

Projeto Mais Médicos para o Brasil: possibilidades de análise nos estudos das relações federativas.

David Barbalho Pereira.

Cita:

David Barbalho Pereira (2017). *Projeto Mais Médicos para o Brasil: possibilidades de análise nos estudos das relações federativas. XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-018/2133>



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL:
possibilidades de análise nos estudos das relações federativas

David Barbalho Pereira

davidbarbalho@ymail.com

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Brasil



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RESUMO

Objetiva analisar aspectos da concepção e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) à luz de vieses analíticos nos estudos do Federalismo no Brasil. Considera o caráter de particularidades inerentes ao modelo Federativo do país, principalmente no que tange à existência de três entes federativos autônomos, que interagem diretamente entre si e com diversos atores e instituições na implementação de políticas sociais sobre no território. O PMMB, enquanto política social voltada fundamentalmente para o enfrentamento das desigualdades territoriais na oferta de profissionais médicos no Brasil, se configura como um caso ilustrativo dos desafios inerentes à gestão pública no contexto federativo, inclusive quanto ao seu forte viés de colaboração técnica internacional, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Aborda as nuances da formação da agenda e implementação do PMMB, bem como a aspectos da implementação e gestão do PMMB em nível federativo estadual, a partir de uma caracterização do caso do estado do Rio Grande do Norte (RN) (espaço de gestão no qual interagem representantes dos três entes federativos e seis instituições) – utilizando-se analiticamente de concepções e aspectos já consolidados nos estudos sobre o Federalismo brasileiro. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, utilizando como instrumentos metodológicos a revisão de literatura, observação direta e entrevistas não estruturadas com representantes das instituições que constituem a Comissão Estadual Coordenadora Estadual do PMMB. Conclui que se coloca como pertinente a adoção de políticas setoriais como objetos de pesquisa na compreensão das relações federativas, como forma de analisar e aprimorar os modelos de gestão e implementação de políticas na atual conjuntura do Federalismo Brasileiro. Destaca-se ainda a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de gestão e compressão da inserção de múltiplos atores sociais no enfrentamento de desigualdades sociais.

ABSTRACT

It aims to analyze aspects of the conception and implementation of the Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) in the light of analytical biases in Federalism studies in Brazil. It considers the character of peculiarities inherent to the Federative model of the country, especially as regards the existence of three autonomous federative entities, which interact directly with each other and with



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

several actors to institutions in the implementation of social policies on the territory. The PMMB, as a social policy oriented fundamentally to the confrontation of the territorial inequalities in the offer of medical professionals in Brazil, is configured as an illustrative case of the challenges inherent in public management in the federative context, including its strong technical cooperation bias, Pan American Health Organization (PAHO). It addresses the nuances of the agenda formation and implementation of the PMMB, as well as aspects of the implementation and management of the PMMB at the state federative level, based on a characterization of the case of the state of Rio Grande do Norte (RN) (management space in which the representatives of the three federative entities and six institutions interact) - analytically using conceptions and aspects already consolidated in the studies on Brazilian Federalism. This is a qualitative descriptive study, using as methodological tools the literature review, direct observation and unstructured interviews with representatives of the institutions that constitute the State Coordinating State Commission of the PMMB. It concludes that the adoption of sectoral policies as research objects in the understanding of federative relations, as a way of analyzing and improving the models of management and policy implementation in the current Brazilian Federalism is considered pertinent. It is also necessary to improve the mechanisms of management and compression of the insertion of multiple social actors in the confrontation of social inequalities.

Palavras-chave

Projeto Mais Médicos para o Brasil. Federalismo brasileiro. Políticas sociais.

Keywords

Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brazilian federalismo. Social policies.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

1 Aspectos introdutórios

As discussões inerentes ao Federalismo brasileiro dispõem de um amplo aporte teórico e conceitual na literatura, norteado por diversas vertentes e direcionamentos analíticos. Uma amostra da produção intelectual da área nos últimos dez anos possibilita a observação de abordagens e percursos teóricos diversos, dentre os quais, cita-se: Federalismo e Ciência Política (Souza, 2008); Cooperação federativa (Linhares, Cunha e Ferreira, 2012; Abrucio, Filippim e Dieguez, 2013); Federalismo e políticas públicas (Franzese e Abrucio, [2009]); Coordenação federativa (Bichir, 2016); e Federalismo e desigualdades territoriais (Arretche, 2010). Observa-se que alguns trabalhos adotam como objeto de estudo experiências de interlocução e mecanismos de coordenação federativa instituídas na gestão pública, empreendendo esforços na abordagem de alguns aspectos conceituais e teóricos já delineados.

