

O papel do governo estadual no arranjo de implementação do Programa Mais Médicos Brasil: um olhar a partir de Minas Gerais

ALEX DOS SANTOS MACEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

LUIZA AMÁLIA SOARES FRANKLIN

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

LEANDRO THEODORO GUEDES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

MARCO AURÉLIO MARQUES FERREIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

GABRIELLE FONTES MAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

Agradecimento à órgão de fomento:

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

O papel do governo estadual no arranjo de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil: um olhar a partir de Minas Gerais

1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi desenvolvido em 2013, mobilizado por problemas estruturais flagrantes na saúde pública brasileira. Dentre eles, destaca-se o desequilíbrio histórico na quantidade, qualidade, distribuição e fixação de médicos em localidades de maior escassez e vulnerabilidade social, que receberam atenção diminuta de políticas públicas mais incisivas (Silveira & Pinheiro, 2014). O Programa foi também uma resposta mais robusta à campanha “Cadê o médico?” — de janeiro do mesmo ano, promovido pela Frente Nacional dos Prefeitos (FNP) — e a um rompante de pressão de movimentos populares ocorridos no mesmo ano (Brasil, 2015).

Para alcançar a meta de 2,7 médicos por mil habitantes em 2026 (partindo de 1,8 em 2013), a política pública foi desenhada para atuar nos seguintes eixos: (a) provimento emergencial de médicos em regiões que enfrentavam dificuldades para prover e fixar esses profissionais, estruturado através do Projeto Mais Médicos Brasil (PMM); (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.

O foco de análise deste artigo é no processo de implementação do eixo emergencial. O arranjo institucional de implementação do PMM é complexo e envolve múltiplos atores em níveis distintos do arranjo federativo, uma vez que o programa 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 Sistema Único de Saúde (SUS) (Pinto *et al.*, 2017). O PMM 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.

Os estudos sobre o Mais Médicos têm dado pouca atenção para os arranjos de implementação, que toma maior importância diante do caráter federativo do estado, da complexidade territorial, da intersectorialidade inerente à política e da participação social, ainda subvalorizada na literatura da área. Alguns trabalhos publicados no Brasil podem ser considerados centrais acerca da discussão dos arranjos institucionais e das capacidades estatais, como os de Gomide e Pires (2014), Pires e Gomide (2016) e Lotta e Favareto (2016).

A compreensão dos arranjos institucionais de uma política pública como o PMM evidencia os “atores envolvidos, como se efetiva a governança, os processos decisórios e os graus de autonomia” (Lotta & Favareto, 2016, p. 54). Adicionalmente, permite observar as capacidades estatais mobilizadas ou não pelos atores para implementar a política pública a partir da configuração do arranjo de implementação.

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 (Gomide, Pereira & Machado, 2017). No âmbito do PMM, Lotta *et al.* (2016) delinearão as principais dimensões de arranjos institucionais passíveis de serem analisadas no Programa. Macedo (2019), por sua vez, realizou um estudo mostrando como se deram os

arranjos e as capacidades estatais efetivamente na implementação e no monitoramento do programa, sobretudo na relação federal-estadual.

Todavia, o olhar para o papel e as atribuições dos governos estaduais na implementação do Mais Médicos é incipiente. Na verdade, análises sobre a atuação dos governos estaduais na implementação de políticas de saúde são escassas no país. Segundo Lima *et al.* (2010), o papel dos governos estaduais é um dos maiores desafios do pacto federativo nas políticas de saúde após a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde - instituída em 1990 e normatizou as ações e serviços de saúde no território nacional, bem como estabeleceu, entre outras, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde -, que trouxeram mudanças significativas nas atribuições dos três entes federativos. Houve reforço da centralização da política de saúde na esfera nacional, maiores responsabilidades e atribuições aos municípios com a descentralização em detrimento de indefinições do papel dos governos estaduais.

Menicucci e Marques (2016) consideram que os governos estaduais possuem papel fundamental na condução das políticas, na indução, coordenação, pactuação e negociação, no sentido de evitar o aprofundamento das desigualdades regionais, uma vez que os entes municipais são heterogêneos em termos de capacidades financeiras, técnicas e administrativas. Mota e Barros (2016) verificaram a implementação do PMM em Mato Grosso, identificando que a atuação estadual se mostrou relevante na intermediação entre União e municípios; na distribuição de recursos; no apoio às ações dos municípios; na adequação da política de atenção básica estadual; e na promoção de trocas de experiências entre as unidades contempladas.

À época deste estudo, Minas Gerais, era o terceiro estado, apenas atrás de São Paulo (14,95%) e Bahia (9,26%) em proporção de médicos do PMM 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 853 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 PMM no Estado (Almeida et al., 2019).

Adicionalmente, os municípios mineiros são diversos em termos regionais, socioeconômicos e de capacidades financeiras, técnicas e administrativas, o que torna fundamental e desafiador o papel do governo estadual na implementação da iniciativa em seu território, em função dos arranjos e das capacidades estatais a serem mobilizadas para levar a cabo a redução das iniquidades distributivas de médicos. Em 2013, ano de implementação do PMM, as macrorregiões de Minas Gerais com maiores necessidades de médicos na Atenção Básica à Saúde eram a Nordeste, Jequitinhonha, Norte e Noroeste, que também possuíam os menores níveis de desenvolvimento econômico do Estado, conforme o Produto Interno Bruto (PIB) per capita em detrimento das regiões mais ao sul do estado mineiro (Macedo, Ferreira e Faria, 2019)

Ante o exposto, infere-se que, embora avançada, ainda existem lacunas deixadas pela literatura a respeito da averiguação dos arranjos institucionais, especialmente no que diz respeito aos mecanismos de coordenação entre atores, setores e dimensões federativas, principalmente com foco no ente estadual. Portanto, esta pesquisa se propôs responder à seguinte questão: como a atuação dos atores envolvidos no arranjo institucional da implementação do Projeto Mais Médicos Brasil em Minas Gerais interferiu na ampliação do atendimento integral à saúde de seus cidadãos mineiros?

