



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Silva, Hudson; Baia, Priscila

Associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios às políticas de saúde: evidências do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Saúde e Sociedade, vol. 27, núm. 2, 2018, Abril-Junho, pp. 615-631

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902018170494

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263851025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios às políticas de saúde: evidências do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Political partisanship and influence from the funding structure on the adhesion of municipalities to health policies: evidence from the project *Mais Médicos para o Brasil*

Hudson Silva^a

^aUniversité de Montréal. Institut de Recherche en Santé Publique.

Montréal, Québec, Canadá.

E-mail: hp.silva@umontreal.ca

Priscila Baia^b

^bUniversidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

E-mail: priscila.m.baia@gmail.com

Resumo

O projeto Mais Médicos para o Brasil é uma ação do programa Mais Médicos, formulada pelo governo federal e implementada pelos municípios brasileiros a partir de 2013. Sua finalidade é levar médicos brasileiros e estrangeiros para regiões onde faltam esses profissionais. O estudo investiga se há associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na decisão dos municípios em aderir ao projeto. Para tanto, utiliza dados de adesão dos municípios em função da filiação partidária dos prefeitos e realiza entrevistas com secretários de saúde de dois municípios selecionados da região de saúde de Limeira, no estado de São Paulo. Os resultados sugerem haver tanto associação político-partidária como influência da estrutura de incentivos. Conclui-se que mesmo em países federativos e com marcadas desigualdades regionais, políticas públicas nacionais que demandam cooperação de diferentes esferas de governo podem ser implementadas com relativo sucesso, desde que uma estrutura apropriada de incentivos tenha sido prevista na formulação da política.

Palavras-chave: Políticas públicas; Associação político-partidária; Estrutura de incentivos; Sistema Único de Saúde; Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Correspondência

Hudson Pacifico da Silva

Pavillon 7101 avenue du Parc, C.P. 6128, Succ. Centre-Ville. Montréal, Québec, Canadá. H3C 3J7.

Abstract

The project *Mais Médicos para o Brasil* (More Doctors for Brazil) is an action of the program *Mais Médicos*, created by the Brazilian federal government and implemented by the Brazilian municipalities starting in 2013. The goal of the program is to provide Brazilian and foreign doctors to regions of the country where these professionals are lacking. This study investigates if political partisanship and the funding structure have influence in the decision of municipalities to join the project. For such, this study uses data of adhesion from municipalities depending on the party affiliation of mayors and conducts interviews with health secretaries from two municipalities selected in the region of Limeira in the state of São Paulo, Brazil. The results suggest that both political partisanship and the funding structure have influence. This study concludes that even in federated countries marked by regional differences, national public policies that require cooperation from different government levels can be implemented with relative success, as long as a proper funding structure is designed during the formulation of the policy.

Keywords: Public policy; Political party affiliation; Structure of incentives; Brazilian Unified Health System; Program More Doctors for Brazil.

Introdução

Em Estados organizados de forma federativa, compostos por diversas unidades territoriais autônomas e dotadas de governo próprio, a coordenação das políticas públicas tende a ser mais difícil e complexa, em função da sobreposição de competências e da competição entre os diferentes entes da federação (Radin; Boase, 2000; Weaver; Rockman, 1993). Dessa forma, como destaca Arretche (2004), as políticas nacionais tendem a se caracterizar por um mínimo denominador comum, em função dos inúmeros pontos de veto e das necessidades de pactuação entre os diferentes atores nas arenas decisórias.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 instituiu um sistema legal de repartição de receitas que limita a capacidade de gasto do governo federal e, por consequência, sua capacidade de coordenação de políticas. Ao mesmo tempo, a autonomia política e fiscal dos governos estaduais e municipais permite que adotem agenda própria, independente da agenda do Executivo federal. Desde a década de 1990, entretanto, algumas iniciativas buscaram reverter esse processo e limitar a capacidade de atuação dos estados e municípios, tais como: a crescente “federalização da dívida” dos estados brasileiros, cujos governos se comprometeram a seguir a agenda de reformas do Executivo federal; a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2000), cuja rigidez favoreceu a centralização e induziu a reversão do processo de institucionalização das relações intergovernamentais; e o aumento progressivo das receitas tributárias da União não compartilhadas com estados e municípios, especialmente as contribuições sociais, elevando a capacidade de gasto do governo federal (Leite; Fonseca, 2011; Lopreato, 2000; Mora, 2000).

Embora tais iniciativas possam ter afetado o grau de autonomia real dos estados e municípios brasileiros, “estados federativos garantem a possibilidade da discordância por parte das unidades constituintes” (Arretche, 2010, p. 592), o que possibilita que outros determinantes façam parte do componente discricionário da decisão de aderir ou não a políticas formuladas pelo governo federal. Um primeiro aspecto diz respeito

à multiplicidade de interesses representados por prefeitos e governadores – seus próprios interesses, os de seus partidos políticos, os de diversos grupos de pressão, os de áreas geográficas/territórios e os interesses gerais da coletividade –, os quais tendem a influenciar sua tomada de decisão (Secchi, 2013). De fato, políticos eleitos nos diferentes níveis de governo disputam, pelos mesmos votos, a oferta de serviços similares, tendo em vista o sistema político federativo em que as políticas públicas são formuladas e implementadas de maneira descentralizada (Borges, 2010).

Outro aspecto a ser destacado se refere ao comportamento dos partidos políticos na formação das coligações eleitorais. A literatura que associa federalismo e partidos tem demonstrado que a estrutura partidária nos municípios opera de modo diferente daquela observada no governo federal e nos estados, com alianças partidárias distintas no governo federal, nos estados e nos municípios (Peixoto, 2010; Ribeiro, 2010). Dessa forma, partidos que são rivais na disputa eleitoral para o Executivo federal podem, por exemplo, formar coalizões em contextos subnacionais. Isso é possível porque não existe no Brasil uma regra para impedir a formação de alianças diferentes entre os partidos em âmbito nacional, estadual e municipal. De modo geral, as coalizões partidárias buscam, de forma pragmática, maximizar as chances eleitorais dos partidos, com base em um cálculo de custos e benefícios eleitorais, e podem inclusive ser ideologicamente inconsistentes, embora muitas vezes a ideologia seja um componente moderador desse comportamento (Dantas; Praça, 2010). Entretanto, estudos sobre as coligações partidárias nos municípios brasileiros sugerem que as características de cada município (Peixoto, 2010) e as articulações no nível estadual (Dantas, 2009) podem influenciar a lógica mais geral das alianças.

