerabilidades e condições em saúde construído a partir de variáveis socioeconômicas e sanitárias a fim de avaliar se a alocação de médicos pelo PMM considerou critérios equitativos de priorização. Adicionalmente, para entender melhor a alocação de médicos pelo programa, realizou-se entrevistas com atores direta ou indiretamente vinculados à implementação do Mais Médicos no Governo Federal.

A proposta se justifica em função da “ausência de clareza da metodologia adotada, quanto ao nível de priorização utilizado para a distribuição dos profissionais” (CGU, 2018, p. 11), o que dificultaria sua replicação. Além do mais, em função da questão apontada, segundo o órgão, “não foi possível determinar o quantitativo e/ou porcentagem esperados de atendimento à demanda dos municípios de maior vulnerabilidade para que os demais entes participantes do Projeto classificados nos perfis subsequentes recebam profissionais” (CGU, 2018, p. 11).

Os resultados evidenciados no estudo coadunam com os apontamentos da literatura (FACCHINI et al., 2016; GIRARDI et al., 2016) e órgãos de controle (BRASIL, 2017; CGU, 2018; SECRETARIA FEDERAL DE CONTROLE INTERNO, 2015; TCU, 2014), ao indicar que estaria ocorrendo iniquidade distributiva de médicos pelo PMM. Isso dificultaria o programa alcançar um dos seus objetivos, qual seja, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde. Assim, os resultados da análise do PMM neste estudo, contribuem para melhorar a alocação dos médicos no território nacional de forma equitativa e orientada para as necessidades de saúde da população a partir do indicador proposto.

Além desta seção introdutória, o artigo está estruturado em mais quatro seções. A segunda buscou problematizar a distribuição de médicos de forma equitativa na APS e apontar os estudos empíricos sobre a distribuição de recursos humanos em saúde. Desta forma, ajudou,

em termos de referenciais analíticos, para a construção do percurso metodológico, da quarta seção. Em seguida, os resultados e discussões foram apontados, considerando os resultados do índice de vulnerabilidade e condições de saúde construído e a distribuição de médicos pelo PMM, de acordo com os resultados do indicador proposto neste estudo. Por fim, as considerações finais e sugestões de trabalhos futuros.

2 EQUIDADE DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, chamou a atenção para desigualdade em saúde existente entre e dentro os povos dos países, além da necessidade de os governos desenvolver políticas sanitárias e sociais visando a promover esse direito fundamental, a fim de alcançar a justiça social. Segundo a declaração, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) seria possível alcançar um sistema de saúde eficaz e equitativo (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; WHO, 1978). A APS é a porta de entrada para os demais níveis dos sistemas de saúde. Ela está integrada com os problemas gerais da comunidade na qual a doença existe e, ao mesmo tempo, pode ajudar a comunidade a resolver seus problemas de saúde. A APS oferece serviços relacionados à prevenção, cura e reabilitação com o intuito de potencializar a saúde e o bem-estar da população. Desta forma, a APS “organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (STARFIELD, 2002, p. 28).

Neste sentido, um sistema de saúde que oriente suas ações para APS poderia obter uma maior efetividade e equidade, ao contribuir para “redução das desigualdades em saúde, na maior eficiência do cuidado, na coordenação do fluxo dos usuários no sistema, na satisfação dos usuários e na maior utilização de práticas preventivas” (KEMPER et al., 2018, p. 3). Desta forma, a APS otimiza o cuidado para além da enfermidade individual ao enxergar a saúde das pessoas imbricadas em outros determinantes de saúde, como ambiente físico e social em que as pessoas vivem e trabalham (STARFIELD, 2002).

Assim, o que fica claro é que a saúde de um indivíduo ou população “é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificada pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida” (STARFIELD, 2002, p. 22). Em suma, os principais determinantes sociais da saúde incluem as condições de vida das famílias, as condições das comunidades e dos locais de

trabalho, e os cuidados de saúde, juntamente com as políticas e programas que afetam qualquer um desses fatores (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003).

Isso abre a possibilidade de discutir as desigualdades em saúde entre os grupos sociais, que podem ser evitáveis ou injustas. As desigualdades evitáveis dizem respeito às diferenças entre os grupos sociais oriundos dos fatores biológicos, bem como aos comportamentos dos indivíduos e de grupos que podem ser nocivos ou benéficos à saúde a partir das suas escolhas. Por outro lado, as desigualdades injustas em saúde são aquelas que estão fora do domínio de escolha dos indivíduos, isto é, que os tornam mais ou menos vulneráveis aos problemas de saúde em função das condições de trabalho, de emprego, de renda, de moradia, de acesso aos serviços de saúde e outros serviços públicos, bem como as demais restrições relacionadas às condições sociais e econômicas (WHITEHEAD, 1992). Diante disso, o entendimento das desigualdades em saúde e a sua superação, passa pela redução ou eliminação daqueles fatores considerados evitáveis e injustos.

Assim, o conceito de equidade se mostra relevante, pois centra sua preocupação na geração de oportunidades justas para que os indivíduos e a coletividade possam alcançar seu pleno potencial de saúde (WHITEHEAD, 1992). A equidade em saúde pode ser compreendida como a não observância de disparidades sistemáticas na área de saúde ou nos principais determinantes sociais da saúde entre os grupos sociais com diferentes posições na hierarquia social. Sendo assim, a equidade implica que a distribuição e concepção não só de recursos e programas de saúde, mas de todos os recursos, políticas e programas que desempenham um papel importante na formação de saúde, muitos dos quais estão fora do controle imediato do setor da saúde, caminham no sentido de equalizar os resultados entre grupos sociais mais ou menos favorecidos (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003).

A equidade em saúde pode ser observada “no acesso, no acolhimento, na qualidade e na efetividade” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 61). Da mesma forma que a oferta de serviços com essas características pode favorecer a equidade, a sua ausência pode contribuir para iniquidades em saúde. Neste sentido, fatores como desigualdade social, desigualdades políticas, as barreiras aos usuários como iniquidades na disponibilidade, acesso, qualidade, custos dos serviços, bem como a forma como a orientação clínica é exercida, podem influenciar nos resultados dos sistemas de saúde (WHO, 2008).

Um dos recursos que contribuem para agravar os determinantes sociais da saúde é a escassez de profissionais da saúde, como os médicos. No Brasil, a APS é denominada de Atenção Básica (AB) (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008) e está estruturada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que definiu como forma de organizar a AB, a Estratégia

de Saúde da Família (ESF), constituída como programa na década de 1990. A expansão da ESF na cobertura populacional, no período entre 2008 e 2014, foi na ordem de 1,5% por ano e, dentre os entraves à expansão, estava a dificuldade de atrair e fixar os médicos nas equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2015).

Além desse fator, são apontados outros desafios para a expansão da AB no país. Eles envolvem o déficit de provimento de médicos; integração entre os níveis de atenção que dificulta a continuidade e integralidade do cuidado; melhorias das condições de trabalho, com melhores vínculos trabalhistas, salários, ambientes com infraestrutura e recursos; constituição de vínculo com a comunidade; superação de problemas gerenciais; financiamento insuficiente; formação médica fragmentada e não orientada para as necessidades de saúde da população, entre outros (FERTONANI et al., 2015; MENDES; MARQUES, 2014).

Esses e outros fatores contribuem para dificultar a fixação e favorecem a migração dos médicos de uma determinada localidade. Em termos amplos, são apontados como fatores que podem afetar a escolha deles por um local de trabalho: as perspectivas de ganhos econômicos; o local de formação; as oportunidades de atualização e especialização profissional; a participação do sistema supletivo de atendimento à saúde; as oportunidades de trabalho para os (as) parceiros (as); os índices de desenvolvimento humano da região, entre outros (ALBUQUERQUE, 2014; PÓVOA; ANDRADE, 2006; BITTAR, 1999).

Diante desse contexto, muitos municípios acabam encontrando dificuldades de oferecer condições atrativas para a fixação desses profissionais de saúde (CAMPOS, MACHADO; GIRARDI, 2009). Somam-se a essas questões as capacidades administrativas, econômicas e institucionais dos municípios que podem comprometer a capacidade deles em reter esses profissionais, bem como de aderirem ao PMM, que foi proposto para levar médicos às localidades que enfrentam dificuldades para atrair e fixar esses profissionais.

Portanto, em função dos diversos fatores que podem afetar a alocação e fixação de médicos no território, faz-se necessário desenvolver um instrumento que leve em consideração as dimensões de saúde, sociais e econômicas no sentido de tornar a distribuição dos médicos pelo PMM mais equânime. A comunidade científica têm desenvolvido metodologias procurando estimar a necessidade, a demanda e a oferta de profissionais de saúde para o alcance da meta de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2015 (SCHEFFLER et al., 2008) e dos Objetivo do Desenvolvimento Sustentável em 2030 (SCHEFFLER et al., 2018). Os resultados para 165 países apontam para uma escassez, em 2030, de 17 milhões de profissionais da saúde (SCHEFFLER et al., 2018).

No Brasil, os estudos relacionados a alocação de recursos de forma equitativa na área de saúde ganharam notoriedade a partir do estudo elaborado por Porto et al., (2001), em que a autora e demais colaboradores propuseram um modelo a alocação de recursos financeiros no sistema público de saúde a partir das necessidades de saúde. Outros estudos, com metodologias similares, valendo da análise fatorial e a construção de indicadores a partir das necessidades de saúde, foram desenvolvidos na sequência, buscando estabelecer uma metodologia de alocação equitativa dos recursos federais do SUS para os Estados e municípios brasileiros, tanto para procedimentos da Atenção Básica como para Média e Alta Complexidade (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

Ainda no contexto brasileiro, Sousa, Dal Poz e Carvalho (2012) procuraram medir as desigualdades na força de trabalho em saúde entre os anos de 1991 a 2005, período de diversas transformações no SUS. Para tanto, utilizaram como variáveis o número de trabalhadores de saúde per capita (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) e a proporção da população abaixo da linha de pobreza. Os autores recorreram ao índice de Gini, Theil L e T para medir as desigualdades e, como resultado, apontaram que elas permaneceram ao longo do tempo nos estados mais pobres, principalmente, aqueles das regiões Norte e Nordeste do país. Também constataram a permanência das desigualdades na distribuição de trabalhadores dentro dos estados, dos quintis de pobreza e entre as áreas rural-urbana.

Especificamente na construção de índices que apontem a necessidade de médicos na APS, os trabalhos da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (ESPM, 2010) que construiu o índice da Escassez de Médicos em Atenção Primária à Saúde, e aplicado em alguns estudos por Girardi et al. (2011, 2016), também valeram-se de variáveis que dimensionem as necessidades de saúde da população.

O índice proposto pela ESPM (2010) abarca quatro dimensões e, para a sua construção, foram utilizadas as seguintes variáveis: (a) dimensão oferta de médicos é representada pela razão de médicos (especialistas em atenção primária de Saúde da Família, Clínica Médica e Pediatria) por (3.000) habitantes; (b) carência socioeconômica, evidenciada pela proporção de domicílios em situação de extrema pobreza no município que recebem menos de um quarto do salário mínimo; (c) altas necessidades de saúde, medida pela taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos; e (d) barreiras de acesso aos serviços de saúde, avaliada pela distância, em tempo, dos municípios até a sede da região de saúde (GIRARDI et al., 2016).

A partir dos estudos apresentados nesta seção, percebe-se em comum nos trabalhos o uso de proxies para captar as multidimensões das vulnerabilidades em saúde, considerando variáveis epidemiológicas, de recursos e utilização dos serviços de saúde, sociais e econômicas.

É importante destacar que, independentemente da quantidade das variáveis utilizadas e do nível de sofisticação para dimensionar as vulnerabilidades em saúde, “nenhuma delas consegue captar totalmente todos os aspectos e a complexidade das necessidades de saúde das populações” (PORTO et al., 2003, p. 378). Na próxima seção, apresenta-se o processo de construção do indicador proposto neste estudo.

3 METODOLOGIA

3.1 A Construção do Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS)

Para auxiliar no processo de análise da alocação equitativa de médicos pelo PMM nos municípios brasileiros, tomou-se como referência metodológica os pressupostos da Análise Fatorial Exploratória (AFE) para construção de um índice que evidenciasse a vulnerabilidade e as condições de saúde nos municípios brasileiros. A lógica da AFE está em partir de um grande conjunto de variáveis e reduzi-las em um número menor de fatores, visando a maximizar seu poder de explicação (HAIR et al., 2009; MAROCO, 2014). A AFE busca identificar as características em comuns, não diretamente observáveis, ou seja, latentes, que ajudam a explicar as correlações observadas entre o conjunto de variáveis de interesse estudado (MAROCO, 2014). Nesse caso, as variáveis socioeconômicas e epidemiológicas (QUADRO 1) que captam as dimensões de necessidade em saúde da população dos municípios brasileiros, objetivo de análise.

A estrutura relacional dessas variáveis foi avaliada através da AFE sobre a matriz de correlação, com extração a dos fatores pelo método componentes principais, seguida de uma rotação Varimax. Para retenção dos fatores, levou em consideração aqueles que apresentaram um autovalor superior a 01, bem como a porcentagem da variância retida que explicasse no mínimo 60% da variância acumulada. Nesse caso, a combinação de métodos é justificável para dar maior robustez a escolha dos fatores retidos (MAROCO, 2014). Ainda sob os pressupostos metodológicos do autor, utilizou-se como critério para avaliar a validade da AFE, a estatística KMO – Kaiser-Meyer-Olkin e teste de esfericidade de Bartlett. Os resultados do teste KMO variam de 0 a 1. Quanto mais próximo a 1, “indicam que as variáveis compartilham um percentual de variância bastante elevado” (FÁVERO; BELFIORE, 2015, p. 107). O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que as matrizes de correlação e identidade são iguais. A partir dos resultados do teste, que analisa “se as diferenças entre os valores correspondentes fora da diagonal principal de cada matriz não forem estatisticamente diferentes

de zero, a determinado nível de significância”, deduz-se que a extração de fatores não é apropriada (FÁVERO; BELFIORE, 2015, p. 109).

A AFE determina as cargas fatoriais das variáveis originais (padronizadas) “que representam os parâmetros de um modelo linear que relaciona determinado fator com as variáveis originais” (FÁVERO; BELFIORE, 2015, p. 111). Essas cargas fatoriais funcionam como coeficientes de correlação. Considerando o cálculo das cargas fatoriais, a validade estatística do modelo e os fatores relevantes, a próxima etapa consistiu em estimar por meio de um método próximo ao da regressão, os escores fatoriais de cada observação do banco de dados. Assim, cada uma das observações (municípios) recebeu um escore fatorial que é o produto da multiplicação “do valor das variáveis padronizadas pelo coeficiente do escore fatorial correspondente” (FERREIRA JUNIOR et al., 2017, p. 110).

Considerando os pressupostos metodológicos indicados acima, os fatores foram agregados pela Equação 01 (CUNHA et al., 2008). Outros estudos valeram-se desse procedimento para construir indicadores na área de desenvolvimento rural (SANTOS; FERREIRA; CAMPOS, 2018) e controle social (FERREIRA, 2015). A forma de agregação foi utilizada para construir o Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS), que considera a média ponderada dos fatores de vulnerabilidades em saúde, tendo como ponderação a representatividade total explicado para cada um dos fatores retidos na análise:

$$IVCS_i = \sum_{j=1}^p \frac{\gamma_j}{\sum \gamma_j} F_{ji}^* \quad (1)$$

Em que $IVCS_i$, é índice do i -ésimo município, j é a j -ésima raiz característica, p o número de fatores extraídos na análise, F_{ji}^* é o j -ésimo escore fatorial do i -ésimo município, $\sum \gamma_j$ o somatório das raízes características referentes aos p fatores extraídos. A participação relativa do fator j na explicação da variância total captada pelos p fatores extraídos é vista por $\frac{\gamma_j}{\sum \gamma_j}$.

Diante desse procedimento, foi gerado um escore para cada município, o qual foi normalizado seguindo as recomendações de Nardo et al. (2008), representado pela Equação 2:

$$FJ_i = \frac{(F_{ji} - F_{min})}{(F_{max} - F_{min})} \quad (2)$$

Em que F_{ji} , representa é j-ésimo do escore fatorial do i-ésimo município no indicador de necessidades em saúde e $F_{max} - F_{min}$, representam, respectivamente, os valores máximos e mínimos para os escores fatoriais observados dos municípios brasileiros.

3.2 Variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas no Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS)

Na seleção das variáveis, procurou-se considerar os aspectos teóricos delas em representar as dimensões de saúde, conforme discussão apresentada no estudo. Entretanto, não há um consenso quanto as variáveis e os métodos mais adequadas para dimensionar as vulnerabilidades em saúde (PORTO et al., 2003). O importante é que as diversas dimensões de vulnerabilidade e condições em saúde sejam consideradas pelas variáveis em análise (FERREIRA JUNIOR et al., 2017).

Desta forma, para a escolha das variáveis levou-se em consideração alguns critérios, como (a) capacidade da variável de representar o conceito estudado; (b) disponibilidade de dados longitudinais em virtude de sua atualização periódica; (c) consistência metodológica; (d) ampla comparabilidade entre os entes federativos; e, (e) factibilidade operacional em sua obtenção, pois são dados de registros de fontes oficiais (JANNUZZI, 2005). Sendo assim, foram considerados as seguintes variáveis para a construção do IVCS, esquematizadas no Quadro 1.

A **taxa de mortalidade infantil** é um indicador da dimensão epidemiológica que é comumente aplicado para apontar as condições de desigualdade em saúde pública de uma população, pois reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (CARVALHO et al., 2015; VOLPE et al., 2009, grifo nosso). Grande parcela dos óbitos nessa faixa etária ocorre no primeiro mês de vida em decorrência de questões relacionadas à gestação, parto e pós-parto (FRANÇA et al., 2017). Já as mortes até os cinco anos de vida, ao qual buscou-se captar com a **Taxa de óbitos evitáveis em menores de 5 anos**, ocorre mais frequentemente em função das causas externas, decorrente de acidentes e violências, que poderiam ser evitáveis em ações preventivas. Assim, as mortes infantis são muito sensíveis as ações públicas no tocante à melhoria das condições de acesso a saúde e das condições de vida da população, como acesso a saneamento, melhoria da renda, escolaridade, condições de moradia, entre outros aspectos (REDE RIPSAs, 2008, grifo nosso).

Quadro 1 - Relação das variáveis utilizadas no Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS)

Variáveis	Definição	Cálculo	Fonte	Referências
TSI – Taxa de Sobrevivência Infantil	Número de sobreviventes menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado	$1000 - [(n^\circ \text{ de óbitos de menores de um ano de idade} / n^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes}) \times 1.000]$	Elaborado a partir de Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC	(GIRARDI et al., 2011, 2016; PORTO et al., 2007, 2003)
TSM – Taxa de sobrevivência em menores de 5 anos	Número de sobreviventes de óbitos evitáveis de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado	$1000 - [(n^\circ \text{ de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade} / n^\circ \text{ de nascidos vivos de mulheres residentes}) \times 1000]$	Elaborado a partir de Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM	(DINIZ, 2014; FERREIRA JUNIOR et al., 2017; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011)
Txsob_ext – Taxa de Sobreviventes por Causas Externas	Número de sobreviventes de óbitos por causas externas (acidentes e violência), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	$100.000 - [(Número \text{ de óbitos de residentes por causas externas} / \text{população no mesmo local e período}) \times 100.000 \text{ habitantes}]$	Elaborado a partir de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM	(FRANÇA et al., 2017; WISEMAN et al., 2017)
TxMed_AB – Taxa de Médicos na Atenção Básica	Indica a quantidade de médicos (da Estratégia de Saúde da Família, de Família e Comunidade, Pediatra e Clínico) que atuam diretamente no SUS em relação a população com maior prioridade de cobertura de atenção básica	$(n^\circ \text{ de médicos da AB} / \text{População do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica no mesmo local e período}) \times 3450 \text{ habitantes}$	Elaborado a partir de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES; IBGE; SIB/ANS/MS	(GIRARDI et al., 2011, 2016; SCHEFFLER et al., 2008, 2018; SOUSA; DAL POZ; CARVALHO, 2012)
PBF – Proporção de pessoas não Beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF)	Indica a proporção de pessoas não contempladas com o Programa Bolsa Família (PBF) em relação a população no mesmo local e período	$1000 - [(n^\circ \text{ de beneficiários do PBF} / \text{população no mesmo local e período}) \times 1000 \text{ habitantes}]$	Elaborado a partir de Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e IBGE	(DINIZ, 2014; FERREIRA JUNIOR et al., 2017; GIRARDI et al., 2016; SOUSA; DAL POZ; CARVALHO, 2012)
LnPip - Produto Interno Bruto per capita	Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado	Produto interno bruto/população no mesmo local e período	IBGE	(SCHEFFLER et al., 2008, 2018)
TAIS – Taxa de Adequação Idade Série	Expressa o percentual de alunos, em cada série, com idade adequada à idade recomendada (Ensino Fundamental de 8 e 9 anos)	100 - Ver cálculo do INEP	INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira	(DINIZ, 2014; DRACHLER et al., 2014; FERREIRA JUNIOR et al., 2017; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011; PORTO et al., 2003)
Txagua – Taxa da população coberta com abastecimento de água	Indica a proporção da população coberta com abastecimento de água em determinado espaço geográfico, no ano considerado	$(\text{população total atendida com abastecimento de água} / \text{população no mesmo local e período}) \times 100$	Elaborado a partir de Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) e IBGE	(DINIZ, 2014; DRACHLER et al., 2014; FERREIRA JUNIOR et al., 2017; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011)

Fonte: Elaboração própria, 2019.

