

**INSTITUTO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PERCEPÇÕES DOS GESTORES E PROFISSIONAIS
DE SAÚDE SOBRE OS DESAFIOS E ESTRATÉGIAS
PARA A PROVISÃO MÉDICA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE
FRANCISCO MORATO (SP)**

SÃO PAULO

2024

ANA CAROLINA DE MORAIS VENTURA

ANA CAROLINA DE MORAIS VENTURA

**PERCEPÇÕES DOS GESTORES E PROFISSIONAIS
DE SAÚDE SOBRE OS DESAFIOS E ESTRATÉGIAS
PARA A PROVISÃO MÉDICA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE
FRANCISCO MORATO (SP)**

**Trabalho de conclusão do curso especialização em Saúde Coletiva
Orientador: Paulo Henrique D' Angelo Seixas**

SÃO PAULO

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Ventura, Ana Carolina de Moraes.

Percepções dos gestores e profissionais de saúde sobre os desafios e estratégias para a provisão médica na estratégia saúde da família (ESF) no município de Francisco Morato (SP) / Ana Carolina de Moraes Ventura — São Paulo, 2024.

45 f.

Orientador (a): Pro. Paulo Henrique d'Angelo Seixas

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Atenção primária à saúde 2. Região com escassez médica 3. Programa mais médicos - Brasil 4. Financiamento em saúde 5. Serviços terceirizados 6. Previne Brasil e eMulti I. Seixas, Paulo H. A.

CDD: 362.1

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade CRB/8 7241

SIGLAS

UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
RHS	Recursos Humanos em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSS	Organização Social em Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
EC	Emenda Constitucional
eAB	Equipes de Atenção Básica
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
eMulti	Equipes Multidisciplinares
PCT	Primary Care Trusts
CCG	Clinical Commissioning Group
AIS	Ações Integradas da Saúde
SUDS	Sistema Único de Descentralização da Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas

CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
NHSC	National Health Service Corps
USPHS	Serviço Social de Saúde Pública dos Estados Unidos
MS	Ministério da Saúde
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
CP-M Liberal	Comunidade em Defesa da Medicina Liberal
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
EUA	Estados Unidos da América
PMM	Programa Mais Médicos
PNEM	Política Nacional de Educação Médica
IES	Instituições de Ensino Públicas
DCN-M	Diretrizes Curriculares Nacional Médica
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação e Educação Médica
BPC	Benefício de Prestação Continuada
MFC	Medicina da Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
MEC	Ministério da Educação

Sumário

Resumo	5
Introdução	5
A importância dos Recursos Humanos nos Sistemas de Saúde	5
Reforma Fiscal do Estado e o SUS	7
A reforma fiscal e consequências recentes para a atenção básica	10
As Reformas Estruturais - Descentralização e a Municipalização na saúde	11
A Reforma Trabalhista	13
Fatores de escassez de médicos e outros profissionais de saúde	15
Estratégia de provimento médico	18
Projeto Rondon - 1968 a 1989	18
Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (PIASS) - 1976 a 1985	18
Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) - 1993 a 1994	18
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) - 2001 a 2004	18
Pró-Residência- 2010 até o momento	19
Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) - 2011	20
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) - 2011 a 2015	20
Programa Mais Médicos (PMM) - 2013 até o momento	20
Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) - 2021 até o momento	24
Objetivos do Estudo	27
Métodos	27
Resultados e Discussões	28
Organização do Mercado de Trabalho em saúde	28
• Modalidades de Contratação	28
• Impactos do Programa Médicos para o Brasil (PMpB)	28
• Desafios de Escassez na Contratação de Médicos e demais pessoal da saúde	29
Retorno do Programa Mais Médicos (PMM)	31
Estratégias Usadas e Expectativas de Incentivos à Oferta Médica e Demais Funcionários da Saúde	32
Expectativas profissionais	34
Considerações Finais	35

Anexo 1	37
Questionário dos Gestores Municipais	37
Anexo 2	38
Anexo 3	39
Questionários dos gestores de Unidade Básica de Saúde (UBS)	39
Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	40
Referências Bibliográficas	41

Resumo

O estudo objetiva identificar as percepções dos gestores em saúde do município de Francisco Morato (SP) e dos gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de médicos atuantes nessas unidades, sobre os desafios e estratégias para a provisão médica na Estratégia Saúde da Família (ESF). A coleta dessas percepções foi realizada, por intermédio de entrevistas semiestruturadas. O trabalho pôde indicar uma tendência à escassez de médicos e demais profissionais da saúde, como consequência da ausência de materiais, baixa infraestrutura, da sobrecarga dos profissionais e financiamento inadequado, fatores agravados no período da pandemia e pela revisão de parâmetros de alocação de profissionais a partir do Programa mais Médicos pelo Brasil. Dentre as estratégias para lidar com esse cenário, os entrevistados relataram utilizar estratégias externas como a retomada do Programa Federal Mais Médicos (PMM) e estratégias internas de gestão. Conclui-se com o estudo a importância de usar no município moratense, algumas estratégias propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para minimizar a escassez de profissionais da saúde.

Summary: "The study aims to identify the perceptions of healthcare managers in the city of Francisco Morato (SP) and managers of Basic Health Units (UBS), as well as doctors working in these units, regarding the challenges and strategies for medical provision in the Family Health Strategy (ESF). The collection of these perceptions was carried out through semi-structured interviews. The work was able to indicate a trend towards a shortage of doctors and other healthcare professionals, as a consequence of the lack of materials, poor infrastructure, professional overload, and inadequate financing, factors aggravated during the pandemic and by the review of parameters for the allocation of professionals through the More Doctors Program in Brazil. Among the strategies to deal with this scenario, the interviewees reported using external strategies such as the resumption of the Federal More Doctors Program (PMM) and internal management strategies. The study concludes with the importance of using some strategies proposed by the World Health Organization (WHO) in the Morato municipality to minimize the shortage of healthcare professionals."

Palavra-chave: Atenção Primária à Saúde, Região com Escassez Médica, Programa Mais Médicos, Programa Médicos pelo Brasil, Financiamento em Saúde, Serviços Terceirizados, Previne Brasil e eMulti.

Keyword: Primary Health Care, Region With Medical Shortage, Mais Médicos Program, Doctors for Brazil Program, Health Financing, Third Party Services, Previne Brasil e eMulti

Introdução

A importância dos Recursos Humanos nos Sistemas de Saúde

Em muitos países, há uma má distribuição e escassez de profissionais da categoria médica e outros da saúde, sendo esta distribuição internacional caracterizada pela concentração urbana e desequilíbrios regionais. Os desafios relacionados à força de trabalho da área da saúde necessitam urgentemente ser enfrentados, pois o pessoal da saúde possui o papel fundamental de cuidar de indivíduos vítimas de catástrofes naturais, conflitos de guerras, crises sanitárias de epidemias, cuidar e controlar doenças de maior prevalência nas populações dos países periféricos, centrando-se na saúde do binômio materno e infantil, no controle da HIV/AIDS, tuberculose e malária. A força de trabalho dos profissionais de saúde é importante para ajudar as populações dos países pobres e desenvolvidos a controlar, tratar e acompanhar as doenças crônicas, a citar, as doenças mentais reconhecidas por “doenças da alma” as degenerativas ou neurológicas, metabólicas, cardiovasculares e cancerígenas nos sistemas de saúde. Nestes países pobres e desenvolvidos têm crescido o número de idosos em meio às suas populações, e considerando o crescimento do número de idosos, o mesmo pode associar-se a carga de enfermidades crônicas global¹. No entanto, a carência e distribuição desigual dos recursos humanos em saúde (RHS) podem afetar fortemente o desempenho e efetividade dos cuidados em saúde e terapêuticas de moléstias.

Segundo Starfield, uma maior quantidade de pessoal da saúde de outras categorias, além dos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) (médicos de família e comunidade no Brasil) ajudam na boa qualidade de prestação dos serviços de saúde e melhoria dos indicadores de saúde, em menores custos de prestação de serviços, bem como para promoção da universalização em saúde^{1,2}.

No Brasil, a APS está estruturada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assente nisso, a política prevê a conformação da Atenção Básica (AB), por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A AB é formada por equipes multiprofissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnico e auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), dentre outras forças de trabalho. Nota-se pelos estudos desenvolvidos no país, diminuição das taxas de mortalidade infantil, de menores de 5 anos e mortalidade materna e de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), com o fortalecimento da ESF².

Em outros países, por exemplo, Vietnã e Curdistão, constatou-se uma relação entre um maior número de forças de trabalho em saúde e melhores desfechos em saúde. Exemplificando no Vietnã, uma maior quantidade de funcionários da saúde (médicos, enfermeiros, parteiros e farmacêuticos) relacionou-se à melhoria da expectativa de vida ao nascer e a redução das taxas de mortalidade infantil, de menores de 5 anos. Já no Curdistão, o incremento de parteiras nas equipes de médicos de família em regiões rurais do país, resultou no aumento da conscientização das mulheres quanto aos benefícios do parto normal e diminuição da preferência pela cesárea².

As Reformas Neoliberais e o SUS

Diante deste panorama, a área de recursos humanos em saúde (RHS) tem representado uma temática estratégica de discussão ampliada da saúde brasileira e mundial em decorrência dos graves problemas de escassez e desigualdades na distribuição de médicos e outros profissionais da saúde. Essa problemática abordada relaciona-se com a estrutura social, organização cultural e política, com a formulação e a implementação de políticas reformistas de saúde³.

As reformas no plano internacional, implementadas na década de 1980, puderam propiciar mudanças na gestão do setor público. Os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), da Europa ocidental e oriental, América Latina, Austrália e Nova Zelândia têm formatado reformas da administração pública das relações de trabalho. Dentre os fatores para impulsionar essas mudanças está o enfraquecimento do poder dos sindicatos, avanço da terceirização, a mudança de antigas formas de negociação salarial coletiva para formas de recompensa avaliadas a partir de contratos e desempenho³.

Ainda na década de 1980, o Brasil começou a transitar pelo redesenho macropolítico e trabalhista do Estado e pela definição constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso e o sucesso do Plano Real, promoveram a reforma do Estado, desenrolada na década de 1980, para uma discussão mais voltada à inserção do país no mercado internacional³.

A área de RH em saúde teve influência dessas duas marcantes reformas de Estado e se desenvolveu em meio a uma mistura de características consideradas mais estabilizadoras e com autonomia, tendo uma característica centralizadora pelas discussões e da produção intelectual no campo do Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo autônoma pela flexibilidade do Estado de adaptação a diversos tipos de mercados. Essa aparente contradição entre as características mais estabilizadoras e com flexibilidade pode ser identificada entre o setor privado e público³.

No setor privado, as medidas econômicas estão alicerçadas nos critérios de aferição da eficiência na prestação de serviços. Essas medidas no setor público relacionam-se a conceitos mais amplos como o bem-estar social, satisfação do usuário e cidadania, uma concepção de gerencialismo mais direcionada a multidimensionalidade dos recursos humanos. Em outras palavras, houve o incremento de profissionais com diversas competências e habilidades e formações em saúde especializada para o

desenvolvimento laboral coletivo, duradouro e de criação de vínculo entre usuário e profissional da saúde, além de um contingente expressivo de trabalhadores sem nenhuma formação específica, visando o desempenho de funções auxiliares e técnicas em outros setores de trabalho. São acrescentados esses trabalhadores sem uma formação específica como resultado do desenvolvimento, da transformação e do aperfeiçoamento tecnológico, da informática, engenharia clínica e das técnicas de aferir sistema de controle de custos³.

Por um lado, essa flexibilização para incorporação de agentes privados na gestão pública de saúde tem assumido diversas conformações como modificações na estrutura jurídico-administrativas de equipamentos prestadores de serviços de saúde expressas pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), intercalando-se em terceirizações, na quebra de monopólios estatais, redução do quadro de funcionários públicos, construção de gerências estimuladas pela incorporação de competição de mercado, utilização da terceirização e de investimentos nas novas tecnologias consideradas mais leves. Essas propostas encontravam-se fortemente influenciadas pela mídia, fator este contribuidor para romper com a estabilidade do regime jurídico único (RJU), conquistado na Era Vargas³.