Dessa forma, o presente trabalho objetiva analisar aspectos da concepção e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) à luz de possibilidades analíticas nos estudos em Federalismo. Em caráter preliminar, entende-se que o Projeto demanda um modelo de gestão com ampla capacidade de articulação e cooperação entre os entes federativos, bem como interlocução com atores estatais e não estatais – fator que o configura caso ilustrativo de discussões levantadas na academia, tais como a composição de novos mecanismos e modelos de governança, emergência de novos atores sociais e enfrentamento de desigualdades territoriais.

Para isso, adota como método uma abordagem qualitativa descritiva, na medida em que discorre sobre algumas nuances da trajetória do Programa Mais Médicos, focando na sua inserção na agenda governamental e caracterização dos arranjos de gestão nos níveis nacional e estadual – a partir da implementação do Projeto no estado do Rio Grande do Norte. Adota como instrumentos metodológicos a análise documental dos documentos normativos que regem o PMMB, bem como notícias e matérias relacionadas ao contexto de sua instituição. Além disso, se utiliza da revisão de literatura como aporte conceitual para análise empírica do processo de implementação do PMMB. A caracterização da gestão do PMMB no estado do RN conta ainda com a observação direta de



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

momentos de reunião dos representantes que compõem a instância de gestão e deliberação do Projeto, além de conversas informais com os mesmos.

2 Projeto Mais Médicos para o Brasil e relações federativas: nuances da formação da agenda¹ e implementação²

Instituído pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos possui como finalidade principal a formação de recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013b. Não paginado.), considerando um quadro de grande defasagem na oferta de atendimento médico na Atenção Básica de Saúde e grandes disparidades entre os estados federados na distribuição dos profissionais médicos (Garcia, Rosa e Tavares, 2014, p. 26). Para isso, estabelece objetivos específicos pautados pela redução das desigualdades regionais na saúde; fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; aprimoramento da formação médica; intercâmbio de conhecimentos entre profissionais da saúde formados em instituições brasileiras e estrangeiras; dentre outros aspectos. (BRASIL, 2013b. Não paginado.). Voltadas para o cumprimento dos objetivos do Programa, são empreendidos três eixos de ações:

- I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica [...];
- II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
- III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (Brasil, 2013b. Não paginado.).

¹ Apropria-se aqui do conceito de Agenda enquanto primeira etapa do modelo de processo de políticas públicas, concebido por Saravia (2006), como “[...] inclusão de determinado pleito ou necessidade social na agenda, na lista de prioridades, do poder público.” (Saravia, 2006, p. 33).

² Considerando a diversidade de concepções inerentes à etapa de implementação, entende-se como conveniente apropria-se do conceito trazido por Saravia (2006), entendendo-a como uma preparação do aparelho burocrático e administrativo para a execução da política pública em questão: “[...] organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para executar uma política. Trata-se da preparação para pôr em prática a política pública, a elaboração de todos os planos, programas e projetos que permitirão executá-la.” (Saravia, 2006, p. 34).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

A ampliação de oferta de profissionais médicos em regiões nas quais se verifica maior defasagem é contemplada pelo terceiro eixo de ações do Programa, que consiste no empreendimento do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

O PMMB compreende o atendimento emergencial de áreas com maior defasagem na inserção de médicos, aliando a isso o caráter de formação continuada dos profissionais, por meio de um curso de especialização a ser desenvolvido durante o seu vínculo com o Programa, na condição de médico bolsista. Tais aspectos evidenciam a concepção interinstitucional da qual é dotada o Projeto, uma vez que já se torna evidente a necessidade de integração com setores governamentais da área de educação e instituições de ensino na formação dos profissionais participantes do Programa.

2.1 Desigualdades regionais e déficit de profissionais médicos na concepção do PMMB

Conforme sinalizado, a concepção do Projeto Mais Médicos para o Brasil passa pelo reconhecimento do déficit na oferta de profissionais médicos no país, e em especial, pela desigualdade na sua distribuição entre as regiões e, em nível estadual, entre aglomerados centrais e metropolitanos e municípios de pequeno porte e áreas periféricas – desigualdade também presente na alocação de recursos na área da saúde. (Conferência Nacional dos Municípios [CMN], 2016)³.