Ainda que as “pesquisas sobre as políticas implementadas pelos governos locais” não tenham confirmado a existência de “relação significativa entre as decisões de governo e o pertencimento a siglas partidárias nacionais” (Arretche, 2004, p. 22) e que “a influência da União sobre as políticas dos governos subnacionais pode ser fator determinante para constranger a influência dos partidos

políticos” (Loyola, 2014, p. 52), o fato é que, no caso brasileiro, as composições político-partidárias são corriqueiras e podem influenciar o desenvolvimento das políticas públicas (Tolentino, 2015), assim como interferir em disputas eleitorais, no controle sobre cargos e/ou verbas e na patronagem federal em relação aos alinhamentos partidários municipais (Santos, 2013).

Para além da representação dos interesses políticos, a heterogeneidade dos municípios é outro fato que deve ser considerado. No caso brasileiro, a maior parte dos municípios é de pequeno porte, com implicações diretas na sua capacidade de arrecadação e, consequentemente, no comprometimento de recursos em áreas como a saúde e a educação. Aliado a isso, existem outros aspectos estruturais relacionados à capacidade administrativa das unidades subnacionais, que tendem a influenciar a eficácia da implementação de políticas descentralizadas. Como bem destacado por Abrucio (2002, p. 189),

problemas de capacidade burocrática constituem elemento que cria uma “falha sequencial” na descentralização. O sucesso do processo descentralizador, diante dessa realidade, vai depender muito das ações dos níveis superiores de governo e do desenho das políticas públicas, os quais devem oferecer auxílio intergovernamental mas também incentivos para que as próprias gestões locais alterem sua estrutura. Caso contrário, essa “falha sequencial” criará uma eterna dependência dos municípios em relação aos estados e à União.

No que diz respeito ao que Abrucio chama de “auxílio”, as políticas formuladas pelo governo federal normalmente possuem uma estrutura de incentivos, principalmente financeiros, a fim de tornar políticas de cunho cooperativo atrativas aos municípios. Como enfatizam Provan e Kenis (2007), em contextos de muita assimetria entre os envolvidos num processo de coordenação, esta não ocorreria por ato voluntário, mas apenas a partir de comando de uma organização de fora. Circunstância impossibilitada pela característica de autonomia dos entes federativos envolvidos nessa situação específica.

Como se sabe, a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), com direção única em cada esfera de governo, constitui uma diretriz constitucional de sua organização. Essa descentralização envolve a transferência não apenas de ações e serviços de saúde, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal, assim como da esfera estadual para a municipal (Levcovitz; Lima; Machado, 2001). Desde o início de sua implantação, a descentralização do SUS tem sido marcada por um conjunto importante de mudanças que incluem a redefinição de funções entre os entes governamentais (com ampliação das responsabilidades dos municípios), o fortalecimento do papel regulador do Ministério da Saúde, a expansão dos mecanismos de coordenação federativa e a diversidade de acordos intergovernamentais sobre a gestão dos recursos financeiros e a prestação de serviços (Lima; Albuquerque; Scatena, 2016).

Embora tenha aumentado a participação dos estados e municípios no financiamento do SUS, o Ministério da Saúde ainda concentra aproximadamente 50% dos recursos destinados às ações e aos serviços públicos de saúde (Piola et al., 2013). Nos últimos anos, graças a mudanças na forma de financiamento do SUS, grande parte do repasse de recursos financeiros para a saúde ocorre de forma automática e regular, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde. Entretanto, incentivos financeiros continuam a ser utilizados como forma de atrair a adesão de estados e municípios a políticas e programas formulados pelo Executivo federal. Diversos exemplos na área da saúde podem ser mencionados para ilustrar essa forma de atuação do governo federal, como o Programa Saúde da Família, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e o projeto Mais Médicos para o Brasil. Segundo Arretche e Marques (2007), esse modelo permite que o Ministério da Saúde continue a desempenhar papel de grande relevância no âmbito da política de saúde, apesar da descentralização da gestão e da prestação de serviços.

Entretanto, convém destacar que o processo de negociação e deliberação no âmbito do SUS deve perpassar instâncias colegiadas que, em tese, garantem a participação das unidades subnacionais

nas decisões referentes a políticas formuladas pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, em âmbito estadual essa instância colegiada é a Comissão Intergestores Bipartite, composta por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, ao passo que, em nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite é composta por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação dos secretários estaduais de saúde (Conass) e dos secretários municipais de saúde em nível nacional (Conasems) (Brasil, 1993). O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), aprovado em 2006, é um exemplo do resultado dessa cooperação entre as três esferas da federação, assim como o Programa Mais Médicos, cujos termos foram diretamente negociados entre o governo federal e os municípios. Essa negociação garantiu o apoio institucional necessário num cenário de desaprovação de parte da opinião pública em relação ao governo federal e de resistência da classe médica às condições de funcionamento do programa.

Em função dessas observações, o objetivo do estudo é verificar a existência de associação político-partidária e a influência da estrutura de incentivos na decisão dos municípios brasileiros em implementar uma política pública específica no campo do trabalho e educação em saúde: o projeto Mais Médicos para o Brasil. A identificação da associação político-partidária foi realizada por meio do cruzamento dos dados de adesão dos municípios e da filiação partidária dos prefeitos, ao passo que a influência da estrutura de incentivos na adesão ao projeto foi identificada a partir de entrevistas com secretários de saúde de dois municípios selecionados da região de saúde de Limeira, no estado de São Paulo.

Este artigo está organizado em três partes, além desta introdução. O primeiro item caracteriza o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM), os problemas que pretende enfrentar, sua estrutura de incentivos, os primeiros dados de adesão dos municípios ao projeto e seus resultados preliminares. Em seguida, são enunciados os métodos utilizados para a seleção e coleta dos dados utilizados neste estudo. E o terceiro item apresenta os resultados do cruzamento dos dados de adesão com a filiação

partidária dos prefeitos, além das entrevistas com os secretários de saúde dos municípios selecionados.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil

O PMM é ação do programa Mais Médicos, formulada pelo governo federal e implementada, voluntariamente, pelos municípios. Tem como principal propósito levar médicos brasileiros e estrangeiros para atuar em programas de atenção básica nos municípios onde faltam esses profissionais. Trata-se de um projeto que inicialmente dividiu opiniões entre os grupos políticos da situação e da oposição. Esta última questionava, por exemplo, o intercâmbio internacional de médicos, principalmente aqueles provenientes de Cuba, em função do acordo que o governo brasileiro estabeleceu com o governo cubano para viabilizar a vinda desses profissionais, mediante convênio firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Ao mesmo tempo, o projeto despertou forte reação da classe médica brasileira, que se opôs à atuação de médicos formados em outros países sem a devida revalidação do diploma segundo as normas existentes.

