

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO INSTITUTO  
DE SAÚDE**

**THAÍS FERMINIANO BOHN**

**ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA:  
UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE FRANCISCO  
MORATO**

**São Paulo  
2023**

**THAÍS FERMINIANO BOHN**

**ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA:  
UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE FRANCISCO  
MORATO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto de Saúde, para obtenção do título de  
Especialista em Saúde Coletiva.**

**Orientador:** Maria Izabel Sanchez Costa

**Coorientador:** Paulo Henrique Seixas

**São Paulo  
2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Bohn, Thaís Ferminiano

Escassez de profissionais na Atenção Básica: uma análise do município de Francisco Morato / Thaís Ferminiano Bohn — São Paulo, 2023.  
35 f.

Orientador (a): Profª Maria Izabel Sanchez Costa

Co-orientador (a): Paulo Henrique Seixas

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

1. Gestão de Recursos Humanos 2. Escassez de médicos 3. Atenção básica I. Costa, Maria Izabel Sanchez II. Seixas, Paulo Henrique

CDD: 614

BOHN, Thaís Ferminiano. **Escassez de profissionais na Atenção Básica:** uma análise do município de Francisco Morato [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

## RESUMO

**Introdução:** A escassez da força de trabalho em saúde é um desafio global e se mostra como um desafio crônico, afetando regiões remotas, periféricas e vulneráveis com mais contundência. No Sistema Único de Saúde (SUS) a situação de escassez de Recursos Humanos da Saúde promove insegurança assistencial à segmentos mais vulneráveis da população, que são os que dependem exclusivamente do SUS para obtenção de cuidados à saúde. **Objetivo:** Pretende-se compreender as medidas de enfrentamento para o provimento de recursos humanos na Atenção Básica do município de Francisco Morato. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de campo, de natureza qualitativa, em nível descritivo e exploratório. Para a sistematização e análise das respostas obtidas nas entrevistas, optou-se por utilizar a técnica da análise de conteúdo. **Resultados:** A escassez de RHS é uma realidade no município que foi agravada pela carência assistencial deixada pelo Programa Médicos pelo Brasil. A principal estratégia adotada pelos gestores foi a terceirização da mão de obra de profissionais médicos, sendo a contratação realizada por meio de convênio com serviço filantrópico local, para realizar plantões de seis horas por dia contratado. A contratação de médicos plantonistas supre a necessidade imediata destes profissionais na assistência, mas promove uma desarticulação do modelo de Estratégia de Saúde da Família adotado pelo município. **Conclusão:** Acredita-se que para enfrentar a escassez RHS deve existir articulação entre as estratégias tomadas, devendo ser adotadas em conjunto para o enfrentamento de iniquidades em saúde.

**Palavras-chave:** Gestão de Recursos Humanos, Escassez de médicos e Atenção Básica.

## ABSTRACT

**Introduction:** The shortage of the health workforce is a global challenge and is shown to be a chronic challenge, affecting remote, peripheral and vulnerable regions more forcefully. In the Unified Health System (SUS) the situation of shortage of Health Human Resources promotes insecurity of care for the most vulnerable segments of the population, which are those who depend exclusively on SUS to obtain health care. **Objective:** It is intended to understand the coping measures for the provision of human resources in Primary Care in the municipality of Francisco Morato. **Methodology:** This is a field study, of a qualitative nature, at a descriptive and exploratory level. For the systematization and analysis of the answers obtained in the interviews, it was decided to use the technique of content analysis. **Results:** The shortage of RHS is a reality in the municipality that was aggravated by the lack of care left by the Doctors in Brazil Program. The main strategy adopted by the managers was the outsourcing of the workforce of medical professionals, being contracted through an agreement with a local philanthropic service, to carry out six-hour shifts per contracted day. The hiring of physicians on duty meets the immediate need of these professionals in care, but promotes a disarticulation of the Family Health Strategy model adopted by the municipality. **Conclusion:** It is believed that, in order to face the RHS shortage, there must be articulation between the strategies taken, and they must be adopted together to face health inequalities.

**Keywords:** Personnel Management, Medically Underserved Area, Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Revisão da Literatura</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Geral</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Específicos</b>	<b>19</b>
<b>4 ARTIGO</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Introdução</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Metodologia</b>	<b>24</b>
<b>4.3 Resultados e Discussão</b>	<b>25</b>
<b>4.4 Conclusão</b>	<b>29</b>
<b>4.5 Referências</b>	<b>30</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>
<b>7 ANEXOS</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo deriva de uma pesquisa maior, denominada “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, realizada pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS-SES/SP), por meio de uma parceria com o município de Francisco Morato, iniciada no ano de 2022. A pesquisa supracitada teve por objetivo caracterizar a Atenção Básica (AB) do município, abrangendo diversos eixos temáticos, tais como: Saúde da Criança, Nutrição; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Saúde do Adolescente; Previne Brasil; Comunicação; e Saúde Mental. Como requisito para a formação de especialista em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde, apresenta-se, aqui, o trabalho de conclusão de curso que analisou as medidas de enfrentamento para o provimento de recursos humanos na Atenção Básica (AB) do município de Francisco Morato.

Francisco Morato (FM) está localizado na região metropolitana da cidade de São Paulo. Possui uma população de 179.372 pessoas e área territorial de 49.001 quilômetros quadrados<sup>1</sup>. O município compõe a Região de Saúde de Franco da Rocha, junto aos municípios de Caieiras, Cajamar e Mairiporã. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,703 (2010), considerado alto, porém, com o segundo menor PIB per capita do estado de São Paulo (R\$9.034,56 em 2019). A AB de FM é composta atualmente por 13 USF. Todas as unidades do município aderem ao modelo de Estratégia Saúde da Família e trabalham com equipes de Saúde da Família (eSF) e com duas equipes de Atenção Primária (eAP), que realizam trabalhos de apoio. Além das eSF e eAP, conforme dados obtidos através do portal “e-gestor AB”, do Ministério da Saúde, também 8 equipes de saúde bucal (eSB) 40h.

Em uma primeira aproximação dos alunos com o campo, uma reunião foi realizada entre a gestão municipal da AB e os alunos da especialização do IS, com o objetivo de apresentar a estrutura e a organização da AB no município para que os alunos pudessem iniciar a constituição dos dados. Naquele período, uma das problemáticas apontadas pela gestão foi a dificuldade de atração e fixação de profissionais. Nesse sentido, se acreditou ser relevante compreender os principais pontos norteadores da discussão sobre a dificuldade de provimento de profissionais na saúde.

Uma questão fundamental para o acesso da população à saúde é o suprimento da força de trabalho em saúde. De acordo com a OMS<sup>2</sup> (2006) existe um problema crônico no suprimento de profissionais bem treinados em saúde, fazendo com que países desenvolvidos ou em desenvolvimento, não consigam manter e educar a mão de obra em saúde, que aumentaria a chance de sobrevivência e bem-estar de suas populações. Essa escassez da força de trabalho em saúde é um desafio global, mas afeta com maior intensidade os países que mais precisam desse recurso para o enfrentamento de iniquidades em saúde.

Para o enfrentamento da escassez de RHC, a OMS fez o evento temático de 2006 para buscar estratégias para essa questão desafiadora, no “*Working together for health*” traz que sistemas de saúde em todo o mundo lidam com desafios, à medida que reagem a uma complexa gama de forças como: i) escassez

de RHS; ii) dificuldade em atrair e reter profissionais; ii) necessidade de criação de programas de interiorização da força de trabalho; iv) financiamento do sistema de saúde. A situação do Sistema Único de Saúde (SUS) não se distancia dessa problemática, sofrendo desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS em regiões de necessidade<sup>3, 4, 5, 6</sup>.

Tendo em vista que parte expressiva da população depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde para obter cuidados à saúde, a escassez de RHS promove insegurança assistencial aos segmentos mais vulneráveis da população. Considerando que a escassez de RHS se mostra como um desafio crônico e que regiões remotas, periféricas e vulneráveis são as mais afetadas, acredita-se ser relevante explicitar como um município, que se encaixa em algumas dessas especificidades, enfrenta essas dificuldades. Para tanto, objetivou-se compreender as medidas de enfrentamento para o provimento de recursos humanos na Atenção Básica do município de Francisco Morato.

Mostra-se relevante dar visibilidade para as questões enfrentadas pelo município tendo em vista os pontos norteadores da discussão no contexto global e a nível nacional, abordados nos tópicos a seguir.

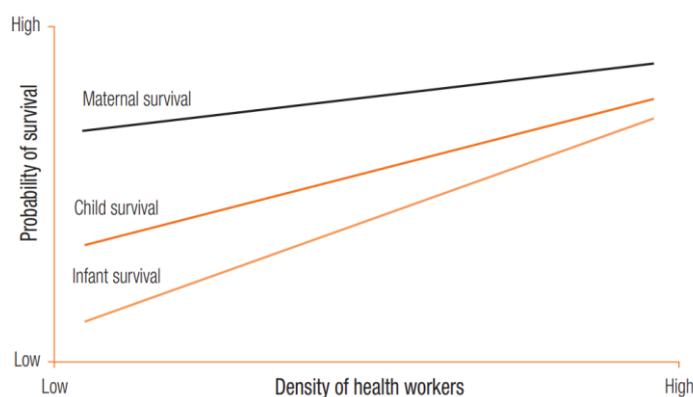
## 1.1 Revisão da Literatura

### 1.1.1. Desafio da Escassez de Recursos Humanos

Os sistemas de saúde necessitam, entre outros componentes, de uma força de trabalho adequada, como sendo pilar para reduzir as barreiras no acesso da população a uma rede de atenção à saúde<sup>5</sup>. Entende-se a força de trabalho em saúde como uma categoria composta de vários trabalhadores, que fazem parte do processo produtivo do serviço que é prestado ao usuário<sup>7</sup>.