Alessio (2015) coloca que essa carência já era reconhecida nos espaços de discussão da Saúde já na década de 1980, inclusive no âmbito da 8ª Conferência Nacional de Saúde [CNS], ocasião que marca a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde. Em um recorte temporal mais recente, Carvalho e Sousa (2013) elencam iniciativas que pressionam o Governo Federal no enfrentamento da questão, quando consideram que

[...] no Encontro dos Prefeitos, em Brasília, ocorrido em janeiro de 2013, a Frente Nacional de Prefeitos criou uma campanha intitulada “**cadê o médico?**” reivindicando medidas ao

³ Estudo Técnico da Confederação Nacional de Municípios exemplifica as discrepâncias na alocação de recursos em saúde, ao colocar que em doze estados os recursos destinados às suas capitais superam o total de recursos aplicados em todos os outros municípios do território estadual, segundo dados do Sistema Integrado de Administração Financeira [SIAFI] (2015).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

governo federal para prover médicos nas diversas regiões do País. Entre as propostas deste segmento, destaca-se a flexibilização de regras para a entrada de médicos estrangeiros para atuarem na atenção básica. (Carvalho e Sousa, 2013, p. 919. Grifo dos autores.).

Além disso, já se reconhece na literatura a influência dos expressivos movimentos sociais que marcaram o mês de junho de 2013, momento no qual a população reivindica a ampliação de recursos para as áreas de educação e saúde, considerando inclusive, a viabilização financeira dos megaeventos esportivos a serem realizados no país, conforme colocado por Carvalho (2014, pp. 2-3):

Dentre as várias reivindicações levantadas durante as jornadas de junho, constavam os pedidos por melhorias na área da saúde. Embalados pelos altos investimentos realizados no país para a realização de três grandes eventos esportivos (a saber: Copa das Confederações 2013, Copa do Mundo de Futebol 2014 e Olimpíadas 2016), muitos manifestantes questionaram a falta de recursos humanos e financeiros na saúde pública.

Entre outros fatores, esse contexto resulta em uma sinalização clara da Presidência da República na ampliação dos investimentos na área de saúde, e inserção de um amplo contingente de médicos nas áreas prioritárias, conforme afirmado em pronunciamento oficial, no mês de julho de 2013, durante a XVI Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios:

Nesse esforço que nós estamos fazendo na área da saúde, nós já nos comprometemos a resolver uma questão que sabemos que é candente no Brasil. Sabemos que tem 700 municípios no Brasil, entre os menores, que não têm médicos, [...] nós iremos custear de forma integral mais médicos nos postos de saúde, nas UPAs, especialmente no interior, nesses municípios pequenos abaixo de 50 mil que hoje têm uma dificuldade imensa não só para ter o médico, mas também para pagá-lo; e nas periferias das grandes cidades, em todas as regiões, em especial no Nordeste e no Norte do país.

Esses R\$ 10 mil que nós iremos pagar, e assumir integralmente, da remuneração dos médicos, eles serão acompanhados por uma ajuda de custo que varia entre R\$ 10 mil a R\$ 30 mil de acordo com a região em que o médico se estabelecer. (Roussell, 2013. Não paginado.).

Embora não mencione nominalmente o Projeto, o discurso sinaliza claramente a inserção do enfrentamento do déficit de médicos em áreas prioritárias na agenda governamental e formulação de uma política específica. Aqui, são considerados como fatores relevantes nesse processo as pressões exercidas pelo ente municipal, por meio da Frente Nacional de Prefeitos, a pressão popular



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

exercida na ocasião dos movimentos sociais, bem como diagnósticos prévios de caráter técnico no reconhecimento do problema. Tal cenário configura um clima permanente de conflito e tensão entre os entes federativos, na medida em que os recursos financeiros se encontram centralizados em nível federal e os municípios, responsáveis pela prestação de serviços básicos, possuem sérias limitações de naturezas técnica e financeira na sua operacionalização, inclusive no que se refere aos serviços da Atenção Básica de Saúde.

Estando na gênese da concepção do PMMB, tal aspecto se consolida na Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.369, de 8 de julho de 2013, ao considerar “[...] a dificuldade de alocação de profissionais da saúde em áreas de maior vulnerabilidade econômica ou social e as necessidades das populações que vivem nas capitais e regiões metropolitanas e as necessidades específicas da população indígena [...]” (Brasil, 2013a).