A principal justificativa para a criação do programa Mais Médicos foi a insuficiência de médicos e sua má distribuição no território nacional. Segundo o Sistema de Indicadores de Percepção Social do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, uma pesquisa realizada em 2011 com uma amostra de 2.773 pessoas residentes em domicílios particulares permanentes mostrou que a falta de médicos (58,1%), a demora para atendimento nos postos/centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%) foram os problemas mais mencionados no âmbito do SUS (Piola et al., 2011). O descompasso entre demanda e oferta de médicos no mercado de trabalho brasileiro ajuda a compreender esse diagnóstico: segundo o Ministério da Saúde, cerca de 147 mil postos de trabalho para médicos foram criados nos últimos 10 anos, mas somente pouco mais de 93 mil médicos haviam se formado no mesmo período, o que representa um déficit de 54 mil médicos (Brasil, 2013a).

Ainda assim, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de

Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) (2013), houve aumento do número de profissionais médicos no período recente, chegando a dois médicos por mil habitantes em 2012. No entanto, o governo brasileiro tem se espelhado na disponibilidade de médicos de países como a Inglaterra, que possuem um sistema de saúde de acesso universal e gratuito – portanto semelhante à proposta do SUS –, e que apresentam um coeficiente mais elevado (2,7 médicos por mil habitantes). Mesmo que o número de médicos no Brasil fosse adequado à demanda, o forte desequilíbrio regional indica a necessidade de adotar políticas para atenuar as desigualdades existentes:

Os brasileiros que moram nas regiões Sul e Sudeste contam em média com duas vezes mais médicos que os habitantes do Norte, Nordeste e Centro-Oeste – excluindo-se o Distrito Federal. Da mesma forma, aqueles que vivem em qualquer capital contam em média com duas vezes mais médicos que os que moram em outras regiões do mesmo estado. A diferença entre os extremos – morador do interior de um estado pobre e residente de uma capital do Sul ou Sudeste – é de 4 vezes, no mínimo. (CFM; Cremesp, 2011, p. 37)

Acrescente-se a isso o fato de que “no setor público o usuário tem 4 vezes menos médicos que no privado” (CFM; Cremesp, 2011, p. 40), embora a maioria da população brasileira seja dependente dos serviços oferecidos pelo SUS. Mesmo nas capitais e regiões metropolitanas, onde o número de médicos tende a ser maior, o acesso a esses profissionais não é necessariamente igual entre as pessoas com plano de saúde e aquelas que dependem exclusivamente do sistema público.

A estratégia de contratação emergencial de médicos para atuar em regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais é uma das ações do programa Mais Médicos, instituído pela Medida Provisória nº 621/2013, posteriormente convertida, com algumas modificações, na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que tem por finalidade formar recursos humanos na área médica para o SUS (Brasil, 2013c). De acordo com a legislação que o instituiu, o programa Mais Médicos contempla três ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

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, 2013c, art. 2º)

A terceira ação do programa é a denominada Mais Médicos para o Brasil, e propõe o aperfeiçoamento de médicos formados no Brasil e no exterior mediante oferta de curso de especialização por instituição de ensino superior pública, envolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão. Contempla também um componente assistencial de atendimento à população na atenção básica, mediante integração ensino-serviço, para médicos formados no Brasil ou com diploma validado e médicos formados no exterior sem validação. O prazo previsto de participação dos médicos é de até três anos, prorrogáveis por igual período caso sejam ofertadas outras modalidades de formação.

A coordenação do projeto é feita de maneira conjunta pelo Ministério da Saúde e Ministério da

Educação, enquanto sua implementação fica a cargo dos municípios. Quando o projeto foi lançado, todos os municípios poderiam se inscrever, mas deveriam se enquadrar em pelo menos uma das seguintes condições: (1) ter 20% ou mais da população vivendo em alta vulnerabilidade social; (2) estar entre os 100 municípios com mais de 80 mil habitantes com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e altos índices de vulnerabilidade social (G100); (3) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena; ou (4) ser capital ou região metropolitana com áreas com populações em situação de maior vulnerabilidade. Ao aderir ao PMM, os municípios passam a dispor de uma estrutura de incentivos e a ser responsáveis por algumas atribuições (Quadro 1).

De acordo com a Portaria nº 7 de 25 de julho de 2013 do Ministério da Saúde, dos 5.570 municípios brasileiros, 3.511 (63%) aderiram ao projeto Mais Médicos para o Brasil (Brasil, 2013b). No Gráfico 1 é possível identificar o percentual correspondente aos municípios que aderiram e não aderiram ao projeto por unidade da federação, em ordem decrescente. Com exceção do Distrito Federal, observa-se que os estados que apresentaram maior adesão dos municípios são aqueles situados na região Norte: Amazonas (96,8%), Amapá (93,8%) e Acre (86,4%). Em contrapartida, a adesão foi menor nos estados da Paraíba (40,4%), São Paulo (47,9%) e Alagoas (52%).

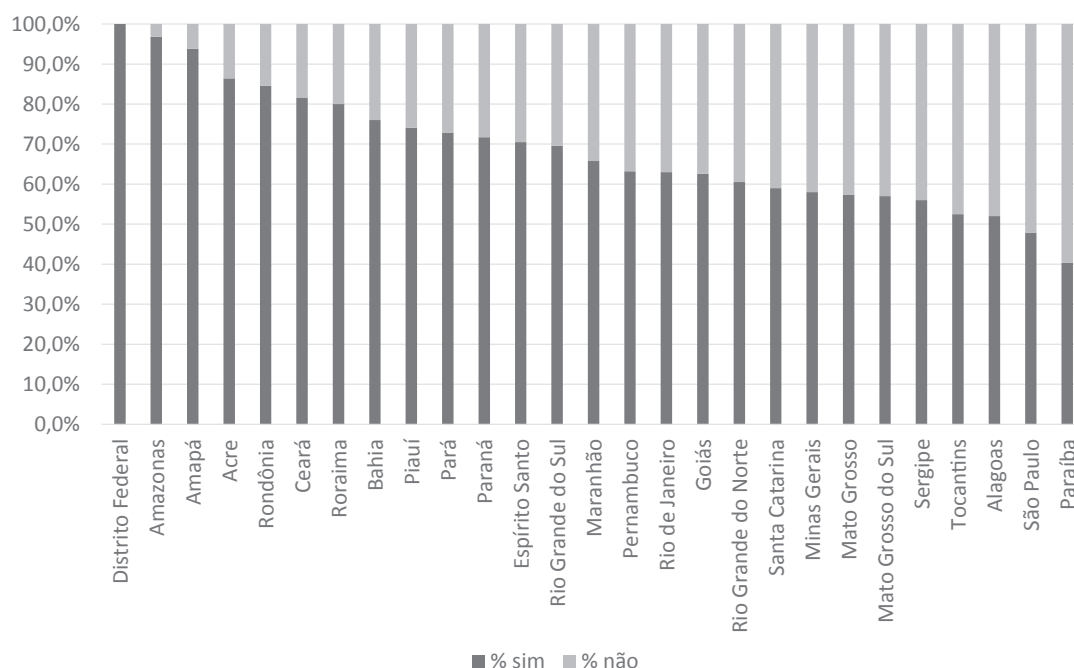
Quadro 1 – Estrutura de incentivos do projeto Mais Médicos para o Brasil