Para um bom gerenciamento dos serviços em saúde, é necessário ter número suficiente de profissionais, com competências relevantes para a prática do dia a dia, alocados estrategicamente onde são necessários e com apoio institucional. Garantindo condicionantes fundamentais para os ganhos em saúde e melhora dos níveis de cobertura dos serviços de saúde para a população. A OMS<sup>2</sup> (2006), estima que exista um total de 59,2 milhões de profissionais de saúde remunerados em todo o mundo. E como mostra a figura 1, quanto maior a densidade da força de trabalho em saúde, maior serão as probabilidades de sobrevivência materna e infantil.

**Figura 1** - Profissionais da saúde salvam vidas!



De acordo com a OMS<sup>2</sup> (2006), a questão mais importante observada no setor da saúde, independente se o país é desenvolvido ou em desenvolvimento, é a crise de recursos humanos. Quase todos os países sofrem má distribuição de recursos humanos em saúde, caracterizada por concentração desses profissionais em áreas urbanas e déficits em áreas rurais. Regiões com escassez de recursos humanos em saúde necessitam implementar estratégias de enfrentamento para educar e manter a força de trabalho em saúde para o aumento da chance de sobrevivência e bem-estar de suas populações.

Desse modo, mesmo existindo um problema crônico global no suprimento de profissionais bem treinados em saúde, essa escassez afeta com maior intensidade os países que mais precisam desse recurso. De acordo com Campos et al.<sup>3</sup> (2009), Oliveira et al.<sup>5</sup> (2017) e Giovanella et al.<sup>8</sup> (2019), o desequilíbrio na força de trabalho, a dificuldade em encontrar e manter profissionais de saúde em regiões consideradas remotas, economicamente vulneráveis e periféricas é uma demanda persistente em quase todos os países, além de ser resistente às mais variadas estratégias de enfrentamento.

Segundo a OMS<sup>2</sup> (2006), são necessários certos esforços para atrair e fixar esses profissionais, tais como: desenvolver descrições de funções claras, apoiar normas e códigos de conduta, adequar as competências às tarefas, exercer a supervisão de apoio sistemas básicos de apoio, assegurar uma remuneração adequada, assegurar a informação e a comunicação adequadas, melhorar as infraestruturas e os fornecimentos um ambiente de trabalho propício, promover a aprendizagem ao longo da vida, estabelecer uma gestão de equipe eficaz e combinar a responsabilidade com a prestação de contas.

De acordo com Campos et al.<sup>3</sup> (2009), no âmbito internacional, são diversas as estratégias adotadas para a superação da má distribuição geográfica e social de profissionais da saúde. Usualmente consistem em políticas regulatórias, administrativas, educacionais e financeiras, tais como: bolsas para estudantes com a contrapartida de que se comprometam sob contrato a prestar serviços em áreas carentes por igual número de anos que receberam a bolsa; refinanciamento de dívidas estudantis para os profissionais já formados; e condições favoráveis de moradia e incentivos aos estudos dos filhos dos profissionais contratados.

Essas estratégias, quando adotadas em conjunto com políticas de impacto nacional, como exemplo: pesquisas para apoiar o planejamento da interiorização da força de trabalho em saúde; oferta de educação permanente; condições diferenciadas na concorrência de cargos público; garantia de construção de carreira; flexibilidade por atuações presenciais e online; telemedicina; e organização de faculdades de medicina em localidades remotas<sup>3</sup>, podem servir de incentivo para os profissionais e estudantes da saúde se fixarem em áreas remotas e vulneráveis.

De acordo com Carmen Dolea et al.<sup>10</sup> (2010) em boletim da OMS, a autora mostra uma avaliação de impacto das intervenções para atrair e reter profissionais de saúde em locais remotos e áreas rurais. As intervenções políticas podem ter um efeito direto na: atratividade de áreas rurais/remotas para estudantes e/ou profissionais de saúde, recrutamento/desdobramento, retenção e força de trabalho em saúde ou desempenho do sistema de saúde. Se espera que a criação de “demanda” (atratividade) siga o recrutamento e a retenção, o que por sua vez terá um efeito positivo na melhoria da disponibilidade de profissionais de

saúde e a qualidade dos serviços de saúde, melhorando assim os resultados de saúde da população a longo prazo.

Acredita-se que essas estratégias regulatórias, administrativas, educacionais e financeiras têm um potencial maior de impacto nos sistemas de saúde quando aplicadas em conjunto. Sendo ampliada a possibilidade de atração e fixação dos profissionais de saúde, promovendo a interiorização mais eficiente da força de trabalho especializada. Nesse sentido, considera-se que a escassez da força de trabalho em saúde é um problema social e político que reduz o acesso da população mais vulnerabilizada aos serviços de saúde.

### **1.1.2. Força de Trabalho em saúde no cenário brasileiro**

O Brasil, embora seja a maior economia da América Latina, apresenta grande desigualdade econômica e social. Parte expressiva da população depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para obter cuidados em saúde. Fatores conjunturais e estruturais afetam diretamente o suprimento de recursos humanos no SUS, sistema que atualmente sofre com má distribuição geográfica de profissionais da saúde em regiões de necessidade, ocasionando insegurança assistencial aos segmentos mais pobres e desprotegidos da população.

Conforme Campos, Machado e Girardi<sup>3</sup> (2009), a razão média de cerca de 540 habitantes por médico em atividade registrada no Brasil é comparável com a de muitos países desenvolvidos e a distribuição dos médicos pelo território nacional melhorou bastante, sobretudo a partir da criação do Sistema Único de Saúde e da implementação da Estratégia da Saúde da Família. Pelos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é pequeno o número de municípios que atualmente sofrem com escassez absoluta de médicos, ou seja, com ausência completa de oferta de trabalho médico. Contudo, graves desigualdades sócio regionais na distribuição da força de trabalho médica podem ainda ser observadas. Ainda, segundo os autores supracitados, ao lado da saturação de médicos nas grandes cidades e regiões mais ricas do país coexistem severas carências. Estima-se que em torno de 7% dos municípios brasileiros não contam com médicos residindo em seus limites, e em torno de 25% contam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes.

Em artigo escrito pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG e integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (OPAS/MS), Sábado Girardi et al.<sup>4</sup> (2011) defende que a identificação de áreas geográfico-populacionais carentes possa ser elemento fundamental para apoiar a distribuição racional de recursos, estratégias e programas no âmbito de uma Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS. Os autores, por meio do estudo, fazem um esforço inicial para identificação dessas áreas e tem seu foco na identificação de municípios com Escassez de Médicos em Atenção Primária (EMAP).

Usando o município como dimensão da análise, a definição de carência/escassez do artigo levou em consideração algumas dimensões: disponibilidade/oferta de recursos humanos em Atenção Primária; necessidades de saúde; carências socioeconômicas; e barreiras de acesso a serviços de saúde. O pressuposto

é o de que altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e dificuldades de acesso se refletem em maior demanda de serviços médicos, agravando a situação de escassez destes. Para cada uma dessas dimensões foi selecionado 1 (um) único indicador e calculadas as seguintes razões Razão população/médico: número de habitantes no município por médico na Atenção Primária (ajustado por tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais – FTE – nas especialidades de clínica médica, pediatria e saúde da família); mortalidade infantil por mil nascidos vivos; e porcentagem de domicílios na pobreza: proporção de domicílios elegíveis ao programa de complementação de renda, Programa Bolsa Família.

No caso específico do Brasil, a situação de escassez não é absoluta para todos os lugares, se agravando quando indicadores de altas necessidades sociais e de saúde como o nível de pobreza e a mortalidade infantil são levados em conta. A forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS gera fracasso do alcance da proposta de universalidade em saúde, uma vez que a saúde pública, por vezes chega defasada para populações isoladas, remotas, vulneráveis e com baixo potencial de investimento em saúde.

Entende-se que os problemas de gestão do trabalho devem levar em conta as condições sociais estabelecidas para o eficaz planejamento estratégico das ações de enfrentamento, sendo que olhar as barreiras de acesso à saúde em nível familiar e comunitário pode melhorar a compreensão dos mesmos, tendo competência cultural necessária para enfrentá-los. Nesse sentido, a Atenção Primária fortalecida configura-se como uma forma de garantir o acesso à saúde em regiões remotas e vulneráveis.

A Atenção Primária à Saúde corresponde aos primeiros serviços que o paciente entra em contato quando necessita acessar a saúde. Giovanella e Mendonça<sup>10</sup> (2012) defende que esse primeiro nível de atenção é considerado base para um sistema de saúde, de forma com que a assistência tenha práticas em saúde focadas no usuário-cidadão, além de integrar um processo permanente de assistência sanitária.

A renomada pesquisadora de Atenção Primária à Saúde (APS), Barbara Starfield, desenvolveu uma abordagem para caracterizar esse primeiro nível de atenção à saúde e definiu atributos essenciais de seus serviços: i) ser coordenadora da rede de atenção; ii) promover acesso aos serviços necessários dentro da rede de cuidado; iii) oferecer qualidade do atendimento; iv) prevenção precoce e oportuna de agravos de saúde; v) e acompanhamento dos problemas de saúde<sup>11</sup>. O que faz com que a APS seja garantidora da continuidade do cuidado no interior da rede de serviços.