Em 1998, após uma tramitação de 2 anos e meio foi aprovada no Senado uma emenda de reforma de Estado: **Estabilidade do Funcionário Público:** Os trabalhadores passaram a ser demitidos quando a folha de pagamento da receita da instância pagadora federal, estadual e municipal ultrapassar 60% das despesas com os funcionários, por critérios de desempenho insuficiente e foram estabelecidos sanções aos municípios e estados que não promoviam ajustes nos limites preconizados; **Alteração do Regime Jurídico Único:** O regime dos servidores públicos civis da autarquias, administração pública direta fundações, estabelecido pela lei nº 8.142, de 1990 foi substituído pela flexibilização trabalhista de contrato em todos os níveis de administração pública; **Remuneração:** Foram preconizados subtetos tetos de remuneração e supressão da palavra isonomia dos texto constitucional; **Contratualização:** Os órgãos da administração pública começaram a fechar contratos com o poder público e a ter autonomia na sua respectiva área de atuação; **Descentralização:** Estabeleceu-se a possibilidade de fazer parcerias externas para a prestação de serviços públicos e servidores e bens públicos passaram a ser remanejados entre entidades e repartições públicas³.

A reforma fiscal do Estado, com a diminuição dos gastos públicos, ocorreu não apenas no campo das relações trabalhistas, como também na área da saúde. Foi a partir dos anos 1990, durante o governo de Fernando Collor de Mello, foi iniciado programas mais representativos de desestatização e abertura de mercados, sendo assim verificou-se a violação dos 30% dos recursos mínimos previstos no orçamento da seguridade social destinados ao SUS, conforme preconizado no art.55 da Constituição⁴.

O desmonte estatal da saúde esteve presente na transformação das políticas públicas de saúde muito antes do SUS. O SUS foi proposto e sustentado pelas ideologias e alternativas políticas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Inserido nas normas técnicas e administrativas, na legislação e na Constituição como um direito de todos e dever do Estado, o Sistema Único de Saúde inspira-se

em valores afirmativos de garantias de acesso como universalidade, qualidade, igualdade, democracia e emancipação. Esta contradição entre a garantia do direito universal à saúde versus políticas econômicas de ajuste fiscal e estabilidade vão concorrer continuamente na história do SUS, e suas consequências relativas a recursos humanos^{5,6}.

O direito à saúde preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e consolidados pela Constituição, promulgada em 5 de outubro de 1988 pode proporcionar o reconhecimento das garantias universais de saúde a todos cidadãos e cidadãs, considerar a questão da saúde da população como algo de responsabilidade coletiva e individual, com a participação e articulação de todos os atores sociais na tomada de decisões, transformando assim os atores individuais em sujeitos coletivos. A área da saúde, enquanto um direito não se estrutura, somente no reconhecimento de algo individual e coletivo nas instâncias do Sistema Único de Saúde, como também no direito ao bem-estar completo, complexo e satisfatório, e de condições de vida imbricadas aos aspectos biológico, psicológico, social, ambiental e as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷.

A estrutura do (SUS) é arquitetada pela rede de serviços de saúde, especialmente a Atenção Primária em Saúde (APS) e seus trabalhadores e pela implantação do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo níveis de serviços com outras complexidades. Os recursos, a funcionalidade e o acesso aos serviços e ações em saúde são feitos através da descentralização e do compartilhamento entre territórios e regiões. Apesar da idealização de princípios solidários e da implementação da nova política de saúde brasileira na década de 1990, a lógica de mercado influenciou de forma enfática esse processo desde sua consolidação, tornando as lutas realizadas para efetivação legal e institucional de direito à saúde desfavorável. Uma economia de mercado com sua lógica de acumulação de capitais e lucros produz-se uma sociedade individualista, egoísta e sobreposta à predominância da solidariedade social, reproduzindo novas relações de trabalho e desafios para tomar decisões e implementar políticas públicas de saúde voltadas ao Sistema Único de Saúde^{5,6}.

Assim, de Collor (1990-1992), Itamar Franco (1991-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) a passagem do século, durante os mandatos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), Dilma Rousseff (2011-2016), Michel Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2018-2022), todos imprimiram continuidade no processo neoliberal, mas com intensidades diferentes. Indo de encontro a esse processo neoliberal e de redução do intervencionismo do Estado nas políticas sociais e de saúde, em meados da década de 90 o SUS passou a ser financiado pelo Tesouro Nacional, porém nos anos posteriores outras medidas foram propostas como a aprovação do Fundo de Estabilização Fiscal pela EC nº. 10, uma medida criada para a desvinculação das despesas obrigatórias da União em saúde, preconizada na Constituição Nacional^{4,8}.

Como resultado de uma redução da verba em saúde cada vez maior, surgiu a Contribuição Provisória (CPMF), vinculada à Previdência Social, apesar disso como a CPMF tinha esse vínculo logo se tornou

ineficiente. Com os recursos da saúde minguados, nos anos 2000, a gênese da EC n.º29 demonstrou-se a saída encontrada. Na implementação da EC. º29 os estados e o Distrito Federal ficaram responsáveis por destinar 12% da arrecadação dos seus tributos, sendo critérios previstos nos artigos 155, 157 e 159 da CRFB/88 e os municípios e o Distrito Federal pela contribuição de 15% da coleta de seus impostos para a saúde⁴.

Evidencia-se o subfinanciamento crônico da saúde, pois seu orçamento sempre esteve oscilante. Para piorar ainda mais essa situação, em 2016 implementou-se no Brasil um regime fiscal para orçamento a nível nacional, para um período de 20 anos. Partindo desse pressuposto, buscando minimizar as contas públicas, reformulou-se a lógica de cálculo para aplicação de verbas no Sistema Único de Saúde (SUS) para um teto limitado, como também em outras políticas sociais⁸.

Entretanto, a nova ordem fiscal instaurada aconteceu em meio a contextos econômicos e políticos em processo de mudanças conturbadas. O cenário econômico do brasileiro era marcado por uma crescente dívida em função de desonerações fiscais, sonegação e pagamento de juros. No contexto político, teve a expulsão da presidente Dilma Rousseff após o processo de impeachment no país. Após o processo de impeachment, Michel Temer, até então vice-presidente da ex-presidente, assumiu o Brasil. Notou-se já nos primeiros dias do governo Michel Temer a implementação radicalizada de uma ordem neoliberal e o desmonte estatal, com a promulgação da EC-95^{8,9}.

Reforma fiscal e consequências recentes para a atenção básica

Em um contexto de desmonte estatal de proteção social, várias políticas foram alvo de mudanças. No campo da saúde coletiva a Atenção Primária à Saúde, recebeu um maior conjunto de mudanças em sua organização e estrutura, cujas desestruturações vão à contramão dos princípios de um sistema nacional de saúde, universal, equânime e orientado pela APS⁸.

Em 2017, o governo Temer inicia revisões e retrocessos no interior da APS, com a implementação de novas diretrizes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na PNAB, numa de suas diretrizes existe o incentivo ao credenciamento e ao fortalecimento de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), em outras palavras a formação de equipes com profissionais de diversas áreas de conhecimentos (técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e agentes comunitários de saúde (ACS))⁸.

Porém, na nova PNAB, em relação a diretriz de arranjos de equipes de saúde assistenciais, formulou-se um modelo de conformação apenas de profissionais médicos e da enfermagem, modalidade essa de organização denominada de Equipes da Atenção Básica (eAB). O novo regramento da APS, se tornou mais flexibilizado, com a recomposição das equipes de saúde da eAB e não só da ESF. Já em 2019, no governo Bolsonaro, foi lançado o Programa Previne Brasil, com a introdução de suas novas formas de financiar a APS⁸.

No Programa Previne Brasil, a recolha de financiamento pelos municípios consiste no cadastramento de toda população na Estratégia Saúde da Família (ESF) como pré-requisito para a cooptação de verba federal máxima. Contudo, como o sistema de saúde brasileiro é considerado misto, parte da população são usuários do Sistema Suplementar de Saúde, com isso os critérios estabelecidos pelo Previne Brasil não se aplicam para totalidade da população brasileira, visto ter segmentos pertencentes ao setor privado de saúde. Também, o credenciamento em massa da população não implica ter acesso e atendimento de qualidade na hora oportuna, pois o Brasil possui escassez e má distribuição de profissionais médicos e outros da saúde. Contudo, a criação nas UBS do Programa Saúde na Hora, visando aumentar o horário de funcionamento para realizar mais e melhores atendimentos, pode exacerbar ainda mais a escassez e a má distribuição de profissionais da saúde, considerando o aumento da carga de trabalho, um fator de estímulo para o pedido de desligamento do pessoal da saúde nas UBS¹⁰.

Outra regressão em virtude do Programa Previne Brasil, foi a extinção do vínculo entre as equipes de Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ex-participante da APS em relação a lógica do modelo multiprofissional, o NASF era composto por equipes de várias áreas de formação na saúde (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais etc.). Com a introdução na política de atenção básica das novas diretrizes do Previne Brasil, o governo federal não irá mais credenciar novas equipes e não irá mais financiar as equipes do NASF já existentes, deixando a cargo dos gestores de cada município brasileiro a responsabilidade de decidir entre conservar ou não as equipes de NASF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁸.

Mais recentemente, no governo Lula publicou-se a Portaria n.º 635, de 22 de maio de 2023, do Ministério da Saúde (MS) e instituiu-se o incentivo financeiro federal para a instalação das equipes multiprofissionais (eMulti) nas APS, em caráter substitutivo ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No entanto, as relações de trabalho e formas de contratação ainda não foram definidas¹¹.

Reformas Estruturais - Descentralização e a Municipalização na saúde

Entre as décadas de 1990 e 2000 as alterações na gestão do setor público em certos países da Europa foram mais proeminentes nas relações trabalhistas da categoria médica e demais pessoal de saúde. Por exemplo, na Seguridade Social francesa é consenso o médico receberem por atendimento, através de contratos firmados entre profissionais médicos e as Caixas de Saúde. Salienta-se ainda na Alemanha e França e no Reino Unido a implementação do pagamento por procedimentos¹².

O setor privado sempre foi incorporado às instituições públicas nos três países, porém a partir dessas décadas, a incorporação dos mecanismos privados se torna ainda maior, primordialmente nos sistemas de saúde, como também há um aumento da esfera regulatória pelos governos justamente em função da maior participação de mercado nos sistemas de saúde. Apoiado nisso, tanto na Alemanha (1993) como

na França (1996), os Estados começaram a regulamentar os consensos entre as prestadoras de serviços e as Caixas de Saúde, formulando bases legais, primordialmente para os casos de descumprimento dos tetos orçamentários¹².

Essa submissão mais direta ao Estado, no caso da França, passou a ser delegada ao Parlamento ou ao Congresso a formulação dos recursos do setor saúde. Foi estendida essa submissão no caso alemão em 2000, com a retirada da autonomia das Caixas em Saúde em formularem seus tetos orçamentários para a saúde e estabelecimento pelo Estado de uma taxa única. Instalada no país alemão como uma reforma em 2003, as agências reguladoras têm claramente o propósito de disseminar instrumentos de avaliação e normas terapêuticas, em outras palavras executam a função de consultor técnico para as decisões das Caixas em Saúde e dentre a criação dessas agências pode-se citar o Instituto de Qualidade e Eficiência Econômica em Saúde. Além das mudanças das políticas regulatórias de mercado, os sistemas de saúde passaram por importantes alterações em suas gestões¹².

Destaca-se como exemplo de transformação nas gestões dos sistemas de saúde a transferência parcial das responsabilidades em saúde da esfera nacional para a esfera regional e local durante o governo de Blair no Reino Unido. Para cada país pertencente ao Reino Unido, o governo concedeu a ampliação do processo de autonomia da Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales (12).

Por volta dos anos 2000, o poder regional tornou-se mais reforçado na Inglaterra com a subordinação dos cuidados ambulatoriais (no modelo do Primary Care Trusts - PCTs) à participação de mercado e à esfera local. Os (PCTs) novamente reestruturados em 2012 foram substituídos pela contratualização da Clinical Commissioning Group (CCGs) e tiveram todos os serviços de saúde considerados necessários às pessoas subordinadas ao Departamento de Saúde¹².

