

Políticas Públicas de saúde: análise sobre o Programa Mais Médicos a partir de tipologias de avaliação

Autoria

Bruno Lazzarotti Diniz Costa - bruno.diniz@fjp.mg.gov.br
Mestr em Admin Pública/FJP - Fundação João Pinheiro

João Roberto Muzzi de Moraes - jrmuzzi@hotmail.com
Mestr em Admin Pública/FJP - Fundação João Pinheiro

MARCOS PAULO DE OLIVEIRA CORREA - marcosp.correa@hotmail.com
Mestr em Admin Pública/FJP - Fundação João Pinheiro

Andréia Ramos Budaruiche - andreiabud@gmail.com
Mestr em Admin Pública/FJP - Fundação João Pinheiro

Gustavo Costa de Souza - gustavocosta@live.com
Mestr em Admin Pública/FJP - Fundação João Pinheiro

Railina Laura Uyara Brandão Sales - railinamuse@hotmail.com
Mestrado em Enfermagem/Universidade Federal do Piauí

Agradecimentos

Ao programa de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo discutir o Programa Mais Médicos (PMM), no âmbito das Políticas Públicas da Saúde a partir de três modelos analíticos, propostos por Angelim et al., (2004), Nogueira (1998) e Berman (1978), respectivamente. Para isso, o estudo se inicia contextualizando as Políticas Públicas no Brasil e apresentando o referencial teórico. Em sequência, serão descritos alguns dos principais elementos da agenda da saúde nos anos de 2011 a 2013, além de caracterizar, sucintamente, o PMM. Posteriormente, o estudo demonstrará o percurso metodológico utilizado e as análises com base nos modelos descritos. Por fim, o estudo desenvolverá sua discussão, bem como suas considerações finais.

Políticas Públicas de Saúde: análise sobre o Programa Mais Médicos a partir de tipologias de avaliação.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo discutir o Programa Mais Médicos (PMM), no âmbito das Políticas Públicas da Saúde a partir de três modelos analíticos, propostos por Angelim et al., (2004), Nogueira (1998) e Berman (1978), respectivamente. Para isso, o estudo se inicia contextualizando as Políticas Públicas no Brasil e apresentando o referencial teórico. Em sequência, serão descritos alguns dos principais elementos da agenda da saúde nos anos de 2011 a 2013, além de caracterizar, sucintamente, o PMM. Posteriormente, o estudo demonstrará o percurso metodológico utilizado e as análises com base nos modelos descritos. Por fim, o estudo desenvolverá sua discussão, bem como suas considerações finais.

Palavras-chave: Políticas públicas; Planos e Programas de Saúde; Avaliação em saúde; Programa Mais Médicos.

Contextualização das Políticas de Saúde no Brasil

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitaristas do Estado de bem-estar social (OCKÉ-REIS, 2009). Ela, também, ofereceu subsídios necessários para que, em 1990, fosse regulamentado o SUS pela Lei nº 8.080/1990. O SUS foi estruturado em três níveis de atenção à saúde - atenção básica (ABS), média e a alta complexidade. Assim, a ABS se deu como primeiro nível de atenção, porta de entrada preferencial do usuário ao Sistema, com potencial de resolubilidade de 80% dos problemas de saúde. (MADUREIRA, CAPITANI, CAMPOS, 1989 citado por BULGARELI et al., 2014). Além disso, a ABS configura-se como responsável pelo acompanhamento e encaminhamento dos usuários aos níveis de média e alta complexidade.

Após sua implementação, os entes federados têm realizado esforços contínuos na manutenção e melhoria dos serviços de saúde do SUS, em especial no nível da ABS. Para tanto, tornou-se necessário o desenvolvimento de estratégias que viabilizassem a coordenação desses esforços, de modo que as barreiras impostas pelos limites intrínsecos – a exemplo dos geográficos - fossem superadas. Logo, no início dos do ano de 1990, foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), constituída pela participação dos três entes federados (União, Estados e Municípios), sob o objetivo de discutir as políticas de saúde numa perspectiva nacional. Adiante, em meados da mesma década, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Dessas últimas, participavam representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de adaptar as normas definidas pela União para as regiões. Além disso, as CIB tiveram como atribuição: elaborar, acompanhar e avaliar a gestão descentralizada do SUS, tomar decisões atinentes aos mecanismos de alocação de recursos oriundos do governo federal e desenvolver propostas em direção à operacionalização das políticas públicas de saúde (MACHADO et al., 2014).

Concomitantemente, houve uma preocupação da administração do Estado brasileiro quanto aos gastos públicos. Isso fez com que as relações de trabalho sofressem modificações, reverberando na diminuição do quantitativo de pessoal (SILVA; BARBOSA, 2009). No caso da saúde, dificultou-se o recrutamento e a fixação de profissionais de saúde em áreas remotas. Logo, os esforços não se mostraram suficientes para oferecer serviços de saúde em consonância com os princípios norteadores do SUS, a exemplo dos serviços médicos. O Brasil possui uma proporção de médicos por habitante menor do que a necessidade da

população. Além disso, as regiões que contam com populações mais pobres, nesse mesmo panorama, são marcadas por possuírem ainda menos médicos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Com isso, evidenciam-se as dificuldades no acesso aos serviços de saúde por parte da população brasileira, em especial nas regiões de maior vulnerabilidade social. Ademais, os atores governamentais reconhecem que há uma concentração de médicos em regiões mais ricas. Os investimentos e as ações prévias no incremento dos serviços de saúde foram insuficientes para garantirem o acesso à população. Isso porque tais incrementos aumentaram a demanda pelo profissional médico nos serviços de saúde e não resolveram a dificuldade de recrutar ou alocar esses profissionais para a atuação em áreas vulneráveis. Assim, constatam-se iniquidades quanto à distribuição do profissional médico no território brasileiro (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Nessa perspectiva, quanto ao provimento de recursos humanos à saúde, em especial no que se refere ao profissional médico no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, em 2011, depois do reconhecimento da falta de profissional médico como um problema, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB. Esse programa teve como objetivo investir na qualificação da formação dos egressos do curso de medicina na perspectiva da ABS. Com isso, pretendia-se atrair esses profissionais para o exercício da profissão em localidades mais vulneráveis (BRASIL, 2015). Entretanto, o provimento de médicos ofertados pelo PROVAB não foi suficiente. No ano de 2013, a demografia médica brasileira sinalizava a média nacional de 1,8 médicos/1.000 habitantes, sendo que 22 Estados apresentavam média abaixo da nacional. Além disso, em 05 Estados, identificou-se que a média era menor que 01 médico/1.000 habitantes¹. Logo, o que estava evidente era um quantitativo de médicos insuficiente para cobrir toda a população, tornando-se mais latente quando comparado o Brasil a outros países, inclusive. Portanto, despontaram como elementos determinantes da distribuição deficitária desse profissional pelo território brasileiro, empecilhos na atração e fixação do médico em regiões vulneráveis e maior déficit do profissional no âmbito do SUS (GIRARDI et al., 2016).