Para tanto, buscou-se analisar o papel do governo estadual no arranjo institucional de implementação do eixo emergencial do Programa Mais Médicos no contexto do estado de Minas Gerais. Para atender ao escopo do estudo, o artigo está estruturado em mais quatro seções além da problematização inicial. A segunda seção discute o arranjo de implementação do PMM e as dimensões de análise da intervenção, para em seguida tecer o desenho metodológico do

estudo. Na sequência, os resultados e discussões são apresentados. Por fim, as considerações finais do estudo.

2 ARRANJOS INSTITUCIONAIS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

As primeiras discussões sobre os arranjos institucionais foram estabelecidas por Davis, North e Smorodin (1971), quando discutiram o papel das instituições, que seria o conjunto de regras, formais e informais que condicionam as interações sociais. O ambiente institucional, outro conceito importante, trata do conjunto de regras políticas, sociais e legais que normatizam o funcionamento dos sistemas políticos, econômicos e sociais. 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 “definem a forma particular de coordenação de processos em campos específicos, delimitando quem está habilitado a participar de um determinado processo, o objeto e os objetivos deste, bem como as formas de relações entre os atores” (Pires & Gomide, 2016, p. 19). Desse modo, soma-se o aparato relacional ao técnico nas capacidades estatais, e ambos têm se mostrado complementares no intento de articular forças para executar as políticas, sobretudo no que tange ao controle da política e a própria compatibilização da participação popular como corolário do sistema político brasileiro (Nunes, 2020).

Para analisar os arranjos do Programa Mais Médicos é necessário compreender que dentre os três eixos de atuação há um destaque para o primeiro, o provimento emergencial de médicos, por ele possuir caráter mais emergencial. Isso faz com que nele se encontrem as mais complexas imbricações entre as diferentes esferas federativas. Por conta dessa predominância do primeiro eixo, existe uma centralização de ações no Ministério da Saúde (MS), que não anula a existência da funcionalidade nuclear de esferas subnacionais, como secretarias estaduais e municipais, não somente no processo de distribuição desses médicos, mas da própria gestão da atuação deles. É dado aos estados e ao Distrito Federal o papel de cooperação com os demais entes da federação, instituições de ensino e organismos internacionais na fiscalização das regras do PMM, das condições de trabalho e apuração de denúncias, tanto da atuação dos médicos quanto dos municípios. Aos municípios, assessorados e supervisionados pelo estado, cabia o fornecimento de condições de trabalho, de estadia e de alimentação nas localidades que acolhem os médicos (Macedo *et al.*, 2019).

Os outros eixos também têm um protagonismo mais claro da esfera federal justamente por terem como objeto dimensões mais estruturantes. Tanto o processo de formação de novos médicos – que entra em complemento à provisão emergencial – quanto a melhoria estrutural apresentam uma relação mais forte entre a esfera federal, através do MS e do Ministério da Educação (MEC), com as organizações responsáveis por distribuírem os recursos e levarem os projetos adiante, como instituições superiores de ensino e as responsáveis pelas obras estruturais em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As complexidades subnacionais são um elemento central nesta pesquisa, pois dão ênfase justamente às esferas federativas no âmbito dos arranjos institucionais. No eixo emergencial, a descentralização político-administrativa conta com a estrutura do SUS e com a regulamentação da atenção básica, o que permite o protagonismo de estados e municípios. Esse tipo de descentralização é o modelo ideal para as políticas públicas sociais elaboradas pela União e que

precisam atender às especificidades da ponta (Freitas, 2015), pois busca valorizar os arranjos e a autonomia local, e privilegiam as necessidades do povo daquele território.

Para compreender esse processo de descentralização, faz-se necessário explorar a natureza destas relações e as responsabilidades dos entes nas políticas públicas, distinguindo *policy-making* – “designação formal de responsabilidades de governo” – de *policy decision-making* – “autonomia para tomar decisões sobre as políticas públicas” (Vazquez & Gomes, 2012, p.147). Essa distinção auxilia no entendimento da autonomia dos entes subnacionais a partir do processo de descentralização, considerando os níveis político (atrelado ao processo eleitoral e ao cumprimento de mandatos), fiscal (participação nas contas subnacionais) e competência (no que tange às atribuições de execução, considerando que a descentralização pode ser total ou limitada).

A complexidade do programa se evidencia diante do volume de setores envolvidos, de recursos demandados e da própria envergadura dos objetivos. Lotta *et al* (2016), cientes dessa amplitude, elencam quatro dimensões fundamentais para o tratamento da questão dos arranjos institucionais para o PMM. Em primeiro lugar, destacam a *Intersetorialidade*, que visa compreender as relações entre setores distintos, ou seja, relações entre órgãos pertencentes à mesma esfera federativa.

Em seguida aparece a *Subsidiariedade Federativa*, que trata da relação entre as diversas esferas federativas, ou seja, as relações entre federação, estado e município na implementação da política pública, com foco na articulação entre elas, a despeito das competências específicas de cada uma. A literatura tem se debruçado sobre elementos ligados à legalidade no que toca a articulação subnacional – normas que estabelecem incentivos, limites e possibilidades de atuação (Menicucci & Marques, 2016), todavia, o próprio escrutínio do PMM mostra que, para além dos aspectos normativos, existem questões relacionais fundamentais para a implementação que dependem dessa articulação subnacional.

A terceira dimensão é a da *Participação Social*, que investiga o papel de outros atores durante a implementação e mecanismos como os conselhos gestores, conferências, audiências, consultas públicas, ouvidorias, mesas de negociação. Este tópico recebe atenção acurada da literatura sobre arranjos institucionais, sobretudo no debate da relação entre insulamento e participação (Gonçalves Junior, Gava & Silva, 2017) e do uso efetivo desses mecanismos para a promoção de transparências e prestação de contas, em benefício de atores diretamente impactados ou não (Nunes, 2017).