A outra variável da dimensão epidemiológica, a **Taxa de Óbitos por Causas Externas**, que seriam as mortes por causas não naturais que envolve, por exemplo, as mortes decorrentes de homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, afogamentos, quedas acidentais, entre outras. Elas indicam os riscos de mortes por causas externas relacionadas à violência e acidentes como problemas de saúde pública. Os fatores de riscos envolvem os aspectos culturais e aqueles relacionados aos níveis de desenvolvimento socioeconômico (REDE RIPSA, 2008, grifo nosso). Intervenções de prevenção podem auxiliar na redução dos agravos desse problema de saúde pública que “representam importante carga social pelas vidas perdidas, pelas sequelas, e por onerarem a sociedade com custos diretos e indiretos” (IMPERATORI; LOPES, 2009, p. 84).

Ampliações nos valores das taxas apresentadas indicam piora nas condições de saúde. Em vistas disso, para que todas as variáveis estejam na mesma direção conceitual, isto é, para que aumentos nas variáveis epidemiológicas e socioeconômicas (discutidas na sequência), represente condições favoráveis de saúde da população, procedeu-se à inversão, quando necessário. Assim, as três taxas supracitadas, em vez de serem de óbitos, passaram a ser de sobrevivência – infantil, de menores de 5 anos e por causas externas.

Conforme já apontado ao longo desse estudo, os médicos são fundamentais para ampliação da cobertura do acesso à saúde, bem como para a expansão da AB. Desta forma, a distribuição desigual desses profissionais pode contribuir para ampliação das iniquidades em saúde. Nesse estudo, considerou-se a **Taxa de Médicos na Atenção Básica**, como uma proxy para dimensionar a disponibilidade desses profissionais entre os territórios que sofre influência de diversos fatores, como os econômicos, da estrutura de serviço disponível, das oportunidades formação, do nível de desenvolvimento social, entre outros (ALBUQUERQUE, 2014; PÓVOA; ANDRADE, 2006; BITTAR, 1999). Ampliações e maior equidade na distribuição desses profissionais, podem proporcionar melhoria nas condições de saúde.

Na seara socioeconômica, a **Taxa de Beneficiários do Programa Bolsa Família** busca estimar a parcela da população de um determinado território em situação de pobreza e que, portanto, vive em condições precárias de sobrevivência. Desta forma, demandam maior atenção do poder público no tocante às políticas de saúde, educação, proteção social, entre outras. A redução da pobreza contribui para melhoria das condições de saúde da população, desta forma, a variável foi invertida para representar a proporção de pessoas não beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

Na seara socioeconômica, a **Taxa de Beneficiários do Programa Bolsa Família** busca estimar a parcela da população de um determinado território em situação de pobreza e que,

portanto, vive em condições precárias de sobrevivência. Desta forma, demandam maior atenção do poder público no tocante às políticas de saúde, educação, proteção social, entre outras. A redução da pobreza contribui para melhoria das condições de saúde da população, desta forma, a variável foi invertida para representar a proporção de pessoas não beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

O **Produto Interno Bruto Per Capita**, mede a soma das riquezas econômicas geradas em relação aos habitantes daquele território. É importante em termos analíticos para evidenciar as lacunas de desempenho econômico entre os territórios e com isso, indica possíveis áreas que demandariam maiores investimentos em questões sociais. Ademais, os estudos relacionados a distribuição de médicos têm associado a permanência destes profissionais naquelas regiões de maior poderio econômico (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; MELLO, 1981).

O nível educacional de uma população também afeta em suas condições de saúde, tendo em vista que, pessoas não alfabetizadas demandam do poder público formas especiais de abordagens nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (REDE RIPSA, 2008). Em vista disso, a **Taxa de Distorção Idade-Série** para o ensino fundamental foi utilizada como uma proxy da dimensão educacional. Esse indicador aponta a defasagem idade-série dos estudantes, que a literatura indicou associação positiva com o abandono escolar, níveis piores de desempenho e maiores chances de reprovações. Em termos das características individuais, as maiores defasagens estão relacionadas com níveis baixos de desenvolvimento socioeconômico, de educação dos pais, com a cor da pele negra e com estudantes do sexo masculino (PORTELLA; BUSSMANN; OLIVEIRA, 2017).

Níveis altos de defasagem idade-série podem dificultar a formação de capital humano, com consequências não só individuais, mas sociais e econômicas, bem como podem afetar a redução na desigualdade social (PORTELLA; BUSSMANN; OLIVEIRA, 2017). Tais questões figuram como determinantes sociais da saúde da população. A melhoria nesse indicador e sua relação com as condições de saúde, envolve a sua redução, visando uma maior acomodação dos alunos à série adequada. Em vista disso, ela foi invertida para representar a proporção de alunos, em cada série, com idade adequada à idade recomendada.

Por fim, selecionou a **Taxa da população coberta com abastecimento de água** que, além de revelar a situação socioeconômica de uma população, indica os riscos de saúde em função das questões ambientais, pois, populações com pouco acesso à esse recurso são mais sensíveis a “proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental” (REDE RIPSA, 2008, p. 302).

As oito variáveis apresentadas no Quadro 1 fazem parte do banco de dados da pesquisa contendo informações para expressiva parcela dos 5570 municípios brasileiros, no período de 2010 a 2016. As informações utilizadas nesta pesquisa são oriundas de diversas fontes oficiais e são as mais recentes publicadas até o fim da elaboração deste estudo. Após a construção do IVCS, procedeu-se o cotejamento com as informações dos municípios que foram contemplados com médicos do Programa Mais Médicos, no período de 2013 a 2017.

O IVCS foi calculado antes da implementação do PMM, em 2012 e novamente em 2015, utilizando as mesmas variáveis descritas no Quadro 1. O cálculo do índice em dois períodos temporais, antes e após a implementação do PMM é importante para analisar a sensibilidade das condições de saúde às mudanças nas questões epidemiológicas e socioeconômicas. O que poderia indicar a necessidade revisão do processo alocativo de médicos, se houvesse melhoria ou piora nas condições de saúde da população. Isto é, ajustar o processo alocativo visando maior equidade na distribuição de profissionais, buscando priorizar aqueles municípios em piores condições de saúde em detrimento dos menos necessitados.

Assim, a distribuição de médicos pelo PMM do período de 2013 a 2015, foi realizada considerando o índice de 2012. Já para os anos de 2016 e 2017, considerou-se o índice elaborado para o ano de 2015. O número de médicos do PMM foi obtido por meio da lei de acesso à informação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O software utilizado para realizar as análises multivariadas foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Por fim, analisaram-se duas entrevistas de um total de 16 entrevistas realizadas com atores ligados direta ou indiretamente a implementação do PMM no nível federal e estadual entre os meses de julho de 2018 a janeiro de 2019. Essas entrevistas são parte de uma etapa qualitativa do projeto de pesquisa que possui outros objetivos ao qual este estudo está vinculado. Projeto este aprovado pelo Comitê de Ética conforme parecer nº 2.706.402. As entrevistas ajudaram a compreender os desafios do processo alocativo de médicos. Para manter o sigilo e anonimato das fontes consultadas, as entrevistas foram codificadas sem demonstrar a organização que pertencem, indicado apenas se são do nível federal ou estadual. Por exemplo, EF1 para Entrevistado Nível Federal 1 e EE1, para o Nível Estadual, e assim, sucessivamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão trazem, inicialmente, o processo de construção do indicador de vulnerabilidade e condições em saúde e a situação dos municípios brasileiros em relação ao

indicador proposto. Em seguida, discute-se o processo alocativo de médicos pelo PMM considerando as vulnerabilidades em saúde apontadas.

4.1 Construção do Índice de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS)

No Apêndice, apresenta-se a Tabela 5 com a estatística descritiva das variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas no estudo para compreender a vulnerabilidade e condições de saúde da população dos municípios brasileiros. Elas revelam a heterogeneidade dos municípios brasileiros. Enquanto os valores mínimos para algumas variáveis são iguais ou próximos a zero, para outras, chega a 100, como o acesso a água.

Os dados relevam mudanças positivas nos valores médios de todas as variáveis entre os anos de 2012 e 2015. Um dos exemplos positivos de melhoria pode ser observado na Taxa de Sobrevivência Infantil (TSI) que melhorou de 2012 para 2015. A mortalidade infantil vinha apresentando tendência de declínio desde a década de 1990 até 2015 (BRASIL, 2018), com quedas mais acentuadas na região Nordeste, que historicamente possuía os níveis mais elevados de mortalidade nessa faixa etária (FRANÇA et al., 2017). Todavia, apresentou crescimento de 2015 para 2016 em função de retrações nas condições de vida e na piora do acesso aos serviços de saúde (REIS, 2018).

A taxa de médicos na AB no país no período de comparação, apresentou crescimento médio de 1,80 em 2012, para 2,11 em 2015. Os mesmos dados em 2017 indicam uma taxa de médicos na AB de 2,24. Entre 2012 e 2017 houve um crescimento absoluto de 26.203 (de 118.683 para 144.906) médicos – clínico, da estratégia de Saúde da Família, de família e comunidade, Pediatra no Brasil. Esse incremento foi maior do que o número de médicos no PMM, de 16.958 que estavam em atividade no ano de 2017. A diferença permite indicar que houve, no período, um incremento absoluto de 9.265 médicos para os municípios brasileiros. A distribuição e ampliação do número de médicos será detalhada após a definição do IVCS.

O resultado da análise fatorial com as estatísticas e suas sínteses pode ser observado na Tabela 1. Nos dois períodos considerados no estudo, valendo-se das mesmas variáveis, a técnica apontou a formação de três fatores para as oito variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas para a construção do IVCS. O valor total explicado nos dois momentos ficou próximo. Em 2012, a variância total explicada foi de 72,02% e, em 2015, os três fatores explicavam juntos, 71,52% dos dados.

Tabela 1 - Resultado da Análise Fatorial utilizado na construção do IVCS, 2012 e 2015

Variáveis	2012				2015			
	F1	F2	F3	Comunalidades	F1	F2	F3	Comunalidades
PBF	0,888	0,066	-0,001	0,79	0,892	0,068	0,056	0,804
lnPIB	0,844	0,036	-0,083	0,72	0,839	0,060	-0,077	0,713
TAIS	0,766	0,090	0,004	0,60	0,725	0,049	0,096	0,968
TxMed_AB	0,600	0,050	0,159	0,39	0,614	-0,016	0,097	0,387
Txagua	0,586	0,000	-0,126	0,36	0,584	0,044	-0,228	0,395
TSI	0,063	0,981	0,000	0,97	0,048	0,983	0,017	0,968
TSM	0,076	0,980	0,022	0,97	0,063	0,981	0,034	0,968
Txsob_ext	-0,029	0,015	0,985	0,97	0,022	0,045	0,973	0,949
Autovalor	2,912	1,838	1,012	-	2,835	1,867	1,019	-
% Explicada	36,40	22,97	12,65	-	35,44	23,34	12,74	-
KMO (0,665); χ^2 (21.509,33; p=0,000); Total Explicado (72,02%)					KMO (0,648); χ^2 (21.926,44; p=0,000); Total Explicado (71,52%)			

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

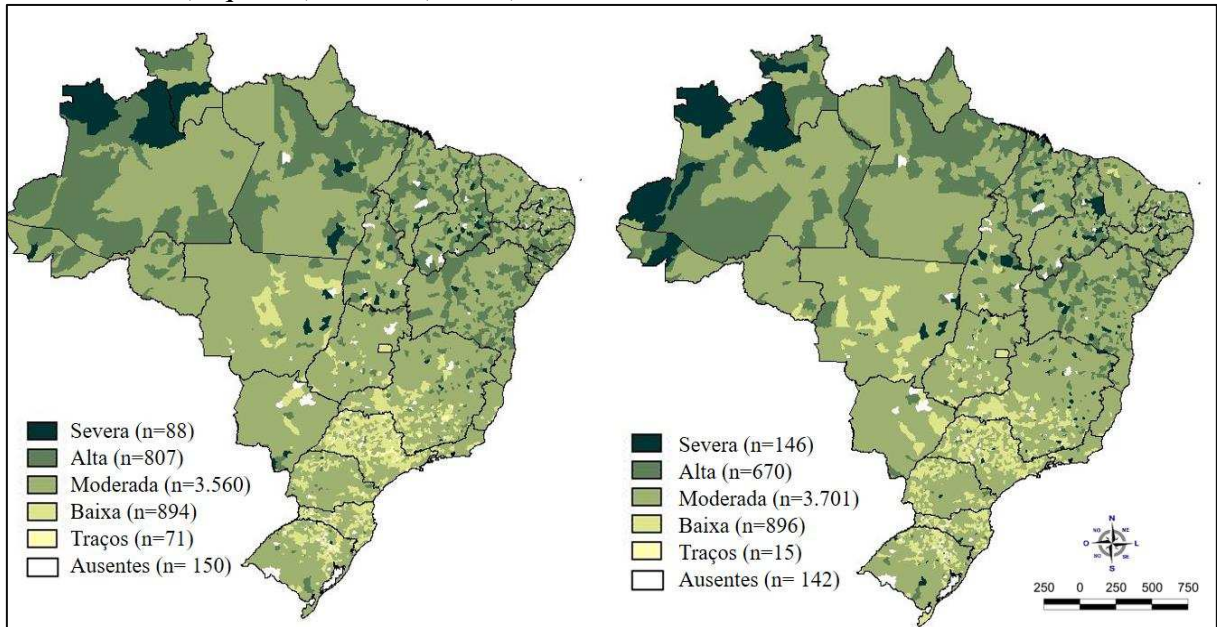
Em ambos os períodos, o fator que mais contribuiu na explicação total foi o primeiro, que agregou as variáveis socioeconômicas, juntamente com a Taxa de Médicos na AB. Essa associação reforça os apontamentos da literatura ao indicar que a fixação de médicos em uma localidade sofre influência das questões socioeconômicas (ALBUQUERQUE, 2014; BITTAR, 1999; PÓVOA; ANDRADE, 2006). O segundo fator, agregou as Taxas de Sobrevivência Infantil (TSI) e de Menores de 5 anos (TSM). Por fim, o último fator agrupou a estrutura latente da Taxa de Sobrevivência por Causas Externas (Txsob_ext). Conforme pressupostos metodológicos seguidos no estudo, selecionou-se os fatores que apresentaram um autovalor superior a 01 (MAROCO, 2014).

A partir das informações da Tabela 1, seguindo os preceitos metodológicos descritos anteriormente, foi construído o IVCS. Esse variava de 0 a 1, indicando que quanto mais próximo a zero maior era a situação de vulnerabilidade em saúde no município e quanto mais próximo a 01, menor eram as vulnerabilidades e condições em saúde. O IVCS em 2012 apresentou média de 0,61, desvio padrão de 0,09 e abrangia 5.420 (ou 97,3%) dos municípios brasileiros. Em 2015, a média aumentou para 0,71, o desvio foi de 0,10 e o total de municípios era de 5428 (ou 97,45%) de todos os municípios brasileiros.

A partir de então, ele foi categorizado considerando o desvio padrão. Cinco faixas de vulnerabilidade e condições em saúde foram apontadas no estudo. Do menor valor até dois desvios padrão abaixo da média, a vulnerabilidade em saúde foi classificada como severa. Entre o segundo e o primeiro desvio abaixo da média, a vulnerabilidade foi classificada como alta. Um desvio em torno (abaixo e acima) da média, considerou como moderada a vulnerabilidade. Do primeiro desvio acima da média até o segundo, a vulnerabilidade foi considerada como baixa. Por fim, acima de dois desvios até o valor máximo, indicou traços de vulnerabilidade em

saúde. O resultado da distribuição dos municípios brasileiros segundo os graus de vulnerabilidade do IVCS pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição dos municípios brasileiros de acordo com as faixas do (IVCS), para os anos de 2012 (esquerda) e 2015 (direita).



Fonte: Elaboração própria a partir de Tabwin32, 2019.

Onde n, é o número de municípios classificado em cada uma das categorias do IVCS.

De acordo com o IVCS de 2012, grande parte dos 88 municípios classificados em situação severa eram das regiões Nordeste (57,7%) e Norte (13,6%) do país, situação que se repetiu em 2015 para a região Nordeste (52,1%). Em relação ao porte populacional desses municípios, 96,6% eram de pequeno porte em 2012, com até 20 mil habitantes, padrão que se repetiu em 2015. Dos 146 municípios em situação severa em 2015, a maioria (92,5% ou 135) eram de pequeno porte. Os demais, 7,5%, possuíam de 20 a 50 mil habitantes.

Em relação a faixa de alta vulnerabilidade em saúde, novamente os municípios das regiões Nordeste e Norte foram predominantes em 2012 e 2015, assim como os pequenos municípios e aqueles de 20 a 50 mil foram recorrentes em ambos períodos. O total de municípios com severa e alta vulnerabilidade somaram 895 no ano de 2012, e 816 em 2015. Ou seja, em termos de critérios de priorização no recebimento de médicos pelo PMM, esses deveriam ser os primeiros a serem atendidos, considerando, é claro, a autonomia do ente municipal em aderir ou não a política pública.

No estrato de vulnerabilidade moderada do IVCS, a situação se inverte em relação aos maiores estratos. Agora, os municípios das regiões Sudeste e Sul do país são maioria em ambos

os períodos, ultrapassando os 48% de representatividade do total de municípios nesse estrato. Em ambos períodos, os pequenos municípios ainda são maioria, todavia, percebe-se que municípios com porte populacional de 100 a 500 mil e os acima dos 500 mil habitantes começam a aumentar sua representatividade no total de municípios dessa faixa de vulnerabilidade. Situação que fica mais evidente nos menores estratos (baixa e traços) como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Número de municípios brasileiros de acordo com a situação vulnerabilidade e condições em saúde por região e porte populacional em 2012 e 2015.

	Severa		Alta		Moderada		Baixa		Traços	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Norte	12	14	135	124	295	301	4	5	0	0
Nordeste	49	76	557	427	1156	1264	4	3	0	1
Centro-Oeste	11	9	21	29	374	345	43	68	1	0
Sudeste	7	35	70	59	1018	1112	483	416	54	12
Sul	9	12	24	31	717	679	360	404	16	2
Até 20 mil	85	135	584	500	2543	2475	522	566	20	7
De 20 a 50 mil	3	11	189	145	668	801	180	131	15	3
De 50 a 100 mil	0	0	31	24	200	248	79	76	13	2
De 100 a 500 mil	0	0	3	1	133	158	94	101	20	3
Acima de 500 mil	0	0	0	0	16	19	19	22	3	0
Brasil	88	146	807	670	3560	3701	894	896	71	15

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nas duas faixas do estrato em melhores condições de vulnerabilidade, baixa e traços, percebe-se uma ampliação da representatividade dos municípios das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país em ambos períodos, representando mais de 90% do total de municípios de cada um dos estratos do IVCS. Os pequenos municípios diminuíram sua participação nessas faixas do indicador, enquanto, aqueles maiores, com mais de 100 mil habitantes ampliaram sua representatividade. Os grandes municípios, com mais 500 mil habitantes em sua maioria foram classificados nos estratos de menor vulnerabilidade em saúde.

Os resultados até então indicam, de forma geral, para os dois períodos, que os municípios com maiores vulnerabilidades em saúde eram aqueles situados nas regiões Norte e Nordeste do país, em contraposição aos municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste que apresentaram as menores vulnerabilidades em saúde. Em relação ao porte populacional, aqueles municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes), bem como aqueles que possuíam de 20 a 50 mil habitantes, quando comparado aos municípios de maior porte populacional, foram os que apresentaram maior situação de vulnerabilidade em saúde. Resultados similares foram encontrados por (GIRARDI et al., 2016), que endossa o argumento quanto à escassez de médicos nessas localidades de acordo com as vulnerabilidades em saúde.

Procurando observar a associação do indicador proposto com o nível de desenvolvimento humano dos municípios (IDH-M) do ano de 2010, percebe-se coeficiente de correlação de pearson de 0,780 para o IVCS de 2012 e de 0,763 para o IVCS de 2015, ambos estatisticamente significativos ao nível de um por cento, indicando um nível forte de correlação (MAROCO, 2014) entre eles. Desta forma, níveis altos de desenvolvimento humano estão correlacionados estatisticamente com baixas vulnerabilidades em saúde. O contrário também é válido, apontando associação entre baixo nível de desenvolvimento humano com altas vulnerabilidades em saúde.