Constituindo-se a Saúde como uma política descentralizada regulada – evocando o que Arretche (2010, p. 603) considera como “[...] aquelas nas quais a legislação e a supervisão federais limitam a autonomia decisória dos governos subnacionais, estabelecendo patamares de gasto e modalidades de execução das políticas.” – entende-se o papel central desempenhado pelo Governo Federal no enfrentamento das desigualdades territoriais, embora a autonomia e poder decisório dos governos subnacionais conste como um fator que reforce as desigualdades. Arretche (2010) coloca que

[...] embora as unidades constituintes sejam politicamente autônomas [...] sua autonomia decisória não pode ser adequadamente interpretada, se ignorarmos a extensão em que a agenda dos governos subnacionais é afetada pela regulação federal. [...] examinar desigualdades territoriais de acesso dos cidadãos brasileiros a políticas públicas requer incluir a regulação federal na análise. (Arretche, 2010, p. 597).

Dessa forma, o PMMB pode ser interpretado como uma política que exemplifica o protagonismo do ente federal no enfrentamento de desigualdades territoriais. No entanto, isso não significa que a composição da agenda governamental se dê apenas nessa instância federativa. No caso do Projeto, são reconhecidas pressões exercidas pela sociedade civil e ente municipal – que



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

denotam maior complexidade no processo de tomada de decisão quanto aos problemas sociais a serem enfrentados por meio de políticas setoriais.

2.2 Interinstitucionalidade e coordenação na implementação do PMMB

O desenho do PMMB possui particularidades que demandam um modelo gestão de grande capilaridade e capacidade de interlocução com diversos atores – tanto no provimento dos médicos inseridos nos mais diversos contextos municipais, quanto no processo de ensino-serviço dos médicos durante o período de vínculo com o Projeto. Além disso, a possibilidade de preenchimento das vagas por médicos estrangeiros demanda cooperação de natureza internacional, conforme observado na articulação realizada junto à Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS].

No nível federal, ficou instituída a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, composta por representantes, titulares e suplentes do Ministério da Saúde (Brasil, 2013a, art. 7) – três representantes, sendo ao menos um deles da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde – [SGTES/MS] –, Ministério da Educação [MEC] – três representantes, sendo ao menos um deles da Secretaria de Educação Superior [SESu/MEC]. Fica à critério da Coordenação do Projeto “[...] convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, para cooperar com a Coordenação.” (Brasil, 2013a), ficando explicitada a possibilidade de inserção de outras instituições e atores com potencial deliberativo e consultivo para a gestão do Projeto – o que pode ser exemplificado pela gestão estadual do Projeto no recorte adotado na Sessão 3 deste trabalho.

A Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.369, de 8 de julho de 2013 compreende claramente a necessidade da articulação entre os entes federativos na implementação e viabilização do PMMB, atendendo inclusive a questão territorial que permeia a gestão da saúde no Brasil, ao considerar “[...] a necessidade da participação e colaboração efetiva do Ministério da Saúde com os Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de alocação, provimento e fixação de profissionais de saúde em seus limites territoriais [...]”. (Brasil, 2013a). A inserção dos médicos nos municípios e em distintas Regiões de Saúde demanda considerar o modelo regionalizado já consolidado na gestão da saúde –



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

fator do qual o PMMB se apropria inclusive no desenvolvimento das atividades de ensino-serviço. Tal modelo se alinha à complexidade de arranjos cooperativos, já sinalizados por Almeida (2005), ao tratar da atuação das instituições nas dinâmicas de centralização e descentralização do modelo federativo brasileiro:

Assim, tendências descentralizadoras e impulsos centralizadores materializaram-se em instituições que fizeram da federação um arranjo cooperativo complexo, no qual governo federal, estados e municípios articularam-se de maneiras diversas nas diferentes áreas de ação governamental. (Almeida, 2005, p. 38).

A concretização do modelo de cooperação entre os entes federados na implementação do PMMB compreende primeiramente as competências inerentes à cada um deles. Dessa forma, compete ao Distrito Federal e Estados participantes a composição das Comissões Estaduais do Projeto e; adoção de providências necessárias para a realização do Projeto, dentro de suas competências (BRASIL, 2013a). É colocada como competência comum à Estados, Distrito Federal e Municípios “[...] **atuar em cooperação** com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito da sua competência [...]” (Brasil, 2013a. Grifo nosso.).