No Brasil, a aplicação da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde se deu com a nomenclatura de Atenção Básica, tendo por concepção a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Fausto et al.<sup>12</sup> (2007) afirmam que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e no campo das políticas e planejamento em saúde.

Um dos sentidos dado para APS no Brasil, partiu do esforço de construção de um novo modelo assistencial baseado nos princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária, se materializando no Programa de Saúde da Família (PSF) e na Estratégia Saúde da Família, surgindo com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local,

especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada<sup>12</sup>.

A realidade brasileira apresentada pelo IBGE<sup>1</sup> (2009), mostra que famílias nas faixas de renda mais baixas residem em territórios vulneráveis onde se prevalece desigualdades econômicas e sociais; apresentam os piores resultados para o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e para o Produto Interno Bruto (PIB); e se localizam os domicílios mais desprovidos de saneamento básico. Corroborando Fausto, Fonseca e Goulart<sup>13</sup> (2013), essa realidade determina as condições de vida e conseqüentemente as condições de saúde da população.

Nesses territórios se prevalece a escassa disponibilidade dos recursos em saúde nas áreas de baixo desenvolvimento econômico e social, onde residem grupos sociais menos privilegiados com expressivas necessidades em saúde. Essa situação se torna mais grave quando pensamos que as desigualdades percebidas decorrem de iniquidades, ou seja, as oportunidades distribuídas desigualmente são desnecessárias, injustas e evitáveis<sup>13</sup>.

Moradores de áreas rurais representam cerca da metade da população mundial, têm menos acesso a cuidados e apresentam as piores condições de saúde quando comparados com populações urbanas. Na maioria dos países, áreas rurais enfrentam dificuldades com transporte e comunicação, desigualdades de financiamento à saúde, além de escassez e distribuição desigual de profissionais de saúde, com as piores condições de trabalho<sup>14</sup>. Muitas vezes essas situações se acumulam com problemas de insegurança pública, alimentar, econômica e social, agravando ainda mais a situação de privação essencial.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, dando centralidade para o processo social de saúde e doença. Sua operacionalização deve ser adequada às diferentes realidades locais, tendo como prioridade o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita. Organizando a atenção assistencial, os serviços extra setoriais, com uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações, devendo estar articulada aos demais níveis de atenção à saúde<sup>15</sup>.

A articulação, desenvolvida na ESF, entre comunidade e serviços de saúde, respalda a participação popular e coopera para a expressão das necessidades de saúde da população, havendo necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. A humanização da assistência, o vínculo de compromisso e corresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população são estratégias para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde. O que torna a ESF em um projeto de potencialidade transformadora, marco de referência para o combate de iniquidades em saúde<sup>10</sup>.

Entretanto, mudanças recentes na política federal trouxeram impactos para a expansão e consolidação do modelo de Estratégia de Saúde da Família. A partir de 2016 ganhou destaque um processo de revisão da política de Atenção Básica, que se consolidava na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017<sup>16</sup>, orientou mudanças nos aspectos organizativos e funcionais, tais como fim da obrigatoriedade de profissionais que não sejam médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e da participação de quatro agentes comunitários de saúde nas Equipes Saúde da Família; alteração da carga horária exigida para os

médicos; mudança no número de pessoas atendidas por EqSF; enfraquecimento do NASF; e retirada das atividades de formação e educação permanente das equipes de saúde da família. Em consonância com a PNAB de 2017<sup>16</sup>, o Previne Brasil<sup>17</sup> (2019) alterou as regras para o repasse de recursos federais no âmbito da política de atenção básica dos municípios. Nesse processo, as equipes de estratégia saúde da família deixaram de ser prioridade e o PAB fixo, que era um recurso repassado automaticamente, ficou muito reduzido.

Acredita-se que se faz necessário olhar para quem é o sujeito atraído para vaga, já que por vezes, uma classe de trabalhadores pode compartilhar inserções sociais similares, como é o caso do profissional médico. Ou seja, o estilo de vida que a pessoa foi socializada pode ser uma grande barreira para pleitear por vagas em localidades que promovam uma socialização completamente diferente.

Todos eles, mas muito particularmente o médico, provém de um extrato social muito diferenciado [...]. Já há uma inserção urbana, se costume de consumir bens culturais que não existem em localidades ermas, esperam educação de boa qualidade para os seus filhos e, adicionalmente, foram formados em ambiente hospitalar, muitas vezes altamente dependente de tecnologias e dependentes da interação com colegas em interconsultas. Este é o ponto no qual os incentivos financeiros isolados demonstram incapacidade de reverter este comportamento<sup>3</sup>. (p. 21)

Na década de 70 e 80, no Brasil já havia o debate de um nexos causal entre o aumento da quantidade de médicos na medida do crescimento da renda populacional<sup>3</sup>. Ou seja, havia maior concentração de médicos em grandes centros urbanos com maior concentração de renda. Dessa forma, quanto mais uma região for empobrecida e afastada de um grande centro urbano, mais terá dificuldades na contratação.

### **Estratégias de interiorização da força de trabalho no Brasil**

Por existir escassez da força de trabalho em regiões vulneráveis, muitas vezes localizadas nos interiores do país, a política de interiorização de profissionais tem como objetivo melhor distribuir geograficamente a mão de obra da saúde, levando profissionais para essas regiões desassistidas. As principais ações feitas no Brasil foram: o Projeto Rondon; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) - durante o regime ditatorial, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde; sob a égide do SUS, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde, em 1993; nos anos 2000, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); ProvAB; e pró-residência. Essas foram estratégias de indução da prática dos profissionais para a Saúde da Família. A mais recente, foi o Programa Mais Médicos (PMM), um projeto de muito corpo, que ganha relevância quando o assunto aborda a questão da escassez de profissionais da saúde.

O PMM, instituído na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013<sup>18</sup>, possuiu a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e tem como principais objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na

supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. Para realização desses objetivos a lei dispõe a oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante.

Para além do provimento emergencial de médicos para a APS em regiões com escassez de oferta e dificuldade de fixação, incluía um eixo de formação para o SUS com investimento na regulação da formação de especialistas, criação de vagas de graduação e residência, novos cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas, abertura de turmas de Mestrado Profissional em Saúde da Família, além de outro eixo voltado à melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS).

Diversos efeitos positivos do PMM foram identificados, em especial no eixo de provimento, com redução na escassez e das desigualdades na distribuição dos médicos, uma vez que 78% desses profissionais foram alocados em municípios prioritários, redução de internações por condições sensíveis à APS e aumento dos investimentos com construção e reforma para melhoria da infraestrutura das UBS. A sinergia entre os três eixos do PMM buscou afetar aspectos cruciais para a sustentabilidade e a qualificação da APS por meio do incentivo à formação via residência, com a oferta dessa formação ser interiorizada priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante para a implementação de escolas médicas e melhoria da infraestrutura das UBS, também considerada elemento para a fixação de profissionais da saúde em áreas remotas<sup>9</sup>.

Em 2019, a Lei nº 13.958<sup>20</sup>, substituiu o PMM pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB). Este programa, tem a finalidade de “[...] *incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS [...]*”<sup>20</sup>. Nessa legislação, consideram-se locais de difícil provimento os municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde, conforme classificação estabelecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Uma das mudanças entre os dois programas foi a diferença de critérios de escolha dos locais em que os programas se estabeleceram. No PMM o critério das “regiões prioritárias” é abrangente. No PBM, passou-se a ter o estabelecimento definido do que seriam os “locais de ou de alta vulnerabilidade”, descrito no parágrafo anterior. Como consequência, municípios de difícil provimento de RHS e vulneráveis, só receberão vagas se tiverem baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem algum benefício financeiro. O caso de Francisco Morato que possui uma população elevada e fica perto de grandes centros urbanos, não foi beneficiado com ampliação das vagas de profissionais médicos na troca dos programas.

A mesma lei<sup>20</sup>, também anunciou a criação de uma Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) com questões na mudança de relação entre os entes federados. O desenho do SUS pressupõe responsabilidades próprias dos três entes federados, cabendo ao ente municipal a gestão, o planejamento e a provisão da atenção básica. A ADAPS cria a possibilidade de uma cunha de ingerência na gestão municipal, na contramão da construção política do SUS, intervenção essa advinda não apenas do

nível federal, via ADAPS, mas também possivelmente do setor privado. Ademais, como o centro da MP é a categoria médica, poderia se afirmar que estamos diante de uma proposta de recriação do modelo de ambulatórios do antigo INAMPS, focado apenas na atenção médica individual. Fato esse reforçado pela ausência das dimensões comunitária e familiar no escopo dos atributos da APS<sup>9</sup>.

“Fica clara a aderência a novas modalidades de gestão inspiradas nas diretrizes da *New Public Management*. Esse movimento político se insere na esteira das políticas de reforma do Estado, em perspectiva da utopia liberal, em que um ponto central é a transferência da provisão de serviços sociais ao setor privado. Os argumentos para as novas modalidades de gestão no setor público seriam o alcance de maior flexibilidade, autonomia e agilidade na gestão e ampliação das parcerias entre Estado, mercado e sociedade civil. Um dos aspectos mais destacados seria a contratação de pessoal com flexibilidade, nas condições de mercado, sem incorporação ao regime jurídico único e correspondentes sistemas de aposentadorias, além de não estar submetida aos limites de contratação de pessoal pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Todavia, na experiência brasileira, o alcance de maior flexibilidade nessas modalidades de gestão tem ocorrido, em geral, sem garantias, com fraco controle público e baixa capacidade de controle institucional e social”<sup>9</sup> (p. 2).