Municípios com níveis baixos de desenvolvimento humano estão associados a infraestrutura deficitária das suas unidades básicas de saúde. O inverso também é válido. Melhorar a infraestrutura das UBS, com investimentos na construção e reforma das unidades, além de qualificar o acesso aos serviços de saúde pela população, promove melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, um dos fatores apontados como amplificadores da rotatividade dos médicos nas ESF (GIOVANELLA et al., 2016). A autora e colaboradores concluíram que municípios que apresentam piores condições de infraestrutura tem menos chances de receber médicos do PMM. De forma semelhante, outros estudos apontaram que aquelas UBS que receberam médicos do PMM em relação aquelas que não receberam, possuem, no geral, melhor infraestrutura (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016).

A partir de então, procurou-se observar se a alocação de médicos pelo PMM foi orientada para os municípios de maior vulnerabilidade em saúde, ou seja, pautando-se por critérios equitativos.

4.2 A alocação de médicos pelo PMM nos municípios brasileiros

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram a evolução do número de municípios brasileiros contemplados com médicos do PMM ao longo de período de 2013 a 2017, a partir do grau de vulnerabilidade e condições em saúde, região e porte populacional. O resultado geral, para todo o país, indica evolução no número de municípios que aderiram ao PMM até o ano de 2017, chegando a 68% (ou 3.796) dos municípios brasileiros. Segundo dados do Ministério da Saúde (em 18/12/18), 4.058 (ou 72,85%) de todos os 5.570 municípios do país tinham aderido ao PMM. Entretanto, somente 3.307 (59,4%) estavam com médicos em atividade (SAGE, 2019). Essa redução se deve ao rompimento do acordo de cooperação entre o governo cubano e o brasileiro, intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no mês de novembro de 2018 em que mais de 7,5 mil médicos deixaram o país, com

o encerramento da parceria após declarações de revisão do acordo firmado pelo vencedor do pleito presidencial de 2018.

A alocação de médicos nos municípios brasileiros de acordo com a vulnerabilidade em saúde, revela, ao longo dos anos, ampliação na cobertura dos municípios em condição severa. Entretanto, mais de 40% dos municípios nessa condição não foram contemplados com médicos do PMM ao longo do período analisado. Na faixa de alta vulnerabilidade, a situação melhora a cobertura, chegando a 74% em 2015 e se mantém no patamar em 2017. Porém, 27% dos municípios ainda não havia sido contemplado com médicos nesse estrato no ano de 2017.

Vale ressaltar que, mesmo a política estabelecendo os critérios de adesão, cabe aos municípios, a partir de sua autonomia, escolher aderir ou não à política, ou seja, não há obrigatoriedade na adesão. O público alvo do PMM são os municípios que estão em áreas consideradas prioritárias pelo SUS. Conforme a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013 que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, aquelas regiões de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade são consideradas prioritárias para o direcionamento das ações do PMM.

O processo alocativo ocorre após o chamamento público realizado pelo Governo Federal e a adesão ou não dos entes locais ao PMM, a partir dos critérios normativos de prioridade e vulnerabilidade. Em seguida, abre-se um novo chamamento para alocação dos profissionais conforme ordem de prioridade aos médicos formados no país ou com diploma revalidados; médicos brasileiros formados no exterior, mas sem habilitação para atuar no país e por fim, médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior (BRASIL, 2013c). Caso o município não tivesse suas vagas preenchidas, médicos do acordo de cooperação com o governo cubano eram direcionados, até então, à essas localidades.

Tabela 3 - Evolução dos municípios brasileiros contemplados com médicos do PMM de acordo com o grau de vulnerabilidade e condições em saúde, região e porte populacional de 2013 a 2017.

	IVCS2012	Municípios com o PMMB						IVCS2015	Municípios com o PMMB			
		2013		2014		2015			2016		2017	
		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%
Severa	88	30	34	46	52	50	57	146	74	51	79	54
Alta	807	461	57	574	71	600	74	670	432	64	488	73
Moderada	3560	1302	37	2359	66	2524	71	3701	2444	66	2583	70
Baixa	894	156	17	520	58	569	64	896	584	65	581	65
Traços	71	14	20	45	63	47	66	15	8	53	7	47
Ausente	150	19	13	60	40	66	44	142	11	8	58	41
Norte	446	306	69	354	79	364	82	444	340	77	370	83
Nordeste	1766	1025	58	1258	71	1349	76	1771	1171	66	1318	74
Centro-Oeste	450	91	20	274	61	310	69	451	300	67	308	68
Sudeste	1632	287	18	873	53	953	58	1634	928	57	943	58
Sul	1126	273	24	845	75	880	78	1128	814	72	857	76
Ausente	150	-	-	-	-	-	-	142	-	-	-	-
Até 20 mil	3754	1098	29	2294	61	2430	65	3683	2088	57	2299	62
De 20 a 50 mil	1055	510	48	790	75	874	83	1091	875	80	904	83
De 50 a 100 mil	323	187	58	261	81	286	89	350	309	88	310	89
De 100 a 500 mil	250	153	61	217	87	223	89	263	241	92	242	92
Acima de 500 mil	38	32	84	38	100	38	100	41	40	98	41	100
Ausente	150	2	1	4	3	5	3	142	-	-	-	-
Brasil	5570	1982	36	3604	65	3856	69	5570	3553	64	3796	68

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Estudo conduzido por Oliveira, Sanchez e Santos (2016), revela que mudanças nos critérios normativos permitiram a inclusão de municípios não prioritários no recebimento de médicos pelo PMM. Em função disso, os autores apontam que 37,02% dos municípios que tinham sido contemplados com médicos do PMM em 2013 e 2014 não atendiam aos critérios normativos. Ademais, o levantamento apontou que 22,7% dos municípios considerados prioritários (conforme critérios normativos) para o recebimento da política, não foram contemplados, pois a adesão não era obrigatória.

Apontamentos do Tribunal de Contas da União (TCU), no relatório de auditoria nº 005.391/2014-8, endossa essa questão ao indicar que 592 municípios considerados prioritários para o recebimento da política até maio de 2014, não tinham sido contemplados com médicos do PMM. Segundo o órgão, mesmo o Governo Federal respeitando a autonomia de adesão do ente municipal, pode acabar direcionando profissionais para aqueles municípios melhor articulados e com capacidades de planejamento para aderirem ao PMM (TCU, 2015). Isso se reflete na grande parcela de municípios nos demais níveis de vulnerabilidade em saúde contemplados com médicos do programa, como pode ser observado na Tabela 3.

Os apontamentos até aqui evidenciam o desafio do órgão responsável pelo processo alocativo em focalizar e criar mecanismos a fim de prover médicos aos locais prioritários. Nas falas de um dos entrevistados, o ator reconhece os limites do arranjo federativo em relação a autonomia do ente local em participar do programa, porém “a gente não buscou nenhum mecanismo também de prover municípios que não quisessem participar do programa” (EF1). Ainda segundo o ator, alguns entes por problemas de gestão, compreensão dos normativos, atendimento aos prazos e até por resistência da classe médica local, não se candidatavam ao programa, mesmo que fossem prioritários. Outros, por sua vez, conseguiam localmente suprir a demanda de médicos sem o provimento do governo federal.

Um dos desdobramentos da resistência da classe médica local foram, inicialmente, os embates no nível individual, nos ambientes de trabalho com a rejeição dos médicos brasileiros aos médicos cubanos após a adesão dos municípios ao PMM. Atritos esses que dificultaram o processo de trabalho em equipe. Imaginava-se, também, que o domínio do idioma e a cultura seriam barreiras ao processo de trabalho dos médicos intercambistas no atendimento médico. Essas barreiras no nível individual foram superadas com apoio dos profissionais da equipe das unidades de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Adicionalmente, imaginava-se que o alinhamento político do gestor local ao da Presidência da República, mesmo com os critérios alocativos, pudesse indicar adesão maior de prefeituras do mesmo partido ao do Executivo Federal. Porém, os dados de municípios contemplados, conforme a literatura, revelam que a adesão foi suprapartidária e que a estrutura de incentivos pode ter sido mais decisiva na adesão dos municípios ao programa (SILVA; BAIA, 2018).

Em relação à distribuição de acordo com as regiões do país, observa-se que as regiões Nordeste e Norte, que proporcionalmente possuíam o maior percentual de municípios em condições de maiores vulnerabilidades, tiveram em 2017, respectivamente, 83% e 74%, dos seus municípios contemplados com médicos do PMM. As regiões Sudeste e Sul do país, que possuíam os maiores percentuais de municípios nos menores estratos de vulnerabilidade em saúde tiveram, respectivamente, 58% e 76%, dos seus entes locais com médicos do PMM em 2017. O que mostra situações de iniquidades distributivas pelo PMM.

Considerando o porte populacional, os municípios de pequeno porte, aqueles com até 20 mil habitantes, que eram os maiores vulneráveis, tiveram o menor percentual de cobertura quando comparados com os demais de maior porte. Chama a atenção, que aqueles municípios de grande porte, principalmente, os com mais de 500 mil habitantes, em sua maioria foram contemplados com médicos do PMM ao longo do período analisado. Os dados revelam a

dificuldade de alocação de médicos pelo PMM naqueles municípios em situação severa e alta necessidade em saúde, bem como nas regiões mais necessitadas e nos municípios de pequeno porte. Esses, principalmente, foram os que tiveram juntamente com os municípios em condições severas de necessidade, perdas de médicos na Atenção Básica (AB), como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4 - Saldo líquido de médicos na AB e participação relativa dos médicos do PMM de acordo com o grau de vulnerabilidade em saúde, região e porte populacional em 2012 e 2017, considerando o IVCS de 2012 dos municípios brasileiros.

	Nº Médicos AB 2012 (A)	Nº Médicos AB 2017 (B)	Evolução nº de Médicos AB (C=B-A)	Médicos PMM (D)	Saldo Líquido (C - D)	Participação Relativa dos Médicos do PMM (D/B)
Severa	150	231	81	183	-102	79%
Alta	3.388	5.286	1.898	1.621	277	31%
Moderada	51.431	65.187	13.756	11.316	2.440	17%
Baixa	49.214	57.959	8.745	3.711	5.034	6%
Traços	14.251	15.899	1.648	41	1.607	0%
Sem classificação	249	344	95	86	9	25%
Norte	6.440	8.950	2.510	2.100	410	23%
Nordeste	25.396	31.993	6.597	5.913	684	18%
Centro-Oeste	8.453	11.086	2.633	1.199	1.434	11%
Sudeste	57.455	66.546	9.091	5.013	4.078	8%
Sul	20.939	26.331	5.392	2.733	2.659	10%
Até 20 mil	13.293	16.792	3.499	4.148	-649	25%
De 20 a 50 mil	14.954	19.231	4.277	3.872	405	20%
De 50 a 100 mil	12.952	17.053	4.101	2.552	1.549	15%
De 100 a 500 mil	35.403	42.648	7.245	3.895	3.350	9%
Acima de 500 mil	42.015	49.182	7.167	2.491	4.676	5%
Sem classificação	66	0	-66	0	-66	-
Brasil	118.683	144.906	26.223	16.958	9.265	12%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No período analisado, para todas as estratificações realizadas – vulnerabilidade em saúde, região e porte populacional –, percebe-se ampliação do número de médicos da AB em 26.223 profissionais. Desconsiderando o total de médicos do PMM em atividade no período (16.958), o incremento seria na ordem de 9.265 profissionais. Os médicos do PMM representavam 12% do total de médicos em atividades na AB em 2017.

Entretanto, quando se analisa por estratos de vulnerabilidade em saúde, percebe-se dependência dos municípios em condição severa ao PMM, pois se o mesmo deixasse de existir, haveria perda de 102 médicos nessas localidades. Evidência dessa questão pode ser observada na representatividade dos médicos do PMM (79%) em relação ao total de médicos nos municípios, em 2017. Em segundo lugar de participação do PMM (31%), estavam os municípios em condição alta de vulnerabilidade em saúde. Do total de médicos do PMM, 1%

estavam nos municípios em condição severa e 10% em alta vulnerabilidade de saúde. A grande maioria, 67% dos médicos do PMM foram alocados nos municípios em condição moderada e 22%, naqueles de baixa vulnerabilidade em saúde, conforme dados de 2017.

Os municípios das regiões Norte e Nordeste foram os que tiveram menor incremento de médicos na AB em relação às demais regiões e eram, conforme já apontado ao longo do estudo aqueles com maiores vulnerabilidades em saúde. Os médicos do PMM representavam, respectivamente, 23% e 18%, do total de médicos no computo total de 2017. As regiões Norte e Nordeste receberam, respectivamente, 12% e 35%, do total de médicos do PMM. Parcela significativa de médicos foram alocados nos municípios da região Sudeste (30%), seguidos das regiões Sul (16%) e Centro-Oeste (7%).

Em relação ao porte populacional, os municípios de pequeno porte, caso o PMM encerrasse suas atividades, perderiam 649 profissionais. Esses municípios, juntamente com aqueles que possuem população de 20 a 50 mil habitantes, eram os dependentes do provimento do PMM, conforme dados da participação relativa dos médicos do PMM em relação ao total de 2017. O PMM alocou 24% dos médicos nos municípios de pequeno porte. Em segundo lugar, empatados com 23% estavam os municípios de 20 a 50 mil habitantes e aqueles de 100 a 500 mil. Por fim, também com mesmo percentual, 15%, estavam os municípios de 50 a 100 mil habitantes e aqueles de grande porte, com mais de 500 mil habitantes.

Os dados apresentados indicam que os municípios de pequeno porte e os com até 50 mil habitantes, juntamente com aqueles em situação severa e alta vulnerabilidade em saúde seriam os mais afetados com ausência de provimento de médicos pelo PMM e teriam agravados a situação de escassez de médicos nessas localidades. As evidências apontadas com a diminuição de médicos nos municípios em condição severa de necessidade em saúde e naqueles com até 20 mil habitantes pode indicar processo de substituição de médicos das equipes pré-existente pelos do provimento do PMM. O que é vedado pelos normativos do PMM.

Indica também falhas no monitoramento pelo governo federal em relação ao quantitativo de médicos nos municípios, como apontado pela CGU (2018). Segundo ator entrevistado EF2, a gestão do PMM tem buscado atuar para correção de “possíveis distorções detectadas”, realizando chamamento público de municípios que ainda não aderiram ao PMM, para que possam identificar “o interesse, perfil e a capacidade de cobertura do serviço de AB no SUS” nesses municípios. Com esse levantamento, segundo o ator, seria possível realizar o “planejamento, a curto e médio prazo, pela gestão do projeto, para oferta mediante redistribuição e/ou ampliação da cobertura assistencial [...], inclusive com eventual reordenação

dos critérios” distributivos, visando maior equidade distributiva. Esses critérios ainda não são de domínio público.

Resultados indicados por Girardi et al. (2016, p. 2379) apontam a “substituição da oferta regular de médicos das prefeituras pelo provimento federal”. Os resultados do estudo demonstraram dependência dos municípios em relação ao programa, caso o mesmo deixasse de existir, indicando incapacidade desses em prover os médicos sem o suporte do Governo Federal. O mais crítico desta situação é que aumentaria a situação de escassez de médicos nestas localidades (GIRARDI et al., 2016). Em auditoria da Controladoria Geral da União, em 222 equipes de saúde da família de 198 municípios, verificou-se que em 44 equipes (ou 20%) de 32 municípios, houve substituição de médicos das equipes pelo do provimento emergencial do Governo Federal (CGU, 2018).

Problemas de ordem econômica e de gestão dos municípios poderiam auxiliar na compreensão da substituição de médicos de equipes de saúde pré-existentes por médicos do provimento emergencial do Governo Federal, que atua na lógica da indução financeira. Isto é, o governo federal arca com os custos financeiros da bolsa formação, instalação e deslocamento do médico, enquanto os entes municipais são responsáveis por fornecer moradia, alimentação e água potável aos médicos participantes do projeto (BRASIL, 2013c). E, desta forma, não entram na folha salarial dos municípios. Essas estruturas de incentivos favorecem a adesão ao PMM (SILVA; BAIA, 2018).

Com a municipalização e descentralização dos serviços públicos aos entes locais, observa-se que nos últimos anos, principalmente após os anos 2000, houve uma diminuição da participação da União no gasto total com a saúde pública em detrimento do aumento dos governos Estaduais e Municipais (SOARES; SANTOS, 2014). Dentro desse contexto, os recursos transferidos da União fundo a fundo para os governos Estaduais e Municipais vem diminuindo ao longo dos anos de 2000 a 2011, passando de 32% para 23% no período. Como consequência, os entes municipais, com menores capacidades arrecadatórias, acabam por entrar com uma contrapartida de até 70% do financiamento dos serviços de saúde na AB (MENDES; MARQUES, 2014).

Dados do Atlas do Estado Brasileiro apontam crescimento na participação relativa dos servidores municipais em relação ao total de servidores da administração pública no país, saltando de 38% em 1995 para 57% em 2016. Ainda segundo o relatório, 40% do funcionalismo público dos entes municipais é composto por professores e profissionais da saúde (LOPES; GUEDES, 2018). Situação que pode comprometer a expansão e a prestação de serviços de saúde, caso a situação se deteriore, pois são serviços intensos em força de trabalho e os

municípios poderiam não atender os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal quanto ao comprometimento da receita corrente com gasto com pagamento de pessoal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados ao longo do estudo mostram que o PMM ampliou o acesso da população aos serviços de saúde para milhões de brasileiros através do provimento emergencial. Em 2017, 68% (ou 3.796) dos municípios brasileiros possuíam 16.958 médicos em seus territórios, que eram anteriormente desassistidos ou com dificuldades de fixação de médicos, como nas regiões Norte e Nordeste do país e nos municípios de pequeno porte. Esse resultado do PMM em curto espaço temporal (2013-2017) apresenta sinais positivos com a chegada da política na redução da carência de médicos nos municípios brasileiros. Políticas anteriormente implementadas no país com o mesmo propósito não conseguiram esse avanço em curto espaço temporal (GIRARDI et al., 2016; MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Apesar dos aspectos positivos, os resultados apontaram falhas no processo alocativo de médicos nos municípios brasileiros pelo PMM, não priorizando os critérios equitativos. Isto é, municípios que não apresentavam necessidade de priorização alocativa em função do grau de vulnerabilidade e das condições em saúde foram contemplados com médicos do PMM. O que abre espaços para aprimoramentos na implementação do PMM. Dentre eles, caberia aperfeiçoamentos nos critérios alocativos, visando direcionamentos mais equitativos de médicos, priorizando para o recebimento dos profissionais aqueles municípios em condições mais elevadas de vulnerabilidade.

Os resultados também indicaram a forte influência dos aspectos socioeconômicos no índice de vulnerabilidade e condições em saúde e são justamente esses os principais fatores que afetam as decisões dos médicos quanto ao seu local de trabalho. Em função disso, políticas de desenvolvimento regional e as de mitigação das desigualdades socioeconômicas que melhore as condições de vida e de saúde das distintas localidades podem ser um importante propulsor para contribuir para uma melhor alocação e fixação de médicos no território nacional.

Por fim, é importante ponderar que se a alocação de médicos pelo PMM tivesse priorizado os critérios equitativos poderia ter contribuído de modo significativo para redução do número de municípios em piores condições de saúde. Desta forma, os resultados apresentados endossam os argumentos da literatura e órgãos de controle quanto a iniquidades alocativas, bem como atualiza o debate ao trazer uma análise mais recente desse processo.

Estudos futuros poderiam averiguar os efeitos dessa alocação nos indicadores de saúde dos municípios brasileiros, uma vez que, a distribuição geográfica dos profissionais de forma não equitativa pode afetar a disponibilidade, quantidade e qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Em função disso, convida-se a comunidade acadêmica a se debruçar sobre a temática a fim de elucidar o papel do PMM na melhoria da saúde pública. Pois, estudar o PMM é contribuir para ampliação do conhecimento sobre os resultados da política, que ainda está em curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C. P. Inequilidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 3, p. 166-171, 2014.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1369, de 08 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 219, Seção 3, p. 204, nov., 2013.

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

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 360/2017**. Plenário. Relator: Benjamin Zymler. Seção: 08/03/2017, 2017.

BRASIL. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, n. 4, p. 254-258, 2003.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 44, p. 13-24, 2009.

CARVALHO, R. A. S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 5, p. 1-9, 2015.

CGU. **Relatório de avaliação da execução do programa de governo nº 86 Programa Mais Médicos**. Brasília: CGU, 2018. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11363.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

CUNHA, N. R. DA S. et al. A intensidade da exploração agropecuária como indicador da

degradação ambiental na região dos Cerrados, Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 46 n. 2, p. 291-323, 2008.

DINIZ, J. S. **Necessidades em saúde e oferta da atenção primária nos municípios de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado). Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, 2014.

DRACHLER, M. DE L. et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19 n. 9, p. 3849-385, 2014.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Hum Resour Health**, v. 4, n. 12, p. 16, 2006.

ESPM. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Index_relatorio.pdf. Acesso em: 20 ago. 2016.

FACCHINI, L. A. et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2652-2652, set. 2016.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Análise de dados: modelos de regressão com Excel, Stata e SPSS**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2015. v. 1

FERREIRA JUNIOR, S. et al. Desigualdades nas Necessidades em Saúde entre os Municípios de Minas Gerais: uma Abordagem Empírica no Auxílio às Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 2, p. 105-119, 2017.