Também, houve o processo de transferência do poder nacional para o poder regional no Brasil, sendo no caso brasileiro o processo denominado de Municipalização. A Municipalização é a transferência de poder (cedida ou conquistada) político, técnico, administrativo, de organização da gestão de trabalho e manejo de recursos (financeiros, humanos, fiscais e materiais) do nível central de governo para o nível municipal¹³.

Enquanto, processo de reforma nos setores internos do aparelho do Estado, a municipalização ocorre no Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da municipalização da saúde surgiu no Brasil, nos anos 60, no cenário de discussão do tema de Restauração de Base na III Conferência Nacional de Saúde em 1963. Nos anos 80, foram desenvolvidas mudanças parciais da saúde, por meio de estratégias como Ações Integradas de Saúde (AIS), mais tarde passou a ser chamada de Sistema Único de Descentralização de Saúde (SUDS) e tinha como função a delegação de responsabilidades a nível estadual e municipal¹³. A partir da década de 1990, amparada essencialmente nos princípios de municipalização, o Programa Saúde da Família (PSF) passou a integrar-se em uma das mais importantes estratégias sanitárias do Estado para a ampliação do acesso à saúde, estimulando o

aumento dos municípios e da quantidade de equipamentos de saúde dispostos à Atenção Primária à Saúde (APS), considerados públicos e de baixa complexidade. No fim da década de 1970, o Brasil contava com só 13.133 equipamentos de saúde, em 1980 passou para 18.489 e em 2005 para 77.004. O aumento no número dos estabelecimentos em saúde pôde produzir mais de 2,5 milhões de empregos diretos de saúde, sendo parte desses empregos concentrados na esfera municipal, conforme a associação entre as duas tabelas abaixo¹⁴.

Quadro 1. Estabelecimentos por esfera administrativa - Brasil

Descrição /Ano	1992	2002	2005	Varição (92-05)
Estabelecimentos	49.676	67.611	77.004	55,0
• Público	27.092	38.372	45.089	66,4
• Federal	1.387	656	1.044	-24,7
• Estadual	7.043	1607	1.496	-78,8
• Municipal	18.662	36.109	42.549	128,0
• Privado	22.584	29.239	31.915	41,3

Adaptado: (MACHADO, 2005)

Quadro 2. Comportamentos de empregos em saúde por esfera administrativa - Brasil

Descrição /Ano	1992	2002	2005	Varição (92-05)
Estabelecimentos	1.438.708	2.180.598	2.566.694	78,4
• Público	735.820	1.193.483	1.448.749	96,9
• Federal	113.987	96.064	105.686	-7,3
• Estadual	315.328	306.042	345.926	9,7
• Municipal	306.505	791.377	997.137	225,3
• Privado	702.888	987.115	1.117.945	59,1

Adaptado: (MACHADO, 2005)

O aumento da transferência de poder do Estado para o poder regional, implica numa maior abertura e participação de representantes da sociedade civil e do setor privado na saúde. Neste contexto da lógica mercadológica, a municipalização por meio da ampliação e diversificação de espaços para exercitar os

direitos e liberdades civis, a participação e controle social tornam-se uma recomendação na luta contra a privatização do trabalho em saúde¹³.

A Reforma Trabalhista - terceirização e precarização

As novas relações trabalhistas são baseadas em contratos temporários, terceirizações dos serviços e restrições orçamentárias. A autonomia de contratação trabalhista alcançada por essa modalidade de gestão tem como resultado o baixo investimento, profissionalização e valorização dos funcionários. Além disso, essa realidade de flexibilização da força de trabalho através de contratos temporários, possui como consequência graves problemas de escassez e desigualdades na distribuição geográfica de médicos e outros profissionais de saúde¹⁵.

Na terceirização e nas modalidades de contratação temporária constata-se, além da desvalorização de trabalhadores, sobrecarga de trabalho e condições precárias no local de trabalho. Em virtude disso, nas unidades básicas de saúde existe o déficit no número de trabalhadores atuantes em equipes de saúde, e o acúmulo de tarefas, por exemplo, os enfermeiros precisam atuar tanto em tarefas de liderança e apoio às equipes da enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACs) quanto em atividades de assistência¹⁶.

A precarização do trabalho como a carga horária excessiva, ambiente de trabalho inadequado, baixos salários e falta de recursos e insumos podem levar os trabalhadores da saúde a mudanças nos níveis de comprometimento, a insatisfação, desmotivação e sofrimento psíquico e essa conjuntura do pessoal da saúde, resulta na reduzida qualidade e eficácia de atendimento oferecido aos usuários, no maior tempo de espera para conseguir atendimento, na incerteza se realmente vão ser atendidos e quanto tempo vão esperar até ser atendidos¹⁶.

Revelou-se por meio de estudos o principal desencadeante de desligamento do trabalho nas UBS e de depressão, particularmente dos profissionais da enfermagem e dentre alguns fatores, pontua-se as altas cargas de trabalho. Com isso, os usuários temem uma possível saída dos trabalhadores da saúde e uma desassistência de cuidados em saúde¹⁶.

A precarização do trabalho, também impacta na qualidade dos atendimentos ofertados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e na sua relação com os usuários, porque alguns desses profissionais são contratados, através das contratações terceirizadas temporária feitas pelas Organizações Sociais da Saúde (OSS) e eventualmente pelos próprios municípios, deste modo essa modalidade de contratação não denota uma tarefa permanente, interferindo na quebra de vínculo entre os ACS e os usuários, visto os ACS exercerem um tipo de atividade de caráter permanente. Porém, a lei federal 11.350 de outubro de 2006 em seu artigo 9º reprovava a modalidade de contratação temporária dos agentes comunitários de saúde (ACS) e autoriza a contratação por meio de concursos públicos e provas de títulos¹⁶.

Os contratos temporários e o risco de demissão dos agentes comunitários de saúde podem ser ampliados a partir da aprovação na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017. Os critérios de mudanças no número de agentes comunitários de saúde, anteriormente eram estabelecidos de acordo com a base populacional, demográfica, epidemiológica e socioeconômica. Atualmente tais critérios ficam, em grande parte, a cargo do gestor local. Entretanto, a sombra da fragilização e o risco de demissão laboral, tendem a transformar as relações interpessoais dos ACS no ambiente laboral, porque cada profissional começa a se preocupar em assegurar o seu emprego, em adaptar o trabalho para ser mais produtivo, e tudo isso eleva o senso de individualismo e de competição (típico da atual fase capitalista neoliberal). Os outros profissionais passam a ser vistos como um perigo constante para a manutenção do seu trabalho¹⁶.

A “Pejotização” do Trabalho Médico

A contratação temporária de instituições prestadoras de serviços de saúde, através de terceiros, é uma forma de contratação empregada no Brasil, desde a década de 80. Desde a década de 90, acontece esse crescimento da terceirização do segmento médico, alicerçada do ponto de vista jurídico pela súmula n.331/ 1993 do Tribunal Superior do Trabalho, onde se tornou possível terceirizar as atividades-meio, ou seja, atividades associadas à provisão de infraestrutura, desde quando a categoria não fosse sujeitada às decisões administrativas do trabalho da parte contratante¹⁷.

Nos anos 1990 e 2000, a terceirização clássica pôde crescer no setor de saúde privado e no SUS, pela contratação de estabelecimentos prestadores de serviços médicos, exemplo as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Estudos mais recentes, têm mostrado a introdução de formas de contratação terceirizada de médicos no (SUS), nos níveis ambulatorial e hospitalar, juntamente com a pejotização. O desenrolar da pejotização aconteceu sob o estímulo da isenção de impostos, introduzido em meados da década de 90, sendo um tratamento fiscal mais favorável aos empresários¹⁷.

A Lei do Bem (lei n.11.196/2005) sancionada na metade da década seguinte representou um enorme estímulo ao fenômeno da pejotização dos segmentos dos profissionais considerados liberais, exemplos os médicos, advogados, arquitetos, jornalistas e artistas. De modo específico, as reformas das relações de trabalho foram mais legitimadas em relação aos médicos¹⁷.

O fenômeno da pejotização é formado por dois tipos: o PJ individual e o coletivo. O último reúne um conjunto de colegas médicos na condição de sócio-proprietários de uma firma. Os lucros são divididos em proporção, de acordo com o tipo de função exercida pelo profissional. Não obstante, esses arranjos envolvem riscos em virtude da necessidade de algumas vezes profissionais associarem-se com indivíduos desconhecidos, por isso são comuns os casos de atraso de pagamento e hora-extra. Nestas situações os médicos, mesmo se quisessem reclamar pelos seus direitos, muito provavelmente não iriam conseguir seus direitos, por serem um dos sócios-proprietários da firma¹⁷.

Já o primeiro tipo de pejetização, apesar de mostrar-se uma forma de contrato relativamente capaz de assegurar autonomia e independência em relação ao poder de negociar o valor salarial, a autonomia de profissionais médicos em relação aos seus chefes é muito limitada, seja pelo baixo poder de negociar as cláusulas de contrato, seja pela obrigatoriedade de chegar no horário, avisar quando for faltar e tirar férias¹⁷. O aumento da modalidade de contrato foi realizado, depois da aprovação no ano de 2017, pelo Congresso Nacional, mediante a lei nº 13.467/2017 e 13.429/2017 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), como também houve a execução da terceirização irrestrita de instituições produtoras de bens e serviços e a legalização das atividades-meios já incorporadas por intermédio da nova lei¹⁶⁻¹⁷.

Fatores de escassez de médicos e outros profissionais de saúde

Aponta-se a inapropriada distribuição e a falta de profissionais médicos e outros da saúde na atenção primária, sendo essa realidade atribuída aos fatores econômicos, situações de violência, oportunidades de trabalho, estruturas institucionais, determinantes organizacionais, individuais, educativos, de saúde e gênero e ambiente sociocultural. Com o aumento dos estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde e a implantação da Estratégia de Saúde da Família foi possível expandir o atendimento da população brasileira e conseqüentemente cresceu a necessidade de profissionais da categoria médica e outros da saúde. Mesmo, com a crescente necessidade de profissionais médicos para trabalhar na APS consta-se baixo número de egressos de medicina voltados a ocupar postos de trabalho nessas unidades de saúde¹⁸.

Além disso, a forma como a categoria médica e profissionais da saúde são formados podem impactar a distribuição do pessoal nas regiões mais distantes. O modelo de educação em saúde hegemônico urbano, curativo, especializado e centrado no hospital possui impacto direto no agrupamento da força de trabalho dos médicos e demais profissionais de saúde e no local de escolha da prática¹⁸.

Historicamente, a distribuição dos médicos e outros profissionais de saúde também estão atrelada aos movimentos de industrialização e modernização verificados nos países subdesenvolvidos, nas décadas de 1950 e 1960, onde estes trouxeram uma concentração exacerbada de unidades de saúde nas grandes cidades com melhores condições de trabalho, salário e crescimento de carreira e menor conglomerado de oportunidades nas regiões mais afastadas. Nos países pobres, as baixas remunerações, condições de trabalho inócuo, a escassez de equipamentos, suprimentos e instalações apropriadas podem funcionar como impedimentos para profissionais da categoria médica e os demais de saúde não aceitarem cargos em regiões consideradas desfavorecidas¹⁸.

Também, em países subdesenvolvidos melhores faixas salariais, especificamente, parecem constituir o princípio básico na atração e retenção de médicos e outros profissionais de saúde. Frequentemente, os médicos e outros profissionais de saúde recorrem a estratégias de sobrevivência, como a introdução da dupla jornada de trabalho alternada entre o emprego no setor público e o privado em consultórios.

Em Angola, em meados da década de 1990, os médicos recebiam salários por semana equivalentes a uma hora trabalhada¹⁸.