A disputa pelos recursos públicos por empresas do setor privado (corporações financeiras que gerenciam planos de saúde, hospitais), sempre estiveram presentes na história brasileira, o que tornou mais acirrada em situações de desregulamentação, como na conjuntura atual. A criação de um SSA com prerrogativa de contratação de empresas privadas para a prestação transforma a APS em espaço mercantil, numa lógica próxima à da proposta de cobertura universal de saúde. O empresariamento é também facilitado pelo assento de entidades privadas no colegiado gestor da ADAPS, o que representa a inclusão de atores privados na tomada de decisão da política de APS. Abre-se caminho para a privatização da APS, que tem sido considerada a parte mais estatal da rede de serviços do SUS, com uma enorme vocação não mercantil<sup>9</sup>.

## 2 JUSTIFICATIVA

Uma questão fundamental para o acesso da população à saúde é o suprimento da força de trabalho em saúde. De acordo com a OMS<sup>2</sup> (2006) existe um problema crônico no suprimento de profissionais bem treinados em saúde, fazendo com que países desenvolvidos ou em desenvolvimento, não consigam manter e educar a mão de obra em saúde, que aumentaria a chance de sobrevivência e bem-estar de suas populações. Essa escassez da força de trabalho em saúde é um desafio global, mas afeta com maior intensidade os países que mais precisam desse recurso para o enfrentamento de iniquidades em saúde.

Para o enfrentamento da escassez de RHS, a OMS fez o evento temático de 2006 para buscar estratégias para essa questão desafiadora. O relatório desse evento “*Working together for health*”, traz que sistemas de saúde em todo o mundo lidam com desafios, à medida que reagem a uma complexa gama de forças como: i) escassez de RHS; ii) dificuldade em atrair e reter profissionais; iii) necessidade de criação de programas de interiorização da força de trabalho; iv) financiamento do sistema de saúde.

A situação do Sistema Único de Saúde (SUS) não se distancia dessa problemática, sofrendo desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS em regiões de necessidade<sup>3, 4, 5, 6</sup>. Tendo em vista que parte expressiva da população depende

exclusivamente do Sistema Único de Saúde para obter cuidados à saúde, a escassez de RHS promove insegurança assistencial aos segmentos mais vulneráveis, pobres e desprotegidos da população.

Tendo em vista que a escassez de RHS se mostra como um desafio crônico e que regiões remotas, periféricas e vulneráveis são as mais afetadas, acredita-se ser relevante explicitar como um município, que se encaixa em algumas dessas especificidades, enfrenta essas dificuldades.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Compreender as medidas de enfrentamento para o provimento de recursos humanos na Atenção Básica do município de Francisco Morato.

#### **3.2 Específico**

- Identificar e analisar as percepções dos gestores sobre a escassez de recursos humanos na Atenção Básica do município de Francisco Morato
- Identificar e analisar as estratégias adotadas pela gestão de Francisco Morato frente à escassez.

## 4 ARTIGO

### 4.1 Introdução

O presente estudo compreendeu as medidas de enfrentamento para o provimento de recursos humanos na Atenção Básica (AB) do município de Francisco Morato (FM). Cidade localizada na região metropolitana de São Paulo, possui uma população de 179.372 pessoas e área territorial de 49.001 km<sup>2</sup><sup>1</sup>. O município compõe a Região de Saúde de Franco da Rocha, junto aos municípios de Caieiras, Cajamar e Mairiporã. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,703 (2010), considerado alto, porém, com o segundo menor PIB per capita do estado de São Paulo (R\$9.034,56 em 2019). A Atenção Básica de FM é composta atualmente por 13 Unidades de Saúde da Família (USF). Todas as unidades do município aderem ao modelo de ESF e trabalham com equipes de Saúde da Família (eSF) e com duas equipes de Atenção Primária (eAP), que realizam trabalhos de apoio. Além das eSF e eAP, conforme dados obtidos através do portal “e-gestor AB”, do Ministério da Saúde, também 8 equipes de saúde bucal (eSB) 40h.

Uma questão fundamental para o acesso da população à saúde é o suprimento da força de trabalho em saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>2</sup> (2006) existe um problema crônico no suprimento de profissionais bem treinados em saúde, fazendo com que países desenvolvidos ou em desenvolvimento, não consigam manter e educar a mão de obra em saúde, que aumentaria a chance de sobrevivência e bem-estar de suas populações. Essa escassez da força de trabalho em saúde é um desafio global, mas afeta com maior intensidade os países que mais precisam desse recurso para o enfrentamento de iniquidades em saúde.

Para o enfrentamento da escassez de Recursos Humanos da saúde (RHS), a OMS<sup>2</sup> fez o evento temático de 2006 para buscar estratégias para essa questão desafiadora. O relatório desse evento “*Working together for health*”<sup>2</sup>, traz que sistemas de saúde em todo o mundo lidam com desafios, à medida que reagem a uma complexa gama de forças como: i) escassez de RHS; ii) dificuldade em atrair e reter profissionais; iii) necessidade de criação de programas de interiorização da força de trabalho; iv) financiamento do sistema de saúde.

A situação do Sistema Único de Saúde (SUS) não se distancia dessa problemática, sofrendo desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS em regiões de necessidade<sup>3, 4, 5, 6</sup>. Tendo em vista que parte expressiva da população depende exclusivamente do SUS para obter cuidados à saúde, a escassez de RHS promove insegurança assistencial aos segmentos mais pobres e desprotegidos da população.

Considerando que a escassez de RHS se mostra como um desafio crônico e que regiões remotas, periféricas e vulneráveis são as mais afetadas, acredita-se ser relevante explicitar como um município, que se encaixa em algumas dessas especificidades, enfrenta essas dificuldades. Para tanto, objetivou-se explicitar e discutir quais são as estratégias de enfrentamento adotadas pela gestão do município para lidar com a escassez de RHS.

Corroborando Dolea et al.<sup>10</sup> (2010), considera-se que deve existir articulação entre os diversos agentes e entre as estratégias de enfrentamento da escassez. Na ausência de políticas mais consistentes, o município lança mão de ações mais arriscadas para oferta de profissionais. Possivelmente, ao adotar essa estratégia de enfrentamento, o município não consiga resolver a questão a longo prazo, o que pode trazer barreiras de acesso à saúde da população, ao se afastar da ESF. Tais dados corroboram Franco et al.<sup>6</sup> (2021), ao afirmar que a desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS gera fracasso do alcance da proposta de universalidade em saúde, uma vez que a saúde pública, por vezes chega defasada para populações isoladas, remotas, vulneráveis e com baixo potencial de investimento em saúde.

As problemáticas presentes nas entrevistas dos gestores de Francisco Morato, conforme serão apresentadas no tópico de resultados e discussões, se equiparam à realidade de cidades consideradas remotas, economicamente vulneráveis e periféricas.

### **Desafio da Escassez de Recursos Humanos**

Entende-se a força de trabalho em saúde como uma categoria composta de vários trabalhadores, que fazem parte do processo produtivo do serviço que é prestado ao usuário<sup>8</sup>. Os sistemas de saúde necessitam, entre outros componentes, de uma força de trabalho adequada, como sendo pilar para reduzir as barreiras no acesso da população a uma rede de atenção à saúde<sup>5</sup>. Garantindo condicionantes fundamentais para os ganhos em saúde e melhora dos níveis de cobertura dos serviços de saúde para a população.

De acordo com a OMS<sup>2</sup> (2006), quase todos os países sofrem má distribuição de recursos humanos em saúde, caracterizada por concentração desses profissionais em áreas urbanas e déficits em áreas rurais. Desse modo, essa escassez afeta com maior intensidade os países que mais precisam desse recurso. De acordo com Campos et al.<sup>3</sup> (2009), Oliveira et al.<sup>5</sup> (2017) e Giovanella et al.<sup>8</sup> (2019), o desequilíbrio na força de trabalho, a dificuldade em encontrar e manter profissionais de saúde em regiões consideradas remotas, economicamente vulneráveis e periféricas é uma demanda persistente em quase todos os países, além de ser resistente às mais variadas estratégias de enfrentamento.

Segundo a OMS<sup>2</sup> (2006), são necessários certos esforços para atrair e fixar esses profissionais, tais como: desenvolver descrições de funções claras, apoiar normas e códigos de conduta, adequar as competências às tarefas, exercer a supervisão de apoio sistemas básicos de apoio, assegurar uma remuneração adequada, assegurar a informação e a comunicação adequadas, melhorar as infraestruturas e os fornecimentos um ambiente de trabalho propício, promover a aprendizagem ao longo da vida, estabelecer uma gestão de equipe eficaz e combinar a responsabilidade com a prestação de contas. Carmen Dolea et al.<sup>9</sup> (2010) em boletim da OMS, mostra uma avaliação de impacto dessas intervenções para atrair e reter profissionais de saúde em locais remotos e áreas rurais. As intervenções políticas podem ter um efeito direto na: atratividade de áreas rurais/remotas para estudantes e/ou profissionais de saúde, recrutamento/desdobramento, retenção e força de trabalho em saúde ou desempenho do sistema de saúde. Se espera que a criação de “demanda” (atratividade) siga o recrutamento e a retenção, o que por sua vez terá

um efeito positivo na melhoria da disponibilidade de profissionais de saúde e a qualidade dos serviços de saúde, melhorando assim os resultados de saúde da população a longo prazo.