Financiamento	Piso da atenção básica	Integração ensino-serviço	Contrapartida dos municípios
<p>Bolsa Formação: R\$ 10 mil pelo cumprimento de uma carga horária de 40 horas semanais</p> <p>Ajuda de custo: instalação dos médicos que não residem no município</p>	<p>Variável: para o município que tiver profissionais do programa Mais Médicos em Equipes de Saúde da Família</p>	<p>Especialização: da carga horária de 40 horas semanais, 8 horas devem ser destinadas obrigatoriamente ao curso de especialização em atenção básica</p> <p>Supervisão: realizada por profissionais médicos</p>	<p>Recepção e deslocamento dos médicos no município</p> <p>Moradia</p> <p>Alimentação e água potável</p> <p>Condições e processo de trabalho</p>

Fonte: Adaptado do portal do Programa Mais Médicos¹

1 BRASIL. *Programa Mais Médicos*. [201-]. Disponível em: <<https://bit.ly/1K1FYvL>>. Acesso em: 16 maio 2018.

Gráfico I – Percentual de municípios que aderiram ao projeto Mais Médicos para o Brasil, por unidade da federação, 2013



Fonte: Adaptado de Brasil, 2013b

Do ponto de vista regional, a região Norte foi a que teve mais municípios adeptos ao projeto (72,9%), seguida pelas regiões Sul (67,7%), Nordeste (65,7%), Centro-Oeste (60,2%) e Sudeste (55%). Esses dados revelam que as regiões que mais aderiram ao programa são justamente aquelas que registram as menores disponibilidades de profissionais médicos. Já no que diz respeito às condições dos municípios que aderiram ao PMM, os dados da Tabela 1 mostram que 34,8%

são municípios com 20% ou mais da população em condições de extrema pobreza, 10% são municípios localizados em regiões metropolitanas, 2,3% são municípios que se enquadram no G100 e 0,7% são capitais. Contudo, o dado mais impressionante é que a maior parte dos municípios (52,3%) não se enquadra nos critérios de elegibilidade previamente definidos pelo Ministério da Saúde, o que indica a abertura do programa ao conjunto dos municípios brasileiros.

Tabela 1 – Adesão dos municípios ao projeto Mais Médicos para o Brasil, por condição do município, segundo região, 2013

Região	20% extrema pobreza	Capital	G100	Região metropolitana	Demais localidades	Total
Centro-Oeste	9,3%	1,4%	3,2%	8,5%	77,6%	100,0%
Nordeste	75,1%	0,7%	2,3%	3,0%	19,0%	100,0%
Norte	63,4%	1,5%	3,7%	1,2%	30,2%	100,0%
Sudeste	6,3%	0,4%	2,2%	11,3%	79,8%	100,0%
Sul	5,6%	0,4%	1,5%	22,7%	69,9%	100,0%
Brasil	34,7%	0,7%	2,3%	10,0%	52,3%	100,0%

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013b

O cruzamento dos dados revela que as regiões Nordeste e Norte se destacam pelo percentual de municípios que se enquadram na condição de 20% ou mais da população vivendo em pobreza extrema - 75,1% e 63,4%, respectivamente. Já as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul se destacam pelo percentual de municípios que aderiram ao projeto na condição de demais localidades - 79,7%, 77,6% e 69,9%, respectivamente.

Em 2016, o programa Mais Médicos já estava presente em 4.058 municípios, o que corresponde a 73% dos municípios brasileiros. No que diz respeito a seus resultados preliminares, Comes et al. (2016) realizaram uma pesquisa com 263 usuários de 32 municípios selecionados dentre os municípios com 20% ou mais da sua população em extrema pobreza, participantes do primeiro ou segundo ciclos do projeto. Os municípios eram atendidos por menos de 5 médicos, a uma taxa de menos de 0,5 médico por mil habitantes no mês de junho de 2013. “Dos dados obtidos das perguntas abertas, os principais comentários [dos usuários] centraram-se no bom atendimento dos médicos” (Comes et al., 2016, p. 2754). Os resultados mostraram que

no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, a grande maioria dos usuários (98,1%) considerou que o médico ouviu atentamente todas as suas queixas e 95,8% dos participantes expressaram que receberam todas as informações necessárias. Ademais, 93,5% dos usuários afirmaram que receberam todas as informações sobre o tratamento e 87% disseram que compreenderam as orientações que deveriam seguir [...]. Quanto à satisfação geral com o médico do Programa Mais Médicos, a avaliação foi positiva. A grande maioria selecionou o estado de satisfação bom e muito bom (94,6%). (Comes et al., 2016, p. 2753)

Segundo o coordenador da unidade técnica do programa Mais Médicos da Opas no Brasil, não é possível analisar o impacto do programa após três anos de implementação em termos de “sucesso” ou “fracasso” (Tasca, 2016). De acordo com ele, “uma política de longo prazo, complexa e abrangente, que se insere no processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), não pode ser sintetizada com adjetivos simplistas e/ou reducionistas de multiplicidades, que definem extremos opostos” (Tasca, 2016, p. 2917). E afirma ainda que “a dimensão local, a singularidade

de cada situação, nos proporciona a possibilidade de emitir um julgamento mais verdadeiro” (Tasca, 2016, p. 2918). É justamente essa dimensão local que foi considerada neste estudo, conforme detalhado a seguir.

Aspectos metodológicos

O estudo utilizou como referencial teórico a abordagem da análise de políticas públicas, cuja principal preocupação é entender o que os governos fazem, por que o fazem e que diferença isso faz (Dye, 1976). Trata-se de estudo exploratório que combina dados quantitativos e qualitativos, primários e secundários, com base na metodologia do estudo de caso (Yin, 2001).