O inadequado provimento de trabalhadores de saúde e médicos nos serviços de saúde é um problema em quase todos os países do mundo, com diferentes sistemas econômicos, políticos, desenvolvimento e nível de riqueza. Situações de escassez e inadequada distribuição geográfica de profissionais da área da saúde, principalmente médicos, têm sido consideradas como problemas persistentes e resistentes ao longo do tempo. De fato, a maioria dos médicos preferem se concentrar nas grandes cidades, deixando desassistidas as comunidades mais distantes, as regiões mais vulneráveis das grandes cidades, as áreas rurais e pequenas cidades. No geral, uma parcela de populações mais periféricas e vulneráveis tendem a ser as mais afetadas pela desassistência em saúde¹⁵.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), recomenda 2,5 médicos por mil habitantes, contudo o Brasil possui 2,18 médicos por mil habitantes, número visto como inferior ao recomendado pelo MS. Não só isso, a distribuição de profissionais médicos entre as macrorregiões do Brasil (Sudeste, Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul). O Sudeste, considerada a macrorregião de maior concentração de profissionais médicos do país, possui 2,81 médicos por mil habitantes. Já o Nordeste tem uma relação numérica de 1,41 mil habitantes e o Norte de 1,16. Este desequilíbrio torna-se ainda mais evidente se comparar as capitais com as cidades do interior. A relação médica por mil habitantes nas grandes cidades é de 5,07 e nas cidades do interior é de 1,28, ou seja, 3,9 vezes maior. Partindo disso, a proporção de médicos no Brasil ainda é muito menor se comparada à proporção média do ano de 2020 da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de 3,5^{19,20}.

Para lidar diretamente com o problema da escassez e má distribuição de médicos, em alguns lugares do mundo, por exemplo, nos Estados Unidos, foi criado desde 1971, o National Health Service Corps (NHSC), sendo formado por quatro programas principais: um programa de refinanciamento de dívidas estudantis voltados a profissionais de saúde já formados, um programa de provimento de profissionais de saúde indicados (funcionários federais) vinculados ao Serviço Social de Saúde Pública dos Estados Unidos (USPHS), um programa de bolsas formado pelo pagamento de custos com material didático e moradia, alimentação e pagamento de mensalidades, para universitários do setor da saúde interessados na prestação de serviços em localidades carentes, por igual número de anos de duração da bolsa, e sob o regime trabalhista na forma de contrato. Constata-se através de um inquérito em 25 dos 37 países da África Subsaariana, outro exemplo para aliviar a situação de carência de recursos humanos em saúde como a realização de alguns procedimentos básicos de competência médica por outros profissionais de saúde não médicos^{15,21}.

Já na Austrália, foram estabelecidos estímulos financeiros para os médicos e variações no montante do pagamento de salários, baseando-se na localização da prática profissional (regiões remotas e rurais) e no tempo de serviço. Algumas propostas brasileiras têm sido realizadas, objetivando o recrutamento

e a garantia da permanência do profissional médico em determinados locais de trabalho mais distantes e desassistidos²¹.

Estratégias de provimento de profissionais de saúde no Brasil

Visando enfrentar a má distribuição e as situações de escassez no Brasil, o Governo Federal vem desenvolvendo ao longo dos anos, diferentes programas para atrair tais profissionais de saúde, especialmente para a Atenção Básica. Pode-se dar relevância aos seguintes programas de provimento:

- Projeto Rondon - 1968;
- Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento - 1976;
- Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) - 1993;
- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) - 2001;
- Programa Pró Residência - 2009;
- Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) - 2011 e o Programa Mais Médicos (PMM) - 2011;
- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) - 2011

Projeto Rondon - 1968 a 1989

Dentro do projeto formulado foi previsto a atuação voluntária e temporária de estudantes, não apenas da saúde, em regiões vulneráveis priorizadas. Após dez anos, sem conseguir obter os efeitos esperados, houve a sugestão pelos seus dirigentes e elaboradores a interiorização do serviço civil obrigatórios dos cursos de medicina^{20,22}.

Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (PIASS) - 1976 a 1985

Buscou investir na infraestrutura da atenção básica (AB) e na construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em comunidades de até 20 mil habitantes^{20,22}.

Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) - 1993 a 1994

O programa objetivou o estabelecimento de uma equipe de saúde formada minimamente por agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e médicos no suporte de um serviço de saúde no município participante, além da garantia de infraestruturas físicas adequadas, formalização por meio de contratos formais executados pelo gestor municipal por meio do repasse do Ministério da Saúde (MS) e garantia de moradia para enfermeiros e médicos^{20,22}.

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) - 2001 a 2004

Objetivou incentivar a alocação de médicos e outros profissionais da saúde qualificados em municípios de comprovada vulnerabilidade em termos de recursos médicos-sanitários e longe das capitais, além de cooperar com a expansão da Atenção Básica (AB) e do Programa Saúde da Família (PSF). Durante a vigência do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde participaram 300 municípios com 421 profissionais de saúde, dentre estes 181 médicos^{20,22}.

Coordenado em nível nacional pelo Ministério da Saúde (MS), no programa foram usadas estratégias de incentivos financeiros, apoio profissional por meio de condições apropriadas de trabalho (insumos e equipamentos) e apoio pessoal (moradia, alimentação e transporte) e para os profissionais médicos participantes do programa haviam incentivos de educação continuada, por meio da realização do curso de especialização em Saúde da Família^{20,22}.

Pró-Residência- 2010 até o momento

Neste programa visa-se por intermédio de uma medida intersetorial entre o Ministério da Saúde e da Educação apoiar a concessão de bolsas para a formação de especialistas em certas regiões prioritárias da atenção básica (Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Este programa do Pró-Residência implantado em 2010, último ano do segundo governo Lula, também tem como objetivo a instituição e a publicação da portaria do Revalida, considerado o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira^{20,22}.

O Revalida foi uma alternativa criada para solucionar o histórico de problemas de bloqueio feito pela comunidade em Defesa da Medicina Liberal (CP-M Liberal). A CP-M Liberal anseia pela manutenção dos princípios, das propostas políticas e dos privilégios conquistados historicamente predominantes na profissão médica, além de ansiar pela preservação da autonomia profissional para gerir através de suas entidades, os sentidos da formação, atuação em seu mercado de trabalho e regulação profissional^{20,22}.

Em comparação à atuação do Estado, a comunidade em Defesa da Medicina Liberal (CP-M liberal) é contra o seu controle no escopo de práticas, a suas transformações na formação, no abastecimento e na validação de diplomas e distribuição de médicos estrangeiros no mercado laboral brasileiro. Como um modo de superar o monopólio da CP-M Liberal, o Revalida teve atuação na permissão de diplomas da América Latina e Caribe. A permissão do exercício de médicos na América Latina e Caribe existia no final dos anos 1990, onde em determinados estados era permitida a prática médica cubana, através da validação de diplomas médicos pelas universidades^{20,22}. Com a revogação da autorização do exercício médico cubano, através da criação do Revalida, as universidades ainda deram continuidade na validação dos diplomas, entretanto agora formulado pelo Ministério da Educação (MEC) e juntamente com o Ministério da Saúde (MS) começou a ter também uma avaliação centralizada e otimizada para as universidades revalidar os diplomas. A aspiração do Programa Revalida a princípio não era sobremaneira aumentar o contingente de médicos atuantes no Brasil, mas sim de romper os bloqueios

impostos pela Comunidade em Defesa da Medicina Liberal na validação de diplomas médicos expedidos no exterior^{20,22}.

Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) - 2011 até o momento

Inspirado na National Health Service Corps (NHSC), criado nos Estados Unidos (EUA) em 1972, na época, o governo brasileiro possibilitou os profissionais médicos terem sua graduação financiada pelo Fundo de Financiamento de Ensino Superior e abater suas dívidas com a prestação em equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de serviços em regiões com situação de vulnerabilidade médica no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a elevação do estoque de profissionais médicos nos serviços de saúde e na redução da disparidade em saúde. Deste modo, para cada mês trabalhado o abatimento é de 1% do saldo devedor^{20,22}.

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) - 2011 a 2015

No programa objetiva-se fornecer às regiões remotas e de populações de maior carência (populações ribeirinhas, assentadas, quilombolas, indígenas, etc.) equipes de saúde formadas por médicos, dentistas e enfermeiros, vindas dos serviços de Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). E os profissionais ganham a oportunidade de bolsas de estudo, patrocinadas pelo governo brasileiro, um curso de especialização destinado ao estudo sobre a AB pelos profissionais e a supervisão presencial e a distância dos profissionais de saúde^{20,22}. Realizando o curso, os médicos na prova de residência recebem 10% a mais na sua nota de pontuação final. Em 2015, o programa foi incluído no Programa Mais Médicos (PMM)^{20,22}.

Programa Mais Médicos (PMM) - 2013 até o momento

O Programa Mais Médicos foi criado no Brasil pelo governo federal para reduzir uma questão antiga das desigualdades no provimento e formação de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS) entre suas regiões mais ricas e pobres, principalmente nas regiões mais longe das grandes cidades com condições socioeconômicas mais vulneráveis. Segundo Pinto, o principal contribuinte para a entrada do PMM na agenda governamental e catalisador do seu lançamento foi às manifestações de rua chamadas Jornadas de Junho^{20,22}.

O enfrentamento da questão das desigualdades no provimento de profissionais médicos, por meio do Programa Mais Médicos (PMM), foi adentrado como prioridade governamental desde o começo da primeira gestão presidencial da Dilma Rousseff. A trajetória de formulação e implementação do PMM em termos de políticas de regulação, formação e provimento de profissionais médicos foi concretizada mediante a divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC)²⁰. As políticas do Programa Mais Médicos estão aglutinadas em três eixos: provimento,

infraestrutura e formação. Na formulação e implementação das políticas do Programa Mais Médicos foram realizadas revisões de políticas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre a formação médica e outros profissionais da saúde e sobre provimento, sendo revisões de políticas pesquisadas para servir como parâmetro na modelagem de algumas políticas do PMM²⁰. Estão presentes nas políticas de intervenção da OMS sobre recrutamento, contratação e retenção dos médicos e outros profissionais de saúde as seguintes indicações:

- Ofertamento de formações específicas para estudantes oriundos de áreas desatendidas;
- Currículos com competências necessárias para atuação em áreas desassistidas;
- Formação em saúde distante das grandes cidades;
- Educação permanente para os trabalhadores da saúde atuantes em localidades desfavoráveis;
- Ampliação no escopo de práticas dos vários profissionais de saúde de mais funções, com possibilidade dos profissionais desempenhá-las, se for necessário;
- Formação financiada com possibilidade de abatimento da dívida mediante a atuação em áreas pobres;
- Boas condições de vida e trabalho para os trabalhadores da saúde prestadores de serviços nas regiões desatendidas;
- Supervisão aos funcionários da saúde em localidades vulneráveis;
- Programas de desenvolvimento de carreiras destinados ao pessoal da saúde nas regiões pobres;
- Formação de redes de funcionários da saúde em territórios desfavoráveis para promover a cooperação e o reconhecimento do pessoal da saúde nas localidades desassistidas²⁰.

Ademais, a OMS recomenda:

- A introdução de diversos tipos de pessoal da saúde com regulamentação e formação em áreas mal servidas, para incrementar a quantidade de profissionais nessas áreas;
- Uso de uma combinação de subsídios fiscalmente sustentáveis para habitação, transporte gratuito e férias com remunerações para compensar às despesas ligadas a oportunidade de trabalho nas áreas mal servidas e;
- Implementar atividades de cooperação entre profissionais de saúde de áreas melhor e mal servidas e se possível utilizar os recursos de telessaúde para fornecer um apoio adicional aos trabalhadores de saúde em áreas de difícil acesso²¹.

Em comparação as políticas da Organização Mundial da Saúde foram incrementadas dentro das duas políticas de provimento do PMM, a oferta de supervisão técnica e administrativa aos estudantes de medicina e inspirado no Programa de Interiorização do Trabalhador da Saúde (PITS) pode oferecer uma bolsa de integração ensino-serviço articulada a uma especialização, auxílio no custeio de moradia e transporte e também supervisão técnica e administrativa. Após a implantação do eixo de provimento o PMM se tornou o maior de provisão de profissionais da saúde no Brasil, porque houve o suprimento

de profissionais médicos em equipes de saúde já existentes, formação de novas equipes e melhoria em indicadores de saúde, como o aumento de visitas domiciliares realizadas por médicos^{20,22}.