Acredita-se que essas estratégias regulatórias, administrativas, educacionais e financeiras têm um potencial maior de impacto nos sistemas de saúde quando aplicadas em conjunto. Sendo ampliada a possibilidade de atração e fixação dos profissionais de saúde, promovendo a interiorização mais eficiente da força de trabalho especializada. Nesse sentido, considera-se que a escassez da força de trabalho em saúde é um problema social e político que reduz o acesso da população mais vulnerabilizada aos serviços de saúde.

### **Força de Trabalho em Saúde no cenário brasileiro**

No Brasil, parte expressiva da população depende exclusivamente do SUS para obter cuidados em saúde. O suprimento de recursos humanos no SUS, sofre com má distribuição geográfica de profissionais da saúde em regiões de necessidade, ocasionando insegurança assistencial aos segmentos mais pobres e desprotegidos da população. Corroborando Campos et al.<sup>3</sup> pode ser observada a presença de saturação de médicos nas grandes cidades e regiões mais ricas do Brasil coexistindo com severas carências em regiões remotas e vulneráveis.

Sábado Girardi et al.<sup>4</sup> (2011) defende que a identificação de áreas geográfico-populacionais carentes possa ser elemento fundamental para apoiar a distribuição racional de recursos, estratégias e programas no âmbito de uma Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS. O pressuposto é o de que altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e dificuldades de acesso se refletem em maior demanda de serviços médicos, agravando a situação de escassez destes.

Os problemas de gestão do trabalho devem levar em conta as condições sociais estabelecidas para o eficaz planejamento estratégico das ações de enfrentamento, sendo que olhar as barreiras de acesso à saúde em nível familiar e comunitário pode melhorar a compreensão dos mesmos, tendo competência cultural necessária para enfrentá-los. Nesse sentido, a Atenção Primária fortalecida configura-se como uma forma de garantir o acesso à saúde em regiões remotas e vulneráveis.

A Atenção Primária à Saúde corresponde aos primeiros serviços que o paciente entra em contato quando necessita acessar a saúde. Um dos sentidos dado para APS no Brasil, partiu do esforço de construção de um novo modelo assistencial baseado nos princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária, se materializando no Programa de Saúde da Família (PSF) e na Estratégia Saúde da Família, surgindo com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada<sup>12</sup>.

A realidade brasileira apresentada pelo IBGE<sup>1</sup> (2009), mostra que famílias nas faixas de renda mais baixas residem em territórios vulneráveis onde se prevalece desigualdades econômicas e sociais. Nesses territórios se prevalece a escassa disponibilidade dos recursos em saúde nas áreas de baixo desenvolvimento econômico e social, onde residem grupos sociais menos privilegiados com expressivas necessidades em

saúde. Essa situação se torna mais grave quando pensamos que as desigualdades percebidas decorrem de iniquidades, ou seja, as oportunidades distribuídas desigualmente são desnecessárias, injustas e evitáveis<sup>20</sup>.

A ESF, organiza a atenção assistencial, os serviços extra setoriais, com uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações, devendo estar articulada aos demais níveis de atenção à saúde<sup>15</sup>. A humanização da assistência, o vínculo de compromisso e corresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população são estratégias para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde. O que torna a ESF em um projeto de potencialidade transformadora, marco de referência para o combate de iniquidades em saúde<sup>10</sup>.

Entretanto, mudanças recentes na política federal trouxeram impactos para a expansão e consolidação do modelo de Estratégia de Saúde da Família. A partir de 2016 ganhou destaque um processo de revisão da política de Atenção Básica, que se consolidava na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017<sup>16</sup>, orientou mudanças nos aspectos organizativos e funcionais, tais como fim da obrigatoriedade de profissionais que não sejam médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e da participação de quatro agentes comunitários de saúde nas Equipes Saúde da Família; alteração da carga horária exigida para os médicos; mudança no número de pessoas atendidas por EqSF; enfraquecimento do NASF; e retirada das atividades de formação e educação permanente das equipes de saúde da família. Em consonância com a PNAB de 2017<sup>16</sup>, o Previne Brasil<sup>17</sup> (2019) alterou as regras para o repasse de recursos federais no âmbito da política de atenção básica dos municípios. Nesse processo, as equipes de Estratégia Saúde da Família deixaram de ser prioridade e o PAB fixo, que era um recurso repassado automaticamente, ficou muito reduzido.

Por existir escassez da força de trabalho em regiões vulneráveis, muitas vezes localizadas nos interiores do país, a política de interiorização de profissionais tem como objetivo melhor distribuir geograficamente a mão de obra da saúde, levando profissionais para essas regiões desassistidas.

O Programa Mais Médicos (PMM), instituído na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013<sup>18</sup>, possui a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e tem como principais objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. Para realização desses objetivos a lei dispõe a oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante. A sinergia entre os eixos do PMM buscou afetar aspectos cruciais para a sustentabilidade e a qualificação da APS, também considerados elementos para a fixação de profissionais da saúde em áreas remotas<sup>8</sup>.

Em 2019, a Lei nº 13.958<sup>19</sup>, substituiu o PMM pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB). Este programa, tem a finalidade de “[...] *incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil*

*provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS [...]”*<sup>19</sup>. Nessa legislação, consideram-se locais de difícil provimento os municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde, conforme classificação estabelecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Uma das mudanças entre os dois programas foi a diferença de critérios de escolha dos locais em que os programas se estabeleceram. No PMM o critério das “regiões prioritárias” é abrangente. No PBM, passou-se a ter o estabelecimento definido do que seriam os “locais de ou de alta vulnerabilidade”, descrito no parágrafo anterior. Como consequência, municípios de difícil provimento de RHS e vulneráveis, só receberão vagas se tiverem baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem algum benefício financeiro. O caso de Francisco Morato que possui uma população elevada e fica perto de grandes centros urbanos, não foi beneficiado com ampliação das vagas de profissionais médicos na troca dos programas.

## **4.2 Metodologia**

Este artigo visa compreender as medidas de enfrentamento para o provimento de recursos humanos na Atenção Básica do município de Francisco Morato, identificando as percepções dos gestores sobre a questão supracitada e explicitando quais são as estratégias adotadas pela gestão da Atenção Básica frente à escassez de RHS do município. Trata-se de um estudo de campo, de natureza qualitativa, em nível descritivo e exploratório<sup>21</sup>.

Os participantes selecionados para a entrevista foram cinco gestores do Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato (SAME). Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram nomeados de: Gestor A, Gestor B, Gestor C, Gestor D e Gestor E. Foi uma amostra não probabilística, por acessibilidade, ou seja, foram entrevistados gestores que pudessem representar o universo da pesquisa. A escolha destes entrevistados se justifica por realizarem o planejamento, as tomadas de decisão pertinentes à implementação das políticas de Atenção Básica no município e a organização do trabalho dos profissionais de linha de frente, responsáveis pela implementação da política na prática. Os dados foram constituídos por meio de três entrevistas semiestruturadas (vide anexo 2) realizadas virtualmente, por intermédio da ferramenta Zoom. Os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (vide anexo 1), foram lidos e assentidos por todos os participantes.

Para análise das entrevistas, optou-se por utilizar a técnica da análise de conteúdo<sup>22</sup>, para a sistematização e análise dos resultados. O roteiro de entrevista foi composto por perguntas referentes às Equipes de Saúde em contexto de escassez de profissionais, ao Financiamento e aos indicadores do Previner Brasil. Os excertos da entrevista foram selecionados conforme os que se relacionavam ao tema da presente pesquisa.

Após a transcrição das entrevistas, foi feita a pré-análise, em que foram escolhidos e organizados os trechos das entrevistas que seriam relevantes para cumprir os objetivos deste artigo, constituindo-se o *corpus* de análise. Este material foi categorizado segundo duas frentes de análise: escassez de profissionais em FM e enfrentamento da escassez em FM. Por último, após a codificação dos materiais, foi iniciado o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, sintetizando análises a partir de categorias trazidas pela literatura e pelas inferências das subcategorias captadas durante a análise das entrevistas.

### 4.3 Resultados e Discussão

Pela questão pesquisada ser complexa e multifacetada, as análises foram realizadas em duas frentes, organizadas conforme as categorias explicitadas no relatório da OMS<sup>2</sup> (2006), adaptando-as ao que foi apresentado nas entrevistas com os gestores, sendo elas: 1) escassez de recursos humanos na saúde de Francisco Morato; 2) o enfrentamento da escassez de Francisco Morato. As categorias foram compostas por subcategorias, constituídas a partir de similaridades identificadas nos excertos das falas dos participantes. A seguir, os quadros 1 e 2, respectivamente, explicitam as subcategorias que compõem ambas frentes de análise supracitadas. Em cada tópico serão apresentadas as discussões referentes a cada uma delas.