Finalmente, a dimensão *Territorialidade* se debruça sobre as instâncias de adequação das políticas públicas às realidades locais, com destaque para três categorias cruciais nesta dimensão, segundo Lotta *et al*. (2016): 1) intermunicipalidade, que é uma delimitação territorial formada por mais de uma cidade dentro de uma região delimitada, como as 77 Regiões de Saúde existentes em Minas Gerais (Pereira *et al*, 2020); 2) perspectiva intersetorial, evidencia a coordenação de interesses e articulação de setores distintos no território considerando as idiossincrasias das estruturas sociais locais; e 3) a penetração da participação de atores sociais por meio dos mecanismos disponíveis, como fóruns, conferências, conselhos, comitês e colegiados nos processos de planejamento e gestão da intervenção. Dessa forma, é necessário verificar como as especificidades locais foram consideradas na etapa de formulação e implementação da intervenção.

Tendo em vista a aderência deste aparato conceitual às principais características do processo de implementação do Programa Mais Médicos, entende-se que é válido considerar tais dimensões como categorias de análise para os arranjos institucionais do Programa. Pois, para sua implementação há necessidade de contemplar diversos atores em nível governamental, estadual e municipal, bem como atores não governamentais que devem trabalhar de forma intersetorial e colaborativa.

O que demanda de seu arranjo capacidades administrativas e político-relacionais. A primeira é importante para garantir condições estruturais (orçamento, pessoal e tecnologias de informação, instrumentos de coordenação e monitoramento, por exemplo) visando a efetividade da intervenção. Por sua vez, a segunda é relevante para viabilizar a sustentação política e a legitimidade da política, a inserção de atores e a constituição de coalizões a fim de alcançar os resultados pretendidos e estratégias planejadas (Pires & Gomide, 2018).

3 METODOLOGIA

Considerando a natureza do objeto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa a partir da análise de dados primários e secundários. Os dados primários consistem em oito entrevistas semiestruturadas com agentes estratégicos da implementação do PMM a nível estadual. Presencialmente, foram ouvidos: um representante da Secretaria de Saúde do Governo de Minas (SES-MG), dois atores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais (COSEMS-MG), três representantes (sendo duas entrevistas *on-line*) do Ministério da Saúde (MS) que fornecem suporte institucional aos municípios e ao governo estadual. De forma semelhante (*on-line*), porém no Ministério da Educação (MEC), ouviu-se mais um representante. Os Suportes Institucionais do MS e MEC funcionam como apoio descentralizado, no sentido de representar os ministérios nos contextos *loco* regionais. Isto é, eles são as vozes do governo federal junto aos governos estadual e municipal, visando aproximar, melhorar a comunicação e acelerar resolução de problemas nos territórios

Por fim, entrevistou-se mais um ator ligado à instituição responsável por ofertar o curso de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes do Mais Médicos em Minas Gerais. Portanto, foram oito entrevistas coletadas e gravadas entre os meses de outubro a dezembro de 2018, com tempo médio de duração de 40 minutos, com atores governamentais e não governamentais que estavam diretamente envolvidos na implementação da política no território mineiro.

De forma complementar, foram coletadas por meio da Lei de Acesso à Informação, 31 atas de reuniões da Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do PMM em Minas Gerais, que ocorreram entre fevereiro de 2014 e dezembro de 2017. Uma CCE foi montada em cada estado e no Distrito Federal, e essas comissões eram compostas por representantes do MEC, do MS, das secretarias estaduais de saúde e por outras instituições que supervisionavam o PMM a nível local. Elas foram instituídas por meio da Portaria Interministerial (MS e MEC) nº 2.921 de 28 de novembro de 2013.

Os dados foram tratados e analisados utilizando a Análise de Conteúdo Categorical de Bardin (2016). A partir da literatura levantada, as informações coletadas foram identificadas e classificadas de acordo com as dimensões analíticas e as categorias de análise apresentadas no Quadro 1, para que ao final fosse possível apresentar o desenho institucional, as relações intergovernamentais e as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais na implantação do Programa Mais Médicos no estado de Minas Gerais.

Quadro 1 - Dimensões Analíticas do Arranjo Institucional

Dimensão analítica	Critérios de Análise	Categorias de Análise
Intersetorialidade	Como se dá a relação entre diferentes setores e órgãos envolvidos no PMM	<ul style="list-style-type: none"> • Formulação da política - ex: sistemas e instrumentos de diagnóstico ou planejamento interministeriais ou entre secretarias. • Implementação - ex: execução feita em conjunto entre diferentes ministérios ou secretarias.

		<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento e Avaliação – ex: sistemas integrados, grupos de trabalho, comitês gestores, salas de situação, entre outros.
Subsidiariedade federativa	Como se dão as relações entre os diferentes entes no processo de implementação (federação, estado e município)	<ul style="list-style-type: none"> • Quem faz as regras da política efetivamente? (governo federal, estadual ou municipal?) O que se prevê no pacto federativo em termos de competências constitucionais neste tema/setor? • Quem financia a política? (governo federal, estadual ou municipal?) E qual instrumento de financiamento (convênio, origem dos recursos – Tesouro, Fundo etc.) • Quem implementa a política? (governo federal, estadual ou municipal?) • Há existência e funcionamento de fóruns intergovernamentais?
Participação Social	Como se dá o processo de participação social na implementação e formulação	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os atores sociais (governo, sociedade, mercado) estão envolvidos na política? • Quais os mecanismos institucionais de participação, transparência e prestação de contas com os atores sociais? Ex: conselhos, conferências, audiências públicas, Grupos de Trabalhos, fóruns, entre outros.
Territorialidade	Como se articulam os aspectos em termos de instâncias territoriais (conselhos, conferências)	<ul style="list-style-type: none"> • Como a política lida com a dimensão territorial? (há menções a especificidades espaciais ou à necessidade de diferenciar/adaptar os instrumentos de políticas a contextos específicos (como diagnósticos locais)? • Há espaços de participação territoriais (fóruns, conselhos, comitês, colegiados) previstos? • Há formas de articulação/diálogo/integração com outras instâncias participativas já existentes nos territórios?