De acordo com estimativas, após a implementação do programa, percebe-se uma elevação na taxa de médicos na Atenção Básica de 0,49 pontos percentuais (p.p), juntamente com o aumento na proporção de estabelecimentos em saúde. A elevação de profissionais médicos na Atenção Básica (AB), também possibilitou a ampliação da cobertura populacional das Estratégias Saúde da Família (ESF), dessa forma houve uma elevação de 25,6 p.p na taxa de cobertura populacional em determinados municípios brasileiros. Já em relação às visitas em domicílio realizadas pelos médicos, juntamente com as equipes de saúde, nas estimativas, houve um incremento de 33,3 pontos percentuais (p.p), significativo a 10%²

Todavia, com o incremento do número de profissionais médicos e da cobertura da eSF, não obteve-se aumento no número de pessoas cadastradas pelas equipes de saúde. Considerando, outras modalidades de equipes, como as multiprofissionais, não notou-se tanto investimento pelo Programa Mais Médicos (PMM)².

No eixo de infraestrutura do Programa Mais Médicos construiu-se obras de novas Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como reforma e amplificação daquelas já implantada, e toda esta dinâmica foi feita a partir do programa Requalifica-UBS inspirado por programa anterior Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (PIASS). Em contrapartida, mesmo com a expansão de obras das UBS aponta-se através de um estudo de Mazetto, um incremento nas taxas de encaminhamentos para outros níveis do sistema de saúde e piora na resolutividade, após a implantação do PMM. Conforme a, autora evidencia-se um incremento de 13,2% para as taxas de encaminhamentos especializados, 8,9% para as de internação hospitalar, 10,2% para as de urgência e emergência e na taxa de mortalidade infantil, um aumento de 2,93 p.p, significativo a 10%. Em partes, o aumento dessas taxas relacionam-se à ausência de material médico, medicamentos e de provimento de programas educativos nas Unidades Básicas de Saúde e a baixa profissionalização da gestão²⁻²⁰⁻²².

Já no último eixo do Programa Mais Médicos associado à formação, influenciado pelo antigo Projeto Rondon e sem aprovação do Congresso, houve uma tentativa sem sucesso de implantar a realização de um estágio obrigatório com duração de 2 anos em áreas consideradas carentes para concluir o curso de medicina. Somados a esse fato, em conformidade às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN-M) defendidas por movimentos coletivos e aprovadas em 2001, preliminarmente à criação do PMM, mais políticas foram postas ao eixo de formação do Programa Mais Médicos como a obrigação de estágios em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e o tempos mínimos de internato²⁰.

O eixo de formação do Programa Mais Médicos (PMM), também incorporou legados do Programa Pró-Residência e da Política Nacional de Educação Médica (PNEM) anunciada em 2011, para ampliar

através da oferta de vagas de residência médica e de graduação (2500), principalmente em instituições de ensino públicas (IES), a proporção de profissionais da categoria médica formados por habitantes no Brasil, considerada baixa na época pelo governo, com uma taxa de 1,8/1000 habitantes. Deste modo, a OMS, DCN-M e a PNEM com suas políticas puderam servir como aprendizados para o PMM, utilizar os instrumentos de política pública do Ministério da Educação como a avaliação do (Sinaes) - Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior e de instituir sanções, tais como a suspensão do ingresso de novos estudantes, caso haja descumprimento das novas DCN-M previstas no Programa Mais Médicos (PMM). Sendo assim, a média de vagas do curso de medicina chegou em 2021 a 1,57, com uma maior elevação nas regiões interioranas e de mais necessidade no Brasil, como o Norte e Nordeste, tornando o curso mais acessível para os jovens do interior^{20,23}.

Constata-se na literatura, problemas na formação de certos profissionais médicos, em outras palavras problemas de comunicação entre profissionais médicos do PMM e usuários, em específico usuários de áreas rurais e idosos. Também, percebe-se pelas equipes de saúde pouca valorização da autonomia dos usuários e pouco estímulo atribuído ao fortalecimento de autocuidado dos últimos²⁴.

Entretanto, as políticas dos eixos do Programa Mais Médicos (PMM) tiveram modificações, sendo o eixo de formação o mais prejudicado após a retirada de Dilma Rousseff da presidência e a ascensão de Michel Temer, a troca de direção do MEC e MS e o posicionamento de líderes mais influenciados pela CP-M Liberal. Depois com a eleição do presidente Jair Bolsonaro em 2018 foi reduzido drasticamente em 50% a quantidade de profissionais médicos integrantes do PMM e implantado legalmente o PMPB Programa Médicos Pelo Brasil²⁰.

Contudo, a demanda dos municípios pela prestação de serviços médicos na atenção básica, a pressão da população por ter ficado desatendida em razão da redução do Programa Mais Médicos (PMM), dos dirigentes de municípios e estados e parlamentares e o agravamento da crise pandêmica da COVID-19 foram os contribuintes para o governo retornar a utilização legal do Programa Mais Médicos. O PMM se tornou mais efetivo em virtude dessas fatores e também, porque nos outros programas, por exemplo o PITS poucas vagas foram preenchidas pelos profissionais médicos e enfermeiros, e teve desistências de alguns profissionais em municípios, e 2012 o Revalida havia conseguido apresentar uma aprovação de apenas 12% dos candidatos médicos, o PROVAB apenas tinha conseguido ofertar 381 profissionais médicos em 201 municípios e a Política Nacional de Educação Médica, só tinha gerado 1063 vagas de graduação médica, sendo 400 em IES públicas e 663 privadas²⁰.

Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) - 2021 até o momento

A atual estratégia de provisão médica para a Atenção Primária à Saúde (APS) é o Programa Médicos Pelo Brasil, sendo desempenhada pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

(Adaps). Pode-se entender a Adaps, como um instituto de interesse público, sem finalidades lucrativas e cuja personalidade jurídica é a de serviço social autônomo²⁵.

O modelo de SSA da Adaps tem o claro propósito de superar a burocracia da Administração Pública Brasileira. A Adaps executa a contratação de profissionais da categoria médica no Brasil, por meio da admissão digital, contribuindo para dar mais agilidade e eficiência à gestão. Para a disponibilização de vagas voltadas aos profissionais médicos nos municípios brasileiros são usados critérios primários (de maior peso) e os secundários²⁵.

Os critérios primários firmados na lei do PMpB e desenhados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com inspiração em estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) leva em consideração os municípios com maiores números de indivíduos em situação de alta vulnerabilidade social registradas nas Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e beneficiárias do Programa Bolsa Família, benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário, de até 2 salários-mínimos. Acrescido a isso, os critérios secundários usados são: números de arrecadação de rendas per capita derivadas de tributos nos municípios, população SUS dependente, cobertura de ESF em distritos sanitários especiais indígenas (DSEI), ribeirinhas, fluviais e quilombolas e indicadores de internações (25,26). Porém, o novo programa objetiva a suficiência de profissionais médicos brasileiros, por meio da manutenção do número de vagas equivalentes às existentes no Programa Mais Médicos (PMM), dessa forma, corre-se o risco de manter a escassez médica já existente em muitos municípios, porque as vagas do Programa Médicos Pelo Brasil, não serão novas, mas irão substituir gradativamente as vagas do PMM²⁷.

Com a inserção dos critérios destinados ao deslocamento do quantitativo de vagas, as regiões Norte e Nordeste (com recebimento de 56% das vagas) e zonas rurais e isoladas das grandes metrópoles foram as mais beneficiadas em termos de vagas médicas. No Programa Médicos Pelo Brasil (PMpB) existem dois tipos de cargos para a contratação de médicos: Médico Tutor e Médico de Família e Comunidade (MFC)²⁵.

O médico para preencher ou a vaga de MFC ou de tutor é necessário ter registro no Conselho Federal de Medicina e ser aprovado na prova escrita. Para preencher o cargo de tutor é necessário o médico ter especialidade em MFC ou Clínica Médica e ter atribuições para assistir equipes e auxiliar na formação dos médicos. Já para ocupar a vaga com o cargo de MFC, o médico possui como pré-requisito realizar a especialidade de 2 anos (todo corpo teórico do curso desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade) (SBMFC) em parceria com o PMpB e a prova final de título visando o reconhecimento pela Associação Médica brasileira^{25,26}.

Apesar, da referência a uma especialização nos dois primeiros anos do programa e a possibilidade de habilitação em Medicina da Família e Comunidade, após a aprovação na prova de título, não houve referência de reorientação e suporte educacional, após os dois primeiros anos de bolsa-formação e não houve estímulo à residência de Medicina da Família e Comunidade (MFC), podendo principalmente o primeiro fator levar a sensação de isolamento nas áreas de difícil acesso e ao abandono do PMpB. Já o

Programa Mais Médicos (PMM) em comparação ao PMPB é preconizado a ampliação e interiorização das vagas de graduação e residência médica de Medicina da Família e Comunidade (MFC), mudanças dos currículos e supervisão locorregional e longitudinal²⁷.

As formas de contratação médica pelo PMPB via Adaps são executadas por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e as carreiras médicas têm incentivos de planos de progressão e remunerações acima do mercado. Outros incentivos foram propiciados aos profissionais médicos como a valorização de desempenho, feitas a partir da mensuração e avaliação dos indicadores de qualidade assistencial, do desenvolvimento de competências profissionais e execução de atividades de educação continuada. Os médicos atuantes em áreas rurais e isoladas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), também possuem perspectivas de bonificação adicional. A mensuração das competências profissionais visando uma bonificação adicional envolve a participação do tutor clínico^{25,26}. Porém, aumentos nos rendimentos em pesquisas de ofertas nacionais e internacionais de profissionais médicos não aparecem entre os principais motivadores para garantir a fixação destes, porque os aumentos de renda não iriam compensar os outros motivos de insatisfação no trabalho²⁷.

As competências profissionais são motivadas através da oferta de material de apoio, como protocolos de encaminhamento para outras especialidades, guias de apoio à decisão clínica, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e adaptadas à realidade brasileira. Outros estimuladores empregados na melhoria das competências dos profissionais são os serviços de teleconsultorias em saúde, onde os profissionais da categoria médica podem tirar suas dúvidas online em tempo real sobre diagnósticos e tratamentos²⁶.

Além das melhores evidências científicas disponíveis serem usadas nas decisões clínicas feitas pelos médicos, são utilizadas no delineamento das linhas de cuidado para as 22 condições de saúde de maior frequência. Como uma forma de ter acesso a assistência médica, baseado nas melhores evidências e as linhas de cuidado, os profissionais médicos são monitorados através de indicadores de produtividade e desempenho técnico em relação às condições de saúde com maior prevalência e incidência (atividades preventivas, pré-natal e cuidados com doenças crônicas). Avalia-se também, via pesquisas diretas com usuários, a relação médico-paciente, quanto a qualidade e satisfação à prestação de assistência médica recebida²⁶.

Abriram-se também a perspectiva de movimentar profissionais médicos atuantes em áreas de maiores dificuldades de provisão médica, com melhor desempenho avaliado e maior tempo de permanência no programa, entre os municípios²⁵. Apesar dos estímulos de financiamento para os profissionais médicos, não foi mencionado no novo programa nenhum estímulo de financiamento e de qualificação estrutural das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ao contrário do PMM²⁷.

O Caso de Francisco Morato

Em Francisco Morato-SP, também existe dificuldades de provisão e distribuição de médicos e outros trabalhadores da saúde, e para contornar esse cenário são utilizadas no município estratégias internas e

exógenas de gestão como o PMM. As estratégias endógenas de gestão envolvem a ampliação informal de escopo de práticas, o encaminhamento para especialidade e a contratação de médicos plantonistas.

Em Francisco Morato-SP, também existem dificuldades de provisão e distribuição de médicos e outros trabalhadores da saúde, e para contornar esse cenário são utilizadas no município estratégias internas e exógenas de gestão como o PMM. As estratégias endógenas de gestão envolvem a ampliação informal de escopo de práticas, o encaminhamento para especialidade e a contratação de médicos plantonistas. O município em relação à proporção médica de 3,5 da OCDE, no ano de 2020 e a taxa médica do Estado de São Paulo de 3,03 ambas (por mil habitantes), o município está bem abaixo do previsto pela OCDE e abaixo da proporção de médicos no Estado, pois sua taxa encontra-se em torno de 1,10 médicos (por habitantes). Estas baixas proporções médicas, tornam-se algo preocupante, em função da importância dos recursos humanos em saúde (RHS)²⁸.