#### Escassez de RHS Em Francisco Morato

A primeira categoria é relativa à caracterização dos desafios que FM encontra sobre o tema de escassez de RHS, divididos em subcategorias, apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 1** - Categoria 1 e subcategorias apresentadas nas entrevistas

<b>Escassez de FM</b>
Subcategoria 1 - Relato de gestores sobre a presença de escassez de RHS em FM
Subcategoria 2 - Impacto da mudança de + Médicos para Médicos pelo BR no Município
Subcategoria 3 - Dissonâncias com o modelo ESF

**Fonte:** elaboração própria.

#### Subcategoria 1- Relato de gestores sobre a presença de escassez de RHS em FM

Nessa subcategoria, todos os participantes relataram observar escassez de RHS no município e impactos na estruturação das equipes. Segundo o gestor E, existe muita "[...] *dificuldade na composição das equipes para o fortalecimento da ESF. Seja equipes de Atenção Primária, ou equipes de Estratégia Saúde da Família [...]*". Este relato está de acordo com Campos et al.<sup>3</sup> (2009) e Oliveira et al.<sup>5</sup>(2017), que afirmam que o desequilíbrio na força de trabalho, a dificuldade em encontrar e manter profissionais de saúde em regiões consideradas remotas, economicamente vulneráveis e periféricas é uma demanda persistente em quase todos os países, além de ser resistente às mais variadas estratégias de enfrentamento. Além disso, conforme afirmado pelo o gestor D

*"[...] temos uma defasagem de 9 profissionais, financiados pelo ministério. O que significa isso? Significa um impacto na estratégia saúde da família, assistencial. Significa impacto*

*financeiro, porque a gente não consegue cumprir indicadores de saúde e significa, daqui a pouco, uma perda de equipe, porque nós sabemos que depois de 3 meses que eu não conseguir encaminhar produção dessa equipe, eu corro risco dessa equipe ser descredenciada, então é... para nós, esse momento tá bem complicado, tá difícil.”*  
(Fala do Gestor D)

Conforme observado na fala, além da escassez de RHS gerar impactos na assistência, também pode culminar na redução do financiamento do Previner BR, uma vez que a condição para homologação da equipe e obtenção do subsídio vem exclusivamente a partir de equipes completas. Dessa forma, quanto menos investimento federal em saúde, pior será a condição da escassez de profissionais no município, pois com os rendimentos do próprio município é difícil dar conta de manter a estrutura proferida na ESF. Fazendo com que o município dependa cada vez mais das políticas federais de interiorização da força de trabalho, como os programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil.

### **Impacto da mudança de + Médicos para Médicos pelo BR no Município (subcategoria 2)**

O gestor D, quando se refere aos programas federais de interiorização da força de trabalho, relata que a mudança do Programa Mais Médicos (PMM) para o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) acarretou em perda de profissionais para o município. Segundo ele, “[...] com a defasagem desse financiamento, de 20 para 12, oito profissionais ficaram às custas do município. E mesmo esses 12 que o ministério se propôs a fazer o financiamento [...] não estamos conseguindo trazer nem esses profissionais que são do Médicos pelo Brasil”. O município tinha 20 vagas de profissionais médicos sendo ofertadas pelo PMM e com o PMB passaram a ter 12 profissionais médicos. De acordo com o gestor E, apenas 6 vagas teriam sido disponibilizadas até o momento da entrevista e apenas uma delas foi preenchida

*“[...] foram 6 editais publicados, dos 6 editais, nós temos aqui em Morato 5 vagas em aberto, e essas vagas não foram preenchidas. A gente estranha um pouco, porque mesmo com o Mais Médicos, as reposições vinham apresentando alguma dificuldade, mas cinco vagas em mais de 6 editais publicados, a gente achou um pouco estranho.”* (Fala do Gestor E)

As vagas de profissionais médicos ofertadas pelo PMM que não foram preenchidas pelo PMB, ficaram a cargo do município. Ou seja, nesse contexto, a expansão das vagas promovidas pelo Programa Mais Médicos não se sustentou com a mudança de programas, culminando na necessidade de uma maior participação municipal no financiamento da AB para manter o mesmo quantitativo de profissionais ofertados pelo PMM. Além disso, vale ressaltar que apesar do município estar próximo a um grande centro, como São Paulo e Jundiaí, índices de vulnerabilidade permanecem<sup>1</sup>. Nesse sentido, acredita-se que o PMB possa ter favorecido o desamparo de municípios como FM, ao mudar alguns critérios de elegibilidade, fazendo com que municípios que se aproximem desse perfil fiquem desassistidos.

### **Dissonâncias com o modelo ESF (subcategoria 3)**

O gestor D, quando questionado sobre a prioridade que a ESF tem, frente a dificuldade de receber incentivo financeiro com a implementação do Previner, comenta: “[...] o ente federal deixou de apostar na estratégia de saúde da família como aquela estratégia que foi criada lá em 94, né? Ele deixou de financiar da mesma forma, e com isso houve um reflexo, vai desde deixar de apostar [...] ou mudar a forma de

*financiamento*”. Ele complementa sua visão sobre a prioridade que a AB está tendo no município quando relata que,

*“Aquela situação de que a atenção primária ela tem como foco uma resolução de cerca de 80% da sua demanda, 85%, não reflete aqui para nós, principalmente... talvez até pela... por questões sociodemográficas da cidade, e eu digo da seguinte forma: tem uma situação de baixa resolutividade, tanto pela proposição do profissional quanto pela adesão do usuário, por ser cidade-dormitório, onde o usuários não adere a muitas situações, por procurar serviços especializados e... por conta dessa não adesão, quando ele procura ele já está em uma fase de nível secundário, que fugiu da nossa atenção primária.”* (Fala do Gestor D)

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>15</sup> (1997) o PSF vem para reorganizar o anterior modelo assistencial tradicional, centrado em práticas curativas individualistas e para implementar o cuidado com base na abordagem familiar. Dessa forma, observa-se que a realidade de FM apresenta dissonâncias com o modelo e diretrizes da ESF. Mesmo que não seja a intenção da gestão, como diz o gestor E, “[...] no nosso caso, o prejuízo [com o PMB] vem sendo muito grande. E, claro, a gente entende que, como a Atenção Primária, a Estratégia é um grande player essencial e, de forma alguma, nossa intenção é descaracterizar a Estratégia de Saúde da Família”.

Tais dados corroboram com a afirmação de Franco et al.<sup>6</sup> (2021), ao afirmar que a desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS gera fracasso do alcance da proposta de universalidade em saúde, uma vez que a saúde pública, por vezes chega defasada para populações isoladas, remotas, vulneráveis e com baixo potencial de investimento em saúde.

## **Enfrentamento da Escassez de Francisco Morato**

A segunda categoria apresenta as estratégias de enfrentamento da escassez de RHS adotadas pela gestão.

**Quadro 2** - Categoria 2 e subcategorias apresentadas nas entrevistas

<b>Enfrentamento da Escassez em FM</b>
Subcategoria 4 - Médico Plantonista
Subcategoria 5 - Impacto do Plantonista na ESF

**Fonte:** elaboração própria.

### **Médico Plantonista como medida de enfrentamento da Escassez (subcategoria 4)**

O médico plantonista acaba por preencher a lacuna assistencial, mas como o gestor D coloca “*não resolve nossos problemas, por enquanto ele ameniza uma situação assistencial aqui no município*”. Os profissionais são contratados para realizarem plantão de 6h, possuindo um frágil vínculo com a Atenção Básica, cumprindo uma carga horária reduzida em comparação às 40h semanais de um médico eSF, ele acaba por possivelmente não se vinculando ao território e não se conectando com os determinantes sociais da saúde da comunidade por ele atendida.

Além de muitas vezes esse profissional trabalhar em níveis mais altos de atenção à saúde, possuindo uma visão de atendimento que perpassa um olhar clínico demandante de mais exames e prescrição de medicamentos, como relata o gestor E, “*então ele vai pedir uma série de exames, ele vai fazer uma série de*

*encaminhamentos pro serviço especializado”*. Diferente da relação do médico de família que estabelece com o território ações epidemiológicas e preventivas, estruturando o cuidado em saúde com o olhar na comunidade e não apenas de casos isolados. Gerando um impacto financeiro no orçamento do município, como explicita o gestor E, *“Na implementação desses profissionais, muitos desses um viés mais clínico, eu saí de uma média de realização de exames em valor, algo em torno de R\$180 mil, R\$ 170 mil para o segundo mês de execução de R\$300 mil por mês.”*

Dessa forma, mesmo dando continuidade à assistência médica na Atenção Básica o profissional plantonista não cria melhores condições de atração e fixação de profissionais e faz com que o município gaste sem que haja um investimento a longo prazo que possa sanar o problema.

### **Impacto do Plantonista na ESF (subcategoria 5)**

A terceirização do contrato de médicos impacta o modelo da ESF, como relata o superintendente

*“Para nós, a nível assistencial foi importante como resposta para população, como assistência, mas, de fato, acabou gerando outros impactos, como esse exemplo da grande quantidade de encaminhamentos que nós tivemos e também essa questão de exames de diagnóstico.[...] E, claro, nem sempre a gente vai conseguir garantir que aquele cidadão que foi atendido por um profissional desse plantão ali, ele consiga ter um retorno com o mesmo profissional, isso também é um grande prejuízo”*.(Fala do gestor E)

O impacto da contratação do profissional médico conveniado por uma OSS no modelo de Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica reside no fato desse profissional possuir uma visão curativa e vínculo frágil. Traz para AB uma lógica hospitalar que a Estratégia tenta quebrar ao instaurar a abordagem familiar, possibilitando uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações, com métodos de programar e planejar ações de saúde com base nas necessidades de saúde do território.