Fonte: Elaborado a partir de Lotta, Galvão e Favareto (2016); Nunes (2017).

Entendendo essas categorias de análise extraídas da literatura como orientadoras da pesquisa, as análises foram feitas a partir da etapa de exploração do material no intento de encontrar as relações entre órgãos e instâncias, o entendimento do processo de implementação e outras inferências decorrentes do problema de pesquisa. Este artigo faz parte de um projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética conforme parecer nº 2.706.402. Para certificar o anonimato dos entrevistados, cada respondente recebeu uma identificação, que não menciona o órgão do qual faz parte: E1, Entrevistado 1 e assim sucessivamente. Também por questões de sigilo, dados demográficos dos participantes não foram apresentados na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O Arranjo institucional de implementação do PMM em Minas Gerais

A implementação do PMM é de competência do governo federal, em especial dos Ministérios da Saúde e da Educação, bem como a sua coordenação em âmbito nacional, que não anula a existência da funcionalidade nuclear de esferas subnacionais, como a secretaria Estadual de Saúde do Governo Mineiro e as Municipais, não somente no processo de distribuição desses médicos, mas da própria gestão da atuação deles. Ao Estado de Minas Gerais coube o papel de cooperação com os demais entes da federação, instituições de ensino e organismos internacionais na fiscalização das regras do PMM, das condições de trabalho e apuração de denúncias, tanto da atuação dos médicos quanto dos municípios. Além disso, segundo o ator consultado (E6), o estado mineiro fazia o acolhimento e deslocamento, em parceria com os municípios, dos médicos para os territórios. Aos municípios, assessorados e supervisionados pelo estado, cabia o fornecimento de condições de trabalho, de estadia e de alimentação nas localidades que acolhem os médicos, bem como acompanhar e fiscalizar, em

conjunto com os supervisores, a execução das atividades de ensino-serviço (Macedo *et al.*, 2019).

No eixo emergencial, a descentralização político-administrativa conta com a estrutura do SUS e com a regulamentação da atenção básica. Desta forma, o PMM valeu-se das instâncias de pactuação entre os gestores nos três níveis da federação constituídas com o SUS, quais sejam: Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Portanto, são instâncias voltadas à pactuação da organização e funcionamento das ações e serviços de saúde entre os entes da federação.

A Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde de Minas participavam através de suas representações (CONASS e CONASEMS, respectivamente) da CIT. Por sua vez, na CIB/MG, participavam representantes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/MG). Para o controle social, não houve a formação de novas instâncias além daquelas já previstas no SUS, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos conselhos estaduais e municipais.

4.2 Participação Social

Passando à análise dos materiais, primeiramente, destaca-se que não foram encontrados elementos referentes à dimensão “Participação Social”. Isso pode ser atrelado aos aspectos emergencial e *top-down* do Programa (Nunes, 2017), o que leva ao fato de os atores envolvidos serem fundamentalmente estatais, como já foi destacado por Lotta *et al.* (2016). Tanto nas falas dos entrevistados quanto nas atas, foi verificada apenas a participação de uma universidade privada e de uma organização internacional, a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), mas a atuação dessas entidades era reduzida. A primeira compõe a Comissão de Coordenação Estadual (CCE) e possui professores supervisores, e a segunda tinha a incumbência de intermediar a participação de médicos cubanos no Programa no Brasil, conforme estabelecia o 80º acordo de cooperação técnica entre o governo cubano e o brasileiro.

Tampouco foi possível identificar intencionalidade de incluir outros atores durante a implementação. Pesquisadores argumentam que esse é um traço do programa, mas que se reverte quando se analisa a estrutura do SUS: “há pouca participação estruturada dentro do Programa, mas ampla participação via canais institucionais do SUS” (Lotta *et al.*, 2016, p. 2769). Contudo, tal participação também não foi abordada nos dados analisados.

Análises referentes às demais dimensões – intersectorialidade, subsidiariedade federativa e territorialidade – estão apresentadas de forma dialogada, pois a aproximação com os materiais investigados levou ao entendimento de que as dimensões não se manifestam isoladamente. Assim, apresentar a relação entre elas é necessário para a captura dos achados mais importantes da pesquisa. Reitera-se que o foco da pesquisa é o estado de Minas Gerais, e os dados dizem respeito ao período entre 2013 e 2018.

4.3 Intersetorialidade e Subsidiariedade Federativa

Em primeiro lugar, são flagrantes as questões objetivas relacionadas à distribuição e ao repasse de recursos (sobretudo do Estado de Minas Gerais para municípios) e da ausência de discricionariedade dos municípios na alocação dos recursos (devido às restrições legais de orçamento e sua baixa capacidade arrecadatória), amplamente destacadas, especialmente pelos entrevistados E2 e E3. Contudo, estas questões estão menos conectadas ao aspecto relacional dos arranjos institucionais. Assim, os dados coletados apontaram desafios específicos do contexto estadual do PMM, referentes à complexidade e amplitude do programa, que revelaram disfunções no seu funcionamento nas dimensões em pauta.

O primeiro elemento a se destacar é o fato de que o estado mineiro passa por grave crise financeira desde o ano de 2016. A Secretaria de Saúde oferece o suporte à implementação do PMM, porém, não possui orçamento para a intervenção. Segundo o ator consultado (E6), o orçamento é direcionado para o financiamento e custeio das equipes de atenção básica dos entes municipais. Entretanto, desde 2016, esses entes contam com recursos próprios e com aqueles repassados do nível federal, pois o estado, em função do colapso financeiro, não direciona os valores de sua contrapartida na atenção básica (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2018). Como consequência, acabou por dificultar a prestação de serviços e a realização das ações neste nível de atenção, e ao mesmo tempo limitou o governo mineiro de realizar a acolhida dos médicos, com sua ambientação sobre o funcionamento da saúde no território mineiro.