Além do mais, foi identificada a expansão de ações e serviços no âmbito da saúde de maneira desproporcional em relação ao quantitativo de profissional médico. Nesse caso, tanto o SUS quanto a saúde suplementar investiram em mecanismos que aumentaram a demanda pelo profissional médico, de modo que, alguns serviços, não foram totalmente implementados pela falta desse profissional (BRASIL, 2015). Em face disso, o governo federal, em julho de 2013, implantou o Programa Mais Médicos – PMM, com o objetivo de: ampliar a oferta de serviços médicos na ABS (priorizando as regiões de maior vulnerabilidade social e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI); ampliar a oferta de vagas do curso de medicina e residência médica; prover investimentos em infraestrutura e recrutar, emergencialmente, médicos estrangeiros para postos de trabalho não ocupados por médicos brasileiros².

Logo, o estudo tem como objetivo analisar o PMM na perspectiva da inovação social, no que se refere à implementação do Programa como uma Tecnologia Social (TS) e uma Política Pública. Para isso, o artigo apresentará alguns conceitos referentes à inovação social e afins. Posteriormente, apresentará a metodologia e as análises balizadas pelos modelos analíticos propostos por Angelim et al., (2004), Nogueira (1998) e Berman (1978). Feitas as análises, o estudo discorrerá uma discussão não exaustiva e suas considerações finais.

Referencial Teórico

A inovação pode ser compreendida na perspectiva de um arranjo de conhecimentos que objetiva gerar outros saberes, imbuídos de valores de troca e uso, ou ainda, como uma espécie de desfecho economicamente viável para determinada questão (ZAWISLAK, 1995 *apud* GUESTA, 2012). Num aspecto mais instrumental, Conceição (2000) apresenta um conceito de inovação a partir da leitura de Shumpeter (1934), que seria entendido como produtos, processos e maneiras novas de organização, bem como o emprego tecnológico em novos prismas, mercados e recursos. Por muito tempo, o entendimento sobre inovação ficou restrito a uma perspectiva tecnológica, de modo que, nos últimos tempos, tornou-se mais eclético no que tange suas aplicações e tipologias. Em se tratando de inovação social, o conceito se fiou à ideia do combate à exclusão social (ANDRÉ; ABREU, 2006). Logo, tanto no aspecto de produção quanto da dimensão processual pode se desenvolver através de três perspectivas, conjunta ou isoladamente: contribuindo para a satisfação das necessidades humanas não supridas; pelas políticas públicas de inclusão, redistribuição e acesso aos direitos; incremento das capacidades humanas, como o capital social. (MARTINELLI et al., 2003 *apud* ANDRÉ; ABREU, 2002).

Considerando a busca por eficiência, diversificação e a invenção de produtos e processo, Tomaél, Alcará e Di Chiara (2005) recorrem ao conceito de aprendizagem organizacional como o elemento mais importante para o incremento da inovação tecnológica. Para eles, essa dinâmica promove um acúmulo contínuo de conhecimentos e de capacitação. Entretanto, num esforço direcionado à produção de alternativa frente ao modelo econômico, emerge o conceito de tecnologia social - TS. Essa tecnologia seria um mecanismo capaz de solucionar e atender demandas advindas dos aspectos sociais. Nesse sentido, a tecnologia social pode estar compreendida como um produto, técnica, processo ou método que atue na resolubilidade social (INSTITUTO BRASILEIRO DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE *apud* FARFUS; ROCHA, 2008). Entretanto, para Maciel e Fernandes (2011), as TS's parecem ainda não estarem no patamar das políticas públicas, visto que sua atuação tem ocorrido de 'baixo para cima'. Todavia, a trajetória vem concedendo a essas tecnologias um reconhecimento por sua capacidade de fomentar uma nova maneira de construção do saber científico para aplicá-la no aspecto social. Assim, um entendimento sobre a TS recorre ao significado da tecnologia como um aglomerado de técnicas, processos e saberes implementados em diversas áreas. Numa perspectiva social, agregam-se os aspectos sociais, ambientais e o desenvolvimento democrático para suprir as necessidades populacionais.

Andrade (2006) elucida que a teoria da 'hélice tripla' - uma das primeiras ideias em torno da inovação - debruçou-se ao entendimento da inovação sob a ação de três segmentos, a saber: Estado, empresas e universidades. Nesse caso, as ações de atores estratégicos desses três segmentos provocariam a existência de outras iniciativas, coadunando entre a ciência e a tecnologia. Isso parece se relacionar com uma perspectiva mais ampla de contexto social, tendo em vista os processos de comunicação e reconhecimento dos códigos estabelecidos pelos agentes envolvidos. Nesse caso, Albagli e Maciel (2004) discutem duas dimensões da informação e do conhecimento atinentes à ideia de inovação: socioespacial e socioinstitucional. Na dimensão socioespacial, com o advento das tecnologias de informação - TIC - houve uma mudança direcionada para a desvalorização dos espaços territoriais diante da valorização das diferenças socioespaciais. Por fim, no que se refere à dimensão socioinstitucional, quando há maior incidência de cooperação entre os agentes, tendo em vista a conexão dos envolvidos num mecanismo de comunicação, compartilhamento e difusão de informações, mais presentes estão os processos de inovação.

Diante do exposto, o estudo apresentará, a seguir, uma breve agenda relativa aos percursos de algumas das principais ações na arena da saúde.

A agenda da saúde

A tabela 1 apresenta o percurso de ações prévias ao PMM, específicas à saúde, no período de 2011 a 2013.