FERREIRA, M. A. S. **Perspectivas do controle social: uma análise da natureza e extensão da participação cidadã na gestão dos municípios mineiros**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Administração e Contabilidade, 2015.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. supl.1, p. 46-60, 2017.

FRITZEN, S. A. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? **Human Resources for Health**, v. 5, n. 1, p. 4, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, set. 2016.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Eds.). **O**

trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Bookman Editora, 2009.

IMPERATORI, G.; LOPES, M. J. M. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: Como atuam agentes comunitários de saúde? **Saude e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 83-94, 2009.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2005.

KEMPER, E. S. et al. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, n. 1, p. 1-5, 2018.

LOPES, F.; GUEDES, E. **Atlas do Estado Brasileiro: Uma Análise Multidimensional da Burocracia Pública Brasileira em Duas Décadas (1995-2016)**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/181217_atlas_do_estado_brasileiro.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MAROCO, J. **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 6. ed. Perô Pinheiro, 2014.

MELLO, C. G. **O sistema de saúde em crise**. CEBES-HUCITEC, 1981.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 176/2018 - CGPS/DEPREPS/SGTES/MS**. Disponível em:

http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=4794685&codigo_crc=79FC2550&hash_download=eeabcc1b07cf054908d94d8631522ecd713654833ac09de83b55c91c141624ad796858bfb7af9885c074207ba321bbac85f0afa2ac922dd644a31e. Acesso em: 22 nov. 2018.

MURPHY, G. T. et al. Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: An exercise in applied needs-based planning. **Health Policy**, v. 105, n. 2, p. 192-202, 2012.

NARDO, M. et al. **Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide**. Paris: OECD Publishing, 2008.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, set. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mais Médicos na atenção primária no Brasil. Metasíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos**. Brasília: OPAS, 2017.

PORTO, S. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1393-1404, 2007.

PORTO, S. M. et al. **Metodologia de alocação de recursos Financeiros Federais do SUS**. Rio de Janeiro, 2001.

PORTO, S. M. et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 376-388, 2003.

PORTO, S. M. et al. Equidade no Financiamento da Saúde, Alocação de Recursos e Utilização dos Serviços de Saúde no Brasil. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Eds.). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 253-280.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1555-1564, 2006.

POZO-MARTIN, F. et al. Health workforce metrics pre- and post-2015: a stimulus to public policy and planning. **Human resources for health**, v. 15, n. 1, p. 14, fev. 2017.

REDE RIPSA, I. DE I. PARA A S. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, V. **Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>. Acesso em: 3 dez. 2018.

ROURKE, J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. **Rural and remote health**, v. 10, n. 4, p. 1654, 2010.

SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégia do Ministério da saúde**. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 5 fev. 2019.

SANTOS, L. F.; FERREIRA, M. A. M.; CAMPOS, A. P. T. Rural development and family agriculture in the Brazilian state of Minas Gerais in the light of multivariate data analysis. **Interações (Campo Grande)**, v. 19, n. 4, p. 827-843, 2018.

SCHEFFLER, R. M. et al. Forecasting the global shortage of physicians: An economic- and needs-based approach. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 7, p. 516-523B, 2008.

SCHEFFLER, R. M. et al. Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. **Human Resources for Health**, v. 16, n. 1, p. 5, 2018.

SECRETARIA FEDERAL DE CONTROLE INTERNO. **Relatório de Auditoria Anual de Contas (relatório nº 201600675)**. Brasília, 2015.

SGETS. Resolução nº 1, de 2 de outubro 2015. **Diário Oficial da União**, Nº 191, terça-feira, 6 de outubro de 2015. Brasil, 2015.

SILVA, H.; BAIA, P. Associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios às políticas de saúde: evidências do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 615-631, 2018.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2709-2718, set. 2016.

SOUSA, A.; DAL POZ, M. R.; CARVALHO, C. L. Monitoring Inequalities in the Health Workforce: The Case Study of Brazil 1991–2005. **PLoS ONE**, v. 7, n. 3, p. e33399, 27 mar. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TCU. **Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa (TC nº 005.391/2014-8)**. Brasília, 2014.

VIACAVA, F. et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, jul. 2019.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

VOLPE, F. M. et al. The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005. **Revista panamericana de salud publica**, v. 26, n. 6, p. 478-484, dez. 2009.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992.

WHO. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention - global policy recommendations. **Sciences-New York**, p. 70, 2010.

WHO. **WHO | Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year)**. Disponível em: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/. Acesso em: 22 dez. 2016.

WHO. **World health statistics 2016**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2016b.

WISEMAN, V. et al. Measuring inequalities in the distribution of the Fiji Health Workforce. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, p. 115, 30 jun. 2017.

APÊNDICE

Tabela 5 - Estatística Descritiva das Variáveis do IVCS para os Municípios Brasileiros em 2012 e 2015

Variáveis	2012				2015			
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
TxMed_AB	1,80	1,59	0,00	19,02	2,11	1,53	0,00	18,96
lnPIB	9,37	0,71	7,96	13,56	9,62	0,68	8,12	13,15
Txagua	61,56	29,94	0,05	100,00	62,44	30,18	0,61	100,00
TSI	985,71	13,29	800,00	1.000,00	986,78	13,07	833,33	1.000,00
TSM	983,40	14,80	769,23	1.000,00	984,74	14,39	812,50	1.000,00
Txsob_ext	99.926,23	40,22	99.684,34	100.000,00	99.928,30	38,40	99.686,24	100.000,00
PBF	905,26	59,08	744,75	998,94	913,42	57,45	740,30	999,24
TAIS	76,55	11,62	36,00	100,00	80,19	10,49	34,00	100,00

Fonte: Elaboração própria, 2019.

ARTIGO III - EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) NOS RESULTADOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Resumo: o Programa Mais Médicos (PMM), instituído em 2013 pelo Governo Federal do Brasil, buscava fortalecer a prestação de serviços em atenção básica à saúde, bem como reduzir as desigualdades em saúde no país. No intuito de analisar essas mudanças, realizou-se uma avaliação quase-experimental, antes e depois da implementação do PMM, em um grupo de 791 municípios vulneráveis em termos socioeconômicos e de saúde, comparando os efeitos da intervenção nos indicadores de saúde. Os resultados indicam incremento de 0,49 pontos na taxa médicos na atenção básica no grupo de municípios tratados. Essa expansão de médicos possibilitou ampliar a taxa de cobertura populacional das equipes de saúde da família (eSF) em 25,61 pontos, bem como expandir em 33,49 pontos a taxa de visitas domiciliares realizadas por médicos. Apesar das melhorias, os resultados não mostraram melhoria no acompanhamento das pessoas cadastradas pelas eSF, bem como não apontaram avanços na resolutividade da atenção básica, ao reduzir os encaminhamentos para especialistas, internações hospitalares, urgência e emergência, bem como aquelas internações que são sensíveis a atenção primária à saúde. Adicionalmente, as análises não apontaram reduções na taxa de mortalidade infantil. Em sentido oposto, documentou-se incremento de 2,93 no indicador. As evidências, em parte, apontam para o fortalecimento da prestação de serviços de saúde; por outro lado, permanece inconclusivo os efeitos das políticas de recursos humanos em saúde, como o PMM, nos resultados de saúde.

Palavras-chave: Avaliação de Políticas. Programa Mais Médicos. Atenção Básica. Estudo Quase-Experimental.

1 INTRODUÇÃO

Dentro do contexto de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da efetivação da saúde enquanto direito social, o Programa Mais Médicos (PMM), instituído em 2013 pelo Governo Federal, buscava, dentre outros objetivos, ampliar a prestação de serviços em atenção básica (AB) no país e reduzir as desigualdades regionais em saúde. Para tanto, as ações do PMM envolviam o provimento emergencial de médicos em regiões que enfrentavam dificuldades para prover e fixar esses profissionais, bem como o aprimoramento na formação médica sob novas diretrizes curriculares e a expansão de vagas em cursos de medicina e residência médica, além de investimentos e qualificação da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS).

Passados cinco anos do início de sua implementação, faz-se necessário investigar a efetividade do programa em relação aos seus efeitos em melhorias na prestação de serviços de saúde, na resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), que no país é conhecida como Atenção Básica (AB) e nos indicadores de saúde populacional, como a infantil. Estudar essas questões estaria consoante a agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, que

deseja conhecer o “impacto do Programa Mais Médicos para a atenção básica em áreas de elevada vulnerabilidade social” (BRASIL, 2018a, p. 19). Problematizações da literatura também têm questionado as mudanças nos indicadores de saúde da população que poderiam ser atribuídos ao PMM (BARBOSA et al., 2018). Ou seja, há a necessidade de conhecer o impacto do PMM nos resultados da saúde pública. As análises empreendidas neste artigo contribuem para preencher, em parte, as lacunas apresentadas.

Revisões de literatura sobre o PMM tem apontado crescimento na produção científica e uma diversidade de temas estudados, como: (a) análise da implementação; (b) os efeitos do PMM na distribuição equitativa de médicos, na cobertura e no acesso à saúde, nas mudanças nos processos e nas práticas de trabalho, na satisfação dos usuários e dos gestores, nas situações de saúde, entre outros; (c) análise política do programa; (d) as repercussões da intervenção nas mídias; (e) análises jurídicas/constitucionais e limitações e críticas ao PMM. Os temas menos recorrentes são aqueles voltados à (f) formação médica e (g) às ampliações e melhorias da infraestrutura das unidades básicas de saúde (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; MEDINA et al., 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017; RIOS; TEIXEIRA, 2018).

Para fins deste estudo, o foco de análise foi nos efeitos da intervenção, tomando como referência as observações da literatura que apontam para ampliação do acesso e cobertura dos serviços de saúde após implantação do programa (MIRANDA et al., 2017; LIMA et al., 2016; SILVA et al., 2016b). Indicadores de mortalidade – como a evitável, a prematura, por causa externa – e o baixo peso ao nascer foram objetos de avaliação em municípios da região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Os resultados de forma agregada não permitiram conclusões taxativas, mas revelaram que naqueles municípios com melhor cobertura de AB, esses indicadores foram maiores do que nos entes municipais com condições mais deficitárias de cobertura de AB (MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKKE, 2016).

As internações por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde (ICSAP) por diarreia e gastroenterite foram objeto de avaliação nos estados da região Nordeste do País. Comparando médias no período de setembro de 2012 a agosto de 2015, Gonçalves et al., (2016) identificaram redução de 35% nas internações investigadas. De forma similar, os resultados em contexto nacional mostraram indícios de redução nas ICSAP de 44,9% em 2012, para 41,2% em 2015, em municípios com população extremamente pobre e de regiões de fronteira contemplados com o PMM, enquanto o mesmo indicador manteve-se inalterado no grupo de entes locais não participantes do PMM (SANTOS et al., 2017).

Mesmo sendo importantes os avanços alcançados com os resultados apontados a partir da implementação do PMM, sugere-se cautela em função de limitações de abrangência territorial e metodológicas, como a utilização de séries temporais e modelos avaliativos que levem em consideração variáveis de controle (MEDINA et al., 2018). Em função disso, a literatura tem apontado a necessidade de estudos avaliativos sobre o PMM com desenhos metodológicos quase-experimentais (BARBOSA et al., 2018).

Os estudos quase-experimentais são aqueles que “não têm como base a seleção aleatória dos beneficiários para o tratamento” (GERTLER et al., 2015, p. 370), como é o caso do PMM. No processo de implementação do PMM, não é possível realizar distribuição aleatória dos municípios que seriam ou não contemplados com a intervenção para formar os grupos de tratamento e controle, pois normativos do PMM estabelecem critérios alocativos de prioridade no recebimento da política. Ademais, o PMM depende da vontade manifesta dos entes municipais e dos médicos em realizar a adesão a partir de chamamentos públicos.

Dessa forma, os métodos quase-experimentais, como o Diferença em Diferença e o Pareamento, são possibilidades a serem utilizadas na avaliação de impacto do PMM. Além de ser uma possibilidade alternativa aos modelos experimentais, os estudos quase-experimentais apresentam vantagens como alto nível de validade externa, são úteis para intervenções que produzem impactos no longo prazo e são adequados para intervenções em que os resultados são afetados por uma longa cadeia de causas, como é o caso do PMM. Outrossim, eles podem ser aplicados usando dados retrospectivos que, de forma geral, são mais rápidos e menos onerosos que estudos experimentais (BARRETO, 2016).

Estudos valendo-se de métodos quase-experimentais evidenciaram o papel do PMM na redução das ICSAP, com efeitos maiores para os municípios mais pobres e situados nas regiões Norte e Nordeste do país. A redução foi mais significativa a partir do segundo ano da intervenção, com a diminuição de 6% nas internações, uma economia estimada ao final de três anos (em 2016) de 6.185.019,85 dólares (FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018).

Apesar dos estudos mostrarem coerência quanto aos efeitos do PMM nas ICSAP, em outros indicadores de saúde as evidências científicas nem sempre coadunam na mesma direção. Por exemplo, o estudo de Mazetto (2018) mostrou o efeito do PMM na ampliação do atendimento à população, com mais consultas, encaminhamentos, exames e visitas domiciliares. Diferentemente, os resultados do estudo conduzido por Santos (2018) não identificaram efeitos do PMM sobre o número de consultas médicas realizadas, consultas pré-natais e nos indicadores de mortalidade (neonatal e a neonatal tardia).

Em relação aos indicadores de mortalidade, os estudos não são conclusivos quanto ao efeito do PMM. Carrillo e Feres (2017), valendo-se do método diferença em diferença, identificaram incremento de médicos de 17% em municípios tratados, o que refletiu em ampliação das consultas médicas (4,3%) e atendimento pré-natal (10%). Esperava-se que esses resultados possibilitassem melhorias na saúde infantil, entretanto, o incremento de médicos não indicou incrementos nos indicadores de baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade infantil.

A proposta central do artigo é analisar os efeitos do PMM nos resultados da AB no contexto dos municípios brasileiros, considerando o papel do programa na redução das desigualdades de médicos, na ampliação da cobertura e na resolutividade da AB, bem como na redução da desigualdade regional em saúde, captada pela mortalidade infantil. O estudo contribui de forma incremental à literatura ao focalizar a avaliação dos efeitos do PMM em um grupo de municípios considerados vulneráveis em termos socioeconômicos e epidemiológicos, que os tornariam prioritários em termos de recebimento da política, já que ela tem como um de seus propósitos diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde.

A literatura e os órgãos de controle indicaram falhas no processo alocativo de médicos pelo PMM (CGU, 2018; BRASIL, 2017; GIRARDI et al., 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016; BITTAR, 1999), o que torna a avaliação do programa – considerando um critério alocativo pautado em vulnerabilidades de saúde – ainda mais necessária para uma aferição acurada dos resultados do PMM no grupo de municípios prioritários ao seu recebimento. O que seria uma contribuição aos estudos realizados até então.

Adicionalmente, o estudo traz um recorte temporal maior de exposição ao PMM em relação aos outros estudos com dados até o ano de 2017. Ainda assim, o prazo de implementação do programa é curto. A intervenção está em curso e, conforme documentado pela literatura, há diversas externalidades positivas (ampliação do escopo de práticas das eSF, ampliação e melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, entre outras), que não foram objeto do estudo e que podem afetar os resultados. Adicionalmente, resultados de médio e longo prazo, que ainda é cedo para aferir, podem provocar mudanças na saúde pública. Por exemplo, o impacto da interiorização das vagas de graduação e residência médica na distribuição e fixação de médicos em áreas desassistidas e na atenção básica. Não obstante, os efeitos da inserção de médicos formados sob as novas diretrizes curriculares nos resultados da saúde pública.

Além desta seção introdutória, o artigo está organizado em mais quatro seções. A segunda faz um resgate da literatura mostrando os efeitos das políticas de recursos humanos em saúde nos resultados de saúde. Em seguida, discute-se os aspectos metodológicos do estudo, com a seleção das variáveis e a estratégia empírica de investigação. Na terceira seção, os resultados e discussão são apresentados. Por fim, as considerações finais.

2 O EFEITO DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (RHS) NOS RESULTADOS DE SAÚDE

Um sistema de saúde pautado por ações de APS tende a ser mais efetivo (STARFIELD, 2002). A carência e a distribuição desigual dos RHS podem afetar fortemente o desempenho e a efetividade dos sistemas de saúde. A literatura sobre o assunto tem mostrado influência dos RHS nos resultados de saúde (ANAND; BARNIGHAUSEN, 2004). Segundo Starfield (2002), um maior número de profissionais médicos da atenção primária (como os médicos de família e comunidade no Brasil), em detrimento de especialistas, resulta em melhores indicadores de saúde, bem como em menores custos de prestação do serviço, conforme apontaram Engstrom, Foldevi e Borgquist (2001).

Alguns estudos entre países vêm mostrando que quando há um aumento na densidade dos recursos humanos em saúde (RHS) por mil habitantes, há redução na carga de doenças da população (CASTILLO-LABORDE, 2011). No Vietnã, por exemplo, constatou-se a relação estatística entre a disponibilidade de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, parteiros e farmacêuticos) e os resultados de saúde em relação a melhoria da expectativa de vida ao nascer e redução das taxas de mortalidade infantil e de menores de cinco anos, controlado pela renda per capita, densidade populacional, taxa de pobreza e de analfabetismo de adultos (NKONKI; TUGENDHAFT; HOFMAN, 2017).

Estudando o efeito dos profissionais de saúde na mortalidade materna, infantil e para menores de cinco anos, controlado por determinantes socioeconômicos (renda e educação), Anand e Barnighausen (2004) evidenciaram significância estatística nestes resultados. Apesar de ser um dos recursos imprescindíveis aos sistemas de saúde, a escassez de profissionais de saúde é vista como um obstáculo para alcançar a cobertura universal em saúde. O relatório *The world health report 2006: working together for health*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta a temática dos RHS como questão-chave para promoção da universalização da saúde. Nesse relatório, estimou-se que 57 países apresentavam, à época, escassez equivalente a um déficit mundial de 2,4 milhões de médicos, enfermeiros e parteiras (WHO, 2006).

Nesse sentido, a OMS emitiu recomendações aos países para aumentar o acesso da população que vive em áreas rurais, remotas e carentes aos profissionais da saúde. Uma forma de se alcançar esse objetivo seria ampliando a retenção desses profissionais nessas localidades a partir de ações governamentais, já que individualmente, por uma série de motivos – pessoais, salariais, condições de trabalho, supervisão, infraestrutura, distância geográfica, nível de desenvolvimento, oportunidades de atualização profissional, entre outros –, os profissionais optam ou não por ocupar os postos de trabalho nestas localidades. Para tanto, foi sugerido investir em políticas de recursos humanos, conjugando ações de: (a) seleção; (b) educação; (c) regulatória/normativa; (d) incentivos financeiros; (e) suporte pessoal e profissional aos trabalhadores da saúde (WHO, 2010).

Do conjunto geral de sugestões da OMS, o PMM contemplou 37,5% das 16 recomendações (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016). Evidências científicas apontam que as intervenções propostas pelos países se concentram em uma única ou poucas estratégias a fim de mitigar os fatores que poderiam contribuir para retenção dos RHS. As sugestões da literatura apontam a necessidade de os governos conjugarem estratégias que sejam capazes de mitigar os efeitos dos fatores que contribuem para a decisão dos trabalhadores de saúde em ir, permanecer ou deixar as áreas de trabalho rurais/remotas/vulneráveis, pois as decisões deles não são baseadas em apenas um único fator (LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008).

A despeito disso, sistematizações da literatura indicam poucas evidências empíricas do sucesso destas intervenções em promover melhor distribuição dos profissionais de saúde (LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008; WILSON et al., 2009). Particularmente, os efeitos destas intervenções nos resultados de saúde são pouco conhecidos. Dolea, Stormont e Braichet (2010) procuraram sistematizar os estudos que avaliavam a eficácia e a sustentabilidade destas intervenções. De um total de 27 trabalhos incluídos na análise, somente quatro analisaram os efeitos das políticas na saúde pública. Os estudos apontaram melhoria no atendimento, redução de encaminhamentos e diminuição do tempo de espera. Porém, não houve menção às mudanças nos indicadores de mortalidade após as políticas implementadas.

De forma similar, mas com maior rigor metodológico, as revisões de literatura realizadas pelo grupo de revisores da Cochrane, tiveram como propósito avaliar o papel dessas políticas em promover uma melhor distribuição de médicos a partir de estudos com ensaios clínicos randomizados, padrão geralmente adotado em suas revisões. Como não identificaram estudos com esse rigor metodológico, incluíram os estudos quase randomizados, controlados antes e depois dos estudos das intervenções e as séries temporais interrompidas. Nenhum dos

1.844 estudos identificados foi inserido na revisão considerando os critérios de inclusão, o que denota a necessidade de estudos mais robustos sobre a temática (GROBLER et al., 2009).

