



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

LIA PADILHA FONSECA

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS:

UMA ANÁLISE DAS DESISTÊNCIAS DOS MÉDICOS PARTICIPANTES

**PALMAS-TO
2022**

LIA PADILHA FONSECA

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA ANÁLISE DAS DESISTÊNCIAS DOS
MÉDICOS PARTICIPANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Tocantins, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Dinâmicas institucionais e avaliação de políticas públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Aparecida da Rocha Silva

PALMAS-TO

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- P123p Padilha Fonseca, Lia.
 O Programa Mais Médicos: Uma Análise das Desistências dos Médicos Participantes. / Lia Padilha Fonseca. – Palmas, TO, 2022.
 203 f.

 Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2022.
 Orientadora : Mônica Aparecida da Rocha Silva

 1. Programa Mais Médicos. 2. Desistência. 3. Monitoramento. 4. Ministério da Saúde. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

LIA PADILHA FONSECA

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA ANÁLISE DAS DESISTÊNCIAS DOS
MÉDICOS PARTICIPANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Tocantins, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: **Dinâmicas institucionais e avaliação de políticas públicas.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Aparecida da Rocha Silva

Aprovação: 15/07/2022

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Mônica Aparecida da Rocha Silva
Examinadora interna, Orientadora, PPGDR/UFT.

Prof.^o Dr.^o Heber Grácio
Examinador interno, PPGDR/UFT.

Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos
Examinadora externa, PPGSC/UnB.

**PALMAS-TO
2022**

AGRADECIMENTOS

Homenageio e dedico este trabalho ao Fernando Chuí, meu amigo-poeta-inspiração, que me ensinou tanta coisa, dentre elas, sonhar. Quando falava em ciência me ensinou que o erro e a errância são partes, fundamentais e bonitas, do caminho. Gostaria de ter contado a ele, que entre erros e acertos, fiz este trabalho, sempre tentando acertar. Sua memória estará sempre viva no meu coração. Dedico também à minha prima Marina, que faz tanta falta, e estaria comemorando comigo.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu filho Tito que é o maior amor da minha vida, minha felicidade e o meu maior orgulho. Esta trajetória pôde ser leve graças a ele.

À minha mãe, Maria Beatriz, e ao meu pai Rubem Fonseca, meus heróis-parceiros, a quem devo tudo nessa vida e espero devolver a eles um pouco do orgulho que sinto de tê-los como pais. Este trabalho não seria possível sem o apoio, incentivo e ajuda dos dois.

Ao Daniel, pela parceria e partilha de amor e cuidado com o Tito.

Aos meus amados irmãos, Zé, que me aproximou da área da Saúde, Antônio, Cacá, Olívia e Natasha pelos bons momentos vividos e também pelas discussões e debates acalorados ao longo dos anos, que contribuíram para a minha formação intelectual e pensamento crítico.

Às crianças e adolescentes que alegam meus dias, e enchem a vida de ensinamentos e imaginação, João Pedro, irmão do Tito, tão amável e inteligente, à minha afilhada Lulu, Bia, aos sobrinhos Júlia, Cecília, Francisco, Valentina, Marcelo, Ian, Flora e Kaê, que acabou de nascer.

A toda família, materna e paterna, que é maravilhosa e repleta de boas referências.

Às minhas referências vivas na área da saúde, Jerzey Timóteo, Felipe Proença e Heider Pinto, lideranças com as quais aprendi sobre o movimento sanitário na prática e tive a honra de trabalhar na SGTES/Ministério da Saúde, na coordenação do PROVAB/Programa Mais Médicos.

À toda equipe do DEPREPS/SGTES/MS, amigos e colegas, com os quais tive o prazer de conviver e experienciar a grande missão e rica aventura que foi implantar o Programa Mais Médicos, desde o início. Tenho certeza que fomos uma equipe unida, aguerrida e vitoriosa. Gostaria de citar um a um, mas não conseguiria deixar de agradecer pontualmente, pela convivência e aprendizados compartilhados, ao Aristides, João Paulo, Sidlei, Dieguito, Luciana, Neusinha, Florentino, Mariana Vilela, Priscilla, Amanda, Alexsana, Liu, Mariana Alencar, Andrezinho, Kiki, Gal, Manuzinho, Leonardo e Ronaldo Ferraz.

Às referências descentralizadas que passaram pelo Programa Mais Médicos, com as quais estive sempre próxima, e me ensinaram tanto. Me ensinam até hoje.

À equipe da SAPS/Ministério da Saúde, especialmente aos amigos Rangel, Danillo Fagner, Ana Caffé e minha eterna chefe e amiga Mariana Bertol Leal.

Aos colegas de mestrado, pela convivência, apoio, “sofrências” compartilhadas e muita troca, Cláudia, Ana Luísa, Priscila e Victor.

Ao meu analista Rodrigo Caldas, a quem devo minha saúde mental durante a pandemia, período no qual desenvolvi a dissertação e a quem devo muito, sempre.

À Erica Souza, por tudo e todo cuidado.

À minha querida orientadora, professora Mônica, referência em Avaliação de Políticas Públicas, a quem agradeço imensamente por toda a compreensão, parceria, apoio e aprendizados em todas as etapas deste processo árduo e prazeroso.

Ao professor Heber Grácio, pelas boas aulas, sabedoria, e pelo enorme incentivo desde o início da realização deste trabalho.

À professora Leonor Pacheco, da UnB, por ter aceitado o convite de participar da banca.

Aos amigos queridos, pelo afeto e incentivo.

Aos médicos que participaram do Programa Mais Médicos, especialmente aos médicos cubanos, pela medicina exercida com humanidade em áreas remotas e vulneráveis do país, ajudando a melhorar a saúde da população brasileira.

Aos que sonham, acreditam, lutam pelo SUS e pela vida. Aos que perderam a vida na trágica pandemia, e aos enlutados, que não percam as esperanças.

Gratidão, Zé e Tim.

O que a ciência propõe demonstrar
a poesia dá à luz.

Que a ciência nos resgate a poesia.
E vice-versa.
Pois a poesia está no cume da ciência.
Ela é seu último refúgio.
E não se pode ver onde é início
e onde é desfecho nesta montanha.
É tudo parte da vida que existe,
sem pensar.

Se Deus existir, decerto que é um poeta.
Fernando Chuí

“Se vai me desejar saúde, que seja pública, universal e gratuita”
Emilio Ferrero

RESUMO

O Programa Mais Médicos foi instituído em 2013 e esta pesquisa focaliza as chamadas nacionais e internacionais de médicos, o eixo de provimento do Programa intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), mais especificamente, as desistências dos médicos participantes do PMMB. Fez-se um levantamento demográfico das desistências e análise de conteúdo dos principais fatores que influenciaram na decisão dos médicos em se desligar do Projeto antes do seu término. Os dados foram extraídos do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), acervo de dados do Programa Mais Médicos no Ministério da Saúde, de 2013 a 2022. Foram estimadas as taxas de desistências no PMMB, o tempo médio de permanência dos médicos participantes e traçado o perfil dos médicos desistentes, para os médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no País, com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM Brasil), e os médicos formados no exterior (Intercambistas Individuais e Cooperados). A taxa de desistências no PMMB foi calculada por Região, Unidade Federativa, Classificação Municipal de Vulnerabilidade e, a geral, considerando todo o País. As justificativas de desistência foram analisadas e classificadas em 9 (nove) categorias e 27 (vinte e sete) subcategorias, e quantificadas. Os resultados revelaram que a maior incidência de desistências é encontrada no perfil CRM Brasil, com a taxa média de 64% nos três primeiros anos do Projeto, havendo 32% de desistência no primeiro ano de participação, 18% no segundo e 14% no terceiro ano. A segunda maior desistência nos três anos é percebida entre os médicos cooperados com a taxa de 27%, seguida da menor taxa, de 20%, de médicos Intercambistas Individuais. Dentre as principais justificativas apresentadas, estão a aprovação em residência médica (42%), fatores pessoais (25%) e fatores profissionais (17%). A fixação destes profissionais ainda é um grande desafio para a gestão do SUS e continua sendo um entrave para a redução das desigualdades regionais em saúde. A compreensão dos resultados detectados nesta pesquisa poderá servir para subsidiar o desenho de estratégias futuras que visam promover a permanência dos médicos no PMMB, mitigando situações que influenciam o médico a desistir do Projeto.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Desistência. Monitoramento. Ministério da Saúde.