Aos Municípios compete: realização das ações previstas no termo de adesão e compromisso⁴, inserir os médicos em equipes de Atenção Básica de Saúde nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica, inscrever o médico participante do Projeto no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [SCNES] e, em conjunto com o supervisor, acompanhar e fiscalizar o execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de atividades – essenciais para validação e recebimento da bolsa destinada ao médico. (Brasil, 20013a). Cabe salientar que a adesão ao PMMB não se dá de forma obrigatória por parte

⁴ O termo de adesão e compromisso a ser assinado pelos Municípios e Distrito Federal deve versar minimamente sobre as seguintes cláusulas: “I – não substituir os médicos que já compunham as equipes de atenção básica pelos participantes deste Projeto; II – manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto; III – oferecer moradia para o médico participante do projeto [...]; IV – garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável e; V – compromisso de adesão ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), do Ministério da Saúde, em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto”. (Brasil, 2013, art. 11, I-V).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

dos Municípios. A aderência ao Projeto se dá de forma voluntaria, sendo as suas ações direcionadas pelos documentos normativos vigentes e em especial, pelo termo de adesão e compromisso.

A composição da Comissão Gestora do Projeto em âmbito nacional possibilita o entendimento da complexidade do arranjo de gestão adotado – aspecto que se reproduz nos estados federados, uma vez que lidam diretamente e de modo cooperativo com os municípios contemplados pelo PMMB, instituições de educação superior e organizações internacionais. Nesse processo e na concepção de gestão do Projeto, ressalta-se a importância da cooperação enquanto norteadora das relações estabelecidas entre entes federativos e instituições envolvidas na gestão. A título de ilustração, observa-se que a Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.369 se utiliza 12 (doze) vezes do termo “cooperação”.

3 A implementação e gestão do PMMB em nível estadual: o caso do estado do Rio Grande do Norte

Tendo reconhecido o PMMB como iniciativa da União para o enfrentamento de um problema social reivindicado proeminentemente por entes municipais e sociedade civil, se faz pertinente observar o modo com que os estados subnacionais, enquanto entes autônomos, constituem os seus arranjos de gestão de uma política regulada em nível nacional. Arretche (2010) considera que “[...] mesmo na presença da regulação federal, ainda há espaço para decisões por parte dos governos locais, derivadas quer da sua autonomia política quer da sua autoridade sobre a execução de políticas” (Arretche, 2010, p. 611-612). Com o intuito de promover uma aproximação com a composição da Comissão Gestora do Projeto em uma unidade estadual, caracteriza-se aqui o modelo de gestão adotado na implementação do PMMB no âmbito do estado do Rio Grande do Norte [RN].

Até o ano de 2015, o estado do RN contava com 107 municípios contemplados com 332 médicos por ocasião do PMMB (Mais Médicos para o Brasil, [2015]. Não paginado.). Os médicos desenvolvem suas ações nas Unidades Básicas de Saúde [UBS] inseridas nos referidos municípios. Cabe destacar que o total de 167 municípios do estado é dividido administrativamente em oito



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Regiões de Saúde, a partir da concepção de territorialidade presente no Plano Regional de Regionalização do Estado do RN.

A gestão estadual do Projeto compreende como principal instância de deliberação a Comissão Coordenadora Estadual [CCE] do PMMB, bem como da gestão de políticas de provimentos em saúde, tais como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) e residências médicas. Observa-se que o espaço de deliberações acerca do PMMB se caracteriza por grande complexidade, ao passo que lida com um alto número de instituições no processo de tomada de decisões e delibera sobre a ação do Programa em um contexto de alta heterogeneidade – discrepâncias nas capacidades financeira, técnica e de gestão, perfil epidemiológico, etc. dos municípios contemplados.

Dessa forma, a CCE é composta atualmente por representantes das seguintes instituições: Ministério da Saúde [MS], Ministério da Educação [MEC], Secretaria Estadual de Saúde [SESAP] – por meio da Subcoordenadoria de Ações de Saúde [SUAS] e Núcleo Estratégia Saúde da Família [NEESF] –, Secretaria Municipal de Saúde de Natal [SMS Natal], Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do RN [COSEMS], Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], Universidade Federal do Rio Grande do Norte [UFRN], Universidade Estadual do Rio Grande do Norte [UERN] e Universidade Federal Rural do Semi-Árido [UFERSA]. (Rio Grande do Norte, [2014-2016?]).