Em 2015, os revisores do grupo atualizaram o levantamento considerando os mesmos critérios metodológicos. Dos 8.945 registros de acordo com os critérios de busca, 125 estudos foram selecionados para leitura final. Destes, somente um atendia aos pressupostos metodológicos exigidos. Novamente, os revisores constataram o pequeno número de evidências confiáveis destas intervenções em promover uma distribuição mais equitativa de profissionais de saúde (GROBLER; MARAIS; MABUNDA, 2015). O foco das investigações concentrava-se nos fatores favoráveis e limitantes, bem como nos efeitos sobre a distribuição de médicos, e pouco discutia as mudanças nos indicadores de saúde, como os de mortalidade.

Na Austrália, Yong et al., (2018) procuraram avaliar a eficácia da política de incentivo financeiro do governo australiano para atrair e reter os clínicos gerais em áreas remotas, valendo-se do método diferença em diferença. Os autores não constataram resultados de que o programa de incentivo rural tenha alterado o estoque geral de clínicos gerais nessas localidades em relação às áreas metropolitanas. A política de incentivo surtiu mais efeito nos recém-graduados, que deveriam ser priorizados na política em detrimento dos mais seniores. Os autores controlaram a análise com variáveis populacionais (tamanho da população, a proporção de mulheres e a proporção de pessoas com mais de 65 anos de idade), bem como a situação econômica das regiões.

É importante frisar que outras categorias de profissionais de saúde, além dos médicos, são essenciais para uma boa qualidade na prestação dos serviços de saúde. Isso não significa invalidar ou não reconhecer a importância dos médicos para o desempenho dos sistemas de saúde. A título de exemplo, a inserção de parteiras nas equipes de médicos de família em áreas rurais na região do oriente médio, conhecida como Curdistão, mostrou aumento na conscientização das mulheres quanto aos benefícios do parto normal e diminuição da preferência pela cesárea, mas os resultados não apontaram diminuição nas taxas de parto por cesárea (HAJIZADEH et al., 2016).

No Brasil, APS está estruturada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que definiu como forma de organizar a AB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A AB é desenvolvida por equipes multiprofissionais de saúde, podendo contar, dentre outros, com médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), ou outros profissionais, a depender do tipo de equipe formada considerando as características e necessidades municipais. Os médicos do PMM fazem parte das Equipes de

Saúde Família (eSF) e Atenção Básica (eAB), conforme Portaria nº 1.143, de 29 de outubro de 2014.

Muitos estudos desenvolvidos no país observaram que o fortalecimento da ESF permite melhores resultados de saúde populacional, como por exemplo, redução das taxas de mortalidade infantil, de menores de cinco anos, mortalidade materna e diminuição das taxas de ICSAP (PINTO JUNIOR et al., 2018; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009). Diante do exposto, evidencia-se a complexidade e a necessidade em avaliar os efeitos das políticas de RHS, no sentido de mensurar os resultados das intervenções e atribuí-los as ações das políticas propostas. Na próxima seção, é apresentada a estratégia empírica de investigação do estudo.

3 METODOLOGIA

3.1 Dados e estratégia de investigação

Trata-se de uma análise cross section do efeito do PMM levando em consideração os anos de 2012, antes da implantação da intervenção e após implementação do programa em dois momentos do tempo, em 2015 e 2017 em função de disponibilidade dos dados. Algumas variáveis de desfecho utilizadas, principalmente, aquelas relacionadas a pessoas acompanhadas, visitas médicas e encaminhamentos estavam disponíveis nas bases de dados oficiais somente até o ano de 2015. Por sua vez, outras de desfecho, como a taxa de médicos na atenção básica, cobertura populacional, ICSASP e a taxa de mortalidade infantil possuíam lastros temporais maiores, disponíveis até o ano 2017, quando da realização do estudo.

Estabeleceu-se como corte os anos de 2013 e 2014, tendo em vista que muitos municípios aderiram ao programa neste intervalo. Além do mais, a implementação do PMM foi um processo que demandou meses para sua operacionalização – entre os chamamentos públicos de adesão de municípios e médicos até a efetiva chegada do profissional no território e atuação nas unidades de saúde. Entre os anos de 2013 e 2014, o total de médicos, entrantes menos desistentes, chegou a 13,6 mil alocados em 3.591 municípios, conforme dados obtidos pela lei de acesso à informação.

Embora houvesse dados de resultados para os anos de 2013 e 2014, eles não foram considerados para a análise dos efeitos nesse período. Adicionalmente, levou-se em conta a permanência no programa ao longo do período analisado, isto é, entes municipais que aderiram ao PMM entre os anos de 2013 e 2014 e que permaneceram até o ano de 2017, período mais

recente de informações atualizadas, tendo, assim, ao menos quatro anos de exposição à intervenção. O tempo de adesão ao PMM poderá revelar diferenças nos resultados entre os municípios, pois o programa pode não produzir resultados imediatamente à sua implementação, bem como as gestões locais podem demandar tempo para entendimento da sua operacionalização, entre outros fatores (GERTLER et al., 2015).

Para as análises, consideraram-se informações de saúde pública, socioeconômicas e de estrutura de prestação de serviços de saúde que estão descritas no Quadro 01 (ANEXO), que explicita, de forma sintética, as variáveis incluídas no estudo (desfecho e controle), suas definições, fórmulas de cálculo e as fontes dos dados.

Desde já, cabe esclarecer que apenas comparar os municípios antes e depois da intervenção do PMM não é capaz de revelar o efeito da política, uma vez que diversos outros fatores podem afetar os resultados da intervenção. Assim, “para poder estimar o efeito causal ou impacto de um programa sobre os resultados, qualquer método escolhido deve estimar o chamado contrafactual, isto é, qual teria sido o resultado para os participantes do programa se eles não tivessem participado” (GERTLER et al., 2015, p. 8).

Diante disto, torna-se viável utilizar métodos como o Diferenças em Diferenças (DD), adotado nos estudos de abordagem quase experimentais (BARRETO, 2016; REEVES; WELLS; WADDINGTON, 2017). O método DD “compara as mudanças nos resultados ao longo do tempo em uma população inscrita em um programa (o grupo de tratamento) e uma população que não está inscrita (o grupo de comparação)” comumente designado de controle (GERTLER et al., 2015, p. 99-100).

Para definição da amostra de municípios do estudo, levou-se em consideração as condições de vulnerabilidade (severa e alta) em saúde a partir do Indicador de Vulnerabilidade e Condições em Saúde (IVCS) para o ano de 2012 (antes do PMM) elaborado nesta tese a partir de informações socioeconômicas e de saúde dos municípios brasileiros. A amostra continha 895 municípios no grupo de vulnerabilidades do IVCS. Para definição do grupo de tratamento levou-se em consideração aqueles municípios que aderiram ao PMM entre os anos de 2013 e 2014, e que permaneceram no programa até o ano de 2017, totalizando, assim, 572 municípios. Por sua vez, faziam parte do grupo de controle aqueles entes em situação de vulnerabilidade, mas que não aderiram ao Mais Médicos em nenhum momento do recorte temporal. Eram 209 municípios nessa situação. Dessa forma, o total de observações final foi de 781.

O perfil dos 781 municípios analisados neste estudo em sua maior parte é das regiões Nordeste (67%) e Norte (18%) do país, seguido das regiões Sudeste (9%), Sul (4%) e Centro-Oeste (3%). Considerando o porte populacional, a grande maioria é de pequeno porte, sendo

que 71% dos municípios possuem até 20 mil habitantes. Aqueles na faixa dos 20 aos 50 mil habitantes, somam 24%. Em seguida, estão 3% dos entes na faixa dos 50 aos 100 mil habitantes e, somente 1%, são municípios na faixa populacional dos 100 aos 500 mil habitantes.

A partir de então, estabeleceu-se os grupos de tratamento e controle a fim de observar os efeitos do PMM, considerando o fortalecimento da prestação de serviços em saúde em AB, um de seus objetivos. Para tanto, analisou-se como desfecho: (a) o incremento de médicos na AB; (b) capacidade de cobertura populacional das equipes de saúde da família (eSF); (c) o número de pessoas acompanhadas pelas eSF; (d) a proporção de visitas médicas realizadas. Esses indicadores procuravam captar a ampliação da cobertura dos serviços de saúde. Em seguida, analisou-se a resolutividade da APS através da (e) proporção de encaminhamento para atendimento especializado; (f) proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência; (g) proporção de encaminhamento para internação hospitalar e as (h) Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Por fim, analisou-se os efeitos do PMM nos resultados de saúde, pois um de seus objetivos é reduzir as desigualdades regionais em saúde. Desta forma, considerou-se o seu impacto do PMM na saúde infantil, materializado pela (j) taxa de mortalidade infantil para menores de um ano de vida.

A ampliação do acesso da população aos níveis de atenção à saúde, bem como a redução do déficit de profissionais é uma das formas de contribuir para o fortalecimento da prestação de serviços de saúde no nível da AB, bem como para um maior resolutividade (PINTO et al., 2014). Uma Atenção Primária à Saúde (APS) efetiva contribui para reduzir os encaminhamentos e as internações de um conjunto de problemas de saúde que são sensíveis à APS, o que indicaria a qualidade e a resolutividade desta orientação (BERMÚDEZ-TAMAYO et al., 2004).

A resolutividade pode ser observada em dois momentos. Num primeiro, dentro do próprio serviço em relação “à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado”. Já num segundo momento, “dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde” (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008, p. 663).

Desta forma, a análise dos indicadores de encaminhamentos dos pacientes para outros níveis de atendimento à saúde pode ajudar no entendimento da resolutividade da APS. Por sua vez, o indicador ICSAP, instituído por meio da Portaria nº 221/2008, é considerado o “instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal” (MS, 2008). Considerou-se, na análise, a lista de causas da referida portaria.

Ademais, esse indicador foi endossado pelo TCU como uma das formas de avaliar se o PMM estaria contribuindo para fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País (TCU, 2014).

Assim, “atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas” (ALFRADIQUE et al., 2009, p. 1337). Desta forma, o indicador das ICSAP pode ser usado como instrumento para avaliar o desempenho da atenção primária e também o efeito de intervenções políticas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009), como o PMM.

Por fim, a mortalidade infantil é comumente aplicada para evidenciar as condições de desigualdade em saúde pública (CARVALHO et al., 2015; VOLPE et al., 2009), um dos objetivos que o PMM busca reduzir. A saúde infantil também é sugerida para avaliar os desfechos das políticas de RHS em melhorias das situações de saúde populacional (HUICHO et al., 2010). O fortalecimento das ações de ESF tem contribuído para reduzir as mortalidades nesse grupo etário (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010).

Não obstante, diversos fatores, como baixos “níveis socioeconômicos da população, quantificáveis por meio do acesso a serviços de saúde e saneamento, do nível de escolaridade da população, da renda per capita e do nível de desigualdade de renda” estão relacionados a altas taxas de mortalidade infantil (VOLPE et al., 2009, p. 797). Diante do exposto, em seguida, discute-se a estratégia empírica de investigação.

3.2 Estratégia empírica: Diferença em Diferença com Propensity Score Matching

Uma questão que merece especial atenção no modelo DD se refere ao efeito das variáveis omitidas que poderia não revelar o efeito real da intervenção, partindo do ponto que a oferta de médicos aos entes locais pode não produzir efeitos nos resultados de saúde pública se outros componentes importantes não estiverem presentes, como infraestrutura (estabelecimentos e leitos de internação) e recursos – humanos (como o número de médicos na AB) e materiais (recursos recebidos para investimento na saúde e aqueles próprios gerados pelos entes locais para fazer frente às necessidades tanto na saúde quanto em outras áreas). Todavia, é reconhecido que o bom desempenho do trabalho dos profissionais de saúde é um componente-chave para um sistema de saúde forte, que aliado a outros determinantes sociais, como o nível de acesso a água e o nível educacional, podem contribuir para melhorar o estado de saúde populacional (HUICHO et al., 2010).

A literatura recomenda que os grupos de comparação e tratamento sejam comparáveis, ou melhor, que as diferenças entre os dois grupos ocorra em função das características observáveis controladas pela inserção de variáveis de controle ou de alguma técnica de pareamento (GERTLER et al., 2015). Assim, empregou-se o Propensity Score Matching (PSM), que possibilita calcular a probabilidade (PX) das unidades (os municípios) de tratamento e controle vir a participar do PMM, considerando os valores observados de suas características, ou melhor, o escore de propensão, que varia de 0 a 1. Convencionalmente, a estimação do Propensity Score é realizada por modelos de escolha binária, como os modelos Logit e Probit.

O escore de propensão evidencia a probabilidade de o município (i) participar do programa dado um conjunto de características observáveis (X_i). Nesse caso, representado pelas variáveis socioeconômicas, infraestrutura e recursos para a prestação de serviços em saúde que podem ser consultadas no Quadro 1 (ANEXO A). Além da pertinência teórica, as variáveis utilizadas no pareamento foram baseadas em exercícios de inclusão e exclusão, considerando a significância estatística no sentido de obter a melhor predição possível do modelo. Ele pode ser representado formalmente pela Equação 1, que foi estimada através do modelo Probit.

$$(PX) = Pr(PMM_i = 1/X_i) \quad (1)$$

A partir dos seus resultados, realizou-se o pareamento entre os grupos de controle e tratamento que tinham os escores similares. O pareamento foi realizado por meio do vizinho mais próximo, por ser o mais usual na literatura. Ele faz o pareamento para cada unidade do grupo de municípios que receberam o tratamento a pelo menos uma unidade do grupo controle com escores de propensão mais próximo (KHANDKER; KOOLWAL; SAMAD, 2010).

O pareamento para o caso estudado se fez necessário em função de os municípios participantes do PMM não serem escolhidos de forma aleatória e sim, de acordo com critérios de elegibilidade. Entretanto, mesmo a política estabelecendo os critérios de adesão, cabe aos municípios escolher aderirem ou não a política, ou seja, não é uma adesão obrigatória. Ademais, conforme já apontando pela literatura, mudanças nos critérios alocativos de vagas pelo PMM permitiu a adesão de municípios que não seriam prioritários para participarem da intervenção (OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016). Além do mais, verificou-se iniquidades alocativas de médicos pelo PMM (GIRARDI et al., 2016), o que reforça a escolha pelo método de pareamento.

Apesar de os resultados do PSM indicarem de forma satisfatória o efeito médio da intervenção a partir do pareamento, no estudo, a técnica foi utilizada para estabelecer de forma

adequada os grupos de tratamento e controle. Após a definição dos grupos, estimou-se os efeitos por meio do método de diferença em diferenças (DD). Como o próprio nome sugere, ele calcula duas diferenças. A primeira diz respeito à diferença das médias das variáveis de desfecho para os grupos (tratamento e controle) antes e após a implementação do PMM. A segunda é a diferença da primeira diferença calculada entre os grupos de tratamento e controle. Formalmente, pode ser representado através de uma regressão linear múltipla que foi estimada pelo método de mínimos quadrados ordinários (MQO) na Equação 2.

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 ano_t + \beta_2 PMM_{it} + \beta_3 X_{it} + \epsilon_{it} \quad (2)$$

Em que que Y_{it} , refere-se as variáveis de desfecho para município i no ano t , que podem ser consultadas no Quadro 1 (ANEXO A). β_0 , mostra o valor esperado da variável de interesse para o grupo de controle, antes da intervenção, revelando os parâmetros de comparação. β_1 capta os efeitos de estar no segundo período para o grupo de controle. Já ano_t , é a variável dummy para o período $t(1)$, se os dados se referem ao segundo período (pós-implementação) e $t(0)$, indica o período antes da implementação. Por sua vez, β_2 , revela as possíveis diferenças entre o grupo de tratamento e controle antes da política mudar e PMM_{it} , é a variável dummy que indica se o município está ($t=1$) ou não ($t=0$) participando do PMM e ϵ_{it} , indica o termo de erro.

Adicionalmente, β_3 mostra o impacto da política pública no grupo de tratamento, em relação ao grupo de controle, sobre a variáveis de desfechos analisadas. Para isolar o efeito de outras variáveis que podem estar causando mudanças na variável de interesse, inseriu no modelo variáveis de controle, X_{it} , aqui representadas pelas condições socioeconômicas, infraestrutura e recursos de prestação de serviços em saúde dos entes municipais dispostas no Quadro 1 (ANEXO A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seção está organizada em dois momentos. Em um primeiro, apresenta-se a estatística descritiva dos dados utilizados nas análises realizadas juntamente com o teste de médias. Em seguida, os resultados e análises da estimação com o escore de propensão e do método diferença em diferença.

4.1 Descrição dos dados utilizados para o escore de propensão e diferença em diferença

Conforme a estatística descritiva e o teste de médias na Tabela 1, percebe-se significância estatística ao nível de 1% na taxa de médicos na Atenção Básica (txmed_ab) para ambos grupos de municípios, porém, o incremento foi maior no grupo de municípios que participaram do PMM, grupo este que partiu de uma média menor no ano de 2012. Em situação similar está a cobertura populacional pelas equipes de saúde aptas a receber médicos pelo PMM (txesf) que, antes do PMM, possuíam na amostra estudada cobertura superior a 100% da população. O incremento foi maior no grupo de municípios que participaram da intervenção.

Apesar do aumento da cobertura populacional, essa não se traduziu na ampliação de pessoas acompanhadas (txacomp) pelas equipes, considerando a população do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica. O que pode estar relacionado ao incremento ou preenchimento de equipes, indicando maior possibilidade de cobertura. Porém, por uma diversidade de motivos, que podem estar relacionados à implementação do programa e as capacidades de prestação de serviços oferecidas pelos entes municipais, não reverberou em ampliação de pessoas acompanhadas.

Em relação ao indicador que reflete o percentual de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais médicos, a txvis_med, percebe-se redução para os grupos, sendo mais expressiva; porém, não significativa para os municípios do grupo de controle. Entretanto, a média de 2015 (167.27) do grupo controle era superior à média do grupo de tratamento antes e após a intervenção, o que pode ser reflexo da desassistência de médicos na AB, conforme evidenciado pela txmed_ab.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas e teste de médias para os grupos de tratamento e controle, para os anos de 2012, 2015 e 2017.

Variáveis	Tratamento (n=572)					Controle (n=209)				
	Obs	2012 média	2015 média	2017 média	Diferença	Obs	2012 média	2015 média	2017 média	Diferença
txmed_ab	1,143	0.91	-	1.52	-0.61***	416	0.98	-	1.22	-0.24***
txesf	1,134	109.58	-	132.52	-22.95***	412	144.50	-	151.11	-6.61***
txacomp	959	93.20	88.66	-	4.54	350	98.66	94.98	-	3.68
txvis_med	1,142	159.89	132.03	-	27.86	417	215.73	167.27	-	48.46
txencam_esp	1,050	5.71	4.77	-	0.94	385	5.03	5.18	-	-0.15
txencam_ih	1,048	0.86	0.70	-	0.16	381	0.86	0.91	-	-0.05
txencam_urg	1,047	1.95	1.75	-	0.20	383	1.72	1.90	-	-0.18
icsap	1,144	28.10	-	23.53	4.57	418	24.25	-	19.72	4.54
tmi	1,057	26.35	-	18.32	8.03	345	30.73	-	21.38	9.35
txlint	836	1.55	-	1.51	0.04	220	2.01	-	2.02	-0.01
txmed_sus	1,144	7.34	-	9.43	-2.09***	418	8.17	-	10.22	-2.05***
txbpbfb	1,144	154.36	-	154.42	-0.06	418	152.28	-	147.38	4.90
pip_percapita	1,144	6,747.07	9,017.30		-2,270.23***	418	7,665.58	10,014.54	-	-2,348.96***
transf_capita	1,144	162.02	-	219.10	-57.07***	418	176.41	-	284.22	-107.81***
tdis	1,144	36.69	-	29.21	7.47	418	32.94	-	25.66	7.29
rcpc	1,113	1653.08	-	2611.34	-958.25***	408	2071.41	-	3216.24	-1,144.84***
txagua	1,144	39.89	42.36		-2.47***	418	45.75		47.44	-1.69
txest	1,144	0.70	-	0.48	0.23	418	0.87	-	0.58	0.29

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: Obs, é igual número total de observações. *** significante a 1%; ** significante a 5%; *significante a 10%.

Considerando os indicadores de encaminhamentos para atendimentos especializados (txencam_esp), internação hospitalar (txencam_ih) e urgência e emergência (txencam_urg) percebe-se que houve, para o grupo de municípios que receberam a intervenção, reduções, ainda que não significativo em termos estatísticos. Em contraposição, no grupo controle, houve piora com aumento nas taxas de encaminhamentos, porém, não foram significativos estatisticamente. O que pode indicar que neste grupo não houve melhoria da resolutividade da APS. Em relação a taxa de ICSAP, o teste de médias não apontou significância estatística, porém, percebe-se, para ambos grupos analisados, redução em torno de 4,5 pontos na média do indicador. Os municípios do grupo que participaram do PMM apresentaram média superior aos municípios do grupo controle no indicador analisado.

Adicionalmente, o grupo de tratamento partiu de uma média menor em relação a taxa de mortalidade infantil (tmi) quando comparado com o grupo controle, todavia a redução, não significativa em termos estatísticos foi superior no grupo controle. Entretanto, a média do indicador no grupo de controle em 2017, era superior em 3 pontos ao grupo de tratamento.