ABSTRACT

The Mais Médicos Program was established in 2013 and this study focuses on the Program's provision axis, entitled Mais Médicos Project for Brazil (PMMB), more specifically, the dropouts of doctors participating in the PMMB. A demographic survey of dropouts was carried out and a content analysis of the main factors that influenced the doctors' decision to leave the Project before its end was carried out. Data were extracted from the Program Management System (SGP), records of the Mais Médicos Program at the Ministry of Health, from 2013 to 2022. Dropout rates in the PMMB, the average length of stay of participating physicians were estimated. and the profile of physicians who dropped out was traced, for physicians trained in Brazil or with a diploma revalidated in the country, registered with the Regional Council of Medicine (CRM Brasil), and physicians trained abroad (Individual and Cooperated Exchange Students). The dropout rate in the PMMB was calculated by Region, Federative Unit, Municipal Vulnerability Classification and, the general one, considering the entire country. The reasons for dropping out were analyzed and classified into 9 (nine) categories and 32 (thirty-two) subcategories, and quantified. The results revealed that the highest incidence of dropouts is found in the CRM Brazil profile, with an average rate of 64% in the first three years of the Project, with 32% of dropouts in the first year of participation, 18% in the second and 14% in the third year. The second highest dropout rate in the three years is seen among Cooperated physicians, with a rate of 27%, followed by the lowest rate, 20%, of individual exchange physicians. Among the main justifications presented are approval in medical residency (42%), personal factors (25%) and professional factors (17%). The retention of these professionals is still a major challenge for the management of the SUS and continues to be an obstacle to the reduction of regional inequalities in health. The understanding of the results detected in this research may serve to support the design of future strategies that aim to promote the permanence of doctors in the PMMB, mitigating situations that influence the doctor to give up the Project.

Keywords: More Doctors Program. Withdrawal. Monitoring. Ministry of Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Representatividade da amostra justificativas - perfil CRM Brasil	25
Tabela 2 - Categorias das justificativas das desistências médicas	86
Tabela 3 - Categorias e subcategorias das justificativas das desistências médicas	86
Tabela 4 - Ingressos e desistências por ano - perfil CRM Brasil	126
Tabela 5 - Taxa de desistências por ano de ingresso - perfil CRM BRASIL	126
Tabela 6 - Ingressos e desistências por ano de ingresso - perfil Intercambista Individual	127
Tabela 7 - Taxa de desistências por ano de ingresso - perfil Intercambista Individual	127
Tabela 8 - Ingressos e desistências por ano - perfil Cooperado	127
Tabela 9 - Taxa de desistências por ano de ingresso - perfil Cooperado	127
Tabela 10 - Ingressos e desistências por região - perfil CRM Brasil	129
Tabela 11 - Taxa de desistências por região - perfil CRM Brasil	130
Tabela 12 - Ingressos e desistências por região - perfil Intercambista Individual	130
Tabela 13 - Taxa de desistências por região – perfil Intercambista Individual	131
Tabela 14 - Ingressos e desistências por região - perfil Cooperado	131
Tabela 15 - Taxa de desistências por região - perfil Cooperado	131
Tabela 16 - Ingressos e desistências por classificação municipal - perfil CRM Brasil	132
Tabela 17 - Taxa de desistências por classificação municipal - perfil CRM Brasil	132
Tabela 18 - Ingressos e desistências por classificação municipal - perfil Intercambista Individual	133
Tabela 19 - Taxa de desistências por classificação municipal - perfil Intercambista Individual	133
Tabela 20 - Ingressos e desistências por classificação municipal - perfil Cooperado	134
Tabela 21 - Taxa de desistência por classificação municipal - perfil Cooperado	134
Tabela 22 - Ingressos e desistências por UF - perfil CRM Brasil	136
Tabela 23 - Taxa de Desistências por UF - perfil CRM Brasil	136
Tabela 24 - Ingressos e desistências por uf - perfil Intercambista Individual	137
Tabela 25 - Taxa de desistências por UF - perfil Intercambista Individual	138
Tabela 26 - Ingressos e desistências por UF - perfil Cooperado	139
Tabela 27 - Taxa de desistências por UF - perfil Cooperado	140
Tabela 28 - Tempo Médio de Permanência dos Médicos do PMMB nos 3 Primeiros Anos	142
Tabela 29 - Faixa etária desistentes - perfil CRM Brasil	143
Tabela 30 - Faixa etária desistentes - perfil Intercambista Individual	144
Tabela 31 - Faixa etária desistentes - perfil Cooperado	144
Tabela 32 - Gênero desistentes - perfil CRM Brasil	144
Tabela 33 - Gênero desistentes - perfil Intercambista Individual	144
Tabela 34 - Gênero desistentes – perfil Cooperado	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Hipóteses de categorias e subcategorias das justificativas das desistências médicas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo teórico de conexão entre variáveis selecionadas e satisfação no trabalho.110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde
CNRE	Comissão Nacional de Residência Médica
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DDES	Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão dos Profissionais de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Indígena
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNP	Frente Nacional de Prefeitos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
MP	Medida Provisória
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGFC	Medicina Geral de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
REVALIDA	Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos
R1	Residentes no primeiro
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMS	Registro Único do Ministério da Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SERES	Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGP	Sistema de Gerenciamento de Programas
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVO.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Justificativas das desistências.....	24
3.2 Taxa de desistências.....	29
3.3 Tempo médio de permanência dos médicos participantes nos três primeiros anos.....	30
3.4 Perfil dos médicos desistentes.....	31
4 CAPÍTULO 1: COMO E PORQUE SURTIU O PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	33
4.1 A desigualdade social, o acesso aos serviços de saúde no Brasil e a distribuição de médicos no território brasileiro.....	33
4.2 Trabalho em saúde.....	39
4.3 Educação em saúde no Brasil.....	42
4.4 Recursos Humanos em Saúde.....	45
4.5 A Estratégia de Saúde da Família.....	48
4.6 Contexto histórico até o Surgimento do Programa Mais Médicos.....	50
5 CAPÍTULO 2: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E AS POSSÍVEIS CAUSAS DE DESISTÊNCIAS DOS MÉDICOS PARTICIPANTES.....	60
5.1 Eixos do Programa Mais Médicos.....	60
5.1.1 Eixo Provimento Emergencial (Projeto Mais Médicos para o Brasil).....	60
5.2 Distribuição das vagas.....	60
5.3 Adesão de Médicos.....	63
5.3.1 Componente educacional.....	66
5.3.2 Componente Assistencial (BRASIL, 2013c).....	68
5.4 Prorrogação dos médicos.....	70
5.5 Descumprimentos de Deveres e Obrigações dos Médicos.....	70
5.7 Responsabilidades dos estados e municípios.....	72
5.8 Instâncias de decisão do PMMB.....	73
5.9 Coordenação do Projeto.....	73
5.10 CCE (Comissões Estaduais do Projeto).....	74
5.10.1 Eixo da Formação Médica: mudanças na graduação, residência e na formação de especialistas.....	75
5.10.2 Melhoria da infraestrutura da APS.....	78
5.11 Implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (Eixo de Provimento).....	79
5.12 Editais.....	81
5.12.1 Editais de Adesão.....	81
5.12.2 Editais de Prorrogação.....	83
5.13 Insuficiência, alta rotatividade e dificuldade de fixação de médicos em algumas regiões: possíveis causas.....	84