Tabela 1: agenda de ações na saúde de 2011 a 2013.

2011	2012	2013
<p>Seminário Nacional sobre a escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade;</p> <p>Concessão de descontos na dívida do Financiamento Estudantil (FIES) para profissionais atuantes em locais prioritários para o SUS;</p> <p>Publicação de Portaria que define municípios prioritários para médicos do FIES;</p> <p>Instituído o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e autorizadas mais 4 mil bolsas de residência médica.</p>	<p>O PROVAB indicou a lotação de 381 médicos em 205 municípios;</p> <p>Anunciada a previsão de 2,4 mil vagas em cursos de medicina;</p> <p>Publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 2517 – incentivo ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários: apoio técnico e financeiro do MS, com investimento de 29 milhões de reais em projetos de planos de carreira.</p>	<p>Encontro Nacional de Prefeitos - apelo político;</p> <p>O MEC buscou conhecer a experiência de outros países para atração de médicos para o interior e periferias das grandes cidades;</p> <p>Realizadas reuniões com Espanha e Portugal na Assembleia anual da OMS para avaliar a possibilidade de intercâmbios;</p> <p>Julho 2013: implantação do PMM.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de BRASIL (2013).

Dessa maneira, pode-se inferir que a evolução das ações na agenda das políticas de saúde partem do reconhecimento da escassez de profissionais médicos e da iniquidade da distribuição desses, no território brasileiro, como um entrave à oferta de serviços do SUS, em especial no nível da ABS. Isso porque, a partir do Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde, os atores governamentais se empenharam no desenvolvimento de estratégias direcionadas ao fortalecimento do ensino superior na área de medicina e à valorização de ações no âmbito da saúde. Ao final do período, estas intervenções culminaram na criação do Programa Mais Médicos.

A seguir, o estudo desenvolverá uma apresentação sucinta do PMM.

O Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi implantado em julho de 2013, no escopo do Pacto Nacional pela Saúde de 2013. O PMM apresentava como objetivos: o aumento da oferta dos serviços médicos na atenção básica; a ampliação do número de vagas do curso de graduação em medicina e de residência médica; a implementação do segundo ciclo no curso de medicina; o recrutamento de médicos estrangeiros para o preenchimento de vagas não ocupadas por médicos brasileiros; o aceleração dos investimentos em infraestrutura e

equipamentos de saúde; e, por fim, efetivar a lotação imediata de profissionais médicos, no nível da ABS, em regiões prioritárias (BRASIL, 2013).

O PMM se constitui em três eixos de atuação: o primeiro se refere ao provimento emergencial de médicos, prioritariamente em regiões mais vulneráveis e nos Distritos Sanitários Indígenas; o segundo corresponde à educação, prevendo uma solução de caráter permanente e expandindo as vagas em graduações e residências de medicina, além de inserir modificações no perfil de formação de profissionais especialistas; o terceiro se atém à infraestrutura, por meio da expansão, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) (BRASIL, 2015).

O provimento emergencial de médicos pretendeu promover a ABS em regiões mais vulneráveis, consideradas prioritárias no âmbito do SUS. Além disso, a atuação do Programa, neste eixo, visava uma integração entendida como ensino-serviço, no sentido de investir tanto na qualificação profissional quanto na cobertura e oferta de serviços médicos à população. Quanto ao investimento em infraestrutura, o PMM atuou em apoio do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. Este último tinha o objetivo de investir na melhoria e ampliação do quantitativo de UBS's no Brasil. Para os investimentos na formação médica, as medidas adotadas foram consideradas de caráter estruturante, a repercutirem num médio e longo prazo. Dentre as medidas, está a autorização para a abertura de novos cursos de medicina, a partir do critério de necessidade social e a implantação do Cadastro Nacional de Especialistas, a fim de permitir um mapeamento de quem são eles e onde atuam (BRASIL, 2015).

Para que os Municípios possam aderir ao PMM, o Ministério da Saúde divulga uma lista contendo aqueles elegíveis ao programa e as vagas já autorizadas e disponíveis. A partir disso, o município, por meio do gestor, assina um termo de adesão que credencia o município ao programa. Quanto ao profissional médico, podem se inscrever nos processos seletivos aqueles formados ou com diplomas revalidados no Brasil, brasileiros formados no exterior e licenciados no país e estrangeiros licenciados para atuar no exterior (BRASIL, 2013).

Percurso metodológico

Este artigo assume o formato de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Para isso, realizou-se revisão da bibliografia e análise documental. A partir das informações obtidas, construíram-se três análises: uma, de acordo com a tipologia proposta por Angelim et al., (2004), a segunda, por Nogueira (1998), que permite analisar a programabilidade das tarefas e a necessidade e intensidade da interação entre o operador e o beneficiário do projeto do PMM, e a última, de acordo com o modelo de Berman (1978), que auxiliará a compreensão da interação entre o planejamento e a implementação desta política.

Os estudos de caso têm como característica sua construção, valendo-se de descrição e análise do objeto estudado. Assim, é possível fazer inferências que, por sua vez, podem vir a ser hipóteses de estudos futuros (MERRIAM, 1998). Ainda, os estudos de caso permitem que o pesquisador possa percorrer um caminho menos rígido, apesar de não permitirem generalizações. Portanto, são constituídos de validade interna, de modo que suas conclusões e aplicam apenas ao referido estudo (LAVILLE E DIONE, 1999; BABBIE, 1999).

Quanto aos métodos qualitativos, dizem sobre a análise de elementos não mensurados por suas quantidades. Além disso, há uma busca pelo empirismo que envolve momentos e significados em torno do sujeito ou objeto, de modo que utilizar mais procedimentos metodológicos nos estudos qualitativos tendem a assegurar o aprofundamento e melhorar o entendimento sobre o que se estuda (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Tabela 2: Matriz analítica - mudanças na APS sob a perspectiva do Programa Mais Médicos.