Esse fator orçamentário indica dificuldades da capacidade técnico-administrativa e é decisivo para a compreensão (da ausência) da autonomia do ente estadual no processo de descentralização da implementação da política pública em termos de competência, como explicam Vazquez & Gomes (2012). Sem a capacidade financeira, a ação dos agentes, inclusive a municipal, a mobilização de outros atores, a ambientação, entre outras responsabilidades ficaram prejudicadas.

Ainda que seja esperada uma atuação predominante de órgãos dos três entes governamentais⁷, o protagonismo dos Ministérios da Saúde e da Educação na implementação e execução do Programa em Minas Gerais é evidente, como relatado por Macedo (2019) e apontado pelo E1: “o nosso trabalho ao todo está vinculado ao MEC. Embora o projeto seja interministerial, algumas competências são do MS e outras são do MEC”. E isso também se configura na execução do programa, quando “a partir de indefinições do Ministério da Saúde e indefinições do MEC” os atores ficam sem saber como proceder diante de questões do cotidiano e da própria chegada dos médicos (Entrevistado 5).

De modo geral, há um entendimento de que “poderia melhorar a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação”, como relata E1. A desarticulação entre ambos aconteceu, conforme revelou Macedo e Ferreira (2020, p. 12) após o rompimento institucional que levou Temer à Presidência da República. Segundo os autores, “após a entrada do governo Temer, o arranjo institucional é enfraquecido, levando à quebra da capacidade política e, principalmente, da administrativa, com o caminho paralelo entre os ministérios e encerramento das instâncias de coordenação”.

Esses desafios da Intersetorialidade refletem diretamente na dimensão “Subsidiariedade Federativa”. A forma como foram distribuídas as responsabilidades de implementação, regulamentação e monitoramento do Programa fez com que estados e municípios dependessem da palavra final da União, o que é prejudicial para a implementação, como já anteciparam Vazquez & Gomes (2012). O Entrevistado 3 exemplificou as disfunções dessa dependência por meio do processo de remanejamento de médicos inseridos no programa: “a gente não tem uma resposta rápida da demanda que a gente manda para o Ministério de Saúde, por exemplo, a gente tem a solicitação de remanejamento, até eles autorizarem isso, é um problema sério, demora”. Outro entrevistado reitera relatando sobre as dificuldades de um modo geral: “às vezes a gente tem ainda poucas respostas do Governo Federal para repassar para os municípios” (E7). Por meio da análise das atas foi possível observar determinados acontecimentos em consequência da demora no recebimento das respostas: cidades ficaram sem médicos, houve atraso no pagamento das bolsas, médicos que apresentaram conduta inapropriada demoraram a ser afastados ou remanejados, e ocorreram desistências por parte de profissionais e de municípios.

Ademais, embora a Comissão de Coordenação Estadual (CCE) exista como uma expressão de uma descentralização do processo, ainda há amarras legais e institucionais que mantêm os Ministérios como o centro de decisões, principalmente o da Saúde. A autonomia da

Comissão é limitada, de tal modo que ela nem sempre é entendida como uma mediação necessária. Assim, mesmo que o estado seja o articulador oficial, alguns gestores locais se comunicam diretamente com o MS acerca de procedimentos como o de remanejamento, como explica o Entrevistado 3: “o próprio município às vezes entra em contato com o Ministério da Saúde, e o ministério atende o gestor sem dar ciência à CCE”.

Da parte do Ministério da Saúde não parece haver também uma clareza da importância da Comissão, na medida em que as incumbências do Ministério acabam se esgotando no acompanhamento direto do médico e sua instalação no município, como elucida o Entrevistado 6: “A gente acompanha se o médico está em uma unidade adequada, todos os trabalhos, todas as atividades, se o médico está cumprindo o que é proposto pelo Programa Mais Médicos”. Não havendo menção à questão do remanejamento, por exemplo, que é objeto da Comissão.

Um problema adicional são os próprios obstáculos colocados pelo processo político, na medida em que a troca de governos também representa trocas de gestão nos ministérios e em outros departamentos, o que gera, por conseguinte, descontinuidades na articulação entre as diferentes esferas federativas. Nesse contexto estavam a chegada de Michel Temer à Presidência da República após a ruptura institucional, a eleição presidencial de 2018 e a saída do governo cubano no mesmo ano do arranjo institucional, em que as implicações para implementação e resultados do PMM eram sentidas pelos gestores nos territórios, como a dificuldade de reposição das vagas preenchidas pelos médicos cubanos.

Isso se mostra em falas como “em virtude do processo de desconstrução do SUS, da atenção primária, do Programa Mais Médicos, que os membros iam sentindo” (E6); “a gente já teve também uma mudança muito grande de referência central; nós somos referências descentralizadas e tínhamos umas referências centrais. Em Minas essa rotatividade de referência central foi muito grande” (E7) e “Quando muda o governo, tanto do governo do Estado, como do Federal, até ter um assentamento de entender o que é isso, a gente fica de pé e mão amarrados, sem saber o que é que faz” (E4).

Como observado, além de haver uma relação muito incipiente entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a relação de ambos com os entes federativos também sofre de fraturas. Dificultando, por exemplo, a resolução de ações relacionadas ao remanejamento, à reposição e ao desligamento de médicos. Essas questões dificultam a melhor operacionalização do PMM no estado e revelam problemas relacionados à coordenação intergovernamental e a intersetorialidade.

Um dos entrevistados questionou o papel do MEC na comissão: “Na questão do MEC a gente também teve no início uma certa dificuldade para entender qual que era o papel dele e ele também se mostrar dentro da CCE, agora já está bem sólida essa participação” (E3). De tal modo que o processo de formação dos médicos e de remanejamento, que eram resolvidas no interior da CCE, passaram a ser responsabilidade de uma câmara técnica, criada para deliberar essas questões e conduzir a resolução desses problemas, o que configura também num esforço de auto-organização da comissão diante das indefinições do MEC. A própria rede de comunicação entre os diferentes órgãos se dá mais ativamente por redes informais de comunicação (grupos de WhatsApp), conforme observado nas atas e reiterado nas entrevistas.