5.13.1 Remuneração.....	90
5.13.2 Vínculo de trabalho.....	91
5.13.3 Condições de trabalho.....	92
A flexibilidade na jornada de trabalho foi um dos fatores de maior expressão citado pelos médicos nesta categoria. As falas dos entrevistados revelaram que os médicos valorizam a possibilidade de receberem folgas durante a semana, de trabalharem por dias corridos e/ou por produção.....	
5.13.4 Fatores profissionais.....	92
5.13.5 Fatores locais.....	92
5.13.6 Fatores pessoais.....	93
6 CAPÍTULO 3: DESISTÊNCIAS DOS MÉDICOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.....	95
6.1 Justificativas das desistências.....	95
6.1.1 Capacitação/Qualificação.....	98
6.1.2 Fatores pessoais/Qualidade de vida.....	109
6.1.3 Fatores profissionais.....	120
6.1.3.1 Motivos de saúde.....	123
6.1.3.2 Relacionamento com a comunidade, gestores municipais e/ou equipes (Reconhecimento profissional).....	126
6.1.3.3 Condições de Trabalho.....	131
6.1.3.5 Segurança e Violência.....	135
6.1.3.5 Bolsa-formação e Benefícios.....	137
6.2 Taxa de desistências.....	139
6.2.2 Taxa de desistências por ano de ingresso.....	139
6.2.2 Taxa de desistências por região.....	143
6.2.3 Taxa de desistências por classificação municipal.....	146
6.2.4 Taxa de desistências por unidade federativa do brasil.....	150
6.3 Tempo médio de permanência dos médicos participantes nos três primeiros anos.....	158
6.4 Perfil dos médicos desistentes.....	159
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS.....	169
ANEXOS	189
ANEXO II	200

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde é um fato bem estabelecido e reconhecido por um amplo, rigoroso e cumulativo processo de pesquisas (MARMOT; KOGEVINAS; ELSTON, 1987; MARMOT, 1995; ELO, 2009). Os estudos têm demonstrado de modo convergente que as desigualdades em saúde são grandes e persistentes mesmo em face dos grandes progressos nos níveis gerais de saúde da população e das melhorias na qualidade e na disponibilidade do serviço médico moderno.

A invariância das desigualdades em saúde no Brasil – quanto mais vulnerabilidade socioeconômica dos indivíduos, menor o acesso à saúde – mantém-se como um problema público não resolvido. O amplo e persistente impacto da posição socioeconômica é explicado pelo grau em que a experiência e a exposição aos principais fatores de risco são estruturadas pela posição socioeconômica. Pessoas de estrato socioeconômico inferior tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores de risco biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais que medeiam a relação entre as condições sociais e a doença (HOUSE *et al.*, 2013; SANTOS, 2011; LAHELMA, 2001; SMEDLEY *et al.*, 2000).

Nesse contexto, surge em julho de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), criado para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ocasionadas também pela carência e má distribuição regional e social de médicos no País.

O Programa foi estruturado em três eixos de ação: 1- investimento na melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde, por meio do Programa Requalifica UBS¹; 2 - ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no País; 3 - o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB), que consiste na provisão emergencial de médicos, cujo objetivo é ampliar a inserção de médicos em áreas vulneráveis e aprimorar a formação médica nas unidades da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo focaliza o eixo de provimento ou PMMB. O Projeto, disciplinado em ato conjunto do Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC), com objetivo de prover médicos em regiões prioritárias do SUS, com escassez de médicos, foi estruturado pelo seu caráter formativo, ou seja, ao mesmo tempo em que o profissional presta assistência médica

¹ Programa Requalifica UBS: Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para reforma, ampliação e construção de Unidade Básica de Saúde, com o objetivo de prover condições adequadas para o trabalho em saúde.

na UBS se aperfeiçoa por meio de curso de especialização com ênfase em Atenção Primária e supervisão pedagógica do MEC, mediante integração ensino-serviço.

Os médicos vinculados ao projeto podem ser de três perfis: CRM Brasil, médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no País, com registro no Conselho Regional de Medicina; Intercambistas individuais, brasileiros ou estrangeiros formados e com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e os Cooperados que são os intercambistas ingressantes mediante celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais

As atividades de assistência são desempenhadas exclusivamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito da Atenção Primária e são desenvolvidas como componente prático da formação, não criando vínculo empregatício de qualquer natureza. Os médicos CRM Brasil e Intercambistas Individuais são contratados como bolsistas por meio de editais de chamamento público, para exercerem as atividades nas regiões prioritárias para o SUS por até 3 (três) anos, podendo este prazo ser prorrogado por igual período, caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, como trata o *caput* do art. 14 da Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013).

A prorrogação da participação no Projeto estava garantida apenas aos médicos CRM Brasil. Os profissionais intercambistas tinham a dispensa da revalidação do diploma, adquirida por meio do exame “Revalida”, apenas por 3 (três) anos, nos termos do art. 16 da Lei n. 12.871/2013. Entretanto, foi aprovada a Medida Provisória n. 723, de 29 de abril de 2016, com a finalidade de assegurar a permanência também aos profissionais intercambistas. A medida provisória (MP) traz, dentre outras, as seguintes justificativas:

7. O Programa tem tido como característica desde 2015 uma maior atração de profissionais brasileiros, tendo em vista a incorporação do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), criado em 2011, como uma modalidade do Mais Médicos na qual atribui 10% de pontuação adicional nos processos seletivos de residência médica para os participantes que cumprirem atividades ao longo de um ano e forem bem avaliados. Mesmo assim, é frequente que os médicos com registro no Brasil manifestem interesse no Programa e acabem não iniciando ou mantendo as atividades. O edital de janeiro de 2016 é bastante representativo dessa tendência. Apesar do recorde de mais de 13 mil médicos brasileiros inscritos e ocupação por esses profissionais de 100% das vagas, somente 72% dos brasileiros iniciaram efetivamente as atividades, deixando com isso 684 vagas em aberto logo na primeira semana em que deveriam estar nas Unidades Básicas de Saúde. Essas vagas estão predominantemente em periferias de capitais e regiões metropolitanas e nos municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza.

[...]

15. É evidente a importância da permanência dos médicos com registro no exterior justamente por eles serem os profissionais que mais se mantêm ativos e que

cumprem o tempo contratualizado com os mesmos no Programa Mais Médicos. Para avaliar a permanência dos profissionais no Programa levamos em conta o percentual médio de permanência do médico, indicador que expressa a proporção de médicos que vêm cumprindo no Programa o tempo contratualizado que é de 3 anos, no caso dos médicos com registro no exterior, e pode ser de 1 ano ou de 3 anos no caso dos médicos com registro no Brasil. **Os médicos com registro no Brasil atingem o percentual de permanência de 60%, ou seja, 40% deles não ficam até o fim do tempo programado e contratualizado. Já no caso dos médicos intercambistas individuais o índice de permanência é de 85% e o de médicos cooperados chega a 92%. (BRASIL, 2016)**

Conforme descrito na Medida Provisória n. 723/2016, um dos problemas enfrentados no Eixo de Provimento está relacionado à dificuldade de manter o médico no município ao qual foi alocado até o final do Projeto. Esta dificuldade foi prevista desde a fase de formulação do Projeto, e na tentativa de minimizar este problema, foram instituídas algumas regras aqui destacadas:

- Aos médicos que se desligarem em prazo inferior a 180 (cento e oitenta) dias, pode ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária, além de outras medidas previstas em lei. (Redação dada pela PRI GM/MS/MEC n. 1493 de 18.07.2013).
- Os médicos que desistirem ou se desligarem voluntariamente, ficarão impossibilitados pelo período de 180 dias de se inscreverem novamente em novo edital de adesão de médicos no PMMB (Editas de Adesão).
- É vedado ao médico participante do Projeto solicitar realocação, após início das atividades no Programa, exceto nos casos em que o ente federativo desista da adesão, sem justo motivo, venha a ser descredenciado por decisão da Coordenação Nacional, ou em situações excepcionais devidamente fundamentadas pelo médico. (Portaria Interministerial 1369/13 e Editas de Adesão).

Esta pesquisa focaliza o eixo de provimento, e mais especificamente, as desistências dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Pretende-se com isso, fazer um levantamento demográfico das desistências e analisar os principais fatores que influenciam na decisão dos médicos em se desligar do Projeto antes do seu término.