Modelo de análise			
Estágios do processo de mudança	Variáveis	Definições	Força de ◀ Resistência ...Mudança ▶
Mudança emergente	Conjuntura	Alterações no desempenho do ramo de negócio, no comportamento competitivo, no desempenho da organização e no comportamento organizacional.	◀ inibe...facilita ▶
Ponto de mudança	Compreensão da conjuntura	Interpretação dos motivos internos e externos para a mudança, diagnóstico da conjuntura e tendências que afetam a organização.	◀ dissenso...consenso ▶
Mudança pretendida	Objetivo da mudança planejada	Visão de futuro, objetivos, comunicação da visão e dos objetivos.	◀ dissenso...consenso ▶
Intervenção proposta	Sócio-estrutura	Políticas e procedimentos; habilidades individuais e requerimentos para a tarefa; mecanismos disponíveis para realizar o trabalho, relacionamentos.	◀ inibe...facilita ▶
	Suporte político	Identificação e acesso aos agentes de mudança, liderança.	◀ inibe...facilita ▶
Intervenção realizada	Suporte político	Identificação e acesso aos agentes de mudança, liderança.	◀ inibe...facilita ▶
Mudança alcançada	Resultados	Gerenciamento da transição; sustentação da mudança, institucionalização da mudança.	◀ inibe...facilita ▶

Fonte: Angelim et al., (2004).

Logo, o modelo de análise proposto por Angelim et al., (2004) compõe-se de 4 grandes elementos: estágios do processo de mudança, variáveis, definições e força de resistência. Os estágios do processo de mudança podem ser caracterizados como: mudança emergente, mudança pretendida, intervenção proposta, intervenção realizada e mudança alcançada. Em cada estágio, destacam-se fatores pertencentes aos elementos – variáveis, definições e força de mudança - a serem considerados no entendimento do processo de mudança.

Dessa maneira, no estágio “mudança emergente” a conjuntura se apresenta como variável importante. Assim, as definições desse momento são descritas por mudanças no desempenho do ramo do negócio, do comportamento competitivo, bem como no desempenho e no comportamento da organização. As forças de resistência tendem a inibir ou facilitar o processo.

No estágio “ponto de mudança”, a variável sinaliza a necessidade de compreensão da conjuntura. As definições indicam uma interpretação dos motivos internos e externos de mudança, além de um diagnóstico conjuntural quanto ao que afeta a organização. As forças de resistência tendem ao dissenso ou ao consenso.

Para o estágio “mudança pretendida”, a variável em destaque é o entendimento do objetivo da mudança planejada. As definições contemplam a visão de futuro da mudança, objetivos e comunicação destas perspectivas. Nesse caso, as forças de resistência tendem ao consenso ou dissenso.

Os estágios de “intervenção proposta” e “intervenção realizada” são circunscritos por variáveis, definições e força de resistências idênticas. Conforme o modelo, as variáveis se atem a questões de sócio-estrutura e ao suporte político. A sócio-estrutura é definida na direção de políticas e procedimentos, habilidades individuais, requerimentos para a tarefa, mecanismos disponíveis para a realização do trabalho, além dos relacionamentos entre os mecanismos e os atores. Já o suporte político define-se na identificação e acesso aos agentes de mudança e liderança. Para esse estágio e seus respectivos elementos, as forças de resistência atuam tendendo a inibir ou facilitar o processo.

Por fim, o estágio “mudança alcançada” apresenta como variável os resultados do processo, o gerenciamento da transição, a sustentação da mudança e sua institucionalização como definições. As forças de resistência são exercidas na direção de inibir ou facilitar o processo.

Outrossim, a tipologia de análise de Nogueira (1998) estabelece, em linhas gerais, duas dimensões de análise: a primeira se refere à ‘programabilidade’, mensurando o grau de rotinização da intervenção; a segunda se refere à intensidade da ‘interação’ entre o operador ‘de ponta’ do projeto com o destinatário da ação, evidenciando o grau de discricionariedade a ser atribuído aos implementadores. Assim, os projetos de elevada programabilidade responderiam a uma determinada concepção, caracterizada por um ambiente onde tanto o público alvo quanto a intervenção realizada seriam relativamente homogêneos. Além disso, os graus de interação podem variar, sendo em alguns momentos baixos e, em outros, altos. De acordo com o autor, em um ambiente de baixa interação com os usuários, o operador não pode modificar o serviço a partir das situações. A ressalva é prevista caso seja avaliada a elegibilidade do público-alvo e, se comparado às normas da intervenção, seja possível o tratamento semelhante com as prestações previstas no projeto.

O grau de interação com os usuários, por sua vez, diz respeito à intensidade da relação entre os agentes responsáveis e os beneficiários dos projetos. Para Nogueira (1998), o nível de interação necessário, com os receptores da intervenção, será maior em intervenções nas quais se pretende produzir mudanças mais profundas no público-alvo. Ademais, é relevante sinalizar as influências advindas dos *stakeholders*. Eles atuam, direta ou indiretamente, em um processo de implementação, “onde os papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre os atores são objeto de barganha” (SILVA & MELO, 2000, p. 9).

Noutra perspectiva, a tipologia proposta por Paul Berman (1978) estabelece a análise de implementação de políticas públicas por meio de dois modelos, a saber: o modelo de implementação programada e o modelo de implementação adaptativa. O primeiro pressupõe uma execução conforme o planejamento, enquanto o outro se relaciona a uma execução com possibilidades de grandes mudanças ao longo do processo.

A partir das perspectivas de abordagem programada ou adaptativa, os fatores contingenciais – inerentes – ao processo de implementação da política podem se configurar distintamente. Logo, considera-se que quando a abordagem tende mais à programada, as mudanças tendem a ocorrer em menor intensidade, com maior grau de certeza, menos conflitos, através de arranjos institucionais mais robustos, num ambiente mais estável. Em contraponto, quando a abordagem tende a ser mais adaptativa, as mudanças são mais intensas, aumenta-se o grau de incerteza em torno da intervenção, bem como os conflitos em sua arena. Outrossim, os arranjos institucionais não pouco robustos, além do comprometimento da estabilidade do ambiente, dadas as turbulências neste.

Tabela 3: Parâmetros contingenciais e abordagem da implementação

Característica Contingencial da Situação	Abordagem de Implementação	
	Programada	Adaptativa
Escopo da mudança	Menor	Maior
Certeza da tecnologia ou teoria	Certeza sem risco	Incerteza
Grau de conflito das metas e meios da política	Baixo conflito	Alto conflito
Arranjo institucional	Articulado	Frouxamente articulado
Estabilidade do ambiente	Estável	Turbulento

Fonte: Berman (1978). Tradução nossa.