Cabe destacar que, embora a Portaria n. 177/2013-GS-SESaP, de 29 de abril de 2013 que institui a Comissão Estadual do PROVAB no Sistema Único de Saúde no estado do RN e ainda esteja em vigor, a sua composição veio sendo acrescida de participantes de outras instâncias de gestão, na medida em que se percebeu a necessidade de interlocução com outros atores, de modo a configurar a composição descrita – já considerada em minuta de Portaria a ser homologada. A formação inicial previa a participação de representantes do MS, SESAP (no âmbito da Coordenadoria de Promoção à Saúde e Coordenadoria de Recursos Humanos); COSEMS e; UFRN, na condição de instituição supervisora da atuação dos médicos na atividade profissional desenvolvida no território e nas suas atividades de formação. Entende-se que o processo de revisão e rearranjo da CCE se alinha com o que colocam Abrucio e Costa (1998), quando consideram que



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

[...] O problema básico da questão federativa é encontrar o desenho institucional adequado à resolução dos conflitos entre os níveis de governo, sem destruir a autonomia de cada ente e a conflitualidade inerente aos pactos federativos. (Abrucio e Costa, 1998, p. 19).

A diversidade de atores participantes na CCE se justifica pela multiplicidade de relações institucionais entre os entes federativos e capilaridade das ações nos municípios contemplados pelo Projeto e nos quais os médicos estão inseridos. Dessa forma, observa-se que a atuação da Comissão enquanto principal instância de deliberação de demandas do Projeto compreende o encaminhamento de medidas, instruções e resoluções para os demais atores da gestão, respeitando as suas competências e articulação institucional.

A representação da SESAP no CCE se concentra no Grupo Técnico Núcleo Estratégia Saúde da Família [NEESF], integrante da Subcoordenadoria de Ações de Saúde [SUAS], que faz parte da Coordenadoria de Promoção da Saúde [CPS] – de modo que fica possibilitado um diálogo direto da Comissão com as demais instâncias técnicas de deliberações acerca das áreas da Atenção Básica de Saúde (saúde bucal, saúde da família, saúde mental, entre outras) (informação verbal⁵).

O caráter de cooperação internacional no provimento de médicos compreende, por exemplo, a atuação da OPAS nas negociações entre governo brasileiro e instituições de cooperação no recrutamento e legalização dos médicos intercambistas participantes do Projeto. Já o contato direto com as gestões municipais de saúde se dá preponderantemente pela atuação do COSEMS e de interlocução com os municípios. Algumas deliberações se dão no sentido de mediação e interlocução com os gestores municipais, emissão de notas técnicas, entre outras providências.

A rotina administrativa da CCE compreende reuniões para a deliberações de planejamento, avaliação das ações, encaminhamentos de resoluções para as instituições envolvidas na gestão do Programa, bem como para demandas emergenciais existentes nos municípios. A articulação entre os entes envolvidos na gestão surge como característica norteadora das discussões, na medida em que algumas questões inseridas na pauta são discutidas coletivamente, e apontados as deliberações e agentes nelas compreendidos. Em alguns casos, delibera-se a realização de visitas técnicas em

⁵ Informação verbal concedida pela coordenador do Núcleo Estratégia Saúde da Família e membro da CCE ao autor, por meio em conversa informal, em novembro de 2016.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

municípios específicos, bem como a interlocução com as coordenações regionais de saúde e gestões municipais.

Ampla parcela das deliberações dos atores da Comissão se dá em função do surgimento de demandas emergenciais, levantadas nos relatórios elaborados pelos supervisores e tutores do Projeto que acompanham os médicos nos territórios municipais, ou mesmo por denúncias realizadas pelos canais de comunicação da SESAP (informação verbal⁶). A ampla heterogeneidade dos municípios e discussão de situações específicas – tais como a estadia e oferecimento das condições de permanência dos médicos, repasse de valores de custeio aos profissionais, podem ser elencados como exemplos de pontos discutidos coletivamente. Nos casos nos quais médicos intercambistas estão no centro da questão, observa-se a atuação da representação da OPAS na negociação e tomada de decisão. O envolvimento dos participantes nas resoluções de problemas pontuais nos municípios envolve também os responsáveis pela supervisão e tutoria acadêmica dos médicos inseridos nos municípios, uma vez que há uma divisão das Regiões de Saúde entre as instituições tutoras (instituições de educação superior que compõem a Comissão).