A relação entre a filiação partidária dos prefeitos dos municípios brasileiros e a adesão ao projeto Mais Médicos para o Brasil foi analisada por meio de estatística descritiva simples, a partir do cruzamento dos dados disponíveis na internet, tendo como fontes o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) e a Portaria GM/MS nº 7/2013, que traz informações relativas aos municípios que aderiram ao projeto naquela ocasião, segundo os requisitos estabelecidos pelos editais de renovação e confirmação de adesão do Distrito Federal e dos municípios aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde. Para essa finalidade, os dados foram organizados em planilha Excel, contendo informações para todos os municípios brasileiros.

Os dados relativos à influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios ao projeto foram coletados mediante entrevistas com gestores de saúde de dois municípios previamente selecionados. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de roteiro semiestruturado, enviado com antecedência aos entrevistados. Esse roteiro contemplou questões relacionadas ao contexto local das ações e dos serviços de saúde, às dificuldades para contratar e manter profissionais médicos atuando no município, aos fatores determinantes da adesão do município ao projeto Mais Médicos para o Brasil e à relação do município com o governo federal. As entrevistas foram agendadas e gravadas com autorização prévia dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas para exame mediante a técnica de análise de conteúdo.

Três critérios serviram de base para a seleção dos municípios: (1) adesão ao projeto Mais Médicos

para o Brasil (aderiu *versus* não aderiu), (2) filiação partidária do prefeito (partido integrante da base aliada do governo federal *versus* partido que integra o bloco de oposição) e (3) localização geográfica (mesma região de saúde). Na tentativa de evitar comparações entre municípios com realidades muito diferentes e, portanto, necessidades distintas, consideraram-se ainda algumas características que assemelham os municípios – porte populacional, nível de desenvolvimento humano e disponibilidade de estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS. Como resultado, foram selecionados dois municípios localizados na região de saúde de Limeira, no estado de São Paulo. A seleção dessa região de saúde justifica-se por questões de conveniência, em função da existência de municípios que atendiam os critérios mencionados e também pela proximidade desses municípios com o local de trabalho dos pesquisadores, o que facilitou a execução da pesquisa de campo para a coleta de dados primários.

Dois outros elementos contribuíram para a escolha dos municípios. De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),² 89% dos municípios brasileiros são de pequeno porte (até 50 mil habitantes), como é o caso dos dois municípios selecionados, de modo que os resultados obtidos podem, de alguma forma, ilustrar a realidade

de muitos municípios que se enquadram nessa categoria. Ademais, uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz aponta as cidades com até 30 mil habitantes como aquelas que mais internam pacientes por conta do agravamento de problemas que seriam evitáveis se houvesse melhorias nos serviços de atenção primária locais (Ciscati, 2017). Dessa forma, tais municípios podem ser considerados alvos importantes do PMM, dado o propósito do projeto de aperfeiçoar médicos na atenção primária nos locais onde há necessidade desses profissionais.

Embora os municípios selecionados não sejam estatisticamente representativos do universo dos municípios brasileiros, eles apresentam as duas características mais importantes para o escopo deste estudo. A primeira delas trata das filiações partidárias dos prefeitos: um deles integrava a base aliada do governo federal, enquanto o outro fazia parte do bloco de oposição. Já a segunda característica se refere à similaridade da situação socioeconômica dos municípios, o que permite reduzir a possibilidade de que a adesão ao projeto tenha ocorrido em função de diferenças verificadas nesse aspecto, em vez dos elementos de maior interesse deste estudo: associação político-partidária e estrutura de incentivos do PMM.

O Quadro 2 sintetiza as características dos municípios selecionados.

Quadro 2 – Características dos municípios selecionados

	Município 1	Município 2
Adesão ao projeto Mais Médicos para o Brasil	Sim	Não
Localização	Região de Saúde de Limeira	Região de Saúde de Limeira
Filiação partidária do prefeito	Partido dos Trabalhadores (PT)	Partido Verde (PV)
População	20.029 habitantes	21.080 habitantes
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,776	0,758
Número de estabelecimentos de saúde do SUS	14	18

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013b, e dos portais do TSE,³ IBGE,⁴ e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁵

2 IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico*. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

3 TSE - TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. Estatísticas e resultados da eleição: resultado da eleição. *Estatísticas TSE, eleições 2012*, [2012?]. Disponível em: <<https://bit.ly/O2QUR>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

4 IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades @. [201-]. Disponível em: <<https://bit.ly/2L5s1Tu>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

5 CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://cnes.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

Resultados e discussão

Apresentamos a seguir os resultados obtidos no estudo, agrupados em dois itens relativos à adesão dos municípios ao projeto Mais Médicos para o Brasil: associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos do programa.

Associação político-partidária

O cruzamento dos dados relativos à adesão dos municípios brasileiros ao projeto Mais Médicos para o Brasil, segundo os requisitos definidos pelos editais de chamamento do Ministério da Saúde

em 2013, usados como referência neste estudo (Brasil 2013b; 2013c), e a filiação partidária dos prefeitos estão sintetizados na Tabela 2, que traz o percentual de adesão dos municípios para os partidos que administravam mais de 50 prefeituras à época. Os dados mostram que os partidos políticos que apresentaram as maiores taxas de adesão foram o PT (72,7%), o Partido Comunista do Brasil (PC do B - 72,4%) e o Partido Republicano Brasileiro (PRB - 69,1%). Por outro lado, os partidos com taxas de adesão mais baixas foram o PV (51,0%), o Democratas (DEM - 55,4%), o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB - 57,4%) e o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB - 57,4%).

Tabela 2 – Adesão dos municípios ao projeto Mais Médicos para o Brasil segundo o partido dos prefeitos: partidos com mais de 50 prefeituras, Brasil, 2013

Partido	Posição	Total de prefeituras	% prefeituras	% adesão
PMDB	Governo	1.026	18,4%	60,8%
PSDB	Oposição	693	12,4%	57,4%
PT	Governo	649	11,7%	72,7%
PSD	Governo	511	9,2%	65,4%
PP	Governo	462	8,3%	65,6%
PSB	Governo	428	7,7%	65,9%
PDT	Governo	312	5,6%	62,8%
PTB	Oposição	296	5,3%	57,4%
DEM	Oposição	278	5,0%	55,4%
PR	Governo	263	4,7%	62,4%
PPS	Oposição	124	2,2%	62,1%
PV	Oposição	98	1,8%	51,0%
PRB	Governo	81	1,5%	69,1%
PSC	Governo	79	1,4%	64,6%
PC do B	Governo	58	1,0%	72,4%
Outros partidos		212	3,8%	65,1%
Total		5.570	100,0%	63,0%

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013b, e dos dados do TSE⁶

6 TSE - TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. Estatísticas e resultados da eleição: resultado da eleição. *Estatísticas TSE, eleições 2012*, [2012?]. Disponível em: <<https://bit.ly/O2QURc>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