Para agravar mais a má distribuição de profissionais médicos no município, 90,4 trabalham no SUS e somente 9,6 no sistema suplementar de saúde²⁸. A grande dificuldade de provisão e de distribuição de médicos e outros profissionais de saúde estão relacionados ao baixo preenchimento de vagas em concursos, a falta de materiais, baixa infraestrutura, violência no município, as condições de trabalho inadequadas em algumas UBS e ao subfinanciamento em saúde.

Considerando, essa discussão sobre a dificuldade de provimento e distribuição de médicos e outros profissionais da saúde, as percepções dos diferentes atores entrevistados sobre a questão da provisão e de estratégias de enfrentamento, e tendo em vista a necessidade de dar orientações ao município sobre a problemática em questão, foi elaborado este trabalho de consultoria do Instituto de Saúde (IS).

Objetivos do Estudo

A partir disso o objetivo deste trabalho é identificar a percepção dos gestores, gerentes de unidades/enfermeiros e médicos a respeito dos desafios e estratégias para o provimento de médicos para a ESF em Francisco Morato. E os objetivos secundários são:

- Identificar as estratégias federais para provimento de médicos para a Atenção Básica em Francisco Morato comparando as iniciativas depois do Programa Mais Médicos com Médicos para o Brasil;
- Identificar as estratégias locais de enfrentamento do provimento em situação de escassez de profissionais;
- Identificar as percepções de impacto referente a estas diferentes estratégias;
- Caracterizar perfil e expectativas dos profissionais envolvidos com a assistência;
- Compreender a organização do trabalho e as formas de contratação adotadas;
- Contribuir para potenciais estratégias a serem desenvolvidas pelos gestores municipais.

Métodos

Para o estudo, foi realizada inicialmente uma ampla revisão bibliográfica relacionada ao tema de Reformas do Estado, Reformas Neoliberais e seus impactos sobre a oferta de Força de Trabalho em Saúde, relações de trabalhos e precarização do trabalho, particularmente frente à Atenção Básica de Saúde. Foi realizada uma revisão sobre estratégias de provisão no Brasil, e em particular sobre a estratégia específica do Programa Mais Médicos, bem como do Programa Médicos para o Brasil.

Sua dimensão qualitativa baseou-se na realização de entrevistas com a aplicação de um roteiro semiestruturado realizado na cidade de Francisco Morato em uma amostra composta por 8 pessoas, sendo 2 gestores de saúde do município, 3 gerentes de Unidade Básica de Saúde (UBS) e 3 médicos atuando nestes UBS. Os gestores do município foram escolhidos por compreender melhor a dinâmica de oferta de trabalho no município, bem como terem vivenciado/orientado algumas das estratégias de provimento médico adotadas no período recente. As 3 gerentes de UBS foram escolhidas também por já contarem com uma larga vivência na região, serem responsáveis pela organização de trabalho local na UBS e em parte, por desenvolverem alternativas locais para enfrentamento cotidiano destas dificuldades, em unidades com estruturas diferenciadas. Os três médicos foram escolhidos também visando um perfil diversificado de experiência, incluindo um profissional já atuando há já algum tempo na região e no município e outros com contratação mais recente relacionadas às estratégias recentes de contratação e pelo fato de terem perfis profissionais diferentes. A pesquisa de caráter qualitativa foi feita de outubro de 2023 a fevereiro de 2024, através de videoconferência ou presencialmente.

As entrevistas foram gravadas e transcritas por intermédio de 2 programas nomeados "Reshape e Sonix" e analisadas mediante a metodologia de análise de conteúdo. Realizou-se uma pré-análise das entrevistas e exploração destas, propiciando a criação de unidades de análise. A partir desta sistematização, foram criadas categorias de análise e procedeu-se ao tratamento e interpretação dos resultados. Dessa forma, o estudo foi segmentado em 5 categorias:

- a) Trajetória profissional
 - b) Desafios de Escassez na Contratação de Médicos e Demais Pessoal da saúde
 - c) Mercado de trabalho: Principais Agentes Contratantes no Mercado de Trabalho em Saúde e Formas de Contratação
 - d) Impactos do Programa Médicos para o Brasil (PMpB);
 - e) Estratégias Locais e Expectativas de Incentivos para a Manutenção dos Profissionais de Saúde nas Unidades
 - f) Expectativas profissional.
- O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEP-IS).

Resultados e Discussões

Trajetórias profissionais

Os gestores em saúde do município de Francisco Morato em geral, possuem bastante experiências em gestão pública, atuação em vigilância epidemiológica, na ouvidoria geral do SUS, no assessoramento do conselho municipal, em educação permanente, no apoio dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP) e assessoria de secretários de saúde. As gerentes de UBS, possuem formação em Políticas Públicas em Saúde da Família, bastante experiência no cargo de atuação, algo em média acima de 4 anos e compromisso com a população. Já os médicos, por sua vez, possuem em sua maioria especialização em Saúde da Família, experiência no cargo de assistência e compromisso com a população assistida.

Desafios de Escassez na Contratação de Médicos e demais pessoal da saúde

A falta de materiais, a baixa infraestrutura e as condições inadequadas na APS podem levar à falta de pessoal da saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). A falta de pessoal da saúde não vai de acordo com o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os princípios e diretrizes do SUS, de fomentar a formação de equipes de saúde de caráter multidisciplinares, mediante a Estratégia Saúde da Família (ESF)².

O município possui dificuldade de compor a equipe mínima, de alocar enfermeiros, devido a adocentamentos, desafios de conseguir mais orçamento para contratação, baixa capacidade operativa (problemas de infraestrutura e de sistemas da informação) e não consegue atingir as metas do Previnir Brasil para receber os financiamentos. (Gestora municipal);

Então acho que divisor de águas para nós antes do Programa Médicos Para o Brasil (PMpB), nós tínhamos 20 vagas no Programa Mais Médicos (PMM) e com estabelecimento dos critérios do Programa Médicos para o Brasil, nós perdemos de uma vez 10 vagas (Gestora Municipal).

No município existe dificuldade de atrair, recrutar e manter médicos não plantonistas; gerar indicadores bons e ganhos de financiamento; resgatar médicos perdidos na passagem do PMM para o Programa Médicos pelo Brasil; dificuldades de organizar as finanças do município para aumentar o salário dos profissionais de saúde e consequentemente suas retenções; dificuldade de proporcionar o provimento suficiente de médicos, por meio de concursos e dos profissionais; e existe falta de recursos (por exemplo Serviço Móvel de Urgência e Emergência e a maior parte da população não acessa a internet). (Gestor municipal);

Tivemos uma perda enorme de 7 para 2 médicos de uma só equipe, muito decorrente devido a pandemia (Gestora de UBS, entrevistada 1).

Faltam ACSs para mapear as áreas descobertas; as equipes foram reduzidas com a introdução do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB); dificuldade da permanência dos profissionais de saúde no município, decorrente das condições ruins de trabalho e população mal educada; há as barreiras de acesso dentro da unidade (por exemplo o acesso do usuário via escada ao andar de cima para ser atendido) e o déficit de materiais e almoxarifado (Gestora de UBS, entrevistada 1);

A unidade não possui ferramentas suficientes e os profissionais não possuem tanta preparação para lidar com casos graves (Gestora de UBS, entrevistada 2);

Faltam enfermeiros na unidade; e faltam materiais para curativos, faltam sondas e para higiene como fraldas (Gestora de UBS, entrevistada 3);

Sente falta de estrutura nesta unidade que trabalha (único banheiro para todos funcionários e ventiladores quebrados); e percebe exigência de carga horária (Médico, entrevistado 1);

Acredita não ser fácil trabalhar no local, porque é muito precário, com alguns pacientes agressivos (contou o caso de um casal que quebrou computadores, cadeiras e rasgaram prontuários). Faltam auxiliares de enfermagem; pneumologista e pediatra; sobrecarga de profissionais de saúde e muitos casos de afastamento; faltam medicamentos especialmente de emergência; pia para os médicos lavarem as mãos na sala, mais álcool; insumos para curativos, carro para levar os pacientes até São Paulo para conseguir adquirir os medicamentos em déficit no município (Médica, entrevistada 3).

Entretanto, não somente a falta de recursos pode provocar a escassez de profissionais da saúde, como também o financiamento inadequado na saúde, conforme aparece na fala dos gestores municipais. Os históricos de subfinanciamento crônico na saúde, particularmente do SUS, acontece desde a década de 90, durante o mandato do presidente Fernando Collor de Mello, com o estabelecimento da violação dos 30% dos recursos mínimos previstos no financiamento da seguridade social destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido no art 55 da Constituição. O insuficiente financiamento se agravou mais durante o governo Temer⁴.

Além da falta de materiais e do pouco financiamento em saúde, o Programa Médicos para Brasil (PMpB) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também são fatores ligados à falta de médicos e outros profissionais de saúde. Nas afirmativas da primeira gestora de Unidade Básica de Saúde entrevistada e do gestor de saúde municipal, houve uma redução na quantidade de médicos na transição do Programa Mais Médicos (PMM) para o (PMpB). Segundo a literatura, essa redução aconteceu em decorrência da implementação da política de diminuição do número de médicos atuantes do PMM, em 50% durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, no ano de 2018²⁰.

Já na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a sua revisão em 2017, pôde levar a escassez dos agentes comunitários de saúde (ACs), pois uma parcela desses profissionais de saúde passaram a serem contratados, não apenas pelo regime estatutário, como também mediante contratos temporários, sem a garantia e segurança de continuar no emprego a longa data¹⁶. Aponta-se esse contexto, no discurso da primeira gestora de UBS entrevistada.

Dessa forma, a falta de profissionais da saúde relacionados aos fatores citados acima e outros tendem a afetar o cumprimento das metas dos indicadores do Programa Previne Brasil. Nos discursos dos dois gestores do município destaca-se essa tendência e comparando os discursos dos gestores com o estudo de Seta, no estudo da autora é apontado uma das propostas do Previne Brasil de retirar parcialmente as equipes do NASF e o impacto decorrente dessa retirada na distribuição da força de trabalho do pessoal

da saúde nas UBS, especialmente médicos.

A falta de profissionais pode sobrecarregar a força tarefa do corpo da enfermagem e elevar o risco de descomprometimento dos serviços prestados aos usuários, insatisfação, desmotivação, adoecerem e de afastarem do trabalho por sofrimento psíquico. Realizando um pareamento com os discursos da última médica entrevistada com os estudos de Damascena e do Vale¹⁶ podemos perceber isso.

O risco de descomprometimento dos serviços oferecidos aos usuários pelo corpo da enfermagem, em função da sobrecarga de trabalho e escassez de médicos, tende a elevar o tempo de espera para atender os usuários e conseqüentemente gerar um sentimento de revolta diante desse descaso, manifestado por meio da violência, conforme foi constatado no relato da última médica entrevistada. Um cenário deste modo, tomado pelo clima caótico, conturbado e violento tende a não atrair e reter o pessoal da saúde e agravar a dificuldade de provimento.

● **Mercado de Trabalho : Principais Agentes Contratante no Mercado de Trabalho em Saúde e Formas de Contratação**

Com relação às percepções sobre a Organização do Mercado de Trabalho, destacou-se um modelo de gestão misto, baseado no caráter público e em traços do setor privada, conforme a fala da entrevistada:

Modelo de gestão misto baseado na Estratégia Saúde da Família (ESF) e na produtividade, além do incentivo à educação continuada (Gestora Municipal).

Essa afirmação expressa o poder de influência da Reforma do Estado na gerência da Atenção Primária à Saúde (APS), com uma mistura de características públicas e traços privados³.

Dois entrevistados mencionaram a multiplicidade de vínculos de trabalho assumidos pelos médicos e a variedade de suas atuações quando os equipamentos de saúde estão com falta de sua mão de obra.