Em relação às variáveis de controle, que foram inseridas com o intuito de isolar o efeito de outras variáveis que podem provocar mudanças na variável de interesse, inseriu-se no modelo variáveis socioeconômicas e de recursos para prestação de serviços de saúde, utilizadas no pareamento dos grupos e no método de diferença em diferença.

As variáveis de cunho socioeconômico, como a proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família capitada pela (txbpbpf), praticamente se manteve estável para os municípios do grupo tratamento, enquanto houve queda no grupo de controle. Todavia, a taxa do grupo tratamento era superior em relação ao grupo de controle, indicando uma proporção maior de pessoas em situação socioeconômica deficitária. Situação que pode ser endossada pela taxa de distorção idade série (tdis), em que apesar da redução na distorção ser próxima entre os grupos, a média para os municípios do grupo de tratamento é superior ao controle.

Outro indicador que capta as condições socioeconômicas, a média da proporção da população coberta com abastecimento de água, captada pela (txagua), era menor para o grupo de tratamento em relação ao controle. Ambos apresentaram incremento na cobertura, porém, o aumento foi mais significativo em termos estatísticos no grupo de municípios que receberam a intervenção.

Em relação à capacidade econômica dos entes municipais, captada pelo produto interno bruto per capita (pip_percapita) e a receita corrente per capita (rcpc), evidencia-se significância estatística ao nível de 1% para ambos grupos; no entanto, o incremento médio de 2012 para 2017 foi maior para os municípios do grupo controle. Esses também tiveram maiores

incrementos na média das transferências recebidas fundo a fundo em termos per capita (*transf_capita*) para investimentos em ações e serviços de saúde.

Considerando as condições de prestação de serviços de saúde, as variáveis de proporção de leito de internação (*txlint*) e de estabelecimentos de saúde (*txest*) em relação à população, com exceção do grupo controle, em que a *txlint* apresentou estabilidade, nas demais situações houve redução na capacidade de estrutura para prestação de serviços e ações de saúde. Em situação oposta, a proporção de médicos no SUS (*txmed_sus*) apresentou melhorias.

Para entender melhor se os grupos de tratamento e controle eram semelhantes, considerando algumas características observáveis, procedeu-se com o pareamento dos entes municipais com o escore de propensão pelo método do vizinho mais próximo, conforme resultado apresentado no Apêndice. Isso se faz necessário em função de os municípios participantes do PMM não serem escolhidos de forma aleatória e sim, de acordo com critérios de elegibilidade.

Estimou-se os escores de propensão por meio do modelo Probit para cada variável de desfecho do estudo a partir de algumas características observáveis dos entes municipais, no sentido de encontrar os melhores pares de comparação entre os entes do grupo tratado e controle. Além da pertinência teórica, exercícios de inclusão e exclusão de variáveis foram adotados no sentido de encontrar o modelo ótimo.

De acordo com os resultados observados, percebe-se que quatro variáveis permitiram a formação dos grupos de comparação e controle. A probabilidade estimada de adesão ao PMM é negativamente associada à capacidade de geração de receitas próprias pelos entes municipais, bem como pelo valor repassado através das transferências fundo a fundo para ações e serviços de saúde. Isto é, se o ente municipal não enfrenta dificuldades de gerar receitas próprias, aumenta sua capacidade de contratação de médicos por recursos próprios, o que contribui para diminuir a possibilidade de demandar médicos do provimento federal. O inverso também é válido. Se o município não enfrenta dificuldades de gerar receitas, ele se torna menos dependente das transferências governamentais para ações e serviços de saúde, o que aumenta a possibilidade de propor iniciativas próprias voltadas a contratação e retenção de médicos.

Por sua vez, em sentido positivo, o tamanho populacional do ente municipal juntamente com a taxa de distorção idade série, proxy da área educacional, afeta positivamente a adesão ao PMM. Com populações maiores, passa a demandar do ente local uma maior força de trabalho em saúde a fim de suprir as demandas por ações e serviços de saúde, o que pode contribuir para aumentar a demanda do ente por médicos. Em relação à defasagem idade-série, proxy da área educacional, o seu aumento significa deterioração das condições sociais (PORTELLA;

BUSSMANN; OLIVEIRA, 2017). A literatura já indicou que locais mais vulneráveis socialmente enfrentam dificuldades para retenção de médicos (ALBUQUERQUE, 2014; PÓVOA; ANDRADE, 2006; BITTAR, 1999). Após a definição dos grupos, estimou-se o modelo de diferença em diferenças (DD).

4.2 Os efeitos estimados do PMM nos Indicadores de Saúde

Definidos os grupos de controle e tratamento para cada variável de interesse do estudo, os efeitos do PMM foram estimados para variáveis de desfecho relacionadas aos indicadores de saúde, que estão descritos na Tabela 2. Os resultados foram estimados considerando a Equação 2, apresentada na seção metodológica. A Tabela 2 indica os impactos da participação no PMM para as variáveis de desfecho – pessoas acompanhadas, visitas médicas, encaminhamento para atendimento especializado, internação hospitalar e encaminhamentos para urgência e emergência – para o ano de 2015 em comparação ao período anterior a implementação do PMM, no ano de 2012. As variáveis de controle também estavam disponíveis para o mesmo recorte temporal. Por sua vez, as variáveis de desfecho – taxa de médicos na AB, cobertura populacional, internações por condições sensíveis à APS e taxa de mortalidade infantil – foram analisadas para o ano de 2017 em contraposição ao ano de 2012 e controladas por variáveis no mesmo instante temporal.

Um dos objetivos do PMM é contribuir para diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias do SUS. De acordo com a estimativa, percebe-se que após a inserção do programa houve um incremento na taxa de médicos na atenção básica de 0,49 pontos percentuais (p.p) para o grupo de tratamento em relação ao grupo de controle. As variáveis utilizadas para controlar os efeitos evidenciaram que a proporção de estabelecimentos de saúde, juntamente com a proporção de médicos atuando no SUS, contribui de forma positiva para o incremento de médicos no nível da AB. Em sentido contrário, o aumento na proporção de pessoas assistidas com programas de transferência de renda, como o bolsa família, contribui negativamente para a expansão dos profissionais médicos. Isto é, o aumento na desigualdade social dificulta o aumento na taxa de médicos no nível da AB.

Os controles utilizados, a proporção de estabelecimentos de saúde e o número de médicos atuando no SUS, ajudam a entender um pouco das oportunidades de trabalho no município, para além do PMM, como possibilidades de plantão. Ou seja, essas questões funcionam como um incentivo a atração dos profissionais e uma forma de mantê-los atuando no município, em caso de ausência do PMM. Em sentido oposto, o nível de pobreza contribui

para afastar os profissionais daquele território. Os controles utilizados reforçam os argumentos da literatura em relação aos fatores que facilitam ou dificultam a fixação de médicos, como as oportunidades de ganhos econômicos e o nível de desenvolvimento da região (ALBUQUERQUE, 2014; PÓVOA; ANDRADE, 2006; BITTAR, 1999).

Os resultados encontrados endossam outros estudos da literatura que avaliaram com métodos quase-experimentais os efeitos do PMM em relação ao incremento de médicos (FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018; CARRILLO; FERES, 2017). Adicionalmente, os achados corroboram com estudos de outras políticas de recursos humanos em saúde implementadas em outros países ao apontar aumento no número de profissionais médicos após a implementação das intervenções (YONG et al., 2018).

Tabela 2 - Efeitos do PMM nos indicadores de saúde, estimado pelo método de regressão linear múltipla por MQO.

Variáveis	Taxa de Médicos na AB	Cobertura Populacional	Pessoas Acompanhadas	Visitas médicas	Encam. Atend. Especializado	Encam. Internação Hospitalar	Encam. Urgência e Emergência	ICSAP	Mortalidade infantil
Constante	-0.53	0.85	89.57	350.17	-16.75	2.20	1.35	-9.81	-14.37
PMM	0.49	25.61	0.63	33.49	-0.65	-0.90	-0.08	0.53	2.93
p-valor	0.000***	0.000***	0.865	0.089*	0.663	0.454	0.816	0.55	0.075*
Ano	2017-2012	2017-2012	2015-2012	2015-2012	2015-2012	2015-2012	2015-2012	2017-2012	2017-2012
Controles									
txest	0.37*	53.47***	-4.01	-	0.12	-	0.27	5.08*	-23.33***
txmed_sus	0.06***	0.19	0.94	-0.050	0.16	-0.02	0.14**	-0.12	-
txbpbpf	-0.01**	0.01	-	-0.04	0.04**	0.00	-0.00	0.02**	0.08***
lnrcpc	0.015	-4.07	-	-54.59	1.36	-0.29	-0.39	-	-
txagua	-	-	0.05	0.79***	-0.03	-0.00	0.00	-	-
txlint	-	-	-	-	-	0.00	-	-	-2.31***
transf_capita	-	-	-	-	-	-	-	0.01	0.02**
lnpib	-	-	-14.16***	-	-	-	-	-	-
Observações	744	744	781	602	602	400	602	781	528
R2	0.1280	0.0927	0.0104	0.0168	0.0009	0.0064	0.0102	0.0114	0.1330
Blocos	7	7	9	9	9	9	9	5	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Legenda: Controles: proporção de estabelecimentos de saúde (txest); taxa de médicos do SUS (txmed_sus); proporção de beneficiários do programa bolsa família (txbpbpf); logaritmo da receita corrente per capita (lnrcpc); logaritmo do produto interno bruto per capita (lnpib); proporção de pessoas cobertas com abastecimento de água encanada (txagua); transferência fundo a fundo per capita (transf_capita); taxa de leitos de internação (txlint).

Nota: *** significante a 1%; ** significante a 5%; *significante a 10%.

O incremento de médicos na atenção básica permitiu, também, ampliar a possibilidade de cobertura populacional das equipes de saúde da família (eSF) aptas a receber médicos do PMM. Isto é, pode ter permitido a formação de novas equipes ou o preenchimento de equipes que tinham dificuldades de reter profissionais. Desta forma, houve um incremento de 25,6 p.p na taxa de cobertura populacional das equipes dos municípios tratados em relação ao grupo de controle.

Somente a proporção de estabelecimentos de saúde mostrou contribuir estatisticamente como controle dos efeitos na cobertura populacional. Os demais controles, taxa de médicos do SUS, proporção de beneficiários do programa bolsa família e a receita corrente per capita não se mostraram com significância estatística. É importante ressaltar que municípios do grupo controle antes do PMM em 2012 possuíam alta (144,5%) cobertura populacional, o que pode ajudar a entender o porquê eles não estavam interessados em participar do PMM, conforme também apontaram Santos et al. (2017).

Com o incremento de médicos e a expansão da cobertura das eSF, esperava-se ampliação no acompanhamento em termos estatísticos na proporção de pessoas cadastradas pelas equipes, o que não se revelou. Havia, antes do PMM em 2012, valores expressivos de pessoas cadastradas pelas eSF, superior a 90%, para ambos grupos, sendo maior para o grupo controle (98%). A estatística descritiva anteriormente apresentada mostrou que ambos grupos, tratamento e controle, diminuíram em média o número de pessoas acompanhadas pelas eSF, porém, a queda foi menor no grupo controle.

Em relação às visitas domiciliares realizadas por médicos, os resultados apresentaram incremento de 33,4 p.p, significativo a 10%. Como controle, somente a ampliação na proporção de pessoas cobertas com abastecimento de água encanada mostrou contribuir significativamente em termos positivos nos resultados das visitas médicas realizadas. A taxa de médicos no SUS, a proporção de usuários do programa bolsa família e a receita corrente per capita não apresentaram significância estatística.

As visitas médicas domiciliares tendem a permitir um atendimento mais humanizado, por ser realizado no contexto social e cultural do paciente. Assim, possibilita ampliar a confiança e o vínculo do paciente-profissional e com o sistema de saúde, bem como permite fortalecer os vínculos do médico com a comunidade (SILVA et al., 2016b).

Resultados de outros estudos também apontam ampliação nas visitas médicas em valores próximos a 30% (SILVA et al., 2016b; TCU, 2014). Avaliações considerando métodos quase-experimentais caminham nesta mesma direção. Por exemplo, Mazetto (2018) evidenciou resultados próximos deste estudo, incremento de 32,2%. Por sua vez, Santos (2018) indicou

incremento, como valores menores, de 8,5 p.p após a inserção do PMM em municípios com 20% ou mais da sua população vivendo em extrema pobreza.

Considerando os indicadores de resolutividade, os resultados do estudo mostram que o PMM contribuiu para melhoria dos indicadores ao reduzir os encaminhamentos para atendimento especializado, internação hospitalar e urgência e emergência. Porém, nenhum apresentou significância estatística quando controlado pela proporção de estabelecimentos de saúde, taxa de médicos do SUS, proporção de beneficiários do programa bolsa família, receita corrente per capita e proporção de pessoas cobertas com abastecimento de água encanada. Na taxa de encaminhamentos para internações hospitalares, utilizou-se a taxa de leito de internações como controle em detrimento da proporção de estabelecimentos de saúde, as demais foram mantidas.

Talvez o fato de os municípios analisados possuírem boa cobertura de atenção básica, ajude a entender estes resultados, pois pode indicar que este nível de atenção esteja “incorporando procedimentos de pronto-atendimento e ampliação do escopo das práticas regularmente realizadas” (LIMA et al., 2016, p. 2694). Os autores comparam a produção de equipes de saúde com médicos do PMM e aquelas sem médicos do programa no ano de 2014, os resultados não mostraram diferenças estatísticas nos encaminhamentos para os demais níveis do sistema de saúde. Porém, revelou que no grupo de municípios que aderiram ao PMM tendo 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza e aqueles considerados G100 – municípios com mais 80 mil habitantes com piores níveis de desenvolvimento humano –, houve menores proporções de encaminhamentos para atendimento especializado e hospitalar em relação a amostra total (LIMA et al., 2016).

Em sentido contrário, o estudo de Mazetto (2018) apontou que após a inserção do PMM houve ampliação de encaminhamentos para outros níveis do sistema de saúde, indicando piora na resolutividade. Segunda a autora, houve aumento significativo em termos estatísticos de 13,2% para as taxas de encaminhamentos especializados, 8,9% para internação hospitalar e de 10,2% para os encaminhamentos de urgência e emergência. Em análise de municípios situados em região de alta vulnerabilidade no Estado de São Paulo, Silva et al., (2016) identificaram que entre 2012 e 2014 por meio de teste de médias houve ampliação nos encaminhamentos para especialista (14%), internação hospitalar (33%) e redução nos encaminhamentos de urgência e emergência (-5%).

No curto prazo, ampliações nas taxas de encaminhamentos é compreensível em virtude das demandas reprimidas por atendimento de saúde, a falta de acesso da população as ações e serviços de saúde e os problemas relacionados a referência e contra referência (LIMA et al.,

2016; SILVA et al., 2016b). Os dados dos estudos analisados, assim como o do presente estudo, consideraram até o ano de 2015, período mais recente de informações para os indicadores citados. Estudos mais recentes, com dados atualizados, poderiam ajudar a entender se houve ou não melhoria nas taxas de encaminhamento para os demais níveis do sistema de saúde, melhorando ou não, a resolutividade da atenção básica. No longo prazo, a estabilização destes indicadores, assim como a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (icsap), seria esperado em virtude de melhoria na resolutividade da AB (SILVA et al., 2016b).

Os resultados deste estudo da análise das ICSAP, com dados mais atuais, de 2017 em relação a 2012, não confirmam a expectativa, pois mostram aumento no indicador, porém, sem efeitos estatísticos quando controlado pelos médicos do SUS, proporção de estabelecimentos de saúde, proporção de usuários do bolsa família e volume per capita recebido de recurso das transferências fundo a fundo para ações e serviços de saúde. Somente controlaram estatisticamente os estabelecimentos e a proporção de usuários do bolsa família, com efeitos positivos no indicador ICSAP.

Talvez a condição de vulnerabilidade dos municípios analisados ajude a entender o aumento no indicador após a inserção do PMM, pois o programa pode ter atendido a uma demanda reprimida de atendimentos que exigiam internações. Não obstante houve, conforme estatística descritiva, piora na proporção de estabelecimentos de saúde para os grupos de municípios tratado e controle, assim como a diminuição do volume de recursos repassados fundo a fundo para as ações e serviços de saúde, bem como manutenção da proporção de usuários do programa bolsa família, indicando que a vulnerabilidade social não diminuiu ao longo do período analisado.

Evidências científicas também apontam ampliação nas ICSAP para o grupo de municípios com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza (SANTOS, 2018). Divergentemente, resultados de outros estudos têm indicado melhorias no indicador, apontando redução nas taxas de internações para áreas mais carentes (CARRILLO, 2017; FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018; SANTOS et al., 2017).

Por fim, os resultados do estudo indicaram aumento na taxa de mortalidade infantil de 2,93 p.p, significativo a 10%, quando controlado pela proporção de estabelecimentos de saúde, leitos de internação, proporção de usuários do programa bolsa família e das transferências fundo a fundo. Todos os controles apresentaram significância estatística ao nível de 1%. Conforme já apontado, houve piora nos indicadores de controle que pode ter contribuído para ampliar a mortalidade infantil, que desde a década de 1990 até o ano de 2015, vinha apresentando diminuição (BRASIL, 2018b). Porém, de 2015 para 2016 houve retrocessos na mortalidade

infantil em função de deterioração nas condições de vida e de acesso aos serviços de saúde (REIS, 2018).

Os resultados do estudo divergem, em parte, com os apontados pela literatura. Mazetto (2018) indicou de forma ampla que o PMM não contribuiu para reduzir a mortalidade infantil, porém, análises por regiões do país mostram incremento estatístico na mortalidade infantil para o Nordeste do país, em especial, a congênita, que pode ser decorrente dos surtos recentes de Zika vírus e de microcefalia. Outros levantamentos acadêmicos reforçam a não incidência do PMM em melhorias no indicador de mortalidade infantil (CARRILLO; FERES, 2017; SANTOS, 2018), o que indicaria manutenção das desigualdades em saúde no país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia do Programa Mais Médicos em reduzir as desigualdades de médicos no território pode ser considerada bem-sucedida, na medida em que os resultados dos efeitos do programa caminham nesta direção. Documentou-se, a partir de métodos quase-experimentais, as mudanças provocadas em municípios considerados vulneráveis após a implementação do Mais Médicos em relação ao incremento de médicos na atenção básica, a expansão da cobertura populacional das eSF e ampliações nas visitas domiciliares realizadas por médicos.

O que indica avanços pertinentes à ampliação da cobertura e ao acesso da população aos serviços de saúde em curto espaço temporal com o provimento emergencial. Apesar de positivo esses avanços em curto espaço temporal, eles não se traduziram, como se esperava com o PMM, em melhorias da resolutividade da atenção básica. Os resultados não permitiram observar os efeitos do programa na diminuição dos encaminhamentos para atendimento especializado, internação hospitalar, urgência e emergência, bem como aquelas internações que são sensíveis a atenção primária à saúde. Não obstante, as análises não consentiram observar reduções na taxa de mortalidade infantil. Muito pelo contrário, observou-se, no grupo de municípios vulneráveis analisados, piora na saúde infantil. O que denota dificuldades em promover melhorias na saúde pública.

Porém, é preciso ressaltar que os resultados são de curto prazo e eles foram controlados por fatores relacionados à infraestrutura municipal de prestação de serviços de saúde, recursos humanos e materiais e por questões sociais como acesso a água, nível educacional e de vulnerabilidade social que afetam os indicadores de saúde analisados. Em muitos desses indicadores de controle houve retrações, como na diminuição da infraestrutura de serviços de saúde. Em outros, houve pouco avanço, como melhoria da vulnerabilidade social e acesso a

água, questões que figuram como determinantes sociais e podem comprometer os resultados da saúde (HUICHO et al., 2010).

Diante do exposto, os resultados sugerem aos formuladores de políticas públicas e gestores públicos a necessidade de conjugar políticas públicas intersetoriais no sentido de amenizar ou reduzir os determinantes sociais da saúde. Além do mais, os achados deste estudo em relação à melhoria no provimento de médicos contribuem para a literatura de políticas de RHS, que indicavam poucas evidências destas intervenções em melhorar a distribuição dos profissionais de saúde (GROBLER; MARAIS; MABUNDA, 2015b; LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008; WILSON et al., 2009).

Os achados neste estudo somam-se aos esforços empreendidos no sentido de documentar os efeitos das políticas de RHS nos resultados de saúde. Porém, permanece ainda inconclusivo as evidências dos seus efeitos. Desta forma, convida-se a comunidade acadêmica a contribuir neste debate a fim de observar o papel do PMM na redução das desigualdades em saúde, tendo em vista que as análises empreendidas no estudo foram realizadas no curto prazo. Portanto, há a necessidade de realizar o monitoramento e a análise de impacto do PMM no médio e longo prazo. Por hora, os resultados são acanhados para a dimensão do programa, considerando o investimento realizado, as expectativas sobre ele depositadas e os desafios estruturais do SUS, que precisam ser combatidos no sentido de tornar a saúde um direito social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C. P. Inequilidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 3, p. 166-171, 2014b.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ANAND, S.; BARNIGHAUSEN, T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. **Lancet (London, England)**, v. 364, n. 9445, p. 1603-1609, out. 2004.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 4 jan. 2009.