Esses resultados sugerem, num primeiro momento, uma associação entre a filiação partidária dos prefeitos e a decisão de aderir ou não ao projeto formulado pelo Ministério da Saúde. Considerando os partidos políticos que integravam a coalizão governista liderada pelo PT⁷ durante as eleições presidenciais de 2010, que resultaram no primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff (2011-2014), assim como os partidos que formavam o bloco de oposição liderado pelo PSDB,⁸ observa-se a existência de taxas de adesão diferenciadas em função do posicionamento dos partidos políticos em relação ao governo federal (formulador da política). De modo geral, municípios com prefeitos filiados a partidos da base governista apresentaram maior adesão ao projeto Mais Médicos para o Brasil, como ilustram os casos do PT, PC do B, PRB e PSB. Do mesmo modo, a adesão foi maior em municípios governados por partidos independentes ou novos que passaram a integrar a base aliada do governo no Congresso Nacional – Partido Progressista (PP) e Partido Social Democrático (PSD), por exemplo. Por outro lado, pode-se observar taxas de adesão abaixo da média nacional entre os municípios cujos prefeitos pertencem aos partidos do bloco de oposição (PSDB, PTB e DEM) ou partidos de oposição independentes (PV).

Tais achados corroboram a argumentação de Santos (2013), no sentido de que as estruturas partidárias locais não estão alheias às dinâmicas das coalizões nacionais. Isso porque o autor identifica o que parece ser a ocorrência de “um processo de nacionalização dessas estruturas, com a perda de relevância de fatores derivados de poder ou influência locais e incremento de variáveis associadas a políticas federais” (Santos, 2013, p. 13). Destaque-se também a análise realizada por Kerbaui (2009) sobre as eleições municipais de 2008, que apontou a vigência de partidos estruturados nacionalmente, prevendo mesmo a utilização dos resultados para negociações políticas na eleição presidencial de 2010. Dessa

forma, a possível associação entre a adesão dos municípios ao PMM e a filiação partidária dos prefeitos pode ser uma expressão desse movimento de aumento da influência das coalizões federais na dinâmica política municipal.

Essa relação, no entanto, deve ser vista com reservas, na medida em que os dados também mostram a existência de municípios governados por partidos da base aliada do governo federal (PDT, PR e PMDB) com taxas de adesão similares aos de municípios governados por alguns partidos do bloco de oposição (PPS, por exemplo). Além disso, quando esses dados são analisados por grandes regiões, observam-se variações importantes no âmbito de um mesmo partido político (Tabela 3). De modo geral, as taxas de adesão dos diferentes partidos, quando comparadas com a média nacional, tendem a ser maiores nas regiões Norte e Nordeste e menores nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. É o caso do PDT, por exemplo, que apresentou 82% de adesão na região Norte e 48% no Centro-Oeste, embora a média nacional desse partido tenha sido de 63%. A mesma situação pode ser verificada para os municípios governados pelo PT, com 85% e 80% de adesão nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente, e 63% na região Sudeste, contra uma média nacional de 73%. Evidencia-se, portanto, que a localização geográfica também foi fator de grande influência na adesão dos municípios ao PMM.

Uma hipótese plausível para o comportamento demonstrado por esses dados se refere às diferenças em termos de demandas/necessidades regionais, visto que a quantidade de médicos por habitante é comparativamente menor nas regiões Norte e Nordeste em relação às demais regiões do país. Dessa forma, os municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste são mais dependentes do projeto para a atração de médicos, o que explicaria a maior adesão desses municípios. Além disso, diferenças organizacionais nos partidos entre uma região e outra e características específicas

7 Partidos da coalizão governista “Para o Brasil seguir mudando”: PT, Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido da República (PR), Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Democrático Trabalhista (PDT),

8 Partidos do bloco de oposição “O Brasil pode mais”: PSDB, DEM, PTB, Partido Popular Socialista (PPS), Partido da Mobilização Nacional (PMN) e Partido Trabalhista do Brasil (PT do B).

do comportamento eleitoral das populações de cada região (Kerbaux, 2009) também podem ter interferido na decisão de aderir ao projeto. Os dados sugerem, portanto, a existência de um

quadro mais complexo, no qual o posicionamento político-partidário não deve ser visto como o único - ou mesmo o principal - fator determinante da adesão dos municípios.

Tabela 3 — Adesão dos municípios ao projeto Mais Médicos para o Brasil, por grandes regiões, segundo o partido político do prefeito: partidos com mais de 50 prefeituras, Brasil, 2013

Partido	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
PMDB	59%	60%	71%	61%	59%
PSDB	48%	66%	60%	52%	67%
PT	73%	80%	85%	63%	73%
PSD	64%	66%	73%	48%	72%
PP	63%	67%	83%	51%	71%
PSB	68%	65%	69%	60%	86%
PDT	48%	68%	82%	51%	67%
PTB	55%	58%	74%	46%	77%
DEM	55%	57%	75%	51%	60%
PR	61%	62%	67%	60%	70%
PPS	64%	74%	75%	51%	68%
PV		52%	80%	47%	60%
PRB	50%	70%	100%	71%	
PSC	75%	72%	71%	35%	88%
PC do B		73%	80%	64%	100%
Total	60%	66%	73%	55%	68%

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013b, e dos dados do TSE⁹

Influência da estrutura de incentivos

As entrevistas realizadas nos dois municípios selecionados permitiram investigar o papel desempenhado pela estrutura de incentivos do projeto Mais Médicos para o Brasil na tomada de decisão dos municípios, assim como questões

relacionadas à situação dos serviços de atenção à saúde, às dificuldades para contratar e manter médicos atuando na rede de saúde municipal e às relações federativas no âmbito do SUS.

Os secretários de saúde dos municípios visitados não referiram a existência de grandes problemas em relação à infraestrutura disponível

⁹ TSE - TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. Estatísticas e resultados da eleição: resultado da eleição. *Estatísticas TSE, eleições 2012*, [2012?]. Disponível em: <<https://bit.ly/O2QUR>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

para prestar atendimento à população, tendo em vista os comentários positivos sobre as diversas unidades de saúde presentes no território. Essa situação parece contradizer o posicionamento de parte da classe médica à época do lançamento do programa, na medida em que a infraestrutura e demais condições de trabalho seriam os principais determinantes para os médicos decidirem não trabalhar em determinados lugares do país.