A taxa e os fatores de desistência do PMMB, podem ter uso como indicadores de relevância no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Projeto

e para a melhoria da qualidade da política. Como medida de desempenho, a taxa de desistências consiste em uma informação vital para o sucesso e a continuidade do Projeto.

Recorrendo a uma analogia com as políticas públicas na educação, a evasão escolar sinaliza o desempenho das instituições e dos sistemas de ensino relacionado à permanência dos estudantes em seus cursos. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), por exemplo, aponta, no artigo 3º, que “o ensino será ministrado com base no princípio da igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” (BRASIL, 199). Nessa perspectiva, a taxa de desistência dos profissionais participantes do Programa Mais Médicos, pode ser um dos indicadores para avaliar a eficácia do eixo de provimento emergencial do Programa, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Tal qual a evasão escolar, são inúmeros os fatores que podem estar associados às desistências dos médicos no PMMB, que podem ocorrer por motivos endógenos, como o pagamento da bolsa-formação aos médicos, ou exógenos ao Projeto na medida em que derivam também de toda problemática que envolve o provimento, fixação e a alta rotatividade dos médicos. Portanto, analisar os fatores de desistências dos médicos, além de ajudar a avaliar e propor melhorias para o PMMB, ajuda a refletir todas as questões implicadas à Atenção Primária, até porque os médicos participantes integram uma equipe da Saúde da Família. Desta forma, analisar as desistências dos médicos, é também avaliar a Atenção Primária.

Posto isso, uma análise aprofundada das desistências nos ajuda a compreender melhor a desigualdade na distribuição de médicos no País, que afeta boa parte da população brasileira sem atendimento médico, podendo contribuir com melhorias nos resultados das ações do PMMB, ou de forma mais ampla, na tomada de decisões e criação de estratégias mais eficazes em atrair e reter médicos em regiões remotas e vulneráveis do País, a fim de garantir à população o direito à saúde, e melhorando, em última instância, os indicadores de saúde da população.

Além disso, com base na revisão de literatura, justifica-se esse estudo pela escassez de pesquisas relacionadas às desistências de médicos em políticas públicas de provimento.

Em um mapeamento realizado por Rios e Teixeira (2018) sobre a produção científica do Programa Mais Médicos, foram analisados 101 trabalhos, e nenhum estudo associado especificamente aos desligamentos dos médicos ou desistências do Projeto Mais Médicos para o Brasil. A maior parte da produção científica do PMMB, segundo este estudo, está relacionado à avaliação do programa (34,65%), seguido das análises políticas sobre o PMM

(31,68%) e por último, pesquisas que tratam de provimento e fixação de médicos, (11,89%). Vale destacar que os demais grupos não ultrapassaram o percentual de 10%.

Outro mapeamento da produção acadêmica do Programa Mais Médicos no período de 2013 a 2016 no Brasil (Medina et al, 2020), levantou 409 documentos dentre os quais nenhum aponta para análise semelhante.

Importante enfatizar ainda que em países como o Brasil, que tem constitucionalmente assegurado o direito à saúde como dever de Estado sob os princípios da universalidade e equidade de acesso, a existência de situações que não asseguram o acesso a um mínimo de assistência e serviços de saúde para suas populações constituem situações políticas geradoras de problemas de governabilidade além de moralmente inaceitáveis (CAMPOS; GIRARDI; MACHADO, 2009).

Eis, portanto, as questões norteadoras deste trabalho:

Por que, como e em qual contexto surgiu, e como funciona o Programa Mais Médicos?

Quais são os principais fatores que levaram médicos participantes a desistirem do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)?

Qual a taxa de desistências dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, total, por região brasileira, Estados, áreas classificadas por vulnerabilidade social, e por perfis de profissionais (CRM Brasil, Intercambistas individuais e Cooperados)?

Qual o tempo médio de permanência dos médicos participantes e qual o perfil dos médicos que desistem do Projeto?

O presente estudo visa dimensionar e traçar características, tendências, cenários e fatores relacionados às desistências dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa, em que se buscou compreender em profundidade os principais fatores que levaram os profissionais a desistirem do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Todos os dados utilizados para obtenção dos resultados apresentados neste trabalho foram extraídos do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), plataforma eletrônica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), do Ministério da Saúde.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar as desistências dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

2.2 Objetivos específicos

1. Compreender o porquê e como surgiu o Programa Mais Médicos;
2. Descrever o Projeto Mais Médicos para o Brasil;
3. Revisar, na literatura, as causas da dificuldade de fixação e da alta rotatividade dos médicos no SUS;
4. Mapear as razões que levaram médicos participantes do PMMB a desistirem do Projeto, a partir das justificativas dos médicos participantes;
5. Calcular a taxa de desistências dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, total, por região brasileira, Estados, áreas classificadas por vulnerabilidade social, e por perfis de profissionais (CRM Brasil, Intercambistas individuais e Cooperados);
6. Calcular o tempo médio de permanência dos médicos participantes do PMMB;
7. Caracterizar o perfil dos profissionais que desistiram de participar do Projeto Mais Médicos para o Brasil; e
8. Elaborar uma Nota Técnica para o Ministério da Saúde, propondo melhorias para o PMMB, com base nos resultados encontrados na pesquisa.

3 METODOLOGIA

Nos capítulos 1 e 2 foi realizada uma revisão bibliográfica e documental que visou mapear os trabalhos publicados no tema para responder as seguintes perguntas:

- a) Por que, como e em qual contexto surgiu, e como funciona o Programa Mais Médicos?
- b) Quais as principais causas da dificuldade de fixação e da alta rotatividade dos médicos no SUS?

Em busca das respostas, foi possível elaborar uma síntese do conhecimento previamente existente, adotando-se o procedimento de coletar, conhecer, compreender, analisar, sintetizar e avaliar um conjunto de artigos, dissertações e teses científicos e legislações específicas. Os dois primeiros capítulos, criam o embasamento teórico-científico que introduz e contextualiza a análise quali-quantitativa apresentada no capítulo 3.

A revisão bibliográfica e documental dos capítulos 1 e 2 foi orientada a partir dos seguintes propósitos:

- Prover evidências e o devido embasamento para o problema de pesquisa que guiou a investigação;
- Apresentar as devidas justificativas para a condução do estudo, e qual a contribuição original para o corpo de conhecimento e/ou teorias;
- Contribuir para melhor definir e estruturar o método de pesquisa, objetivos e questões para o estudo proposto; e
- Consolidar evidências e resultados recentes e atuais obtidos em estudos anteriores sobre o tema de interesse.

No capítulo três desenvolveu-se uma análise inédita na literatura, acerca do Programa Mais Médicos, orientada pelas perguntas subsequentes:

- a) Quais são os principais fatores que levaram médicos participantes a desistirem do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)?
- b) Qual a taxa de desistências dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, total, por região brasileira, Estados, áreas classificadas por vulnerabilidade social, e por perfis de profissionais (CRM Brasil, Intercambistas individuais e Cooperados)?

- c) Qual o tempo médio de permanência dos médicos participantes e qual o perfil dos médicos que desistem do Projeto?

Para alcançar os resultados esperados, foram utilizados os dados secundários obtidos dos relatórios extraídos do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), plataforma eletrônica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Ministério da Saúde.

O SGP é um sistema por meio do qual é feito o cadastro e gerenciamento dos médicos e gestores municipais que aderem ao Projeto. O sistema contém inúmeras funcionalidades, utilizadas para gerenciar e monitorar os médicos do PMMB, e um banco de dados contendo as informações pessoais e de participação dos profissionais participantes, como dados de alocação (data de início das atividades, município e UBS), identificação pessoal, contatos, local e instituição de graduação em medicina, dados profissionais etc.

A informação da desistência pelo profissional do PMMB deste estudo foi coletada do módulo de solicitação de desligamento no Projeto pelo médico participante, registrada no SGP. O médico com interesse em se desligar antes do prazo estipulado para o término da sua participação, procede com o pedido de desligamento, preenchendo os seguintes campos obrigatórios do sistema SGP:

- data pretendida do encerramento das atividades no Projeto (campo obrigatório);
- o motivo que o influenciou a desistir do Projeto, dentre as seguintes opções (campo obrigatório de escolha única):
 - ✓ aprovação em concurso público;
 - ✓ aprovação em residência médica;
 - ✓ incompatibilidade de carga horária;
 - ✓ motivos de saúde;
 - ✓ motivos pessoais; e
 - ✓ outros.