Análise do Programa: inovação x mudança

Para melhor definição das análises, considera-se que a inovação aqui estudada ocorre no aspecto incremental. Nesse sentido, para Shumpeter (1934 apud ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2005) as inovações radicais tendem a gerar rupturas mais expressivas do que as inovações incrementais. Essas últimas têm um caráter de continuidade. Nesse sentido, a mudança emergente no SUS pode ser entendida num prisma incremental. Logo, considerando a universalização e descentralização dos serviços de saúde, a mudança emerge desde a construção do sistema de saúde. Entretanto, como último movimento nessa direção, pode-se inferir que a mudança emergente se dá numa movimentação de atores políticos e sociais, a partir de um reconhecimento da falta de profissionais médicos.

Portanto, no aspecto emergente, as forças implementadas tendem a facilitar o processo de mudança. Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, estabelecendo princípios e diretrizes para o fortalecimento do SUS. Posteriormente, a implementação do Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB³ – supriu, no nível da ABS, profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, ainda que de forma não suficiente. Nessa dinâmica, surge a proposta de se investir na saúde a partir de três eixos: educação, infraestrutura e provimento emergencial de médicos, conformada no Programa Mais Médicos.

No que se refere ao ponto de mudança, parece que a necessidade de prover médicos em regiões de maior vulnerabilidade foi determinante. Em janeiro de 2011, antes da implementação do PROVAB, o Ministério da Saúde – MS – sinalizava a existência de um déficit no quantitativo médico brasileiro. Pouco mais de um ano após a implementação do PROVAB (em janeiro de 2013) houve um apelo por parte dos prefeitos, designado “Cadê o Médico”. Além disso, houve uma análise realizada pelos Ministérios da Saúde e Educação no sentido de verificar, em outros países, como se dava a dinâmica de atração do profissional

médico para o interior⁴. Com isso, percebe-se uma força de tendência ao consenso por parte dos atores governamentais.

No entanto, a comunidade médica brasileira exerceu uma força de dissenso em relação ao Programa. Esse posicionamento pode ser identificado pelos discursos proferidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)⁵ em 2013, ano em que o Mais Médicos foi implantado. Logo, no que se refere ao ponto de mudança, coadunaram as forças de consenso e dissenso. Pela implementação do Programa, sugere-se que as forças de consenso foram mais expressivas e determinantes.

No tangente à mudança pretendida, nota-se com maior intensidade uma força de consenso, inclusive com o envolvimento de atores políticos, estratégicos, vinculados a áreas paralelas ao provimento de recursos humanos. Isso porque o PMM se conforma na perspectiva de três eixos: provisão emergencial de médicos, infraestrutura e educação.

Nesse sentido, podem ser identificadas iniciativas no escopo desses três eixos. Para o provimento emergencial de médicos, houve o recrutamento de médicos estrangeiros, a fim de promover a ABS em regiões prioritárias. No eixo infraestrutura, o PMM coaduna a outras iniciativas, como ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, pretendendo melhorar a qualidade e ampliar o quantitativo de Unidades Básicas de Saúde – UBS. No eixo educação, a proposta atua numa perspectiva de longo prazo. As medidas adotadas nesse eixo autorizam a criação de novos cursos de medicina a partir de critérios de necessidade social. Além disso, cria-se o Cadastro Nacional de Especialistas e instituem-se medidas de qualificação do ensino no âmbito da graduação e residência médica (BRASIL, 2015).

Quanto à intervenção proposta, entende-se como pretensão a provisão emergencial de médicos estrangeiros para postos de trabalho não ocupados por médicos brasileiros. Vale dizer que, de acordo com o edital n° 39⁶, havia uma ordem de prioridade para a seleção e ocupação das vagas disponibilizadas no âmbito do PMM, na qual a preferência seria por médicos formados no Brasil ou portadores de diplomas revalidados, habilitados para o exercício da profissão no território nacional. Considerando o aspecto sócio estrutural, a força exercida no processo de mudança parece direcionar a inibir o processo. Isso porque, mesmo tendo prioridade, os profissionais médicos brasileiros não aderiram ao Programa nesse primeiro edital. Ademais, como citado anteriormente, o posicionamento da categoria expresso pelo CFM indica um entendimento diferente do que estava na agenda governamental naquele momento.

Dessa forma, o suporte político indica uma força facilitadora do processo de mudança e inovação, face à elaboração e execução de uma proposta não utilizada no Brasil até aquele momento. Outrossim, o Ministério da Saúde assinou, em 2013, um acordo de cooperação técnica junto à Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde – OPAS/OMS, objetivando o fortalecimento da Atenção Básica do SUS no escopo do Mais Médicos⁷.

A respeito da intervenção realizada, no aspecto sócio estrutural, sobressai a força inibidora exercida pela categoria médica, de um modo geral, representada pelo CFM. Entretanto, o suporte político parece ter sido mais determinante, exercendo uma força facilitadora do processo de mudança capaz de implementar o que fora proposto na agenda. Diante disso, para analisar a mudança alcançada, podem ser identificadas forças inibidoras e facilitadoras do processo. Como força inibidora, destaca-se o posicionamento do CFM. Em abril de 2016, a entidade criticou, por meio de nota, a proposta de reedição da medida provisória que, naquele momento, prorrogaria a permanência de médicos estrangeiros intercambistas por mais três anos, bem como o mecanismo de decisão do poder executivo quanto a essa medida⁸.

No sentido facilitador, complementarmente, sugere-se que a provisão emergencial de médicos tenha sido a mudança efetivada com mais completude em seu processo. O eixo infraestrutura se inseriu numa dinâmica de outras iniciativas e, provavelmente, se desenvolve em consonância ao seu contexto. Quanto ao eixo educação e formação, as medidas adotadas e intervenções são mais incrementais que as outras, de modo que a percepção de seus impactos deve ser melhor identificada num longo prazo.

Análise do Programa: programabilidade x interação

Considerando o modelo analítico proposto por Nogueira (1998), a percepção é que o PMM se caracteriza pela alta programabilidade e baixa interação com os usuários. Quanto à programabilidade, entende-se que os procedimentos ora executados se apresentavam bem definidos e antepostos, mesmo diante de vertentes distintas do processo decisório, a exemplo da contratação de médicos e da categorização de regiões mais vulneráveis. Essa percepção corrobora com o autor supracitado, no que diz respeito ao entendimento da programabilidade atrelada ao estoque de conhecimentos tido como pertinentes para se organizar uma tarefa. Esse estoque parece ter sido referenciado, na agenda da saúde, pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e suas ações.