Em relação à quantidade de médicos, os dois municípios demonstraram passar por problemas semelhantes. Tais problemas se referem à dificuldade de contratar e manter médicos no município para trabalhar nas atividades de atenção básica por 40 horas semanais. De acordo com os entrevistados, uma das razões para isso é o valor repassado pelo governo federal para custeio do Programa Saúde da Família, considerado insuficiente para contratar e manter um médico por esse período. Essa situação obriga os municípios a aumentar a remuneração para torná-los mais atrativos a esses profissionais. Entretanto, os entrevistados destacaram que a Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2000) impõe dificuldades adicionais para manter níveis elevados de remuneração para esses profissionais, na medida em que estabelece limites para o gasto do município com remuneração de pessoal.

Convém destacar que o Município 2 não havia aderido ao projeto Mais Médicos para o Brasil num primeiro momento, por não se enquadrar nos critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde. Entretanto, após interesse do prefeito em aderir, a inscrição foi efetuada e o município foi contemplado. Vários fatores foram mencionados pelo entrevistado como determinantes para a adesão do município ao projeto: intenção de ampliar a rede de atenção básica; existência de unidades de saúde sem médico; possibilidade de não aumentar a folha de pagamento; e manter uma relação mais próxima com o Ministério da Saúde.

No caso do Município 1, os entrevistados afirmaram que, embora tenham sido contemplados na primeira chamada, o município também não atendia aos requisitos exigidos nos editais do

Ministério da Saúde. Apesar disso, decidiram se inscrever e foram contemplados. Esse aspecto sugere que os critérios definidos pelo governo federal não foram impeditivos para a adesão de municípios que, mesmo não cumprindo todos os requisitos, demonstraram interesse em participar do projeto. Foi mencionado também que um dos principais motivos da adesão ao projeto foi o tamanho da fila de espera para atendimento por clínico geral, com implicações no aumento da demanda no pronto-socorro municipal.

Diante desse cenário, todos os entrevistados referiram que a estrutura de incentivos do projeto foi determinante para a adesão dos municípios ao PMM. Um dos municípios, afetado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, não poderia gastar mais com a remuneração dos médicos, encontrando-se em dificuldade para negociar valores mais elevados. E o outro já demonstrava incapacidade financeira para pagar mais do que o auxílio-moradia e a alimentação, itens que integram a contrapartida dos municípios no âmbito do projeto.

Quanto às relações interfederativas dos municípios com o governo federal na área da saúde, os entrevistados levantaram algumas questões que merecem ser mencionadas. Num dos municípios, foi pontuado que houve melhora na relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde desde 2011. Entretanto, o secretário enfatizou os limites do modelo vertical de política pública, de cima para baixo (*top down*), em que cabe ao município implementar uma política que foi formulada em outra instância, muitas vezes distante da realidade e das necessidades locais. Já o gestor do outro município destacou que a operacionalização do projeto possui aspectos tanto negativos (dificuldade na relação com os técnicos do Ministério da Saúde, considerada difícil e demorada) como positivos (sistema de informação utilizado pelo Ministério da Saúde, considerado organizado e eficaz).

O Quadro 3 traz a síntese das respostas obtidas durante as entrevistas com os gestores de saúde dos municípios visitados.

Quadro 3 – Síntese das respostas obtidas nas entrevistas realizadas com os secretários de saúde dos municípios visitados, 2015

Questão	Município 1	Município 2
Contexto da saúde no município	<ul style="list-style-type: none"> • Tem evoluído positivamente • Existência de demanda reprimida • Boa infraestrutura 	<ul style="list-style-type: none"> • Coberto 100% pela atenção básica • Não possui fila de espera • Boa infraestrutura
Quantidade de médicos no município (suficiente/insuficiente)	<ul style="list-style-type: none"> • Fila para atendimento com clínico geral chegava a três meses • Dificuldade em contratar médicos do Programa Saúde da Família por 40 horas semanais 	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse do Ministério da Saúde insuficiente para contratar médicos por 40 horas semanais • Dificuldade em manter um salário competitivo
Fatores determinantes da adesão (ou não adesão)	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda por consultas • Falta de médicos • Aumento da demanda no pronto-socorro 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se inscreveu nos editais de referência, por não atender aos critérios preestabelecidos • Na época da entrevista já havia aderido ao projeto
Estrutura de incentivos do projeto	<ul style="list-style-type: none"> • Determinante: o município não conseguiria pagar mais do que já paga aos médicos do projeto (auxílio-moradia e alimentação) 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinante: devido à impossibilidade de acrescentar valores à folha de pagamento por causa da Lei de Responsabilidade Fiscal
Relação do município com o governo federal	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação lenta, difícil e demorada • Sistema é organizado e eficaz 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior proximidade a partir de 2011 • Modelo de política de cima para baixo • Necessidade de conversa anterior à formulação da política

Considerações finais

O estudo sinalizou associação entre a filiação partidária dos prefeitos e a adesão dos municípios ao projeto Mais Médicos para o Brasil. De modo geral, os municípios governados por partidos da base de apoio do governo federal aderiram mais ao projeto, enquanto aqueles governados por partidos do bloco de oposição aderiram menos. Entretanto, essa relação deve ser relativizada, pois há variações regionais importantes, o que indica a influência de outros fatores, como as demandas/necessidades das diferentes regiões e municípios, as variações na operação das estruturas partidárias municipais e os comportamentos do eleitorado em cada localidade. Ainda assim, os resultados sugerem que, no caso específico do PMM, o alinhamento político dos municípios com o governo federal representa uma variável que pode interferir no processo de

articulação interfederativa, com implicações para a implementação de políticas nacionais que dependem da adesão das esferas subnacionais.

Por outro lado, a estrutura de incentivos do programa desempenhou papel decisivo na adesão dos municípios. Considerando as dificuldades para contratação e manutenção de médicos para atuar nas ações e nos serviços de atenção primária em saúde, dificuldades essas que se referem não apenas à disponibilidade de profissionais no mercado, mas também às restrições orçamentárias e legais para investir mais recursos próprios no pagamento de pessoal para atuar no SUS municipal, os incentivos previstos no programa contribuíram fortemente para a adesão dos municípios ao projeto Mais Médicos para o Brasil.

Algumas limitações deste estudo devem ser mencionadas. Do ponto de vista metodológico, é necessário destacar sua natureza exploratória,

baseada na coleta de dados primários a partir da realização de número limitado de entrevistas em dois municípios que não representam o conjunto dos municípios brasileiros ou mesmo dos municípios com maior dificuldade para atrair e manter profissionais médicos atuando nos serviços de atenção primária, o que não autoriza a generalização dos achados para outros contextos. Também é importante mencionar que, embora os dois municípios tenham sido selecionados para refletir posições distintas quanto à adesão ao PMM, o município que não havia participado do primeiro edital de chamamento do Ministério da Saúde, em 2013, decidiu aderir ao programa mais tarde. De todo o modo, a estrutura de incentivos foi apontada como elemento central na tomada de decisão nas duas situações.