Justificativa em campo aberto, descrevendo e explicando mais detalhadamente os motivos que o levaram a solicitar o desligamento (campo obrigatório).

Além dos campos descritos anteriormente, obrigatórios, o profissional tem ainda a possibilidade de anexar documentos que possam vir a subsidiar e melhor fundamentar a justificativa, caso seja de seu interesse.

As análises quali-quantitativas apresentadas no capítulo 3 contaram com 4 (quatro) enfoques relacionados a seguir.

- i. Justificativas das desistências dos médicos
- ii. Taxa de desistências do Projeto Mais Médicos para o Brasil
- iii. Tempo médio de permanência dos médicos participantes nos três primeiros anos de participação
- iv. Caracterização do perfil dos médicos desistentes

3.1 Justificativas das desistências

Para apreciação e exame das justificativas das desistências, foram analisadas as justificativas descritivas submetidas pelos médicos participantes à Coordenação do Projeto no ato da solicitação de desligamento, pelo SGP. Para esta análise foi selecionada uma amostra com 1.000 médicos desistentes de perfil CRM Brasil, que ingressaram no Programa entre 2013 e 2021 e se desligaram voluntariamente entre 2015 e 2021, alocados em municípios classificados com maior vulnerabilidade social, segundo a legislação do Programa.

Esta estratégia amostral é justificada pelo caráter qualitativo e subjetivo da análise, tornando-se inviável, pelo tempo planejado e destinado a esta etapa, a realização da leitura e análise de um volume superior a 1000 (mil) justificativas.

O perfil CRM Brasil, médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, foi selecionado para esta amostra, por ser o perfil prioritário e mais estratégico para se pensar a Política Pública de Provimento Médico no Brasil, já que, além do maior volume de profissionais, eles possuem habilitação permanente para o exercício da medicina no País. O período selecionado das desistências a partir de 2015, justifica-se, pela funcionalidade de solicitação de desligamento pelo profissional no Sistema (SGP) ter iniciado em maio de 2015. Antes desta data, os desligamentos eram registrados

manualmente no Sistema, o que poderia comprometer a qualidade dos dados, caso o período anterior fosse selecionado.

Foram selecionados, para esta amostra, apenas médicos alocados nos municípios classificados nos perfis de maior vulnerabilidade social, sendo eles o Perfil 5, grupo G100, municípios que estão entre os 100 (cem) municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; Perfil 6, áreas vulneráveis; Perfil 7, extrema pobreza e Perfil 8, saúde indígena. Justifica-se essa seleção por serem as regiões mais prioritárias para o SUS, com maiores dificuldades de atração e fixação de médicos e que possuem populações em situação de maior vulnerabilidade.

Ainda, os médicos foram selecionados buscando-se manter na amostra a representatividade em relação a gênero, idade e perfil do município de alocação, em relação ao total de desistentes, conforme demonstrado na Tabela 1. As outras características foram aleatorizadas. A tentativa de manter na amostra médicos com as mesmas características e origens do número total de médicos desistentes, busca minimizar os desvios amostrais.

Tabela 1 - Representatividade da amostra justificativas - perfil CRM Brasil

Gênero	% Total de desistentes	Amostra (1000)	% Amostra
F	50,49%	510	51,00%
M	49,51%	490	49,00%
Total Geral	100,00%	1000	100,00%
Perfil município	% Total de desistentes	Amostra (1000)	% Amostra
Perfil 5 - G100	22,42%	225	22,50%
Perfil 6 - Áreas vulneráveis	19,91%	192	19,20%
Perfil 7 - Extrema Pobreza	56,17%	567	56,70%
Perfil 8 - Saúde Indígena	1,50%	16	1,60%
Total Geral	100,00%	1000	100,00%
Idade	% Total de desistentes	Amostra (1000)	% Amostra
Até 30 anos	53,71%	510	51,00%
Entre 30 e 40 anos	36,15%	388	38,80%
Entre 40 e 50 anos	5,92%	59	5,90%
Entre 50 e 60 anos	2,05%	21	2,10%
Mais de 60 anos	2,18%	22	2,20%
Total Geral	100,00%	1000	100,00%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

A análise das justificativas de desistência foi baseada na técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977) aplicando-se o recurso da análise categorial, que iniciou com a leitura dos textos das justificativas, buscando-se identificar elementos constitutivos de um mesmo grupo.

Na fase de exploração do material, os 1000 (mil) textos-justificativas foram agrupados e classificados em categorias e subcategorias. Na última fase, do tratamento, inferência e interpretação dos resultados, os conteúdos recolhidos foram transformados em dados quantitativos, incluindo frequência das subcategorias definidas. Assim, foi identificado um conjunto de fatores relevantes a serem considerados no estudo das desistências dos profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Anteriormente à leitura das justificativas, foi feito um levantamento prévio de possíveis categorias e subcategorias, baseando-se na revisão de literatura, com ênfase nos estudos “Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez”, de Giradi *et. al* (2010), “Demografia médica 2018”, de Mário Sheffer (2018), “As vozes dos médicos brasileiros, estrangeiros e cubanos”, de Telles *et. al* (2019), e ainda pelos motivos apresentados no SGP, opções fechadas, no momento de solicitação de desligamento. Esta síntese encontra-se representada no Quadro 1.

Quadro 1 – Hipóteses de categorias e subcategorias das justificativas das desistências médicas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
FATORES PESSOAIS/QUALIDADE DE VIDA	Infraestrutura da cidade
	Mudança de cidade/Voltar à cidade de origem
	Distância do município onde mora
	Vínculos familiares
	Amizades/Convívio social
	Cultura/Tradição
	Conforto da minha casa
	Acesso à internet
	Educação dos filhos(as)
CONDIÇÕES DE TRABALHO	Infraestrutura inadequada da UBS
	Falta de medicamentos na UBS
	Falta de equipamentos na UBS
	Dificuldade em conseguir encaminhamento para especialista
	Dificuldade em marcar exames
	Sobrecarga nos atendimentos
	Problemas relacionados ao processo de trabalho na UBS

	Dificuldade de acesso/transporte precário no deslocamento para a UBS
	Insalubridade na UBS
	Irregularidades da gestão municipal
SEGURANÇA E VIOLÊNCIA	Falta de segurança na UBS
	Falta de segurança na residência
	Falta de segurança no deslocamento para a UBS
	Ameaça à integridade física
	Violência urbana
CAPACITAÇÃO/QUALIFICAÇÃO	Preparação para Residência Médica
	Aprovação em Residência Médica
	Preparação ou Ingresso em cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> incompatíveis com o Projeto
	Preparação/Aprovação em Mestrado/Doutorado
	Aperfeiçoamento fora do país
	Insatisfação com o curso de especialização/módulos educacionais do PMMB
BOLSA FORMAÇÃO E BENEFÍCIOS	Valor da Bolsa-Formação;
	Atrasos/não recebimento da bolsa-formação;
	Atrasos/não recebimento da ajuda de custo;
	Atrasos/não recebimento das contrapartidas municipais (moradia, alimentação, deslocamento no caso de difícil acesso)
MOTIVOS DE SAÚDE	Saúde pessoal - mental
	Saúde pessoal - outras CID
	Saúde de familiares
	Não especificado
RELACIONAMENTO COM A COMUNIDADE, GESTORES MUNICIPAIS E/OU EQUIPES (RECONHECIMENTO PROFISSIONAL)	Conflitos relacionais com a gestão municipal
	Conflitos relacionais com a equipe de saúde
	Conflitos relacionais com a comunidade
	Conflitos políticos com a gestão municipal
	Conflitos relacionados ao funcionamento/organização do processo de trabalho na UBS
	Conflitos relacionados a descumprimentos de normas/diretrizes da PNAB
	Não especificado
FATORES PROFISSIONAIS	Nova oportunidade profissional/ Outro(s) vínculo(s) profissionais incompatíveis com o Programa
	Atuação na especialidade
	Preparação para concurso público
	Falta de perspectiva de carreira pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil
OUTROS	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Para classificação, foi realizada a leitura uma a uma das 1.000 justificativas, sendo que as justificativas levantadas previamente como hipótese (Quadro 1) serviram para auxiliar essa classificação. As oito categorias e as subcategorias presentes no Quadro 1, foram utilizadas quando coincidiram à justificativa de desligamento apresentada pelo profissional médico, e foram criadas novas categorias e subcategorias para os motivos não identificados no Quadro 1.