Observou-se, assim, que a relação dos Ministérios se dá diretamente com os municípios, ou seja, os estados parecem ter, na prática, um papel menor no processo, “E a gente sente que, do ponto de vista de estruturação do programa no Ministério, não existe essa articulação com os estados” (E5). A importância do estado é apenas sopesada lateralmente por sua relativa eficiência nos procedimentos administrativos: “O estado hoje, ele coordena a CCE, ele faz toda a ligação com o MEC e com o Ministério da Saúde, é o estado que faz. [...] Toda a documentação que o MEC manda, vem do Estado e às vezes dificulta para nós, porque às vezes não recebe a tempo também” (E4). Na própria comissão, a participação da Secretaria Estadual

de Saúde sempre está subordinada ao MS, ou seja, embora a participação e condução das reuniões seja competência da Secretaria Estadual, a capacidade decisória é restrita.

Os resultados mostram algumas lacunas no programa. Especialmente, o protagonismo exagerado do MS e do MEC porque, embora eles centralizem os processos, percebe-se por meio da análise das atas que as outras instâncias federativas são importantes para a execução do programa e são qualificadas para exercer maior autonomia. Além disso, a conexão direta entre ministérios e prefeituras, sem passar pela mediação estadual, faz com que o processo fique mais moroso e que questões específicas de cada estado possam ser deixadas de lado. A incumbência de cada ente é clara, mas a articulação necessária não tem sido desenvolvida por conta da centralização da União, e assim as dimensões “Intersetorialidade” e “Subsidiariedade Federativa” se amalgamam, pois a atuação de alguns setores depende do trabalho de outros, e essa relação é marcada por uma clara hierarquia federativa.

4.4 Intersetorialidade e Territorialidade

O aspecto da intersetorialidade é também entendido com a indicação dos problemas na análise dos materiais. Como não houve a identificação de conselhos e fóruns de participação, a dimensão de território é entendida mais nos aspectos objetivos de alocação e fornecimento de condições de trabalho, alimentação e estadia para os médicos nas localidades atendidas pelo programa, cuja responsabilidade é dos gestores locais, mas há o auxílio estadual.

Aqueles problemas de articulação já evidenciados na seção anterior também se apresentam aqui, e os entrevistados relatam que o próprio Ministério da Saúde tem dificuldade de intervir nas questões mais atinentes aos territórios, sobretudo quanto às dificuldades logísticas de acesso e execução do trabalho dos médicos e da própria manutenção destes nas cidades. Nesse caso, fica combalida a questão do controle. A própria tentativa de resolução dos problemas encetada pelo MS carece de precisão e de articulação tanto interna quanto com os gestores locais.

Minas Gerais, devido à extensão territorial, capacidades administrativas e financeiras dos municípios e à multiplicidade de comunidades, inclusive rurais, apresenta questões específicas relacionadas ao território. De forma resumida, como aponta o Entrevistado 1: “Eu tenho uma noção do que acontece no território, mas não estou no território, uma coisa é você ler uma descrição de uma ocorrência, outra coisa é você ir até a unidade de saúde e ver que ela não tem condição nenhuma de dar uma condição mínima para a pessoa trabalhar”. Esse é um impeditivo para a participação de agentes ligados ao território, como diretores regionais, nas reuniões da Comissão Estadual.

A partir das atas coletadas, observou-se que a preparação do território tem sido negligenciada, uma vez que a adequação da infraestrutura de saúde, apesar de aparecer como braço do PMM, não foi mencionada em nenhuma reunião e não há nenhum representante de nenhum órgão que seria responsável por essa questão. Martin *et al.* (2020) também identificaram a ausência de atenção dada à infraestrutura em Minas Gerais em sua investigação. Assim, observa-se uma falha de articulação intersetorial que refletiu no cotidiano local.

Essa falha se torna mais crítica quando se analisam as questões relacionadas ao acolhimento, acompanhamento e remanejamento de médicos, pois quanto a isso emergem problemas sérios de comunicação, retrabalho e cumprimento de prazos. O impedimento de participação de alguns atores nas reuniões é um fator que contribui para a não resolução deste tipo de problema. Há uma certa subutilização dos aparelhos específicos para o Programa Mais Médicos e um reflexo mais forte da ausência de articulação intersetorial.

O Programa Telessaúde Brasil Redes é um exemplo que ilustra essa falta de articulação intersetorial: ele é um conjunto de ferramentas tecnológicas prévio ao PMM, mas que ganhou projeção com o Programa. Coordenado pelo MS, visa auxiliar o cotidiano dos profissionais da

saúde, possibilitando formação, consultoria, assessoria em diagnóstico, entre outros fatores (Ministério da Saúde, n.d). Contudo, muitos territórios não possuem a infraestrutura necessária para acessar esse serviço, e caberia ao nível federal investir nisso. Esse investimento tem sido feito pelo Ministério da Saúde, com auxílio do então Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (atual Economia), mas não tem sido suficiente. Quanto ao papel dos estados, eles possuem suas centrais de articulação ligadas a universidades (em Minas Gerais, há o Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, CTS HC-UFMG), e a intersetorialidade é praticada entre as instituições da rede mineira (como se observa nas atas).

Os territórios foram os mais prejudicados diante das falhas de planejamento e articulação entre os ministérios. De modo geral, percebeu-se a ausência de articulação entre os ministérios e os gestores. E na ponta, a execução nem sempre foi comprometida, mas sim frequentemente afetada.

4.5 Territorialidade e Subsidiariedade Federativa

A relação entre as diferentes esferas federativas e o território redundava em aspectos operacionais do programa, com destaque para a coordenação entre estado e municípios na alocação de médicos nas regionais e na sua estabilização no município. Um procedimento que mostra essa boa coordenação é a questão das visitas dos representantes dos estados nas regionais para averiguar as condições de trabalho e para discutir o processo burocrático com os gestores, como pode ser percebido nas atas da Comissão.