No que diz respeito à baixa interação com o usuário, o entendimento é que os profissionais médicos do PMM acabam por seguir condutas e protocolos de atendimentos orientados pelo SUS, diminuindo o grau de discricionariedade do profissional na execução de suas tarefas.

Análise do Programa: abordagem programada x adaptativa

Nessa perspectiva, é importante elencar os cinco parâmetros contingenciais para se pensar a estratégia do processo de implementação: escopo da mudança; grau de conflito sobre metas e meios; grau de certeza da tecnologia; arranjo institucional; e características do ambiente. Esses parâmetros contingenciais, para Berman (1978), são de necessária observação e podem ser analisados com base na escolha da abordagem no que tange à ação proposta – programada ou adaptativa.

Considerando o PMM, no escopo da mudança, entende-se que se apresenta em menor perspectiva e, portanto, numa abordagem programada. Isso porque a estrutura do Programa, enquanto política de saúde, se conforma em parâmetros mais sólidos, como a necessidade de provisão de serviços de saúde – principalmente médicos – à população. Advém de iniciativas e diagnósticos anteriores, como o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB e do reconhecimento da falta e da distribuição iníqua do profissional médico pelo território brasileiro. Nesse sentido, ainda que houvesse modificação em algum critério de elegibilidade, o PMM manteria sua atuação na provisão de médicos.

No que tange o grau de conflito e política sobre metas e meios pode ser considerado pouco estruturado, sendo altos e de variados interesses, considerando os diversos *stakeholders*, compostos, basicamente, pelos entes federados, médicos, entidades de classes, comunidade e gestores de serviços de saúde. Esse aspecto pode ser ilustrado a partir dos pronunciamentos contrários ao PMM por parte dos órgãos de classe médica⁹ no Brasil.

Quanto ao grau de certeza da tecnologia, considera-se haver uma abordagem programada, e, logo, uma tendência de certeza sem risco, uma vez que os critérios de elegibilidade dos Municípios a serem contemplados com profissionais do Programa são definidos em portarias interministeriais. Nesse sentido, garante-se que as localidades que receberem profissionais vinculados ao PMM serão aquelas que apresentam, em parâmetros

institucionalizados, necessidades mais expressivas na provisão de serviços de saúde e médicos, em conformidade com o objetivo da política.

Discussão

Acredita-se numa correlação entre as perspectivas de Berman (1978) e Nogueira (1998), pelo mecanismo da programabilidade, presente nas duas tipologias de análise. No entanto, Berman (1978) faz uma aproximação de um modelo a partir de fatores contingências de implementação. Nesse sentido, pode-se observar em quais condições o modelo de implementação será adaptativo ou programado. De acordo com o modelo, a implementação adaptativa é mais flexível em seu processo. Ademais, é possível inferir que a implementação de políticas públicas tendam a levar em conta os contextos, de modo que a previsibilidade pode estar comprometida.

Logo, podem ser vislumbradas suas vertentes: na primeira, mantém-se o planejamento mais rígido, ainda que os efeitos da ação sejam inconsistentes com a situação; na segunda, aumenta-se a liberdade de ação, mas, aumenta-se a incerteza quanto à decisão. Com isso, emerge uma discricionariedade que pode ser usada a favor da implementação, mas, também, se põe como o risco inerente da implementação adaptativa. Esta depende de uma qualificação mais robusta, tanto por parte dos agentes na ponta, quanto do processo de decisão. Dessa maneira, modificam-se as demandas em torno dos processos de gestão e decisórios, se comparados a uma perspectiva que recorre à maior programabilidade.

O PMM, na perspectiva da tipologia de Nogueira (1998), pode ser categorizado com de alta programabilidade. Isso porque o Programa se alinha com iniciativas prévias, tanto na provisão de recursos humanos quanto aos recursos de infraestrutura. Além disso, por se tratar de uma ação no âmbito do SUS, está sujeito aos mecanismos de regulação quanto aos protocolos de cuidados em saúde, bem como politicamente, no que tange às relações dos entes federados no fomento dos aparatos institucionais para a oferta de serviços de saúde.

Pereira, Barros e Augusto (2011) entendem haver um esforço na arena da saúde que busca superar a assistência pautada no modelo biomédico. Logo, considera-se que a produção social é capaz de gerar tanto a saúde quanto a doença. Com isso, há um aumento do grau de subjetividade, tanto da percepção quanto da intervenção em saúde. Nesse caso, pode ser exigido um grau maior de discricionariedade do profissional médico da ABS, no sentido de perceber o usuário não apenas como um ser biológico, mas sim como um sujeito, parte de uma coletividade, com necessidades de saúde distintas. Portanto, a alta densidade tecnológica, bem como seu grau de certeza, dá lugar para a alta capacidade cognitiva do profissional de entender o processo de saúde-doença.

Quanto aos modelos de organização e gestão, Nogueira (1988), partindo do entendimento de que os projetos sociais podem se conformar sobre um processo de conversão dotado de ações cíclicas, considera-se que estão compreendidos no que diz respeito à divisão de atribuições e aptidão decisória no contexto. Não obstante, circunscreve-se os arranjos coordenativos e suas implementações, de modo que sua constituição envolve o funcionamento, manejo de recursos, adaptabilidade, interação, inovação, de modo que ação, no âmbito desses modelos é, em si, a própria gestão.

A implementação, nesse contexto, torna-se uma decisão de agenda de pública política, de acordo com Silva & Melo (2000), numa perspectiva realista e positiva. Considerando que os atores envolvidos estão inseridos nesse desenho estratégico, a *policy cycle* não é linear e nem simples, mas, constitui uma espécie de rede, onde estão os formuladores, implementadores e beneficiários (SEBASTIÁN, 1999). Logo, a assistência social, educação, municípios, prefeituras, centros de saúde, comunidades ribeirinhas e/ ou indígenas, entre outros, que se relacionam com o PMM, fazem parte desse processo que ora se

faz em um processo de aprendizagem - “a própria ideia de rota com trajetória pré-concebida deve dar lugar a constante reformulação - no limite a reversão ou substituição da política” (SILVA & MELO, 2000, p. 11).