BARBOSA, A. C. Q. et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 185, p. 1-8, 2018.

BARRETO, M. L. Invited Commentary on Quasi-Experiments: Going Beyond the Observational and Experimental Dichotomy in Epidemiological Study Design. **Current Epidemiology Reports**, v. 3, n. 4, p. 259-261, 2016.

BERMÚDEZ-TAMAYO, C. et al. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Atención Primaria**, v. 33, n. 6, p. 305-311, 2004.

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 1, p. 55-66, 1999.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 360/2017**. Plenário. Relator: Benjamin Zymler. Seção: 08/03/2017, 2017.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2018a.

BRASIL. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

CARRILLO, B. **Three Essays On Health Economics**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Economia Rural, Programa de Pós-Graduação em Economia Aplicada, 2017.

CARRILLO, B.; FERES, J. **More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy**. HEDG, c/o Department of Economics, University of York, , 2017.

Disponível em:

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1729.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

CARVALHO, R. A. S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 5, p. 1-9, 2015.

CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, 2016.

CASTILLO-LABORDE, C. Human resources for health and burden of disease: an econometric approach. **Human Resources for Health**, v. 9, n. 1, p. 4, jan. 2011.

CGU. **Relatório de avaliação da execução do programa de governo nº 86 Programa Mais Médicos**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11363.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J.-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 379-385, maio 2010.

ENGSTROM, S.; FOLDEVI, M.; BORGQUIST, L. Is general practice effective? A systematic literature review. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 19, n. 2, p. 131-144, jun. 2001.

FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; JACINTO, P. A. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health Economics**, v. 27, n. 8, p. 1284-1299, 2018.

GERTLER, P. J. et al. **Avaliação de impacto na prática**. Washington: Banco Mundial, 2015.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016.

GROBLER, L. et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. CD005314, 2009.

GROBLER, L.; MARAIS, B. J.; MABUNDA, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, n. CD005314, p. 83, 2015.

HAJIZADEH, S. et al. Effects of Recruiting Midwives into a Family Physician Program on Women's Awareness and Preference for Mode of Delivery and Caesarean Section Rates in Rural Areas of Kurdistan. **PLOS ONE**, v. 11, n. 4, p. e0151268, 8 abr. 2016.

HUICHO, L. et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 357-363, 1 maio 2010.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2785-96, set. 2016.

KHANDKER, S. R.; KOOLWAL, G. B.; SAMAD, H. A. **Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices**. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2010.

LEHMANN, U.; DIELEMAN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC health services research**, v. 8, n. 19, p. 1-10, 23 jan. 2008.

LIMA, R. T. S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, set. 2016.

MAZETTO, D. **Assessing the impact the "Mais Médicos" program on basic health care**

indicators. Dissertação (mestrado). Fundação Getulio Vargas, Escola de Economia de São Paulo, 2018.

MEDINA, M. G. et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial 01, p. 346-360, 2018.

MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S.; KOPITTKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2871-2878, set. 2016.

MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017.

MS. Portaria nº: 221/SAS de 17 de abril de 2008, que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**. Brasil, 2008.

NKONKI, L.; TUGENDHAFT, A.; HOFMAN, K. A systematic review of economic evaluations of CHW interventions aimed at improving child health outcomes. **Human Resources for Health**, v. 15, n. 1, p. 19, 2017.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, set. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica**. Brasília: OPAS, 2017.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE**, v. 51, p. 105-120, 2014.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 0, p. 1087-1102, 2017.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-11, 2018.

PORTELLA, A. L.; BUSSMANN, T. B.; OLIVEIRA, A. M. H. A relação de fatores individuais, familiares e escolares com a distorção idade-série no ensino público brasileiro. **Nova Economia**, v. 27, n. 3, p. 477-509, 2017.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1555-1564, 2006.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 380, 2010.

REEVES, B. C.; WELLS, G. A.; WADDINGTON, H. Quasi-experimental study designs series—paper 5: a checklist for classifying studies evaluating the effects on health interventions—a taxonomy without labels. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 89, p. 30-42, 6 set. 2017.

REIS, V. **Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>. Acesso em: 3 dez. 2018.

RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018.

SANTOS, F. J. S. **O programa mais médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil**. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SANTOS, L. M. P. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 2, p. 103-112, 1 fev. 2017.

SILVA, B. P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, set. 2016a.

SILVA, B. P. DA et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016b.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TCU. **Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa (TC nº 005.391/2014-8)**. Brasília, 2014.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VOLPE, F. M. et al. The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005. **Revista panamericana de salud publica**, v. 26, n. 6, p. 478-484, dez. 2009.

WHO. **The World Health Report 2006: Working Together for Health**. Geneva: World Health Organization, 2006.

WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention - global policy recommendations. **Sciences-New York**, p. 70, 2010.

WILSON, N. W. et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. **Rural and remote health**, v. 9, n. 2, p. 1060, 2009.

YONG, J. et al. Do rural incentives payments affect entries and exits of general practitioners? **Social Science & Medicine**, v. 214, p. 197-205, 2018.

APÊNDICES

Quadro 1 - Descrição das Variáveis

Variáveis/finalidade	Descrição	Cálculo	Fonte
TxMed_AB (d)	Taxa de Médicos (da Estratégia de Saúde da Família, de Família e Comunidade, Pediatra e Clínico) na Atenção Básica	$(\text{n}^\circ \text{ de médicos da AB} / \text{População do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica no mesmo local e período}) \times 3450 \text{ habitantes}$	Elaborado a partir de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES; IBGE; SIB/ANS/MS
TxESF (d)	Capacidade de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família aptas a receber médicos do Mais Médicos conforme Portaria 1.143 de 29 de outubro de 2014	$(\text{n}^\circ \text{ de ESF} \times 3450 \text{ habitantes} / \text{População do município no mesmo local e período}) \times 100$	Elaborado a partir de CNES e IBGE
Txacomp (d)	Taxa de pessoas acompanhadas pelas ESF	$(\text{n}^\circ \text{ de pessoas cadastradas/população do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica no mesmo local e período}) \times 100$	Elaborado a partir de Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB e IBGE
TxVis_med (d)	Percentual de visitas domiciliares realizadas pelos médicos.	$(\text{n}^\circ \text{ de vistas médicas realizadas/população do município com maior prioridade de cobertura de atenção básica no mesmo local e período}) \times 3450$	Elaborado a partir de Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB; IBGE
TxEncam_Esp (d)	Proporção de encaminhamento para atendimento especializado	$(\text{n}^\circ \text{ de encaminhamento para atendimento especializado/Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}) \times 100$	Elaborado a partir de SIAB
TxEncam_Urg (d)	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência	$(\text{n}^\circ \text{ de encaminhamento para urgência e emergência/Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}) \times 100$	Elaborado a partir de SIAB
TxEncam_IH (d)	Proporção de encaminhamento para internação hospitalar	$(\text{n}^\circ \text{ de encaminhamentos para internação hospitalar, em determinado local e período} / \text{n}^\circ \text{ total de consultas médicas básicas no mesmo local e período}) \times 100$	Elaborado a partir de SIAB
ICSAP (d)	Internações por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde	$(\text{n}^\circ \text{ de internações hospitalares por condições sensíveis a APS, excluídos as internações de longa permanência/ n}^\circ \text{ total de internações hospitalares, excluídas as internações de longa permanência e partos}) \times 100$	Elaborado a partir de Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
TMI (d)	Taxa de Mortalidade Infantil	$(\text{n}^\circ \text{ de óbitos de menores de um ano de idade/n}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes}) \times 1.000$	Elaborado a partir de Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Continua...

Final.

PBF (c)	Proporção de pessoas Beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF)	(nº de beneficiários do PBF / população no mesmo local e período) x 1000 habitantes	Elaborado a partir de Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e IBGE
Pib_percapita (c)	Produto Interno Bruto Per Capita	Produto interno bruto/população no mesmo local e período	Elaborado a partir de IBGE
TxEST (c)	Taxa de Estabelecimentos de Saúde por mil habitantes	(nº de estabelecimentos/população no mesmo local e período) x 1000 habitantes	Elaborado a partir de Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES e IBGE
TxLint (c)	Taxa de leitos de internação por mil habitantes	(nº de leitos de internação/população no mesmo local e período) x 1000 habitantes	Elaborado a partir CNES e IBGE
TxMed_SUS (c)	Taxa de médicos do SUS	(nº de médicos que atende no SUS / População do município no mesmo local e período) x 1000 habitantes	Elaborado a partir CNES e IBGE
Trans (c)	Transferência Fundo a Fundo per capita para ações e serviços de saúde	valor transferido fundo a fundo/população no mesmo local e período	Elaborado a partir de Fundo Nacional de Saúde e IBGE
RCPC (c)	Receita Corrente per capita	Receita corrente líquida/população no mesmo local e período	Elaborado a partir de Tesouro Nacional e IBGE
TDIS (c)	Taxa de Adequação Idade Série dos alunos, em cada série, com idade superior à idade recomendada (Ensino Fundamental de 8 e 9 anos)	Ver cálculo do INEP	INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
Txagua (c)	Taxa da população coberta com abastecimento de água	(população total atendida com abastecimento de água / população no mesmo local e período) x 100	Elaborado a partir de Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) e IBGE
Dist_pop (c)	Tamanho do município em termos populacional, distribuídos em cinco faixas	Faixa 1 – de 0 até 20 mil hab Faixa 2 – de 20 até 50 mil hab Faixa 3 – de 50 até 100 mil hab Faixa 4 – de 100 até 500 mil hab Faixa 5 – Acima de 500 mil hab	Elaborado a partir de IBGE

Fonte: Elaboração própria

Nota: (d), desfecho e (c), controle.

Tabela 3 - Resultado do Propensity Score para as variáveis de interesse, controlado por fatores.

Variável	ATT	P Valor	Controle (p<5%)	Obs	Blocos	R ²	Nº Trat	Nº Cont
Taxa de Médicos na AB	0.374	5.242		781	7	0.1352	572	144
Cobertura populacional	-1.285	-0.295		781	7	0.1352	572	144
Pessoas Acompanhadas	-2.529	-0.669		781	9	0.1228	572	93
Visitas Médicas	2.578	0.17	(+) tdis e	781	9	0.1228	572	141
Encaminhamento Especializado	-0.21	-0.407	dist_pop;	781	9	0.1228	572	119
Encaminhamento Internação Hospitalar	-0.176	-0.981	(-) transf_capita	781	9	0.1228	572	142
Encaminhamento Urgência e Emergência	-47.882	-1.796		781	9	0.1228	572	142
Internação por Condições Sensíveis a APS	6.066	6.026	(+) tdis e dist_pop; (-) lnrcpc;	744	5	0.0993	544	146
Mortalidade Infantil	-0.505	-0.334	(-) lnrcpc; (+) tdis; dist_pop	744	5	0.0993	544	95

Controles: taxa de distorção idade série (tdis); tamanho populacional (dist_pop); transferência fundo a fundo per capita para ações e serviços de saúde (transf_capita), logaritmo de receita corrente líquida per capita (lnrcpc)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Nota: ATT – Average Treatment Effect on the Treated; (+) afeta positivamente; (-) afeta negativamente; Trat – Grupo Tratamento; Cont – Grupo Controle.

6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os resultados deste estudo permitiram apontar a importância de se levar em consideração os aprendizados e as capacidades estatais instaladas com a implementação de políticas anteriores, como condicionantes críticos à formação de arranjos institucionais na proposição e implementação de novas intervenções, como foi constatado com o estudo do PMM. Os achados sustentam que os dois órgãos centrais responsáveis pela coordenação do Programa Mais Médicos em âmbito federal, os Ministérios da Saúde e da Educação, possuíam capacidades estatais instaladas de experiência progressa da implementação de outras iniciativas, dentre elas o Provac, o que favoreceu a implementação do PMM.

Entretanto, devido ao seu escopo e complexidade, foi necessário mobilizar pelo complexo arranjo de implementação do programa, capacidades estatais para sua implementação. De um lado, a técnico-administrativa, com orçamento, pessoal, recursos tecnológicos e mecanismos de coordenação. Em outra frente de atuação, foi necessário mobilizar capacidades político-relacionais no sentido de angariar legitimidade e sustentação política da intervenção.

O PMM mostrou-se palco de diversas disputas em foros distintos por atores que se sentiram real ou imaginariamente prejudicados com a solução proposta pelo Governo Federal. Disputas essas que figuraram como obstáculos e que se fortaleceram com o cenário de ruptura governamental na Presidência da República no ano de 2016. Como consequência, houve enfraquecimento do arranjo de implementação do programa e das capacidades estatais de entrega dos resultados pretendidos pela intervenção, tendo em vista as paralisações das atividades dos eixos educacional e infraestrutura. É importante endossar que as capacidades estatais necessitam de constante mobilização do seu arranjo institucional, pois não são estanques.

A descontinuidade política na Presidência da República reverberou em descontinuidade de gestores na direção do PMM e de técnicos, tanto no Ministério da Saúde quanto no Ministério da Educação, bem como de prioridade na agenda dos novos gestores. Apesar disso, houve manutenção da intervenção, favorecida pelo seu arranjo institucional de implementação e das capacidades estatais mobilizadas até então. Adicionalmente, têm-se como fatores que ajudam a entender a continuidade, os resultados obtidos em curto espaço temporal, o impacto positivo do programa, a aceitação da sociedade e dos gestores locais.

Diante do exposto, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de observar os impactos da mudança governamental, com a eleição presidencial de 2018 no arranjo

institucional e na capacidade estatal de entrega dos resultados do PMM, tendo em vista a saída do governo cubano e da OPAS do programa. Seria relevante, também, analisar os arranjos de implementação em nível local, estudando as capacidades estatais mobilizadas por esses atores.

Adicionalmente, as evidências em relação ao estudo do arranjo e das capacidades estatais ajudam a entender a alocação de médicos pelo PMM. A alocação pautada por critérios equitativos demandaria capacidades técnico administrativas a fim de alocar de forma efetiva os médicos no território nacional. A capacidade de definir as regiões prioritárias e os municípios que deveriam ser contemplados com o programa, ainda que demandasse maior clareza metodológica, pode ser considerado aspecto positivo e inovador da intervenção, na medida em que definiu os critérios via normativos facilitado pelos mecanismos de coordenação criados pelo arranjo de implementação do PMM.

Os resultados indicam que o programa contribuiu para reduzir as iniquidades regionais de médicos no território nacional. Em que pese essas contribuições, o estudo revelou iniquidades alocativas, bem como redução de médicos em municípios de pequeno porte e de elevada vulnerabilidade, indicando possíveis processos de substituição de profissionais e desassistência na ausência do programa, o que poderia comprometer os avanços conquistados até então.

Em relação às iniquidades alocativas cabem algumas reflexões. O processo alocativo é pautado na manifestação dos entes municipais e médicos, após chamamentos públicos, em que é respeitada a autonomia deles quanto a adesão. É um aspecto positivo, que de alguma forma contempla e respeita a decisão dos governos locais e contribui para diminuir a desistência, já que a imposição poderia ter efeito contrário, afastando os profissionais e municípios do PMM. Mas, de outro lado, o arranjo poderia ter facilitado a construção de capacidades técnico administrativas para focalizar aqueles municípios prioritários e que não estavam buscando adesão ao programa. Não só isso, poderia ter facilitado o monitoramento quanto a eventuais substituições de médicos contratados pelos municípios por meio do provimento federal.

Da mesma forma, poderia ter buscado nas capacidades político-relacionais meios de articulação para convencimento dos entes prioritários a participarem do programa. Aqui, uma aproximação e maior diálogo com as entidades de representação das secretarias de saúde municipais poderia ter facilitado este processo. Não só isso, uma maior efetividade das Comissões de Coordenação, tanto a Nacional quanto a Estadual poderia auxiliar esse processo, ajudando a direcionar e a priorizar a focalização dos municípios mais vulneráveis.

Assim, abre-se espaço para refletir sobre o papel centralizador do Governo Federal e dos mecanismos de incentivos à adesão as políticas propostas em âmbito nacional pelo PMM.

Fica a reflexão de como esses mecanismos contribuem para gerar capacidades no nível local, pois são justamente os municípios com capacidades estatais mais deficitárias que enfrentam dificuldades de participar do PMM. Desta forma, sugere-se, para próximos estudos acadêmicos, investigar os fatores motivadores quanto à adesão ao programa pelos entes municipais, buscando comparar municípios que aderiram daqueles que não se candidataram e observar os aspectos facilitadores e as barreiras enfrentadas em relação às capacidades estatais. Se são decorrentes de uma estrutura burocrática deficitária, de recursos financeiros, tecnológicos, informacionais ou dos aspectos políticos relacionais.

Desta forma, os resultados mostram a influência do inter-relacionamento entre as dimensões de capacidades estatais – técnico-administrativa e político-relacional – e os arranjos institucionais na efetividade do PMM em produzir os efeitos pretendidos, corroborando a tese defendida no estudo.

O estudo revelou em partes e considerando o curto espaço temporal, que o PMM vem produzindo os efeitos pretendidos, na medida em que os resultados indicaram que após a inserção do PMM em municípios considerados vulneráveis em termos socioeconômicos e sanitários, houve incremento de médicos, expansão da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família (eSF) e das visitas domiciliares realizadas por médicos. Esses resultados contribuem para ampliar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde, um dos objetivos do PMM almejados pela inserção emergencial de médicos na atenção básica.

Apesar dos resultados positivos, as análises não permitiram observar aumento no acompanhamento das pessoas cadastradas pelas eSF, tampouco melhoria da resolutividade da AB, conforme análises dos encaminhamentos para especialistas, internações hospitalares, urgência e emergência, e das internações sensíveis a atenção primária à saúde. Não obstante, encontrou-se piora na taxa de mortalidade infantil, o que sugere dificuldade em reduzir as desigualdades em saúde.

Porém, é preciso ressaltar que os resultados são de curto prazo e eles foram controlados por variáveis que mensuravam as capacidades de prestação de serviços municipais de saúde, como infraestrutura, recursos humanos e materiais, bem como determinantes sociais da saúde, como acesso a água, escolaridade e pobreza. Houve piora em algumas destas variáveis no período, o que pode ter inibido os avanços nos indicadores analisados, a exemplo da mortalidade infantil, que regrediu no país e no grupo de municípios estudados. O que endossa a necessidade de enfrentamento permanente das desigualdades sociais via políticas que contribuam para redução dos determinantes sociais da saúde. Sugere-se, também,

acompanhamento contínuo da intervenção, monitorando e avaliando os seus resultados na saúde pública no sentido de observar sua efetividade.

É importante situar que o PMM é implementado dentro do contexto de desenvolvimento do SUS, tomando como referência a atenção básica e os desafios conjunturais históricos da área, como subfinanciamento, os problemas de gestão e as capacidades estatais municipais, a descentralização e regionalização, as carências socioeconômicas das populações, entre outros. Somam-se a esse contexto, as mudanças recentes em relação as decisões de austeridade fiscal de longo prazo que podem comprometer o volume de recursos para a saúde pública frente as mudanças demográficas e sociais em curso.

Diante dos resultados encontrados, destaca-se alguns pontos que podem ser aperfeiçoados na política e, ao mesmo, tempo incorporados em processos de gestão e avaliação. Por exemplo, melhorar a articulação e coordenação dos atores no arranjo de implementação do programa, bem como reativar instâncias de pactuação das ações. Além de melhorar o processo alocativo, priorizando as regiões de maior necessidade de acordo com os normativos, há o desafio de garantir o preenchimento das vagas em aberto com a saída dos médicos cubanos do programa e daquelas em vacância. Mais do que isso, há o desafio de tornar as vagas em caráter emergencial em postos de trabalho, com maiores garantias trabalhistas, pois os médicos do programa atuam na lógica em ensino-serviço, com pagamento mediante bolsa e prazo determinado de contrato. Isto é, na ausência do programa, a situação de escassez poderia ser agravada se os entes municipais não conseguissem reter estes profissionais.

Dessa forma, abre-se a possibilidade de se pensar em formas de recrutamento de profissionais médicos para a AB via concursos públicos federais, com carreiras para regiões mais vulneráveis, como as da Amazônia, semiárido, regiões de fronteira e distritos indígenas. O treinamento de algumas categorias de profissionais da saúde, como enfermeiros e agentes comunitários de saúde poderia ser uma possibilidade para ampliar o escopo de práticas e capacidade de prestação de serviços de saúde em tais localidades. Outros aprimoramentos são necessários, como a melhoria da supervisão acadêmica, ampliando o número de supervisores para que a supervisão médica possa garantir a educação permanente no processo ensino trabalho.

Para além do escopo analítico da tese, os demais eixos de ação do programa necessitam caminhar de forma sinérgica, tendo em vista que a consolidação do eixo educacional é importante para fortalecer a AB e garantir o alcance do mesmo no longo prazo. Por sua vez, a qualificação da infraestrutura das UBS possibilita melhores condições de trabalho e atendimento aos usuários, ao ampliar o escopo de serviços prestados à população, facilitar o

processo de referência e contra referência, bem como contribui para a fixação de médicos nesses equipamentos de saúde.