Outra questão positiva nesta dimensão é o fato de o Ministério da Educação não desempenhar um papel tão central, como aponta o Entrevistado 4, referente à supervisão da atuação dos médicos, atividade desempenhada por professores de instituições de ensino superior parceiras: “E sai um médico, tem que cobrir outro, aí cobre com município longe porque não tem como ser perto. Então para supervisão e ser docente da universidade, ou mesmo pessoas que trabalham essa articulação, fica difícil” (E4). O único obstáculo apontado neste fato de que as universidades possuem mais autonomia e responsabilidade no controle da formação foi que elas têm ficado sobrecarregadas, pelo que se observa nas falas e se confirma nas atas da comissão.

Contudo, verificou-se que não houve um preparo de vários territórios para a especialização dos médicos, planejada pela União. As prefeituras deveriam garantir deslocamento e liberação para participação na formação continuada, mas essas condições muitas vezes foram desrespeitadas, conforme observado nas atas. Além disso, a atuação do estado na resolução dos problemas que essa falta de preparo gerou foi prejudicada pelas barreiras burocráticas impostas pela hierarquia federativa, pela morosidade das ações dos ministérios e pelas falhas de comunicação constantemente apontadas nas reuniões do CCE. Outros problemas evidenciados nos textos coletados foram: falta de verba para visitas de supervisão; excesso de médicos por supervisor; desconhecimento por parte dos burocratas estaduais quanto às realidades dos territórios; e falha na compreensão da hierarquia dos procedimentos por parte dos gestores locais.

Ficou evidente que os processos de formulação e regulamentação do PMM não consideraram as especificidades locais, que a comunicação entre os entes não ocorreu de forma eficiente e que a distribuição de responsabilidades por vezes não considerou aspectos pragmáticos de resolução de conflitos, o que refletiu em uma alocação de médicos marcada por erros evitáveis.

Por outro lado, destaca-se positivamente a comunicação construída entre a CCE e as regionais, que são parte da estrutura de regionalização já existente no estado de Minas Gerais por conta do SUS. Nessa estrutura aconteciam encontros loco-regionais, trimestral ou

semestralmente, a depender da região; coordenados pelas universidades presentes naquele território (responsável por fazer a tutoria e/ou supervisão dos profissionais), e participavam deles médicos, gestores, tutores, supervisores e representantes institucionais do MS e MEC. Neles eram discutidos temas ligados à saúde pública, considerando o contexto e as necessidades daquele território, e questões referentes à alocação e ambientação dos médicos. Como obstáculos para maior integração, entrevistados 5 e 7 citaram dificuldades de transporte, reembolso dos custos e liberação dos médicos para participar dos encontros, o que também foi relatado nas reuniões do CCE e registrado nas atas.

O Entrevistado 6 explica que essa relação vai além dos eventos: “a gente tem um trabalho muito integrado com as regionais de saúde, com os núcleos de atenção primária. Uma ligação muito estreita com cada coordenador desses núcleos”. E ele completa explicando que essa comunicação foi adotada para a melhoria da atenção básica como um todo: “Muitos compartilhamentos para que eles consigam tanto opinar, como operacionalizar no território, e isso inclui o Mais Médicos também”.

Como forma de sistematizar as discussões levantadas, o Quadro 2 apresenta uma síntese dos resultados sob a abordagem das dimensões utilizadas neste estudo, com enfoque nas observações relacionadas diretamente ao estado e sua atuação, apresentadas de forma dialogada.

Quadro 2 - Dimensões Analíticas da Análise de Conteúdo

Dimensões de análise	Desafios encontrados como resultados de pesquisa
Participação Social	Os resultados apontam para utilização das estruturas já institucionalizadas do SUS de controle social, como os Conselhos de Saúde. Todavia, os dados mostram baixa aderência da intervenção à participação social.
Intersetorialidade e Subsidiariedade Federativa	Ação dos setores é delimitada por seu ente de origem; Dependência excessiva dos ministérios; Autonomia limitada da CCE; Trocas de gestão interferem no trabalho das equipes; Problemas de comunicação, coordenação, articulação e supervisão; Atuação limitada do estado por conta do desenho do PMM.
Intersetorialidade e Território	Desconhecimento das realidades municipais; Dificuldade de deslocamento e reembolso; Contato entre representantes dos ministérios e gestores locais excluiu estado de algumas mediações; Falta de representatividade municipal no CCE.
Território e Subsidiariedade Federativa	Falta de clareza quanto aos papéis de cada ente; Hierarquia federativa prejudica atuação estadual; Formulação desconsiderou especificidades locais e os estados não estavam preparados para auxiliar propriamente; CCE e regionais constroem um bom diálogo e buscam adequar a implementação; Falta de autonomia para atuação estadual.

Fonte: elaboração própria.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o desenho do arranjo institucional favoreceu a articulação de diversos atores em distintos níveis do arranjo federativo para prover e fixar médicos em locais mais necessitados do território, como o do mineiro. Entretanto, o caso de Minas revelou que ele não permitiu uma implementação fluída do Programa no estado, pois não proporcionou autonomia

decisória mínima nem condições de atuação do ente subnacional, que fora asseverado pela grave crise financeira pela qual passa o estado e pelas trocas de gestões.

A limitação das capacidades estatais ficou evidente diante da centralização do governo federal, das trocas constantes de gestão, do distanciamento entre os Ministérios da Saúde e da Educação, do enfraquecimento das instâncias de coordenação, da má distribuição de recursos e do conflito entre “responsabilidades x condições” adequadas para execução. Por conta das falhas apontadas e dos avanços que ainda assim foram conquistados pelo ente estadual, ficou clara sua importância para a implementação e foi possível inferir que os atores de Minas possuíam capacidades (habilidades e competências) para agir, faltando recursos e um arranjo favorável para tanto.