Antes do retorno dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM) no segundo semestre de 2023 as contratações eram realizadas por uma empresa terceirizada, com perfil de médicos plantonistas, para trabalhar 8 horas nas unidades. E contratação pela Santa Casa depois do Programa Mais Médicos. (Gestora Municipal);

Na época da pandemia, com o direcionamento dos médicos da APS para a atenção especializada, houve um desfalque de médicos na APS, por isso nessa época a contratação de médicos era feita por meio do convênio firmado entre a Santa Casa e a APS. As contratações também são realizadas por meio de concursos (Gestor Municipal).

É bem marcante, também nas falas expressas dos entrevistados do processo de contratualização, por intermédio da terceirização, sendo algo decorrente da Reforma Trabalhista, em processo desde os anos 80¹⁷.

Impactos do Programa Médicos para o Brasil (PMpB)

Com a perda de 10 médicos, que tem haver com uma política de redirecionamento e de mudança abrupta dos critérios do provimento médico nacional, no Brasil e em Francisco Morato, sendo um modelo autoritário de fazer gestão. Para não perder o credenciamento, lançamos mão de uma estratégia de contratação por meio da Santa Casa. Essa é uma estratégia antiga, considerada horrorosa do ponto de vista assistencial, por ser uma contratação de empresa terceirizada, chamada até semana passada de médico de suporte, com perfil de plantonistas.

*Então você tem um profissional não fixo, entende? Um modelo assistencial já fragilizado antes da COVID e com a COVID fica pior **(Gestora municipal)**.*

A estratégia de uso de médicos em regime de plantão relaciona-se com a demanda dos municípios pela prestação de serviços médicos na atenção básica, a pressão da população por ter ficado desatendida em razão da redução do Programa Mais Médicos (PMM), dos dirigentes de municípios e estados e parlamentares e o agravamento da crise pandêmica da COVID-19²⁰. O agravamento da crise pandêmica pode levar ao direcionamento dos médicos da APS para as necessidades de urgência e emergência, porém nota-se uma continuidade desse movimento dos médicos da APS em direção a outras especialidades, mesmo após a pandemia, porque esses médicos tendem a procurar trabalho em outras áreas de especialidade médica e são disputados pela Santa Casa e pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Retorno do Programa Mais Médicos (PMM)

Uma das entrevistadas pôs em evidência a volta do PMM e as medidas de enfrentamento usadas pela gestão em conjunto para atrair mais rapidamente médicos interessados em trabalhar no município.

*Com o retorno do PMM, passamos a não exigir o Registro do Conselho Regional de Medicina (CRM) dos médicos do PMM, apenas Registro do Ministério da Saúde (RMS) por não ser disputado por outras instituições **(Gestora Municipal)**;*

O outro entrevistado, também chegou a discursar sobre o retorno do programa, todavia sua estratégia de gestão se apoia nas mesmas estratégias presentes no eixo de formação do programa, como trabalhar em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁰.

*Não exigimos a princípio dos médicos do PMM a titulação em Estratégia Saúde da Família (ESF). Os médicos do PMM, começam a trabalhar na atenção primária sem a titulação, posteriormente realizam qualificação junto ao Ministério da Saúde e do MEC em ciclo de 4 anos e depois a prova de título **(Gestor Municipal)**;*

Com o retorno do PMM, alguns entrevistados entraram no programa pelo fato dos seus propósitos de vida irem de encontro ao preconizado pelo Programa Mais Médicos, de diminuir um antigo problema de distribuição desigual de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), entre as regiões mais pobres e ricas, especialmente em áreas mais longe das grandes cidades e em situações de maior vulnerabilidade

socioeconômica²⁰ .

Entrei para aproveitar uma oportunidade do Programa Mais Médicos (PMM) e ajudar a população na parte da Saúde Pública (Médico entrevistado 2);

O município possui dificuldade de compor a equipe mínima, de alocar enfermeiros, devido a adoecimentos, desafios de conseguir mais orçamento para contratação, baixa capacidade operativa (problemas de infraestrutura e de sistemas da informação) e não consegue atingir as metas do Previnir Brasil para receber os financiamentos. (Gestora municipal);

Também é perceptível na fala de ambos, a busca de outros objetivos pessoais como uma oportunidade e de atender às próprias necessidades.

Estratégias Locais e Expectativas de Incentivos para a Manutenção dos Profissionais de Saúde nas Unidades

Não exigir titulação em Estratégia Saúde da Família em concursos, a princípio dos médicos do PMM, somente depois de começarem a trabalhar na Atenção Primária, visando com isso a atração de médicos; realização da assistência pela equipe da enfermagem em algumas funções na falta de médicos clínicos gerais e realização de desenho de ampliação de equipe (Gestor Municipal);

Quando o médico de família avisa com antecedência que não pode comparecer, o médico plantonista atende; na falta de profissionais trabalho em dobro, encaminho um paciente via ligação para outros níveis; em minha agenda reservo um dia da semana para olhar exames sem necessidade médica e algumas vezes solicitadas pelo próprio médico quando algumas consultas possuem previsão de demorar para ocorrer; busco acolher a equipe; tenho previsão de formação de uma ESF pela coordenação e acredito que o corpo da enfermagem especialista em saúde da família poderia prescrever medicações simples para alterações ginecológicas em exames de Papanicolaou e prescrever tratamento para sífilis em mulheres gestantes (Gestora de UBS, entrevistada 1);

Utilizo as ferramentas da comunicação e da flexibilidade para reter os profissionais de saúde e aciono a Coordenação e Gestão da Secretária em Saúde na falta deles; como a unidade não possui ferramentas suficientes e os profissionais não possuem tanta preparação para lidar com casos graves, quando surge casos assim, direcionamos para um hospital próximo; discutimos nas reuniões de equipe a possibilidade da enfermagem atender pacientes na falta de médicos; acredito que poderia ter um protocolo com o município, para saber quais funções a enfermagem pode exercer na falta de um médico (Gestora de UBS, entrevistada 2);

Os médicos plantonistas são solicitados na ausência de algum médico por questão de doença ou para atender a demandas reprimidas da clínica médica; é acionada a indicação de outros profissionais via gestão da Secretária de Saúde para cobertura das demandas e atendimentos na unidade; está aumentando a formação de equipes da ESF; também a enfermagem realiza alguns procedimentos básicos, somente se estiver protocolado como exames de pré-natal e os funcionários são tratados com muita empatia por mim (Gestora de UBS, entrevistada 3);

Aqui são realizadas reuniões para discutir sobre a dificuldade de contratação médica;

interagimos com a gestora e gostaria que tivesse banheiros individuais, (Médico, entrevistado 1);

Maior fornecimento de recursos faria concentrar mais minhas atividades no município (fornecimento de mais medicamentos, especialmente de emergência, insumos para curativos, Farmácia Popular e carro da UBS para levar os pacientes até São Paulo para conseguir adquirir os medicamentos em falta no município); gostaria de ter melhor estrutura no posto como colocar pia para os médicos lavarem as mãos nas salas, mais álcool e contratação de mais auxiliares de enfermagem; ajudo a enfermeira gestora no atendimento das demandas (como tratamento de tuberculose, orientações de aplicação e conservação da insulina) em função da falta de auxiliares de enfermagem; quando acontece de ter pacientes em necessidade nas especialidades de pediatria e pneumologista, os pacientes são encaminhados para UPA, Santa Casa ou outro município; acredito que a estratégia de escopo poderia ajudar, principalmente na falta de ACS, na sobrecarga de profissionais de saúde e nos casos de afastamento (Médica, entrevistada 3);

Gostaria que os serviços da unidade fossem completados com o profissional dentista e acredito que a enfermeira da unidade e a enfermagem são muito competentes para realizar alguma ou outra função médica, na ausência de um médico (Médico, entrevistado 2).

Ao ler os discursos dos entrevistados, identifica-se como característica comum entre as narrativas de todos os entrevistados a ampliação informal das práticas de escopo dos enfermeiros, em consequência da falta de profissionais médicos. Em comparação, na narrativa da terceira médica entrevistada, ocorre o contrário, ou seja, para compensar a falta de auxiliar de enfermagem, a mesma realiza ampliação das suas práticas de escopo médico.

Nas afirmativas de todos os entrevistados, apesar da aparente boa receptividade a utilização de certos movimentos de ampliação de escopo de prática, por não serem práticas oficialmente protocoladas pelo município em estudo, só são usadas em últimos casos, quando todas as possibilidades em termos de atração e fixação do pessoal da saúde já se esgotaram.

Por outro lado, também se utilizam diversas outras estratégias para o enfrentamento da escassez: como jornadas de dupla tarefa empreendidas pelos enfermeiros, expectativas rompidas quanto a obtenção de mais estoques de recursos médicos, liderança acolhedora e empática, o papel substitutivo em curto prazo dos médicos permanentes pelos médicos em regime de plantão, falta de resolutividade de encaminhamentos realizados pela Atenção Primária, a outros de níveis de atenção especializada e alta rotatividade de médicos do PMM. Apesar da prática de encaminhar ser uma opção difundida no Sistema Único de Saúde em relação aos princípios de integralidade de assegurar o acesso livre a outros níveis de atenção, o seu acesso em demasia pode ser indicador falhas de gestão clínica, e são falhas de gestão clínicas, principalmente dos médicos em regime de plantonista, como decorrência da própria característica da profissão, de ser temporária e pelo fato não haver a existência de exigência do desprendimento suficiente e oportuno de tempo para formar vínculos com a população atendida^{5,6}, sendo uma discussão percebida nos relatos das gestoras de UBS (entrevistadas 1 e 2).

A estratégia da contratação de médicos em regime de plantão é decorrente da perda de médicos gerada

pelos novos critérios do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). Concomitantemente a isso, todas as gestoras de UBS, inclusive o primeiro médico entrevistado verbalizaram a importância de conversação e interação em equipe, para a escuta qualificada, o acolhimento, prática da empatia e o entendimento da rotina, dos problemas, preocupações, anseios, sonhos, das motivações e permanência do pessoal da saúde no ambiente de trabalho. O arranjo relacional das equipes de saúde é uma amostra representativa do uso de um dos princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde: a integralidade funcionando como meio de compreender o ser humano em todos seus aspectos^{5,6}.

A expectativa de um ambiente laboral equipado com a quantidade de materiais médicos necessárias e o incentivo à qualificação profissional são atributos recomendados para permanência dos profissionais de saúde nos serviços de saúde, sendo uma visão comum as perspectivas compartilhadas pelo primeiro médico entrevistado e pela última médica entrevistada em relação ao atributo de equipar o ambiente de trabalho. A estratégia de qualificação profissional, além de desenhada pela Organização Mundial da Saúde²¹, essa estratégia também foi narrada pelo gestor municipal, porém por intermédio do Eixo de Formação do Programa Mais Médicos. Outra estratégia foi relatada pelos outros entrevistados para minimizar a desigualdade no provimento e distribuição de profissionais da saúde, como a ESF.

A ampliação do quantitativo do pessoal da saúde nas equipes de saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, é uma das estratégias de proposições desenhadas pela Política Nacional de Atenção Básica pelo SUS^{2,5,6}. A defesa de tal alternativa foi feita pelo gestor municipal, pelas gestoras de UBS (entrevistadas 1 e 3) e pelo médico e pela médica (entrevistado 2 e entrevistada 3).

Expectativas profissionais

A perspectiva e o incentivo à qualificação profissional e ao aumento de salário são fatores de atração para os profissionais médicos, ao menos em um primeiro momento. A Organização Mundial da Saúde²¹ recomenda esses incentivos e outros para atrair, reter e manter médicos na Atenção Primária à Saúde.

Pretendo fazer especialização em Pediatria, continuar no trabalho e ter aumento de salário (Médica, entrevistada 3);

Comecei a fazer especialização em Saúde da Família, pretendo continuar por um tempo no município e mais para frente fazer curso de Anestesiologia (Médico, entrevistado 2).

Aposentar-se aqui! (Médico, entrevistado 1).

Porém, se percebe uma possível tendência dos médicos se desligarem em um futuro próximo da APS para se qualificarem como também um possível retorno da médica para APS ao terminar seus estudos em pediatria, pelo fato de ser uma especialidade existente na APS e uma saída definitiva do médico da APS para estudar anestesiologia, considerando ser uma especialidade não pertencente no nível da APS e para realizar um objetivo pessoal, podendo assim contribuir em partes com o ciclo de rotatividade de

médicos na APS e com o movimento histórico de cuidados em saúde centrados na especialidade.