Nesse sentido, o modelo analítico de Angelim et al., (2004), permite verificar parte da dinâmica que contempla um processo de implementação no escopo de uma política pública. Dessa maneira, podem ser identificados, pelo menos, três grandes conjuntos de atores que exerceram a grande maioria das forças influenciadoras do objeto analisado: políticos, profissionais e sociais. Entretanto, destaca-se a existência de uma assimetria no que tange o exercício das forças de mudança por parte desses atores.

Os atores políticos parecem ser os mais expressivos nesse processo de implementação do PMM. Isso porque, além de estarem, de certa maneira, mais envolvidos entre si, sinalizaram uma vontade de fazer com que alguma iniciativa fosse executada no referente ao provimento emergencial de médicos. Nesse caso, houve manifestação dos entes federados municipais questionando a falta de médicos nos Municípios, o que demonstra ter havido algum nível de interação e interlocução entre eles e a União. Além disso, iniciativas como o PROVAB fomentavam, em alguma medida, as perspectivas para um delineamento diferente daquilo que já tinha sido executado. Nesse sentido, os atores governamentais buscaram o conhecimento de outros mecanismos que pudessem atuar no provimento de médicos, em especial para o interior do país. Nesse contínuo, chegou-se à formulação do Programa Mais Médicos, numa perspectiva de atuação ampla, prevendo ações no curto, médio e longo prazo.

Quanto aos atores profissionais, os médicos brasileiros protagonizaram um ato de resistência ao PMM. Apesar dos manifestos e notas divulgadas pelo CFM, a força exercida pela comunidade médica nacional não foi capaz de impedir que o Programa fosse implementado. Não obstante, houve um aumento da participação dos médicos brasileiros nos editais de seleção do PMM subsequentes. Mesmo assim, o pronunciamento do CFM reforça uma posição contrária da categoria médica em relação à execução do PMM.

Já os atores sociais, exerceram algum tipo de força que facilitou a implantação do PMM enquanto processo de mudança. Ainda que, nessa análise, não tenha sido possível identificar alguma ação direta da sociedade, a realidade social parece ter contribuído para que a falta de profissional médico se tornasse um problema e galgasse espaço na agenda de debates. Além disso, os princípios e diretrizes do SUS, somados aos investimentos governamentais realizados de maneira sistemática, frente a números e resultados não desejados, contribuíram para que a sociedade fosse beneficiada, de alguma forma, com a elaboração de uma política pública direcionada a um problema emergente e de difícil tratamento.

Apesar disso, vale considerar a existência de uma assimetria da capacidade de execução de forças no processo de mudança para o alcance de uma inovação na arena da saúde. Portanto, sugere-se que os atores políticos detém maior poder de decisão diante de uma situação onde uma inovação social esteja em questão, haja vista que o PMM foi implantado mesmo em desacordo à categoria médica brasileira. Posteriormente, os atores sociais parecem ter maior capacidade de exercer forças de mudança que os atores profissionais, ainda que sua capacidade seja menor do que a dos atores políticos. Isso porque o PMM foi implantado e ofereceu serviços médicos, no âmbito do SUS, em localidades prioritárias, onde o quantitativo de profissionais médicos era deficitário. Na arena de discussão, as necessidades sociais sobrepuseram os interesses de uma categoria profissional.

Conseqüentemente, os atores profissionais foram considerados os de menor capacidade de exercício de forças nesse processo de mudanças. Diante disso, parece razoável que as necessidades sociais tenham sido capazes de influenciar, em maior medida o pêndulo de decisão dos atores políticos.

Considerações Finais

O PMM ganhou notoriedade nas políticas públicas de saúde. Isso porque priorizou ações no combate à escassez de profissionais médicos, bem como objetivou incrementar a qualidade no atendimento dos usuários da ABS. Consoante, ressalta-se que as localidades que receberam os profissionais médicos do Programa são classificadas como vulneráveis e, portanto, com menor possibilidade de acesso à saúde. Nesse sentido, o PMM se configura numa perspectiva social, tentando dirimir as iniquidades quanto ao acesso e a qualidade aos serviços de saúde prestados aos usuários.

A implementação do programa ocorreu em três eixos estabelecidos em seu escopo, citados anteriormente neste estudo. Detendo-se à provisão emergencial de médicos, a ampliação do quantitativo desses profissionais, principalmente em localidades prioritárias, pode ser considerada como determinante para o funcionamento das redes de atenção à saúde. Todavia, faz-se necessário avaliar se o PMM foi efetivo na diminuição da iniquidade quanto à provisão e fixação de profissionais médicos em áreas vulneráveis. Entretanto, tendo em vista seu caráter adaptativo, é possível que essa efetividade seja alcançada gradualmente.

Ademais, enfatiza-se a importância de se manter uma interatividade alta com os atores-chave deste programa - principalmente com os usuários do SUS. Isso porque, num arranjo pautado pela descentralização e regionalização, os mecanismos de controle podem ser enfraquecidos. Assim, pode ser mais proveitoso incentivar a participação e a construção coletiva das ações em saúde do que simplesmente mensurar a eficiência da política. Nesse aspecto, para Silva & Melo (2000, p. 15) propõem que “quando o *policy cycle* ocorre em um ambiente organizacional em que agentes de mercado, atores estatais, e instituições não-governamentais interagem fortemente, as noções de hierarquia e controle fazem pouco sentido”.

Outrossim, é possível inferir que o PMM realizou inovações estruturais importantes para o SUS, principalmente no nível da ABS, uma vez que contribuiu para a provisão emergencial de médicos em localidades vulneráveis por meio de um arranjo organizacional inovador no Brasil. Quanto à avaliação, no escopo do modelo de Angelim et al., (2004), houve uma prevalência de forças consensuais e facilitadoras no processo de mudança atinente ao PMM. Além disso, foi possível identificar que o Programa faz parte de um contínuo de implementações na busca de um sistema de saúde mais efetivo, que atenda com maior efetividade as necessidades de saúde da população.