Desta forma, percebe-se que, ainda que tenha tido uma tentativa de ações coordenadas por parte do governo federal, o papel do governo estadual no arranjo de implementação da política é fundamental para traduzir as necessidades da intervenção para o contexto regional. Portanto, a capacidade de coordenação, autonomia e acesso ao poder pelo Governo Estadual torna-se fundamental para melhor implementação da política, principalmente em contextos dos municípios que apresentam grandes disparidades de capacidades institucionais, políticas e socioeconômicas no território, como os mineiros.

Apesar das mudanças sociopolíticas no contexto federal após 2018, houve manutenção da intervenção, favorecida pelo seu arranjo institucional de implementação. Além disso, os resultados obtidos em curto espaço temporal, o impacto positivo do programa, a aceitação da sociedade e dos gestores locais favoreceram a permanência da intervenção.

Diante do exposto, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de observar os impactos da mudança governamental, com a eleição presidencial e estadual em 2018 no arranjo institucional e na capacidade estatal de entrega dos resultados do PMM, considerando, ainda, a saída do governo cubano e da OPAS do programa.

REFERÊNCIAS

Almeida, E. R., Macedo, H. M., & Silva, J. C. (2019). Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23(Supl. 1), e180011. Epub February 04, 2019.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais. (2018). *Relatório da dívida Estadual nos Municípios Mineiros - Dezembro 2018*. Recuperado de <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>.

Davis, L. E., North, D. C., & Smorodin, C. (1971). *Institutional change and American economic growth*. CUP Archive.

Fiani, R. (2013). Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. *Texto para Discussão 1815*, IPEA.

Freitas, L. O. (2015). Políticas públicas, descentralização e participação popular. *Revista Katálysis*, 18(1), 113-122.

Gomide, A. A., Pereira, A. K., & Machado, R. (2017). Apresentação - O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. *Sociedade e Cultura*, 20(1). Recuperado de <https://doi.org/10.5216/sec.v20i1.51311>.

Gomide, A. A., Pires, R. (2014). *Capacidades Estatais e Democracia. Arranjos Institucionais de políticas públicas*. Brasília: IPEA.

Gonçalves Junior, O., Gava, G. B., & Silva, M. S. (2017). Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saúde e Sociedade, 26*(4), 872-887.

Lima, L., D., et al. (2010) O Pacto Federativo Brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M.A.D., et al., (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 27-58.

Lotta G, Favareto A. (2016) Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Revista de Sociologia e Política, 24*(57), 49-65.

Lotta, G. S., Galvão, M. C. C. P., & Favareto, A. S. (2016). Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(9), 2761-2772. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16042016>.

Macedo, A. S., Ferreira, M. A. M., & Faria, E. R. (2019). Papel do Programa Mais Médicos na distribuição equitativa de médicos na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, 15*(3).

Macedo, A. S. (2019) *Os Arranjos e as Capacidades Estatais no Programa Mais Médicos* [tese]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa.

Macedo, A. S., & Ferreira, M. A. M. (2020). Arranjo institucional e a capacidade estatal de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil (PMM). *Revista de Sociologia e Política, 28*(76).

Macedo, A., Ferreira, M., Campos, A., & Rodrigues, C. (2019). Programa Mais Médicos: análise lógica à luz da modelagem de políticas públicas. *Revista Meta: Avaliação, 11*(32), 406-437. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.22347/2175-2753v11i32.1792>.

Martin, D. G., Castro, S. O. C., Paula, C. H., & Abrantes, L. A. (2020). PROGRAMA MAIS MÉDICOS E INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS (2013-2015). *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre), 26*(2), 352-380. Epub September 04, 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-2311.287.96302>.

Menicucci, T., & Marques, A. M. F. (2016). Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. *Dados, 59*(3), 823-865. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/00115258201693>.

Ministério da Saúde. (2015). *Programa Mais Médicos – 2 anos*. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf.

Ministério da Saúde. (n.d). *Mais Médicos*. Recuperado de <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>.

Mota, R. G., & Barros, N. F. (2016). O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(9), 2879-2888. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>.

Nunes, A. C. A S. (2017). Análise de arranjos de implementação de políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulheres em municípios de pequeno porte. *Revista Do Serviço Público, 68*(3), 503-532. Recuperado de <https://doi.org/10.21874/rsp.v68i3.2293>.

- Nunes, W. (2020). Políticas públicas e construção de capacidades estatais: comparando políticas industriais e sociais no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, 28(73), e004. Epub June 26, 2020. <https://doi.org/10.1590/1678-987320287304>.
- Pereira, V. O. M., Shimizu, H. E., Ramos, M. C., & Fagg, C. W. (2020). Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300117. Epub September 23, 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300117>.
- Pinto, H. A., Oliveira, F. P., Santana, J. S. S., Santos, F. O. S., Araujo, S. Q., Figueiredo, A. M., & Araújo, G. D. (2017). Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(Suppl. 1), 1087-1101. Epub August 21, 2017. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.
- Pires, R. R. C., & Gomide, A. A. (2016). Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de Sociologia e Política*, 24(58), 121-143. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1678-987316245806>.
- Pires, R. R. C., & Gomide, A. A. (2018). Governança e capacidades estatais a partir da abordagem de arranjos e instrumentos de políticas públicas. *BOLETIM DE ANÁLISE POLÍTICO-INSTITUCIONAL*, 18, 25–32, 2018.
- Russo, L. X. (2021). Efeito do Programa Mais Médicos na distribuição geográfica dos médicos na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1585-1594.
- Silveira, Rodrigo Pinheiro, & Pinheiro, Roseni. (2014). Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(4), 451-459. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400006>.
- Vazquez, D., & Gomes, S. (2012). AS RELAÇÕES VERTICAIS NA FEDERAÇÃO: Explorando o problema da descentralização e da autonomia. In ARRETCHE M. (Author), *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*, 145-171. Rio de Janeiro: SciELO – Editora FIOCRUZ.
- Wu, X., Ramesh, M., & Howlett, M. (2015). Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society*, 34(3-4), 165-171.