É importante registrar que cada justificativa foi classificada em apenas uma categoria e subcategoria, identificadas como principais. As justificativas multicategóricas, quando o profissional apresenta diversos motivos que se enquadram em categorias diferentes, foi selecionada a mais preponderante, considerando-se os seguintes aspectos: a) a motivação principal/mais predominante do texto; b) o primeiro motivo apresentado; e/ou c) a opção de motivo selecionada dentre as opções fechadas (“aprovação em concurso público”, “aprovação em residência médica”, “incompatibilidade de carga horária”, “motivos de saúde”, “motivos pessoais” e “outros”).

3.2 Taxa de desistências

A taxa de desistência foi calculada separadamente para os três perfis de profissionais:

- a) *CRM BRASIL*: médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, com a habilitação CRM;
- b) *INTERCAMBISTA INDIVIDUAL*: médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e
- c) *COOPERADO*: médicos selecionados mediante celebração de cooperação técnica entre Brasil e Cuba – via OPAS.

As taxas foram calculadas separadamente pelo fato de que as especificidades de cada um dos perfis, influenciam significativamente no comportamento da saída desses profissionais no Projeto.

As taxas de desistências foram calculadas com base nos dados atualizados em junho de 2022, para todos os médicos de perfil *CRM* e *Intercambista Individual* que ingressaram no

PMMB de janeiro de 2016 a maio de 2019, do 9º (nono) ao 17º (décimo sétimo) ciclo ou Edital de Adesão de Médicos, com exceção do 11º edital exclusivo de São Paulo, sendo 13.504 médicos do perfil CRM, 4.081 Intercambistas Individuais. Foi analisado o período dos 3 (três) primeiros anos de participação no Projeto, desconsiderando o período de prorrogação, daqueles que tiveram a sua participação prorrogada. Foram analisadas todas as desistências ocorridas entre janeiro de 2016 até maio de 2022 quando os médicos que ingressaram em maio de 2019 completaram 3 anos.

As prorrogações não foram consideradas na amostra, pois os médicos que prorrogaram e iniciaram no PMMB a partir de 2016 ainda não teriam concluído o tempo da prorrogação, com o prazo posterior à execução deste estudo. Mesmo que considerado apenas o primeiro ano de prorrogação, por exemplo, a amostra teria que ser diminuída, reduzindo-se assim o poder estatístico da taxa.

O período das desistências a partir 2016 é justificado devido a funcionalidade da solicitação de desligamento pelo profissional no Sistema (SGP) ter iniciado em maio de 2015. Os desligamentos registrados anteriormente eram inseridos manualmente no Sistema, o que poderia reduzir a qualidade dos dados.

Para o perfil dos médicos *Cooperados*, foi aberta uma exceção e selecionado o período anterior em virtude do rompimento da Cooperação Técnica Internacional MS/OPAS, em novembro de 2018, portanto, somente os médicos que ingressaram até novembro de 2015 tiveram a chance de completar 3 anos. Os médicos que ingressaram a partir de 2016 não tiveram a oportunidade de permanecer no Projeto por três anos. Portanto, foram selecionados todos os médicos que ingressaram de julho de 2013 a novembro de 2015, totalizando 11.837 médicos.

A taxa de desistências foi calculada por meio da fórmula simples:

$$\text{Taxa de desistências no PMMB (TD)} = (\text{Número de Desistências (D)} / \text{N. de Ingressos (I)}) \times 100.$$

Os profissionais objeto desta análise foram alocados em todas as UF, todas as regiões e todos os perfis de classificação do PMMB.

3.3 Tempo médio de permanência dos médicos participantes nos três primeiros anos

Embora o PMMB seja um Projeto de provimento temporário e emergencial, o Programa, combinados os seus eixos, tem como objetivo reduzir as iniquidades e ampliar o acesso à saúde da população brasileira a longo prazo. A longitudinalidade do cuidado, que visa um cuidado contínuo a população nas suas diferentes fases da vida, é um dos princípios fundamentais do SUS, que juntamente aos demais princípios, não estão descolados do Projeto.

As medidas do PMMB relacionadas à formação médica, desde as mudanças no conteúdo da graduação, criação e interiorização de novos cursos de medicina e valorização da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, objetivam qualificar e fixar, a longo e médio prazos, os médicos na Atenção Primária das regiões prioritárias do SUS, onde há escassez de médicos.

Em conjunto, os esforços no eixo de provimento são para que os médicos do PMMB permaneçam até o fim no Projeto e criem vínculo com o município e a comunidade. Ao término do projeto é esperado que os profissionais continuem atuando no município, sendo contratados pelas Prefeituras. Assim, medir a taxa de desistência e o tempo de permanência dos médicos participantes são duas formas diferentes de mensurar a eficácia do PMMB em relação aos seus objetivos.

Para medir o tempo médio de permanência dos médicos foram levantados os tempos de permanência para os três perfis, considerando somente os três primeiros anos, em situação hipotética como se não houvesse a prorrogação, considerando o seguinte cálculo:

$$\text{Tempo de permanência em anos e meses completos (TP)} = (\text{Último dia das atividades} - (\text{subtração}) \\ \text{Primeiro dia de atividades})$$

O tempo médio de permanência dos perfis de profissionais, foi calculado por meio da fórmula simples:

$$\text{Tempo médio dos perfis de profissionais} = \text{Soma do TP dos médicos} / \text{Número de médicos}$$

Neste tópico, foi utilizada a mesma amostra de médicos para calcular as taxas de desistências, considerando-se o ingresso de 13.504 médicos do perfil CRM, 4.081 Intercambistas Individuais e 11.837 cooperados distribuídos em todo Brasil. O tempo de

permanência no PMMB é um indicador interessante, pois é uma outra forma de mensurar a fixação dos médicos no PMMB, por meio do período em que o profissional atua no Município, prestando atendimento médico e criando vínculo com a comunidade, informação que não é expressa na taxa de desistências.

3.4 Perfil dos médicos desistentes

Com a mesma amostra dos itens ii e iii, levantou-se o perfil dos médicos desistentes quanto à faixa etária e gênero, para os três perfis de profissionais. Os dados de idade e gênero são autodeclarados pelos médicos no cadastro ao Sistema de Gerenciamento de Programas, SGP.

4 CAPÍTULO 1: COMO E PORQUE SURTIU O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O objetivo deste capítulo é analisar as causas fundamentais do Programa Mais Médicos, tendo como pressuposto uma revisão bibliográfica, que contribuiu para uma maior compreensão da desigualdade de acesso à saúde/atendimento médico no Brasil.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, Constituição Federal 1988, art. 196).

4.1 A desigualdade social, o acesso aos serviços de saúde no Brasil e a distribuição de médicos no território brasileiro

O Brasil é um país com fortes marcas de desigualdade. Segundo Barros *et al.* (2000), a desigualdade está entranhada na história brasileira de tal forma que adquiriu fórum de característica natural.

O Relatório de Desenvolvimento Humano 2019 (PNUD, 2019) aponta o Brasil como um dos países mais desiguais do mundo, e que a desigualdade no Brasil está piorando a cada ano. O estudo coloca o País como o 7º mais desigual do mundo, atrás apenas de algumas nações africanas. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2020 (PNUD, 2020) a parcela dos 10% mais ricos do Brasil concentram cerca de 42% da renda total do País.