Os pontos levantados por cada um dos agentes inseridos na CCE explicitam a necessidade da inserção de cada um deles na comissão, uma vez que, inseridos em instituições com diferentes campos de atuação, possuem competências e conhecimentos individuais que colaboram significativamente no processo de tomada de decisão gerido coletivamente. Neste sentido, entende-se que uma gestão unilateral de um programa social desse porte certamente encontraria dificuldades ainda mais severas no atendimento das demandas geradas na sua implementação.

Uma análise da dinâmica de gestão do PMMB adotada por um ente estadual, como aqui colocado, remonta ao poder de decisão e autonomia do governo estadual na determinação dos atores envolvidos na implementação do Projeto, bem como de uma configuração de gestão complexa de políticas públicas, na qual novos atores – em alguns casos, não estatais – passam a integrar os espaços de tomada de decisão, em uma lógica que aumenta a complexidade e conflitualidade

⁶ Informação verbal concedida pela apoiadora do Ministério da Saúde no estado do RN e membro da CCE ao autor, por meio em conversa informal, em novembro de 2016.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

inerente a esses espaços. Tal aspecto é contemplado por Lima et al (2012), ao analisar a regionalização da saúde nos estados brasileiros por ocasião do Pacto pela Saúde, verificando

[...] mudanças importantes no exercício de poder no interior da política de saúde, que se traduz por: introdução de novos atores (governamentais e não governamentais), [...]; relevância das Secretarias de Estado de Saúde (SES) na condução da regionalização com fortalecimento das suas instâncias de representação regional; criação de novas instâncias de coordenação federativa (Colegiados de Gestão Regional); revisão das formas de organização e representatividade dos Conselhos de Representação das Secretarias Municipais de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites; [...]. (Lima et al, 2012, p. 2888).

Também é válido destacar a forma com que o Projeto se apropria da estrutura de regionalização do SUS, já estabelecida na gestão de saúde do país – aspecto que surge como uma das características da política atual do “federalismo sanitário brasileiro”, termo adotado por Dourado e Elias (2011).

4 Considerações finais

O ciclo de uma política setorial no atual contexto federalista brasileiro possibilita uma visão clara da nova e complexa conjuntura a ser considerada no amadurecimento de mecanismos de governança e efetividade na implementação de políticas públicas. A cooperação e a inserção dos mais diversos atores sociais nos processos de tomada de decisão e implementação de políticas públicas nas mais diversas realidades municipais do país se colocam como desafios centrais nesse processo e parecem ser consideradas gradativamente pelos atores formuladores.

Uma análise aprofundada sobre políticas setoriais específicas pode lançar mão sobre diversos aspectos que vêm compondo o escopo de pesquisa sobre o federalismo brasileiro. No caso aqui adotado, alguns desses pontos puderam ser enxergados nitidamente, corroborando empiricamente algumas contribuições da literatura da área. Longe de esgotar as possibilidades, objetivou-se aqui abordar nuances dos processos de concepção e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, à luz das contribuições teóricas e conceituais dos estudos em Federalismo.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Alguns desafios postos nas complexas relações federativas parecem ter sido considerados frontalmente na implementação do PMMB, principalmente quanto ao seu modelo interinstitucional e tripartite de gestão, utilizando-se largamente do modelo de regionalização de Saúde no SUS e agregando outros atores na sua operacionalização – o que denota um forte viés de cooperação já institucionalizado no arcabouço normativo da política. Destaca-se ainda a o papel desempenhado pela sociedade civil e Municípios na inserção do problema da desigualdade territorial no provimento de profissionais médicos na agenda governamental da União.

A realização de estudos detalhados de políticas setoriais de saúde pode contribuir significativamente no entendimento do atual cenário no qual se dão as relações entre entes federados, sociedade civil, instituições estatais e não estatais, de modo a se avançar na configuração de novos arranjos de gestão e que partam do SUS e da sua regionalização enquanto condições já incorporadas à gestão de saúde no país.

Outra possibilidade de análise – aqui adotada em certa medida – consiste na incorporação do conceito de ciclo de políticas públicas como forma de investigar de que modo se dão as relações federativas nas diferentes etapas do processo de uma política, bem como em uma caracterização mais precisa da atuação dos entes federados e instituições em diferentes momentos – o que denotaria uma visão que extrapole o estabelecimento de competências estabelecidas para cada um deles nos documentos normativos.