O fato da última médica entrevista e o segundo médico entrevistado procurarem novas oportunidades profissionais, vem de uma construção social influenciada pela reforma das relações trabalhistas de não permanecer em um mesmo trabalho por toda vida. O oposto também é válido, pois o primeiro médico entrevistado, foi influenciado pela reforma trabalhista, porém, a antiga, em função de buscar aposentar-se no emprego atual.

Considerações Finais

A gestão em saúde da APS em Francisco Morato, é organizada, através da macrogestão da Estratégia Saúde da Família e da microgestão baseada na produtividade. Em relação, às formas de contratação de profissionais da saúde, a multiplicidade de vínculos empregatícios assumidas são diversas (contratos e concursos, por exemplo). Na cidade, assim como no Brasil e globalmente, existe a escassez de mão-de-obra da saúde.

Como pontos fortes do município: os gestores de saúde do município tem experiência e formação na gestão pública e na gestão do SUS, contando também com experiência e qualificação na APS, as gestoras de UBS tem larga experiência na gerência das unidades, e qualificação específica em políticas públicas e saúde da família, assim como identidade com o trabalho, e os profissionais médicos atuantes são comprometidos com o trabalho desenvolvido nas UBS e considerando a tríade de grupos entrevistados, todos de alguma forma preocupam-se com a questão do oferta médica e de outros profissionais de saúde na APS, seja participando da formulação e sugerindo estratégias de enfrentamento dessa questão, por exemplo a ampliação informal de escopo de práticas e retomada do PMM. Por outro lado, os profissionais da saúde sofrem na rotina de serviços de saúde nas UBS, com a falta de materiais, baixa infraestrutura, as inadequadas condições de trabalho, o subfinanciamento em saúde e sobrecarga de tarefas.

Para diminuir a falta do pessoal da saúde, sugere-se aos gestores municipal realizar parcerias com as instituições de educação em saúde moratenses, para estimular os estudantes da saúde depois de formados a trabalharem em Francisco Morato; realizar parceria intersetorial com a Secretária de Segurança Pública do município para formular propostas de contratação de seguranças nas UBS e com esta contratação combater a violência existente nesses serviços contra os profissionais de saúde e sugere-se aos gestores municipal continuarem a investir e estimular a educação permanente nos serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os gestores de UBS e equipes de saúde.

Além disso, recomenda-se aos gestores do município formar redes de funcionários da saúde atuantes em territórios próximos e do próprio território para cooperação mútua, podendo ter a utilização ou não dos recursos de telessaúde; consolidar o redesenho de ampliação de equipes, em particular das eMulti para a introdução de diversos tipos de trabalhadores da saúde, como o profissional gerontólogo por ser um gestor do envelhecimento e ter uma formação interprofissional e interdisciplinar, poderia realizar a

função tanto da assistência quanto de gestores em Unidades Básicas de Saúde, para auxiliar as equipes de saúde de modo permanente na falta de profissionais de saúde e assegurar um dos pilares e linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS): longitudinalidade e integralidade; e sugere-se aos gestores do município formular e implantar protocolos de ampliação de escopo de práticas de trabalhadores da saúde, visando minimizar a escassez de profissionais de saúde na APS. E manter a montagem das ESF e de equipes mínimas.

Anexo 1

Questionário dos Gestores Municipais

Questão	Perguntas
1)	Como é organizado o mercado de trabalho em termos de distribuição de profissionais médicos e demais profissionais da saúde na atenção primária e especializada do município?
2)	Quais desafios são enfrentados pelos gestores para garantir a quantidade e a boa distribuição de profissionais de saúde?
3)	Quais estratégias de contratação eram utilizadas antes do Programa Mais Médicos?
4)	Como ficou a situação de contratação depois da implantação do programa?
5)	Qual o impacto do Programa Médicos para o Brasil? Quais as estratégias adotadas?
6)	Quais metas estavam colocadas pelo Previne Brasil, naquele momento? Foi possível alcançar as metas do Previne Brasil?
7)	Qual a situação da organização dos serviços no momento atual?
8)	Quais estratégias são utilizadas neste momento? Que outras iniciativas existem para atração além da contratação/remuneração? Porque são utilizadas estas estratégias?
9)	Os profissionais que atuam aqui trabalham em outros serviços/municípios? Onde?
10)	Na sua concepção quais fatores levam ao sucesso e fracasso do uso destas estratégias?
11)	Como é definida a composição de equipe, a partir de quais critérios. Há alguma análise de determinantes sociais, perfil sócio-demográfico, e estrutura epidemiológica da população?
12)	Há alguma exigência de qualificação /especialização para os profissionais?
13)	Há alguma exigência de qualificação /especialização para os profissionais?

Anexo 2**Questionário dos profissionais médicos**

Questão	Perguntas
1)	Discorra suas motivações que lhe buscaram trabalhar aqui (distância, condições de trabalho como remuneração e carreira, origem, etc)
2)	Você trabalha em outros serviços de saúde? Onde?
3)	Relate suas atividades cotidianas na Unidade
4)	Como é pra você trabalhar aqui?
5)	Como são as condições de trabalho?
6)	Se fosse para melhorar algo nas condições de trabalho (educação em saúde ou nos equipamentos de saúde), quais situações gostaria de melhorar?
7)	Na escassez de profissionais de saúde na unidade como lidam com isso?
8)	Como você avalia a importância e a viabilidade de ampliar o escopo de práticas dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, de forma a aumentar a resolutividade da APS e reduzir as filas aos serviços especializados?
9)	Quais suas expectativas e continuidade de trabalho na Unidade?

Anexo 3

Questionários dos gestores de Unidade Básica de Saúde (UBS)

Questões	Perguntas
1)	Como é a organização do trabalho?
2)	Como é formada a equipe de profissionais da saúde? Qual o número de profissionais?
3)	Quais condições são levadas em consideração para contratar médicos e outros profissionais da saúde?
4)	Quais modalidades de vínculo são estabelecidas? Você recebe alguma modalidade de incentivo financeiro e não financeiro?
5)	Como eram feitas as divisões de trabalho dos médicos plantonistas?
6)	Como se encontra a situação atual desta divisão de trabalho?
7)	Você encontrou escassez de médicos ou outros profissionais de saúde?
8)	Quais estratégias são usadas para manter, atrair e motivar os profissionais de saúde?
9)	Quais condições de recursos e ambientais são oferecidas aos profissionais de saúde?
10)	Como as condições de recursos e de ambiente de trabalho oferecidas aos profissionais podem impactar na qualidade de cuidado em saúde dos usuários na sua perspectiva?
11)	Na escassez de profissionais de saúde na unidade como lidam com isso?
12)	Como você avalia a importância e a viabilidade de ampliar o escopo de práticas dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, de forma a aumentar a resolutividade da APS e reduzir as filas aos serviços especializados?

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES - ENTREVISTA

Prezado(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Avaliação, intervenção e formação em saúde: um estudo matricial sobre o SUS de Francisco Morato (SP)” que tem por objetivo avaliar e propor intervenções na rede de saúde pública de Francisco Morato, e justifica-se para apoiar consecutivamente o planejamento de ações de acordo com as prioridades de saúde da população.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais envolvidos na gestão, na Atenção Básica, serviços de referência, apoiadores da Atenção Básica e usuários que concordarem em participar de uma entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos. A conversa será gravada, para que o conteúdo possa ser gravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada em seu ambiente de trabalho ou em ambiente virtual por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores do Instituto de Saúde.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, e não acarretarão em prejuízos para o seu trabalho. O(a) Sr(a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu trabalho. A sua participação poderá ajudar a melhorar a rede de saúde de Francisco Morato.

O(A) senhor(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma e não será possível identificá-lo no seu ambiente de trabalho. O(A) senhor(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais do Serviço de Assistência Médica (SAME) do município de Francisco Morato.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Cláudia Malinverni, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8516), das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail claudia.malinverni@isaude.sp.gov.br. O(A) senhor(a) também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS sobre considerações ou dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, pelo telefone 11-3116-8548, entre 9 e 16 horas, ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. O comitê de ética é um órgão colegiado que acompanha, avalia e valida todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e garante a proteção aos participantes de pesquisas.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em participar:

_____/_____/_____
Assinatura do (a) participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante do diálogo deliberativo para a participação neste estudo.

_____/_____/_____
Nome do responsável pela entrevista - Assinatura do (a) pesquisador (a)

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. The world health report 2006 : working together for health. World Health Organization; 2006. 209 p.
2. Dos A, Macedo S, Aurélio M, Ferreira M. Efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) nos resultados da Atenção Básica à saúde Effects of the More Doctors Program on Primary Health Care Outcomes.
3. São Francisco Xavier R, Regina Pierantoni C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades.
4. Schuerz V. Revista de Direito Tributário e Financeiro A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, TRAJETÓRIA E FINANCIAMENTO [Internet]. Available from: <http://lattes.cnpq.br/1226502006791294>
5. Silva ER, Ianni AMZ. The decline in the fight for the right to health and the necessary repoliticization of the Brazilian Health Reform in Amélia Cohn's writing. Saúde e Sociedade. 2022; 31(3).
6. Paim JS. Thirty years of the unified health system (SUS). Ciência e Saúde Coletiva. 2018 Jun 1;23(6):1723–8.
7. Faleiros V de Paula, Brazil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS : histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2006. 297 p.
8. Nunes RP, Chaoubah A. Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS: mudanças institucionais em curso no cenário pós-2016. Revista de APS [Internet]. 2022 Jun 22; 24(4). Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35279>
9. Menezes AP do R, Moretti B, Reis AAC dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde em Debate. 2019; 43(spe5):58–70.
10. De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Previner Brasil program: The apex of threats to primary health care? Ciência e Saúde Coletiva. 2021; 26:3781–6.
11. Bispo Júnior JP, Almeida ER de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cad Saúde Pública? 2023; 39(10).

12. Ferreira MRJ, Mendes ÁN. Reformas nos sistemas de saúde Alemão, Francês e Britânico. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2018 Dec 21; 31(4).
13. Teixeira CF. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Revista brasileira de enfermagem*. 1991; 44(1): 10-5.
14. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NM. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. *Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz*. 2011; 001(1):11-12.
15. Campos FEd, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg saúde debate*. 2009(44): 13-24.
16. Damascena DM, Vale PRLF do. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020; 18(3).
17. Levi ML, Sousa J, Almeida CJ, Matsumoto K, Sussai S, Andrietta L, et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2022; 20.
18. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Vol. 4, *Human Resources for Health*. 2006.
19. Tenório MEC, Sampaio J, Soares GB. Recrutamento e retenção de médicos para a Atenção Básica: permanentes desafios para o Brasil. *Revista de APS*. 2021 Jun 23; 23(4).
20. Pinto H, Lima AM. *Revista Baiana de Saúde Pública* ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE LEGADOS HISTÓRICOS QUE INFLUENCIARAM A FORMULAÇÃO DO MAIS MÉDICOS E QUE DECORREM DE SUA IMPLEMENTAÇÃO. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>
21. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention: Global Policy Recommendations, World Health Organization, 2010 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/>
22. De Oliveira APC, Gabriel M, Dal Poz MR, Dussault G. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's unified health system (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017 Apr 1;22(4):1165–80.
23. Pinto H, Oliveira FP de, Soares R. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2022 Jul 7;46(1):32–53.

24. Oliveira LZ, Cruz MM, Jatoba AS, Oliveira AF. Assessing the pertinency of the More Doctors program to primary healthcare in Brazil. Vol. 12, Meta: Avaliação. Fundação Cesgranrio; 2020. p. 497-520.

25. Santos CMJ dos, Andrade SZD de, Wollmann L, Frade FVC de C, Andreato N da SA, Silveira Junior RR da, et al. Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados. Cien Saude Colet. 2023 Nov; 28(11): 3273–9.

26. Wollmann L, Pereira D'Avila O, Harzheim E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2020 Mar 16; 15(42):2346.

27. Melo Neto AJ de, Barreto D da S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2019 Aug 26; 14(41): 2162.

28. São Paulo S da F e do PFE de A de D. Seade. 2022.