Os últimos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, revelam que a concentração de renda aumentou de 2012 a 2018, reforçando a extrema desigualdade social no País. O rendimento médio mensal de trabalho da população 1% mais rica foi quase 34 vezes maior que da metade mais pobre em 2018. Isso significa que a parcela de maior renda teve ganho médio mensal de R\$ 27.744, enquanto os 50% menos favorecidos ganharam R\$ 820.

Entre as regiões, o Sudeste apresentou a maior massa de rendimento do País (R\$ 143,7 bilhões), sendo este valor superior à soma das demais massas de rendimento regionais. As regiões Sul (R\$ 47,7 bilhões) e Nordeste (R\$ 46,1 bilhões) produziram cerca de 1/3, cada, da massa da região Sudeste. As regiões Norte (R\$ 15,8 bilhões) e Centro-Oeste (R\$ 24,4 bilhões) foram responsáveis pelo equivalente a 11,0% e 17,0%, respectivamente, da região Sudeste. O

rendimento médio mensal real domiciliar *per capita* foi de R\$ 1.337, em 2018 e R\$ 1.285, em 2017. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores valores (R\$ 886 e R\$ 815), e a região Sudeste, o maior (R\$ 1.639) (PNAD, 2018).

Szwarcwald *et al.* (1999) realizaram estudo para avaliar a associação entre desigualdade de renda e condições de saúde no município do Rio de Janeiro. Os autores mostram correlações estatisticamente significativas entre os indicadores de desigualdade de renda e os indicadores de saúde, evidenciando que as piores condições de saúde não podem ser dissociadas das disparidades de renda.

A relação entre desigualdade de renda e saúde também foi analisada por Dachs (2002) que, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, concluiu que a chance de um indivíduo classificar sua saúde como muito boa aumentou em quase 10% para cada decil que se sobe na escala de rendimentos *per capita*.

A desigualdade na área de saúde pode ser observada por meio de dois focos principais: no estado de saúde da população e no consumo de saúde. O primeiro avalia as diferentes chances de grupos populacionais distintos contraírem morbidade ou morrerem, ao passo que o conceito de desigualdade no consumo ou uso dos serviços de saúde analisa as diferentes condições de acesso aos serviços de saúde (NERI; SOARES, 2002). O termo iniquidade é utilizado quando há existência de alguma forma de injustiça social associada à desigualdade observada.

O estudo de Neri e Soares (2002), que investiga a relação entre desigualdade social e saúde no Brasil, constatou que os indivíduos de baixa renda têm pior acesso a seguro saúde, necessitam de maiores cuidados médicos e consomem menos os serviços de saúde.

A pesquisa indicou também que os principais determinantes para o consumo dos serviços de saúde estariam fortemente associados aos grupos sociais mais privilegiados (de maior escolaridade, acesso a seguro saúde, água, esgoto, luz, coleta de lixo) e a fatores que apontam para capacidade de geração de oferta desses serviços no País. Os resultados do referido estudo sugerem problemas no acesso aos cuidados médicos, apesar da Constituição garantir acesso universal aos brasileiros. Foi possível diagnosticar que o consumo dos serviços de saúde diminui para áreas de menor densidade populacional (menor diversificação de serviços médicos) e para pessoas que não detêm seguro saúde.

De um lado, a proposição defendida por autores como Neri (2011) expõe que, nos últimos vinte anos, a estrutura socioeconômica se achatou no País. Segundo esta vertente, isto se deve especialmente aos incrementos de renda e à expansão do sistema de ensino a gerar

oportunidades de escolarização aos mais subalternos. De outro, autores, tais como Scalón (2011) e Scalón e Salata (2012; 2016), que afirmam que apenas o aumento do poder de consumo e da instrução não são suficientes para amenizar as desigualdades sociais. Segundo os referidos autores, é necessário olhar também para as ocupações. Algo que, quando feito, não revela quadro tão animador quanto o descrito por alguns economistas (PNAD, 2018).

Embora haja relação estreita entre assimetrias socioeconômicas e desigualdade de saúde, mecanismos específicos são capazes de fazer com que esta segunda se altere mesmo quando a primeira permanece constante. Esta relação é bem estabelecida para períodos anteriores à transição epidemiológica², onde quem mais ganhou com o desenvolvimento da infraestrutura urbana e das redes de saneamento foram aqueles que viviam em precárias condições de vida. (LAHELMA, 2001; LINK; PHELAN, 1995).

Por exemplo, na Inglaterra, as diferenças de expectativa de vida entre os nobres e os trabalhadores no século XIX eram enormes. Muitas pessoas pertencentes a estratos subalternos morriam através da exposição a fatores de risco diversos e do acometimento por doenças infecciosas (CHADWICK, 1842). Evidentemente, progressos como o planejamento urbano e a construção de redes sanitárias nas cidades inglesas não transformaram os subalternos em detentores de capital. No entanto, combateram os principais fatores que os levavam ao adoecimento e assim fizeram diminuir sua distância de saúde para os mais ricos.

Quando a transição epidemiológica se estabelece e os fatores a acarretarem epidemias são combatidos, todavia, outros mecanismos passam a operar tanto para a persistência das desigualdades de saúde, quanto para sua redução. Com efeito, a literatura internacional considera as condições sociais tão importantes que uma das perspectivas mais acionadas como orientação teórica sobre o tema trata o componente socioeconômico como causa fundamental da saúde e do adoecimento segundo Link e Phelan (1995).

Outro estudo que objetivou avaliar o padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde utilizando-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998 e 2003, de Travassos *et al.* (2006), reafirmou o padrão de que

² Transição epidemiológica refere-se a mudanças na natureza e na escala das doenças motivadas por progressos nas condições de vida, melhorias na disponibilidade e qualidade do serviço médico, além da implementação de estratégias de combate a epidemias (FRENK *et al.*, 1991; OMRAN, 2001). Segundo aqueles que a investigam, no passado, as principais doenças eram as infecciosas como tuberculose, cólera, malária e pólio. Podendo se proliferar rapidamente, chegavam a representar riscos para populações inteiras (DUARTE e BARRETO, 2012; GIDDENS, 2012). O desenvolvimento econômico e social do século XX fez com que fossem gradativamente erradicadas. Em seu lugar, entraram as doenças crônicas não transmissíveis (GIDDENS, 2012; LAHELMA, 2001; LINK e PHELAN, 2013).

no Brasil o acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Em ambos os anos, as pessoas residentes nas regiões Sudeste e Sul apresentaram maiores chances de uso de serviços de saúde do que os residentes nas demais regiões.

Comparativamente ao Sudeste e ao Sul, as chances de uso são menores na região Norte (45% menos chance), no Nordeste (40% menos chance) e no Centro-Oeste (23% menos chance). Em 1998, as chances de uso de serviços dos residentes das regiões Norte (33% menos chance) e Nordeste (35,5% menos chance), com relação às regiões Sudeste e Sul, eram um pouco melhores do que em 2003.

O estudo Demografia Médica (2020), coordenado pelo professor da Faculdade de Medicina da USP, Mário Scheffer, com o apoio institucional do CFM e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), mostra que o Brasil atingiu a marca de 547.344 médicos em 2020 e a razão de médico a cada mil habitantes de 2,4. Em 2010, quando foi elaborado o primeiro estudo de Demografia Médica, a razão de médicos por habitante era menor (1,91 por grupo de mil). Naquele período, 16.058 deixaram a faculdade e ingressaram no sistema de saúde. Em 2016, esse número chegou a 18.753. Porém, segundo o estudo, a tendência é que ele aumente muito mais, devendo chegar a mais de 28 mil, em 2024.

Os indicadores da Demografia Médica de 2020 demonstram persistência de um quadro de desigualdade na distribuição geográfica também entre as regiões, estados, as capitais e os municípios do interior. Enquanto o País tem razão média de 2,48 médicos por mil habitantes, a região Norte tem taxa de 1,30, 43% menor que a razão média nacional. Na região Nordeste, a taxa é de 1,69. Juntas, as regiões Norte e Nordeste têm os piores indicadores – todos os seus 16 estados estão abaixo da média nacional.