Logo, acredita-se que a análise demonstrada neste estudo permitirá que atores estratégicos no âmbito das políticas de saúde possam verificar a possibilidade de promover uma interação mais robusta com o usuário, bem como um movimento do PMM, enquanto política de saúde, direcionado à adaptabilidade, em especial no que tange um incentivo à ação discricionária do médico no exercício de suas atividades. Apesar da importância de haver parâmetros bem estabelecidos e alto grau de certeza no arranjo da política, vale reiterar que esta se insere num contexto de inclusão e participação social, no escopo dos princípios do SUS. A partir disso, devem ser consideradas diferentes necessidades em saúde no território brasileiro, de modo que adaptações pontuais do PMM, assim como certo nível de interação, podem contribuir para um impacto mais positivo do Programa na situação de saúde da população brasileira, em especial àquelas mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- ALBAGLI; S. MACIEL, M. L. Informação e conhecimento na inovação e no desenvolvimento local. **Revista Ciência da Informação**. Brasília, v. 33, n. 3, p.9-16, set./dez. 2004.
- ANDRÉ, I.; ABREU, A.. Dimensões e espaços da inovação social. **Finisterra**. Lisboa, v. 41, nº 81, p. 121-41, 2006.
- ANDRADE, T.N. Aspectos sociais e tecnológicos das atividades de inovação. **Lua Nova**. São Paulo, v. 66, p. 139-166, 2006.
- ANGELIM, G. P. et al. Modelo de Análise de Mudança Organizacional: O Caso do Processo de Implantação das Organizações Sociais no Governo Federal Brasileiro. **Revista de Negócios**, Blumenau, v. 9, n. 3, p. 157-170, julho/setembro 2004.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- BERMAN, P. Designing implementation to match policy situation: a contingency analysis of programmed and adaptive implementation. **Annual Meeting of The American Political Science Association**: Santa Monica, 1978. Disponível em: <<http://www.rand.org/pubs/papers/P6211.html#download>>. Acesso em 05 ab. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional Pela Saúde**. Mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos, mais formação. Brasília; Ministério da Saúde; 2013. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf>. Acesso em 03/05/16.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CONCEIÇÃO, O. A. C. A centralidade do conceito de inovação tecnológica no processo de mudança estrutural. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, V. 21, nº2, p. 58-76, 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.
- GIESTA, L. C. Desenvolvimento sustentável, responsabilidade social corporativa e educação ambiental em contexto de inovação organizacional: conceitos revisitados. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v.5, edição especial, p. 767-784, dez 2012.
- GIRARDI, S. N., et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, nº 9, p. 2675-2684, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Assistência Médico Sanitária, 2005**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/default.shtm>>. Acesso em 01 ago. 2016.

LAVILLE, C., DIONNE, J. **A construção do saber**. Porto Alegre: UFMG/Artmed, 1999.

MACIEL, A. L. S.; FERNANDES, R. M. C. Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas e o serviço social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 105, p. 146-165, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n105/09.pdf>>. Acesso: 30 abril 2017.

MACHADO, C. V., et al. Federalismo e Políticas de Saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, nº 4, p. 642-650, 2014.

MADUREIRA, P. R.; CAPITANI, E.M.; CAMPOS, G.W.S. apud BURGARELI, J. et al., A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, nº2, p. 383-391, 2014.

MARTINELLI et al., Social Innovation, governance and community building – Singocom – Scientific Periodic Progress Report month 18. Disponível em: <http://users.skynet.be/frank.moulaert/singocom/singocom_report.pdf>. Acesso em: 26 abril 2017 apud ANDRÉ, I; ABREU, A. Dimensões e espaços da inovação social. **Finisterra**. Lisboa, v. 41, nº 81, p. 121-41, 2006.

MERRIAM, S. B. Qualitative research and case study applications in education. San Francisco: Jossey - Bass, 1998.

NOGUEIRA, R. M. **Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico**. Serie políticas sociales. Naciones Unidas - Comisión Económica para América Latina y El Caribe: Santiago de Chile, 1998.

OCKÉ-REIS, C. O. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?** Brasília: IPEA, 2009.

OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**. Botucatu, v. 19, nº 54, p. 623-34, 2015.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Manual de Oslo: **Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação**. 3ª ed. Paris: OCDE, 2005.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**. Barbacena, nº 17, p. 523-536 jul./dez. 2011.

SCHUMPETER, J. (1934). The Theory of Economic Development. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts apud ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Manual de Oslo**: Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. 3ª ed. Paris: OCDE, 2005.

SEBASTIÁN, L. **Análise dos involucrados**. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Série de documentos de Trabalho I-14 UE. 1999.

SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q. **Gestão de Recursos Humanos na Saúde da Família: fato ou ficção?** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – UNICAMP**. Campinas, Caderno 48, 2000.

TOMAÉL, M. I; ALCARÁ, A. R.; DI CHIARA, I. G. **Das redes sociais à inovação. Ciência da Informação**. Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v34n2/28559.pdf>>. Acesso: 30 abril 2017.

ZAWISLAK, P. A. Nota técnica: Economia das organizações e a base para o pensamento estratégico. In: CLEGG, Setewart R. et al. **Handbook de estudos organizacionais: ação e análise organizacionais** (vol. 3). São Paulo: Atlas, 2004 apud GIESTA, Lilian Caporlingua. **Desenvolvimento sustentável, responsabilidade social corporativa e educação ambiental em contexto de inovação organizacional: conceitos revisitados. Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v.5, edição especial, p. 767-784, dez 2012.

¹Ver: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf>. Acesso em 03/05/2016.

² Ver: <<http://www.maismedicos.gov.br/>>. Acesso em 01/08/2016.

³ Ver: <<http://provab.saude.gov.br/>>.

⁴Ver: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf>. Acesso em 03/05/16

⁵ Ver: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=254271>>. Acesso em 01/09/2016.

⁶Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/edital-39-2013-maismedicos.pdf>>. Acesso em 20/09/16.

⁷Ver: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3272:opas-oms-assina-acordo-cooperacao-brasil-apoiar-programa-mais-medicos&Itemid=827>. Acesso em 20/09/16.

⁸Ver:<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26129:2016-04-29-19-17-03&catid=3>. Acesso em 22/09/16.

⁹Ver: <<http://veja.abril.com.br/politica/cfm-vai-a-justica-contr-o-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 26 abril 2017.