O desenvolvimento de pesquisas na área coloca-se como fator fundamental no entendimento dos novos arranjos de gestão de políticas públicas, considerando as relações multilaterais existentes entre os diversos atores e tendo potencial em colaborar no aprimoramento de mecanismos e modelos de governança e atendimento das demandas coletivas e singulares da União e de suas unidades subnacionais.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Referências

Abrucio, F. L. e Costa, V. M. F. (1998). Modelos federativos e o caso brasileiro. *Pesquisas*, São Paulo, n. 12.

Abrucio, F. L. e Filippim, E. S. e Dieguez, R. C. (2013) Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro n. 47, v. 6, pp 1543-1568, nov./dez. 2013.

Alessio, M. M. (2015). *Análise da implantação do Programa Mais Médicos*. Brasília, Universidade de Brasília (Faculdade de Ciências da Saúde). Dissertação de mestrado – Saúde Coletiva.

Almeida, M. H. T. (2005). Recentralizando a federação?. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, pp. 29-40, jun. 2005.

Arretche, M. (2010). Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, 2010, pp. 587-620.

Bichir, R. (2016). Novos instrumentos de coordenação federativa: reflexões a partir do Programa Bolsa Família. *Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais*, n.1, v.1, jun./ago. 2016, pp.49-78.

Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Portaria interministerial MS/MEC N. 1.369, de 8 de julho de 2013*. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: <<https://goo.gl/7xSGFY>>. Acesso em 26 nov. 2016.

_____. (2013b). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Disponível em: <<http://goo.gl/qQXHKF>>. Acesso em 01 jun. 2016. Documento *online* não paginado.

Carvalho, F. C. (2014). A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. Intercom: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XV. *Anais do Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul*. Palhoça/SC, maio 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/Fr84gL>>. Acesso em 04 dez. 2016.

Carvalho, M. S. e Sousa, M. F. (2013). Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 47, dez. 2013. pp. 913-926.

Conferência Nacional de Municípios [CMN]. (2016). *Estudo Técnico: As desigualdades na distribuição de serviços de saúde entre os Municípios brasileiros*. Disponível em: <<https://goo.gl/BK322k>>. Acesso em 4 dez. 2016. Estudos Técnicos CNM.



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Dourado, D. A. e Elias, P. E. M. (2011). Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, v. 1, n. 45, pp. 204-211.

Franzese, C e Abrucio, F. L. (2009). Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo. *Anais do 33º Encontro Anual da ANPOCS*. GT 32: Políticas Públicas.

Garcia, B., Rosa, L. e Tavares, R. (2014). Projeto Mais Médicos para o Brasil: apresentação do programa e evidências acerca de seu sucesso. *Informações FIPE*. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. n. 402, mar. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/mZKQ9T>>. Acesso em 01 jun. 2016.

Lima, L. D. et al. (2012). Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 17, p. 2881-2892, 2012.

Linhares, P. T., Cunha, A. S e Ferreira, A. P. L. (2012). Cooperação federativa: a formação de consórcios entre entes públicos no Brasil. In: Linhares, P. T. F., Mendes, C. C e Lassance, A. (Orgs.). *Federalismo à brasileira: questões para discussão*. Brasília: IPEA, pp. 37-54. Diálogos para o desenvolvimento, v. 8.

Mais Médicos para o Brasil: Mais saúde pra você. ([2015]). Disponível em: <<http://goo.gl/F2gGLp>>. Acesso em 01 jun. 2016. Documento *online* não paginado.

Rio Grande do Norte. (2013). Secretaria de Estado da Saúde do RN. *Gabinete do Secretário*. Portaria n. 177/2013-GS/SESaP, 29 de abril de 2013. Criar a Comissão Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), no Sistema de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte. Natal/RN.

Rio Grande do Norte. (2014-2016?). Secretaria de Estado da Saúde Pública. *Minuta de Portaria*. Dispõe sobre a reestruturação e definição de funções para a Comissão Coordenadora Estadual - CCE do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB, no Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte. [Natal/RN]. Documento interno não publicado.

Roussel, D. (2013) *Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, durante XVI Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios [Brasília/DF, 10 de julho de 2013]*. Disponível em: <<https://goo.gl/Kfgx4f>>. Acesso em 4 dez. 2016. Documento online não paginado.

Saravia, E. (2006). Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (orgs.). *Políticas públicas: coletânea*. Brasília: ENAP, pp. 21-42.

Souza, C. (2008). Federalismo: teorias e conceitos revisitados. *BIB*, São Paulo, n. 65, jan./jun. 2008, pp. 27-48.