Em termos acadêmicos, com a análise do PMM, a tese contribuiu, em parte, para o estoque de conhecimentos sobre a efetividade das políticas de recursos humanos em saúde em melhorar a distribuição de médicos. Os resultados da implementação do Mais Médicos ainda em curso, apontam para a melhor distribuição de médicos no território nacional, a ampliação da cobertura e do acesso aos serviços de saúde. Entretanto, os resultados encontrados não indicaram melhorias nas situações de saúde da população, com redução de internações e da mortalidade infantil, por exemplo. Essa evidência se soma a outras da literatura de estudos sobre os efeitos das políticas de recursos humanos em saúde, ao apontar dúvidas sobre os efeitos destas intervenções em promover melhorias na saúde. Talvez, com novas análises, considerando lastros temporais maiores, essa imprecisão possa ser esclarecida.

A partir dos resultados evidencia-se alguns aprendizados para a gestão pública. O estudo documentou que o provimento emergencial é importante para promover, dentre outras questões, o acesso aos serviços de saúde, mas não é suficiente, pois demanda outras ações para além do fornecimento de médicos. Por isso, o programa foi pensado considerando três frentes estratégicas – de atuação, qualificação da infraestrutura das UBS e melhorias na formação médica. Os resultados encontrados são de curto prazo e, portanto, análises considerando maior tempo de exposição ao PMM podem trazer outros achados sobre o programa.

Como limitação do estudo, cabe ponderar sobre o uso de dados secundários, que podem sofrer limitações quanto à qualidade dos registros. Além do mais, devido à disponibilidade dos registros oficiais sobre os dados de saúde, em especial aqueles que refletem os resultados de produção da atenção básica, eles estavam disponíveis até o ano de 2015, impedindo análises com lastros temporais mais recentes. Desta forma, dificultou observar os efeitos de exposição ao programa considerando um período maior de abrangência.

É importante, também, registrar que trabalhar com os municípios como unidades de análises, não permite considerar as disparidades dentro dos próprios territórios, em que há regiões melhores providas de serviços públicos do que outras. Buscou-se contornar essa situação trabalhando com dados parametrizados em termos per capita. Para estudos futuros, uma forma de contornar essa limitação, o que não impede o alcance dos resultados alcançados neste estudo, seria relevante, se possível, obter registros de dados oficiais de produção desagregados por equipes de saúde e unidades de saúde, bem como considerar o georreferenciamento nas análises.

Em termos de limitações do estudo qualitativo, o acesso a alguns atores ficou limitado em função do contexto sociopolítico das eleições de 2018, período que coincidiu com a coleta dos dados. Apesar disso, atores-chave representativos do contexto social, que estavam ligados direta e indiretamente à implementação do PMM em âmbito federal e estadual, foram consultados e permitiram a compreensão do fenômeno estudado.

Por fim, diante dos resultados e das análises empreendidas ao longo desta tese, percebe-se a inovação do PMM como política pública ao tornar central o debate sobre a ordenação da formação de recursos humanos em saúde na agenda pública, na forma de articulação entre os atores para operacionalizá-lo, no estabelecimento de critérios alocativos de médicos, bem como pelos resultados alcançados em curto espaço temporal. Resultados estes que contribuíram para redução das desigualdades regionais de médicos e fortalecimento da prestação de serviços em saúde em nível da atenção básica. Assim, torna-se necessário à sua permanência como uma estratégia importante para efetivar o direito à saúde. Retrocessos podem comprometer os avanços conquistados até então, bem como impactar o crescimento e fortalecimento do PMM em futuro próximo. Ademais, pode comprometer a expansão e a consolidação da atenção básica à saúde no país.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Arranjos Institucionais e os Efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) na Atenção Básica à Saúde**”. Nesta pesquisa pretendemos “analisar os efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) nos indicadores de resultado da Atenção Básica à saúde dos municípios brasileiros que aderiram ao programa e ao mesmo tempo compreender como os arranjos institucionais influenciam na implementação e nos resultados do PMM no nível local”. O motivo que nos leva a estudar essa temática é que por diversos fatores o Estado brasileiro vem falhando em garantir a saúde de forma universal a seus cidadãos e com isso, dificulta a sua efetivação enquanto um direito social. Dentre os possíveis fatores que afetam nesta questão estão falhas na ordenação da formação de recursos humanos em saúde, uma das competências constituições atribuídas ao SUS. Trata-se de um assunto pouco evidenciado pelos acadêmicos da Administração Pública e dos gestores públicos.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes **procedimentos metodológicos**: análise de dados secundários dos municípios brasileiros através de técnicas estatísticas multivariadas, bem como análise documental e de conteúdo das entrevistas com atores sociais envolvidos na implementação do PMM, que serão escolhidos ao acaso de acordo com critérios de acessibilidade, podendo ser dentre outros, secretários municipais de saúde, tutores, supervisores, médicos do PMM, integrantes das Equipes de Saúde da Família, conselheiros(as) municipais de saúde e usuários.

O **tempo médio** estimado dessa entrevista é em torno de **40 minutos**. **Autorizaria a gravação em áudio dessa entrevista?**

() sim () não

Sua identidade será preservada e as informações coletadas serão analisadas de forma conjunta. O acesso às informações coletadas, o tratamento e a análise das mesmas serão restritas aos pesquisadores, neste caso, discente e orientador, membros responsáveis pela proteção e confidencialidade dos dados.

Havendo algum tipo de desconforto psicológico com a entrevista, o pesquisador se encarregará de conversar com o entrevistado para minimizar este constrangimento, além de dar a ele liberdade para pausar, interromper ou abandonar a entrevista se julgar pertinente, sem constrangimento ou penalização alguma. Como esta pesquisa não envolve relações diretas com a saúde física e psíquica dos entrevistados não caberia à necessidade de um acompanhamento dos atores.

Os entrevistados **não terão benefícios diretos** com a participação na pesquisa. Entretanto, os resultados da análise do PMM poderão contribuir para melhorar alocação dos médicos no território nacional de forma equitativa e orientada para as necessidades de saúde da população, ademais o entendimento da política poderá auxiliar na melhoria da eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Ademais, analisar o PMM sob a ótica dos arranjos institucionais pode ajudar a evidenciar capacidade estatal, em termos técnico-administrativo e político em coordenar um conjunto de atores e interesses na execução do PMM e com isso, fortalecer o processo democrático.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá **nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira**. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em

participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no “Departamento de Administração e Contabilidade da Universidade Federal de Viçosa” e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável de modo permanente após o término da pesquisa.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa e está registrado com o número 87759017.6.0000.5153, podendo ser consultado em: <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Arranjos Institucionais e os Efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) na Atenção Básica à Saúde” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome dos Pesquisadores Responsáveis: Marco Aurélio Marques Ferreira (Orientador) e Alex dos Santos Macedo (Doutorando).

Endereço: Universidade Federal de Viçosa (UFV), Departamento de Administração e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Administração Campus Universitário, s/nº – Centro, CEP 36570-000; Viçosa – MG – Brasil

E-mails: marcoaurelio@ufv.br; marcoufv1@gmail.com e alexmacedo.ufv@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário

Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492

Email: cep@ufv.br - www.cep.ufv.br

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – ROTEIROS DE ENTREVISTAS

Roteiros de Entrevistas com Atores do Nível Federal

Roteiro de Entrevista com Atores do Governo Federal

Trajetória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Há quanto tempo está atuando nessa função? Poderia descrever um pouco as atribuições/papeis do Governo Federal na Implementação do PMM? Quais os maiores desafios?
- 3) Com quais atores (governamentais e não governamentais) interage para implementar o PMM? Quais os desafios de coordenação/governança da implementação do programa?
- 4) Como tem funcionado a Comissão de Coordenação Estadual do Projeto Mais Médicos para o Brasil, criada através da Portaria Interministerial 1.369 de 08 de julho de 2013?
- 5) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou Grupo de Trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 6) Existem instrumentos e estratégias que facilitem a cooperação do órgão com Governos Estaduais e Municipais (ex: CIT/CIB, sistemas de informações compartilhados, grupos intergovernamentais, etc) para implementar o PMM? Como têm funcionado? Que desafios enfrentados?
- 7) Como funciona a interação/coordenação com outras secretarias/departamentos do órgão e de outros ministérios para implementar e monitorar os resultados do PMM?
- 8) Como se dá a interação do ministério com os órgãos de Controle, do Poder Legislativo e Judiciário em relação ao PMM? Como é a atuação desses órgãos em relação ao PMM? Eles têm contribuído para aprimorar a implementação do PMM? De que forma?
- 9) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?
- 10) Existe algum tipo de conflito administrativo, ideológico ou técnico no desenho e implementação do PMM? Como essas questões condicionam o sucesso do PMM?
- 11) Alguns municípios considerados prioritários não foram contemplados com médicos do PMM, conforme apontado pelo TCU. Por quais motivos?

Falando um pouco dos resultados do PMM

- 12) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneira? Em que temas?
- 13) Como se dá a avaliação e monitoramento dos efeitos do PMM? Como as evidências são incorporadas?
- 14) Todo programa tem alguns pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 15) Quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção do PMM? O que motiva essa percepção?
- 16) Algum outro comentário ou registro?

Roteiro de Entrevista - OPAS

Trajetória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Há quanto tempo está atuando nessa função? Quais os maiores desafios?

- 3) Com quais atores (governamentais e não governamentais) interage para que o PMM seja implementado nos municípios? Na sua percepção, quais os desafios de coordenação/governança da implementação do programa?
- 4) A OPAS tem participado da Comissão de Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, criada através da Portaria Interministerial 1.369 de 08 de julho de 2013? Como tem funcionado (periodicidade das reuniões, pautas discutidas, avanços, desafios)?
- 5) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento que a OPAS participa? (ex: comitê gestor, grupo executivo comissão ou Grupo de Trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 6) Na sua percepção, como é a atuação dos órgãos de Controle, do Poder Legislativo e Judiciário em relação ao PMM? Eles têm contribuído para aprimorar a implementação do PMM? De que forma?
- 7) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?
- 8) Existe algum tipo de conflito (político, ideológico ou técnico) no desenho e implementação do PMM? Como essas questões condicionam o sucesso do PMM?

Falando um pouco dos resultados do PMM

- 9) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneira? Em que temas?
- 10) Todo programa tem alguns pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 11) Quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção do PMM? O que motiva essa percepção?
- 12) Algum outro comentário ou registro?

Roteiro de Entrevista - CONASS

Trajatória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Há quanto tempo está atuando nessa função? Quais os maiores desafios?
- 3) Com quais atores (governamentais e não governamentais) interagem para que o PMM seja implementado nos municípios? Na sua percepção, quais os desafios de coordenação/governança da implementação do programa?
- 4) O CONASS tem participado da Comissão de Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, criada através da Portaria Interministerial 1.369 de 08 de julho de 2013? Como tem funcionado (periodicidade das reuniões, pautas discutidas, avanços, desafios)?
- 5) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento que o CONASS participa? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou Grupo de Trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 6) Na sua percepção, como as questões envolvendo o Programa Mais Médicos são tratadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB)? Que avanços e desafios são percebidos?
- 7) Na sua percepção, como é a atuação dos órgãos de Controle, do Poder Legislativo e Judiciário em relação ao PMM? Eles têm contribuído para aprimorar a implementação do PMM? De que forma?
- 8) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?

- 9) Existe algum tipo de conflito (político, ideológico ou técnico) no desenho e implementação do PMM? Como essas questões condicionam o sucesso do PMM?

Falando um pouco dos resultados do PMM

- 10) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneira? Em que temas?
- 11) Todo programa tem alguns pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 12) Quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção do PMM? O que motiva essa percepção?
- 13) Algum outro comentário ou registro?

Roteiro de Entrevista – CONASEMS

Trajetória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Há quanto tempo está atuando nessa função? Quais os maiores desafios?
- 3) Com quais atores (governamentais e não governamentais) interage para que o PMM seja implementado nos municípios? Na sua percepção, quais os desafios de coordenação/governança da implementação do programa?
- 4) O CONASEMS tem participado da Comissão de Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, criada através da Portaria Interministerial 1.369 de 08 de julho de 2013? Como tem funcionado (periodicidade das reuniões, pautas discutidas, avanços, desafios)?
- 5) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento que o CONASEMS participa? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou Grupo de Trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 6) Na sua percepção, como as questões envolvendo o Programa Mais Médicos são tratadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB)? Que avanços e desafios são percebidos?
- 7) Na sua percepção, como é a atuação dos órgãos de Controle, do Poder Legislativo e Judiciário em relação ao PMM? Eles têm contribuído para aprimorar a implementação do PMM? De que forma?
- 8) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?
- 9) Existe algum tipo de conflito (político, ideológico ou técnico) no desenho e implementação do PMM? Como essas questões condicionam o sucesso do PMM?

Falando um pouco dos resultados do PMM

- 10) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneira? Em que temas?
- 11) Todo programa tem alguns pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 12) Quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção do PMM? O que motiva essa percepção?
- 13) Algum outro comentário ou registro?

Roteiros de Entrevistas com Atores do Nível Estadual

Roteiro de Entrevista – Governo Estadual

Trajatória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Há quanto tempo está atuando nessa função? Poderia descrever um pouco as atribuições/papeis do Governo Estadual na Implementação do PMM? Quais os maiores desafios?
- 3) Com quais atores (governamentais e não governamentais) interage para implementar o PMM? Quais os desafios de coordenação/governança da implementação do programa?
- 4) Como tem funcionado a Comissão de Coordenação Estadual do Projeto Mais Médicos para o Brasil, criada através da Portaria Interministerial 1.369 de 08 de julho de 2013?
- 5) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou Grupo de Trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 6) Existem instrumentos e estratégias que facilitem a cooperação do órgão com os Governos Federal e Municipal (ex: CIT/CIB, sistemas de informações compartilhados, grupos intergovernamentais, etc) para implementar o PMM? Como têm funcionado? Que desafios enfrentados?
- 7) Como funciona a interação/coordenação com outras secretarias/departamentos do órgão e de outros ministérios no Governo Federal para implementar e monitorar os resultados do PMM?
- 8) Como se dá a interação da pasta com os órgãos de Controle, Poder Legislativo e Judiciário em relação ao PMM? Como é a atuação desses órgãos em relação ao PMM? Eles têm contribuído para aprimorar a implementação do PMM? De que forma?
- 9) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?
- 10) Existe algum tipo de conflito administrativo, ideológico ou técnico no desenho e implementação do PMM? Como essas questões condicionam o sucesso do PMM?

Falando um pouco dos resultados do PMM

- 11) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneira? Em que temas?
- 12) Como se dá a avaliação e monitoramento dos efeitos do PMM? Como as evidências são incorporadas?
- 13) Todo programa tem alguns pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 14) Quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção do PMM? O que motiva essa percepção?
- 15) Algum outro comentário ou registro?

Roteiro de Entrevista – Instituição de Ensino

Trajatória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Ocupa atualmente outros cargos ou funções na assistência, ensino ou gestão na saúde?

- 3) Há quanto tempo está atuando nessa função? Poderia descrever um pouco as atribuições/papel exercido em relação ao Programa Mais Médicos? O que ajuda e dificulta o seu trabalho?
- 4) Com quais secretarias/departamentos interage nos Governos Federal (Ministério da Educação e Saúde) e Estadual (Secretaria de Saúde)? Como percebe a articulação e coordenação desses e de outros atores para que o Mais Médicos seja implementado?
- 5) Sobre a Comissão de Coordenação Estadual do Mais Médicos em Minas Gerais, como tem funcionado? Exemplo: periodicidade das reuniões, pautas discutidas, avanços e desafios?
- 6) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento que você participa? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou grupo de trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 7) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?

Falando um pouco dos resultados

- 8) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneiras? Em que temas? Como essas temáticas são articuladas nos processos de ensino?
- 9) Como é a relação com o gestor local do SUS no acompanhamento e avaliação da execução das atividades dos médicos? O que pode ser melhorado?
- 10) Todo programa tem pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 11) Na sua percepção, quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção? O que motiva essa percepção?
- 12) Algum outro comentário ou registro?

Roteiro de Entrevista – Referência Central

Trajetória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Além de ser Referência Central, ocupa atualmente outros cargos ou funções no Ministério (Saúde e Educação)?
- 3) Há quanto tempo está atuando nessa função? Poderia descrever um pouco as atribuições/papel exercido? O que ajuda e dificulta o seu trabalho?
- 4) Com quais secretarias/departamentos interage nos governos Federal (Ministério da Saúde e Educação) e Estadual (Secretaria de Saúde)? Com qual(is) outro(s) ator(es) interage(m)? Como percebe a articulação e coordenação desses atores para que o Mais Médicos seja implementado?
- 5) Sobre a Comissão de Coordenação Estadual do Mais Médicos em Minas Gerais, como tem funcionado? Exemplo: periodicidade das reuniões, pautas discutidas, avanços e desafios?
- 6) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento que você participa? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou grupo de trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 7) Existe algum tipo de conflito administrativo, ideológico ou técnico no desenho e implementação do PMM? Como essas questões condicionam o sucesso do PMM?
- 8) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?

Falando um pouco dos resultados

- 9) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneiras? Em que temas?
- 10) Como é a relação com o gestor local do SUS no acompanhamento e avaliação da execução das atividades dos médicos do PMM? O que pode ser melhorado?
- 11) Todo programa tem pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 12) Na sua percepção, quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção? O que motiva essa percepção?
- 13) Algum outro comentário ou registro?

Roteiro de Entrevista – Apoio Institucional

Trajetória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Além do apoio institucional, ocupa atualmente outros cargos ou funções na assistência, ensino ou gestão na saúde?
- 3) Há quanto tempo está atuando nessa função? Poderia descrever um pouco as atribuições/papel exercido no apoio institucional? O que ajuda e dificulta o seu trabalho?
- 4) Com quais secretarias/departamentos interage nos governos Federal (Ministério da Educação e Saúde) e Estadual (Secretaria de Saúde)? Como percebe a articulação e coordenação desses atores para que o Mais Médicos seja implementado?
- 5) Sobre a Comissão de Coordenação Estadual do Mais Médicos em Minas Gerais, como tem funcionado? Exemplo: periodicidade das reuniões, pautas discutidas, avanços e desafios?
- 6) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento que você participa? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou grupo de trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 7) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?

Falando um pouco dos resultados

- 8) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneiras? Em que temas? Como essas temáticas são articuladas nos processos de ensino?
- 9) Como é a relação com o gestor local do SUS no acompanhamento e avaliação da execução das atividades dos médicos? O que pode ser melhorado?
- 10) Todo programa tem pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 11) Na sua percepção, quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção? O que motiva essa percepção?
- 12) Algum outro comentário ou registro?

Roteiro de Entrevista – COSEMS

Trajetória e Implementação do Mais Médicos

- 1) Qual a sua trajetória acadêmica e/ou profissional que culminou no envolvimento com o Programa Mais Médicos?
- 2) Há quanto tempo está atuando nessa função? Quais os maiores desafios?

- 3) Com quais atores (governamentais e não governamentais) interage para que o PMM seja implementado nos municípios? Na sua percepção, quais os desafios de coordenação/governança da implementação do programa?
- 4) O Cosems tem participado da Comissão Estadual de Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, criada através da Portaria Interministerial 1.369 de 08 de julho de 2013? Como tem funcionado (periodicidade das reuniões, pautas discutidas, avanços, desafios)?
- 5) Existe alguma outra instância de coordenação intergovernamental em funcionamento que o Cosems participa? (ex: grupo executivo, comitê, comissão ou Grupo de Trabalho). Caso positivo, como têm funcionado, quem participa, quais problemas e avanços com essa instância?
- 6) Na sua percepção, como as questões envolvendo o Programa Mais Médicos são tratadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB)? Que avanços e desafios são percebidos?
- 7) Na sua percepção, como é a atuação dos órgãos de Controle, do Poder Legislativo e Judiciário em relação ao PMM? Eles têm contribuído para aprimorar a implementação do PMM? De que forma?
- 8) Há espaços de participação social para discutir e decidir questões envolvendo o PMM? Quais? Quem participa? Houve avanços na política com a participação social?
- 9) Existe algum tipo de conflito (político, ideológico ou técnico) no desenho e implementação do PMM? Como essas questões condicionam o sucesso do PMM?

Falando um pouco dos resultados do PMM

- 10) Quais os desafios para o trabalho do médico do PMM nos municípios? Que mudanças percebidas a partir da atuação dos médicos do PMM? De que maneira? Em que temas?
- 11) Todo programa tem alguns pontos fortes e limitações. Quais seriam os pontos fortes e limitações do PMM? Como as limitações vem sendo superadas?
- 12) Quais as perspectivas futuras do PMM? Existe alguma perspectiva de mudança, ampliação ou mesmo interrupção do PMM? O que motiva essa percepção?
- 13) Algum outro comentário ou registro?