Convergindo para a ideia de que o federalismo não é condição suficiente para frear o desenvolvimento de políticas sociais formuladas por governos centrais (Machado, 2014), o estudo contribui para ilustrar que, mesmo em países federativos e com marcadas desigualdades regionais, políticas públicas nacionais que demandam a cooperação de diferentes esferas de governo podem ser implementadas com relativo sucesso, desde que uma estrutura apropriada de incentivos tenha sido prevista no momento de formulação da política.

Referências

ABRUCIO, F. L. Descentralização e coordenação federativa: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (Org.). *O Estado numa era de reformas: os anos FHC: Parte 2*. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. p. 143-245.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E.

(Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 173-206.

BORGES, A. Federalismo, dinâmica eleitoral e políticas públicas no Brasil: uma tipologia e algumas hipóteses. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 12, n. 24, p. 120-157, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 maio 1993.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 maio 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nos últimos dez anos, Brasil tem déficit de 54 mil médicos. *Blog da Saúde*, Brasília, DF, 23 maio 2013a. Disponível em: <<https://bit.ly/2GouSUa>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 38, de 8 de julho de 2013. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jul. de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 40, de 18 de julho de 2013. Alteração do Edital de adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 jul. 2013c.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Portaria nº 7, de 25 de julho de 2013. Homologa o resultado do processo de chamamento público para adesão do Distrito Federal e de municípios para o projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do Edital/SGTES nº 38, de 8 de julho de 2013 e do Edital/SGTES nº 40, de 18 de julho de 2013 e respectiva retificação em 24 de julho de 2013. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jul. 2013d.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2013e. Seção 1, p. 1.
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrição de desigualdades*. São Paulo, 2011. v. 1.
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo, 2013. v. 2.
- CISCATI, R. Nos municípios pequenos, as pessoas sofrem mais com problemas de saúde evitáveis. *Época*, São Paulo, 11 abr. 2017. Saúde. Disponível em: <<https://glo.bo/2wRHrb2>>. Acesso em: 17 maio 2018.
- COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.
- DANTAS, H. Coligações nas eleições municipais de 2000 a 2008: a força dos partidos dos governadores. *Liberdade e Cidadania*, Brasília, DF, v. 2, n. 6, p. 1-15, 2009.
- DANTAS, H.; PRAÇA, S. Pequenos partidos no Brasil: uma análise do posicionamento ideológico com base nas coligações municipais de 2000 a 2008. In: KRAUSER, S.; DANTAS, H.; MIGUEL, L. F. (Org.). *Coligações partidárias na nova democracia brasileira: perfis e tendências*. São Paulo: Unesp, 2010. p. 325-344.
- DYE, T. R. *Policy analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes*. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1976.
- KERBAUY, M. T. M. As eleições municipais de 2008: federações partidárias ou partidos nacionais. *Perspectivas*, São Paulo, v. 35, p. 15-33, jan./jun., 2009.
- LEITE, C. K. S.; FONSECA, F. Federalismo e políticas sociais no Brasil: impasses da descentralização pós-1988. *Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 18, n. 56, p. 99-117, 2011.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. *Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil?* Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. Brasília, DF: Região e Redes, 2016. (Novos Caminhos, n. 8). Disponível em: <<https://bit.ly/2L4xwlr>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- LOPREATO, F. L. C. *Federalismo e finanças estaduais: algumas reflexões*. Campinas: Unicamp, 2000. (Texto para discussão, n. 98).
- LOYOLA, P. C. P. *Partidos e políticas nos governos subnacionais brasileiros*. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- MACHADO, J. A. Federalismo, poder de veto e coordenação de políticas sociais no Brasil pós-1988. *Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 21, n. 69, p. 335-350, 2014.
- MORA, M. A lei de responsabilidade fiscal e relações financeiras intergovernamentais no contexto federativo brasileiro. In: PRÊMIO DO TESOURO NACIONAL DE MONOGRAFIAS, 5., 2000, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Secretaria do Tesouro Nacional, 2000.

- PEIXOTO, V. M. Coligações eleitorais nos municípios brasileiros: competição e estratégia. In: KRAUSER, S.; DANTAS, H.; MIGUEL, L. F. (Org.). *Coligações partidárias na nova democracia brasileira*: perfis e tendências. São Paulo: Unesp, 2010. p. 277-300.
- PIOLA, S. F. et al. Percepção social sobre a saúde no Brasil. In: SCHIAVINATTO, F. (Org.). *Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips)*. Brasília, DF: Ipea, 2011. p. 79-103.
- PIOLA, S. F. et al. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para discussão, n. 1846).
- PROVAN, K.; KENIS, P. Modes of network governance: structure, management and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Lawrence, v. 18, n. 2, p. 229-252, 2007.
- RADIN, B. A.; BOASE, J. P. Federalism, political structure, and public policy in the United States and Canada. *Journal of Comparative Policy Analysis*, Abingdon, v. 2, n. 1, p. 65-89, 2000.
- RIBEIRO, P. F. Velhos e novos companheiros: coligações eleitorais nos municípios do G79 (1996-2008). In: KRAUSER, S.; DANTAS, H.; MIGUEL, L. F. (Org.). *Coligações partidárias na nova democracia brasileira*: perfis e tendências. São Paulo: Unesp, 2010. p. 301-324.
- SANTOS, A. M. Topografia do Brasil profundo: votos, cargos e alinhamentos nos municípios brasileiros. *Opinião Pública*, Campinas, v. 19, n. 1, p. 1-20, 2013.
- SECCHI, L. *Políticas públicas*: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.
- TASCA, R. Entrevista: avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2917-2918, 2016.
- TOLENTINO, E. S. A influência dos partidos políticos nas políticas públicas municipais: a experiência na assistência social. In: ENCONTRO INTERNACIONAL PARTICIPAÇÃO, DEMOCRACIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2015, Campinas. *Anais...* Campinas: Unicamp, 2015.
- WEAVER, K. R.; ROCKMAN, B. A. *Do institutions matter? Government capabilities in the United States and abroad*. Washington, DC: The Brookings Institution Press, 1993.
- YIN, R. K. *Estudo de caso*: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Contribuição dos autores

Silva foi responsável pela concepção do estudo. Baia foi responsável pela coleta de dados. Ambos os autores foram responsáveis pela análise dos dados e redação do artigo.

Recebido: 06/07/2017

Reapresentado: 20/02/2018

Aprovado: 26/02/2018