O gestor D mostra uma visão de aceitação da descaracterização da ESF, compreendendo a situação de desfinanciamento da ESF

*Então, essa mudança hoje, com a contratação desses profissionais, qual é o reflexo disso? Posso te dizer que... não tem tanto reflexo, não muda tanto. Nós estamos tentando manter o mesmo perfil, é claro que nós não temos esse médico mais 100% na unidade de saúde da família, né, como ele tinha antigamente, só que a saúde da família ela já vem sofrendo há algum tempo, então posso te falar que não vejo tanto reflexo assim, eu vejo que é uma estratégia para nós mantermos a assistência à população, que é uma situação que a gente não pode deixar cair, e digo para você que por ser uma estratégia provisória e recente, por enquanto não tem trazido grandes reflexos não.* (Fala do gestor D)

Contrastando com o que é proposto como diretriz da ESF, que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF coopera para a expressão das necessidades de saúde da população<sup>15</sup>.

A diminuição das vagas oferecidas pelo PMM acarretou no estabelecimento de parcerias público privadas com serviços filantrópicos, não satisfazendo todas as demandas de saúde do município. O gestor E relata que [...] *dentro da Atenção Primária, considerando esse prejuízo, a gente pensou em ampliar um dos convênios. Então o município se fortalece também nesses convênios [...]*. Situação que representa a inclusão

de atores privados na tomada de decisão da política de APS. Abrindo caminho para a privatização da APS, que tem sido considerada a parte mais estatal da rede de serviços do SUS, com uma enorme vocação não mercantil<sup>8</sup>.

#### 4.4 Conclusão

Este artigo discutiu a dificuldade de provimento de profissionais da saúde na Atenção Básica do município de Francisco Morato. Teve como objetivo a compreensão das medidas de enfrentamento tomadas pela gestão da saúde do município para lidar com essa falta de profissionais, bem como a percepção desses gestores sobre a escassez de recursos humanos na Atenção Básica no município. Os dados foram divididos em duas frentes de análise, uma para caracterizar a escassez de RHS no município de Francisco Morato e outra para delinear quais são as estratégias de enfrentamento da escassez que o município adota.

A partir da primeira frente de análise, foi possível constatar que o município sofre com a atração e fixação de profissionais, dependendo do programa federal de interiorização da força de trabalho, o atual PMB. Ou seja, quando houve a troca do PMM pelo PMB, as vagas de médicos que antes tinham sido ampliadas pelo PMM ficaram às custas do município, trazendo mais encargos financeiros. Observa-se que cada vez mais a esfera municipal vem aumentando suas participações no financiamento do SUS, o que pode corroborar para iniquidades em saúde, barreiras de acesso à saúde, maior cobrança dos profissionais contratados (dificultando sua fixação) e uma possível ampliação no escopo de prática.

Na segunda frente de análise, constatou-se que a diminuição das vagas oferecidas pelo PMB acarretou no estabelecimento de parcerias público privadas com serviço filantrópico local, não satisfazendo todas as demandas de saúde do município. A saída foi contratar médicos terceirizados para realizarem plantões de seis horas. O perfil dos médicos contratados condiz com níveis da alta e média complexidade que, nas palavras de um dos participantes, partem de um viés mais clínico, isto é, demandam mais exames, o que acaba aumentando o gasto em saúde do município. Dessa forma, considera-se que a estratégia adotada pela gestão foi uma ação emergencial que, apesar de oferecer continuidade à assistência médica na Atenção Básica, acaba por não criar melhores condições de atração e fixação de profissionais e ainda onera o município, sem que haja um investimento a longo prazo que possa sanar o problema.

Na ausência de políticas federais mais consistentes, o município lança mão de ações para minimizar a escassez na oferta de profissionais, tais como a contratação de médicos plantonistas. Considera-se que ao adotar tais estratégias, o município não está conseguindo resolver o cerne da questão ao longo prazo. Além disso, a contratação de médicos plantonistas acaba trazendo malefícios ao desestruturar o modelo de atenção da ESF. Tais achados da pesquisa corroboram com a afirmação de Franco et al.<sup>14</sup> (2021), ao afirmar que a desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS gera fracasso do alcance da proposta de universalidade em saúde, uma vez que a saúde pública, por vezes chega defasada para populações isoladas, remotas, vulneráveis e com baixo potencial de investimento em saúde.

A partir das duas frentes de análise, corroborando Dolea et al.<sup>9</sup> (2010), acredita-se que para enfrentar a escassez de profissionais deve existir articulação entre as estratégias tomadas, devendo ser adotadas em conjunto para uma melhor eficácia da situação. As ações locais que se acredita ser necessário serem adotadas em conjunto pelo município são: fortalecimento do trabalho em equipe, ampliação do escopo de prática dos profissionais, educação permanente, estruturação de carreiras, readequação do regime de plantão para carga horária cotidiana, proposta de composição de trabalho com atuação na AB e plantões na UPA e Santa Casa. Abre-se uma lacuna que possibilita a continuidade de pesquisa científica sobre o impacto dos resultados apresentados neste artigo no dia a dia de profissionais de linha de frente.

#### 4.5 Referências

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: 2009. v. 30.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2006: working together for health. World Health Organization, 2006.
3. CAMPOS, F. E. MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 44, p. 13-24, 2009
4. GIRARDI, Sábado N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*, p. 171-186, 2011.
5. OLIVEIRA, A. P. C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 22 Dezembro 2022], pp. 1165-1180. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.
6. FRANCO, C. M.; LIMA, J. G. e GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 7 [Acessado 18 Dezembro 2022], e00310520. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>>. Epub 07 Jul 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>.
8. GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 35, n. 10. 2019. Acesso em 6 fev. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>>.
9. DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J.M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010 May;88(5):379-85. doi: 10.2471/BLT.09.070607. PMID: 20461133; PMCID: PMC2865654.
10. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012, p. 575-625.
12. FAUSTO, M, C. R. et al. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Fiocruz, 2007. disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39171/Modelos%20de%20Aten%20E7%E3o%20-%20Aten%20E7%E3o%20Prim%20E1ria%20E0%20Sa%20FAde.pdf;jsessionid=2A06018FF70CD4F0DB5F263D682A710E?sequence=2>

14. FRANCO, C. M., LIMA, J. G. e GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021, v. 37, n. 7. Acessado 18 Dezembro 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>>. Epub 07 Jul 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

16. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. [2017]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

17. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA No 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - DOU - Imprensa Nacional [Internet]. [www.in.gov.br](http://www.in.gov.br). Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-22765218>

18. BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil: subchefia para assuntos jurídicos, [2013]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm)

19. BRASIL. Lei n. 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Presidência da República, Secretária-geral: subchefia para assuntos jurídicos, [2019]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm#:~:text=M%C3%89DICOS%20PELO%20BRASIL-,Art.,prim%C3%A1ria%20C3%A0%20sa%C3%BAde%20no%20SUS](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm#:~:text=M%C3%89DICOS%20PELO%20BRASIL-,Art.,prim%C3%A1ria%20C3%A0%20sa%C3%BAde%20no%20SUS).

21. GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008

22. BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 3ª reimpressão da 1ª edição. São Paulo, Edições, v. 70, 2016.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso foi apresentado em formato de artigo conforme o item 4. Teve por objetivo explicitar e analisar quais são as estratégias de enfrentamento tomadas pela gestão da saúde do município para lidar com a falta de profissionais. Os dados foram divididos em duas frentes de análise, duas grandes categorias foram construídas, uma para caracterizar a escassez de RHS no município de Francisco Morato e outra para delinear quais são as estratégias de enfrentamento da escassez que o município adota.

Foram selecionados cinco gestores que se dispuseram a ser entrevistados. O interesse por na escolha dessa amostra se justifica por esses realizarem o planejamento, as tomadas de decisão pertinentes à implementação das políticas de Atenção Básica no município e a organização do trabalho dos profissionais de linha de frente, responsáveis pela implementação da política na prática. Trata-se de um estudo de campo, de natureza qualitativa, em nível descritivo e exploratório Gil<sup>21</sup> (2008).

Para a sistematização e análise das respostas obtidas nas entrevistas, optou-se por utilizar a técnica da Análise de Conteúdo Bardin<sup>22</sup> (2016). Pela questão de pesquisa ser complexa e multifacetada, os resultados foram apresentados em duas frentes de análise, uma para caracterizar a escassez de RHS no município de Francisco Morato e outra para delinear quais são as estratégias de enfrentamento da escassez que o município adota.

Na primeira frente de análise, foram analisados e discutidos os relatos dos gestores sobre a presença de escassez de RHS em FM, como a atual falta de profissionais médicos está atrelada com a mudança do PMM para o PMB. Na segunda frente de análise discutiu-se a principal estratégia de enfrentamento que o município vem adotando para cumprir a carência assistencial deixada pelo PMB, na qual o município realiza terceirização da mão de obra de profissionais médicos por meio de convênio com a Organização Social de Saúde (OSS) local. Acredita-se que em ambos os casos a realidade do município possui dissonâncias com o modelo e as diretrizes da ESF.

Corroborando Dolea *et al.*<sup>9</sup> (2010), considera-se que para enfrentar a escassez de profissionais deve existir articulação entre as estratégias tomadas, devendo ser adotadas em conjunto para uma melhor eficácia da situação. Na ausência de políticas mais consistentes, o município lança mão de ações mais arriscadas para oferta de profissionais. Possivelmente, ao adotar essa estratégia de enfrentamento, o município não consiga resolver a questão a longo prazo, o que pode trazer barreiras de acesso à saúde da população, ao se afastar da ESF. Tais dados corroboram Franco *et al.*<sup>14</sup> (2021), ao afirmar que a desigualdade socioespacial na oferta de serviços, profissionais e equipamentos dentro da Atenção Básica do SUS gera fracasso do alcance da proposta de universalidade em saúde, uma vez que a saúde pública, por vezes chega defasada para populações isoladas, remotas, vulneráveis e com baixo potencial de investimento em saúde.

Por fim, corroborando Giovanella *et al.*<sup>8</sup> (2019) a disputa pelos recursos públicos por empresas do setor privado (corporações financeiras que gerenciam planos de saúde e hospitais), sempre estiveram presentes na história brasileira, o que torna mais acirrada em situações de desregulamentação do SUS,

abrindo caminho para a privatização da APS, que tem sido considerada a parte mais estatal da rede de serviços do SUS, com uma enorme vocação não mercantil Giovanella et al.<sup>8</sup> (2019).

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: 2009. v. 30.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2006: working together for health. World Health Organization, 2006.
3. CAMPOS, F. E. MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 44, p. 13-24, 2009
4. GIRARDI, Sábado N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**, p. 171-186, 2011.
5. OLIVEIRA, A. P. C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 22 Dezembro 2022], pp. 1165-1180. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.
6. FRANCO, C. M.; LIMA, J. G. e GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 37, n. 7 [Acessado 18 Dezembro 2022], e00310520. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>>. Epub 07 Jul 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>.
7. PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2001, v. 6, n. 2 [Acessado 9 Dezembro 2022], pp. 341-360. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200006>>. Epub 17 Jul 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200006>.
8. GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 10. 2019. Acesso em 6 fev. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>>.
9. DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J.M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**. 2010 May;88(5):379-85. doi: 10.2471/BLT.09.070607. PMID: 20461133; PMCID: PMC2865654.
10. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012, p. 575-625.
11. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
12. FAUSTO, M, C. R. et al. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Fiocruz, 2007. disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39171/Modelos%20de%20Aten%20E7%20E3o%20-%20Aten%20E7%20E3o%20Prim%20E1ria%20E0%20Sa%20FAde.pdf;jsessionid=2A06018FF70CD4F0DB5F263D682A710E?sequence=2>
13. FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, M.H.S; GOULART. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes editora; 2013.

14. FRANCO, C. M., LIMA, J. G. e GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**. 2021, v. 37, n. 7. Acessado 18 Dezembro 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>>. Epub 07 Jul 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
16. BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. [2017]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
17. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA No 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - DOU - Imprensa Nacional [Internet]. www.in.gov.br. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-22765218>
18. BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil: subchefia para assuntos jurídicos, [2013]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm)
19. BRASIL. **Lei n. 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Presidência da República, Secretária-geral: subchefia para assuntos jurídicos, [2019]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm#:~:text=M%C3%89DICOS%20PELO%20BRASIL-.Art.,prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20no%20SUS.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm#:~:text=M%C3%89DICOS%20PELO%20BRASIL-.Art.,prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20no%20SUS.)
20. FAUSTO, M, C. R.; FONSECA, H. M. S; GOULART, V. M. P. Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil. Projeto de Pesquisa. 2019. Disponível em: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/PROJETO-APS-MRR-2019.pdf>
21. GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008
22. BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 3ª reimpressão da 1ª edição. São Paulo, Edições, v. 70, 2016.

## 7 ANEXOS

### ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ONLINE - TRABALHADORES E GESTORES MUNICIPAIS

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, que tem como objetivo descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde, da assistência social, da educação e da comunicação do município de Francisco Morato que concordarem em participar. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores(as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. A transcrição da entrevista ficará em posse da coordenadora da pesquisa e ficará armazenada em segurança durante o período de 5 anos.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que 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.

O (A) Sr (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. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Santos Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo e-mail [fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br](mailto:fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo e-mail [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8507 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

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

Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você declara que obteve de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista e concorda com a participação neste estudo?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nome do responsável pela entrevista Assinatura do responsável pela entrevista

**ANEXO 2: Roteiros de entrevistas semiestruturadas**

<b>Identificação Geral</b>
Data da Entrevista:
Entrevistadores:
Entrevistado/a:

**1. PERGUNTAS DE AQUECIMENTO**

**Para começar, gostaríamos de conhecer brevemente sobre sua trajetória profissional.**

- Formação profissional. Em qual município se graduou?
- Tempo na gestão, trabalhos anteriores na gestão/saúde

**Quais são suas principais atribuições dentro do SAME?**

**2. PERGUNTAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO EM FRANCISCO MORATO**

**Agora, gostaria que você falasse sobre a organização do sistema municipal de saúde de FM, em especial sobre a APS como coordenadora do cuidado dentro do sistema.**

**3. PERGUNTAS SOBRE FINANCIAMENTO**

**O Previne Brasil alterou a forma de transferência de recursos do MS para a APS, em relação à chamada Capitação Ponderada, qual a sua opinião sobre as alterações que atingiram principalmente o PAB fixo, que previa transferências pelo critério populacional, e passou a depender do número de pessoas cadastradas pelas equipes de saúde (eSF e eAP)?**

- Realização do cadastramento: foi benéfico para a organização do trabalho?
- Quais são os problemas para sua efetivação?
- Sobre a homologação das equipes de saúde: homologar equipes de Atenção Primária – eAP, ao invés de equipes de Saúde da Família – eSF, é um facilitador; dificuldades na homologação das equipes nos sistemas.
- Sobre os recursos financeiros: previsão de ampliação/redução dos recursos transferidos; efeitos nas receitas próprias do município
- Alternativas de enfrentamento dos problemas apresentados (ex: existe intenção de contratação de serviço especializado/terceirizado para superar eventuais problemas na homologação das equipes)

**4. PERGUNTAS SOBRE INDICADORES DO PREVINE BRASIL**

**Em relação ao Pagamento por desempenho, qual a sua opinião sobre essa forma de transferência? Caso o município não alcance as metas estabelecidas e, por esse motivo, a transferência de recursos federais fique comprometida, qual o possível impacto no planejamento da APS?**

- Alterações na organização do processo de trabalho das equipes?
- A organização do processo de trabalho/planejamento já se apoiava no uso de indicadores? Se sim, quais? Os indicadores do Previne Brasil são os mais estratégicos para avaliar o trabalho das equipes de saúde? (*talvez Planejamento não domine*)
- Há dificuldades nos registros dos indicadores?
- Há uma previsão/constatação sobre os impactos financeiros desse novo critério para transferências de recursos? Ela irá (ou têm) ampliar/reduzir (ampliado/reduzido) os recursos transferidos.
- Há previsão dos efeitos provocados nas receitas próprias do município?
- Verificar quais são as formas pensadas para a superação dos problemas apresentados (ex: existe intenção de contratação de serviço especializado/terceirizado para superar eventuais problemas na realização das ações previstas nos indicadores? Ou para o preenchimento/cadastramento dos indicadores?)

## 5. FINANCIAMENTO - TEMA INCENTIVOS PARA AÇÕES ESTRATÉGIAS

**A PNAB 2017 e o Previne Brasil alteram a lógica de prioridade para a ESF como modelo de atenção na APS. Considerando que a ESF é o principal modelo adotado em Francisco Morato, qual sua opinião sobre o novo modelo de financiamento da APS? E sobre os incentivos para ações estratégicas, como por exemplo o Saúde na Hora?**

- Mudança no orçamento, realocação de prioridades
- Como o financiamento alterou o planejamento de ações/projetos interrompidos?

## 6. TEMA FINANCIAMENTO - SUBTEMA: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM USF

**Gostaríamos de entender como é organizada a comunicação da secretaria com as USF? Quem é o responsável por essa comunicação?**

- Processos para envio de informações para o MS
- A secretaria utiliza os sistemas para se planejar?
- Possíveis limitações/dificuldades com manuseio/transferência de dados entre equipamentos/setores.
- Há cobranças?
- Como os gerentes são avisados sobre prazos?
- Existe alguma organização para a entrega dos dados dos quadrimestres?
- Por que o município optou por implantar um sistema próprio?

## 7. PERGUNTAS SOBRE EQUIPE DE SAÚDE NO CONTEXTO DE ESCASSEZ DE MÉDICOS

**Quais são as dificuldades do município para contratar médicos para atuar no SUS municipal, e especialmente na APS?**

- Qual forma utiliza, qual prefere, e porque utiliza ou prefere uma ou outra?
- Problemas e estratégias para a atração de profissionais
- A lei de responsabilidade fiscal é um impeditivo para contratação?

**Quais são as estratégias para lidar com a falta de médicos, em especial na APS?**

- Como o município recebeu e vem absorvendo a mudança do Programa Mais Médicos pelo programa Médicos Pelo Brasil? Houve redução na oferta de médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil?
- Há médicos plantonistas? Se sim, quantos são? Existe especificidades para o trabalho dos plantonistas? Como ele se insere no trabalho da equipe?
- E na ausência do médico? Há alguma diretriz?

**Como a contratação de médicos plantonistas influencia na organização do trabalho e nos objetivos da APS? Há supervisão do trabalho do plantonista?**