Pela primeira vez na série histórica de estudos sobre demografia médica, nenhum estado apresentou razão menor do que 1 (um) médico por mil habitantes. Em todo o País, o Pará, com razão de 1,07, e o Maranhão, com 1,08, continuam sendo os estados com menor número de médicos em relação à população. Na outra extremidade, sete das 27 unidades da Federação têm as maiores concentrações de médicos, mais de 2,50 profissionais por mil habitantes. Entre as regiões, Sudeste e Centro-Oeste têm as taxas mais altas, 3,15 e 2,74, respectivamente. Entre as unidades da Federação, o Distrito Federal aparece em primeiro, com 5,11 médicos por mil habitantes, seguido por Rio de Janeiro, com 3,70, e São Paulo, com 3,20. Por outro lado, o Sudeste agrupa mais da metade dos médicos do País – 53,2% – que

atendem 42,1% da população brasileira. O estado de São Paulo concentra mais de um quarto dos médicos – 28,1% do total – para atender uma população que representa 21,9% do País.

O Sudeste é a região que apresentou maior densidade médica por habitante (razão de 2,81) contra 1,16, no Norte, e 1,41, no Nordeste. Nos seus quatro estados, o Sudeste tem 244.304 médicos para uma população de 86.949.714 moradores. O estado de São Paulo, por sua vez, obteve a mesma razão do Sudeste (2,81): concentra 21,7% da população e 28% do total de médicos do País. O número de médicos no País aumenta, a cada ano, mas ainda há extrema desigualdade na distribuição dos profissionais.

Olhando o País pelo parâmetro rural-urbano, os municípios rurais localizados dentro de regiões metropolitanas (RM) têm as razões mais baixas de médico por habitante. Por outro lado, algumas áreas urbanas do interior têm maior presença de médicos que os espaços urbanos das capitais. Em todas as grandes regiões, o grupo rural dentro de RM conta com menos de um médico por mil habitantes. São 839 municípios, com 9,2 milhões de habitantes e 5.023 médicos, o que resulta numa razão de 0,54. As áreas rurais fora de região metropolitana têm razão marcadamente baixa, 0,59 por mil habitantes; somam 26.123 médicos para quase 44 milhões de habitantes distribuídos em 3.520 municípios (SCHEFFER, 2020).

Nas regiões Norte e Nordeste, as áreas rurais dentro de região metropolitana têm 0,19 médico por mil moradores, a menor razão de todo o País. A título de comparação, a média nacional é de 2,48 médicos por mil habitantes, ou seja, 13,1 vezes maior (SCHEFFER, 2020).

Mello (1981), ainda nos anos 1970, já demonstrava essa estreita vinculação entre a distribuição de médicos e o nível de renda da população: o número de médicos aumentava na medida do crescimento da renda. Em 1973, por exemplo, o Brasil contava com um médico para cada 2.040 habitantes, sendo que em São Paulo essa relação era de um médico para 1.570 habitantes, e no Rio de Janeiro era de um médico para 610 habitantes. Os estados do Maranhão e Piauí contavam então com um médico para cada 7.000 habitantes. À época, o Brasil contava com 1.895 municípios sem médicos e 2.171 sem agências bancárias, e a concentração dos médicos guardava estreita relação com a das agências bancárias sugerindo que fatores idênticos condicionavam as respectivas escolhas locais.

As áreas urbanas maiores, devido às ‘vantagens’ culturais, sociais, educacionais e de inserção laboral do profissional e de sua família são mais atrativas que cidades menores e áreas rurais. Mundialmente, as áreas mais distantes de centros urbanos importantes, com baixa renda média e com pequena estrutura de serviços de saúde, em especial hospitalares, têm mais dificuldade de atrair profissionais (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; OMS 2010a).

De um lado, Machado (1997) identifica que grande parte dos médicos vêm de famílias abastadas e a própria escolha da profissão é um caminho para a continuidade da posição familiar ou para a ascensão social. A pesquisa realizada pela autora concluiu que os médicos são, em sua maioria, filhos de “médicos, juristas, professores universitários, profissionais liberais, comerciantes bem-sucedidos, empresários, políticos, intelectuais – enfim, filhos de uma seleta camada social bem posicionada na estrutura social” (MACHADO 1997, p.34). Ainda que a ampliação do acesso ao ensino superior a partir de 2005 e à graduação em medicina, venha mudando esse perfil (RISTOFF 2014; SCHEFFER, 2018).

O interesse dos médicos em atuar nas áreas mais desenvolvidas inclui fatores familiares e pessoais, além dos econômicos e profissionais, que estão relacionados também à sua origem e trajetória social. Uma coorte feita em pesquisa do CFM com médicos formados de 1980 a 1989 mostrou que 52% deles haviam nascido nas capitais e mais de 60% se formado nas capitais (SCHEFFER, 2013). Outros estudos mostraram que a maioria dos médicos provém de uma classe social privilegiada na estrutura social e que essa origem e/ou sua trajetória social produz hábitos, estilos de vida e redes de relações, que também atraem os médicos para os centros econômicos em detrimento das áreas com maior necessidade (SCHRAIBER, 1993; MACHADO, 1996; 1997).

De fato, os médicos costumam se concentrar nas cidades maiores deixando desassistidas as cidades pequenas, as áreas rurais, as comunidades mais remotas e as regiões mais pobres das grandes cidades. Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os mais atingidos por esta situação de insegurança assistencial em saúde e a ela muitas vezes se somam problemas de segurança pública, alimentar, econômica e social, que agravam a situação de privação essencial a que tais populações são submetidas (CAMPOS; GIRARDI; MACHADO, 2009).

Alguns mecanismos de coordenação intergovernamentais foram instituídos no SUS desde a sua criação com a necessidade de reduzir desigualdades regionais e garantir a universalidade do cuidado, como o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas na condução de determinada política ou gestão de serviços; a criação de instâncias e de instrumentos para a pactuação dessas responsabilidades; e o repasse de recursos federais e estaduais de forma vinculada aos municípios, que são os principais executores de ações e serviços de saúde.

Entre esses mecanismos, as transferências de recursos vinculados a aplicações específicas cumpriram papel central ao longo desses quase trinta anos de existência do

sistema. A organização e a implementação de políticas nacionais bem-sucedidas foram favorecidas ou promovidas, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações e do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, que passaram a ser executadas a partir de 1996. (JACCOUD; VIEIRA, 2018)

No estudo “Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais”, Ribeiro (2018) constatou que, embora o esforço regulatório de três décadas por melhor redistribuição regional dos recursos do SUS tenha sido evidente, o impacto da municipalização associada à coordenação regional e indução federal não foi suficiente para compensar as fortes desigualdades regionais.

4.2 Trabalho em saúde

Por ser uma federação trina e pelo sistema de saúde, a partir do SUS, ser descentralizado, com serviços executados pelas três esferas de governo, mas principalmente pela esfera municipal de gestão, os profissionais de saúde são contratados majoritariamente pelos municípios, depois pelos estados e, antes do Programa Mais Médicos, em quantidade apenas residual pela União.

Cada ente administra os vínculos de trabalho dentre o amplo leque de possibilidades, para fazer a contratação direta ou indireta, permanente ou temporária dos trabalhadores. Somente o poder legislativo, em cada esfera de governo, e o Congresso Nacional, para as três esferas de governo, podem definir regras obrigatórias para o poder executivo tais como pisos remuneratórios, obrigatoriedade de contratação formal e direta e criação de carreiras públicas.

Na prática, esse poder é constrangido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, pelo mecanismo de teto de gastos com pessoal, bem como pela ação ativa do poder executivo para impedir que o legislativo discipline algo com tamanho impacto em seu orçamento. Assim, cabe ao Ministério da Saúde (MS) pactuar recomendações com os entes ou condicionar certos repasses de recursos ao cumprimento de regras que podem incluir critérios de contratação e gestão de pessoal (PINTO, 2021; MACHADO, 1996; 1997; GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000; MACIEL FILHO, 2007; FIOCRUZ 2009; EPSM, 2010; GIRARDI *et al*, 2011; MEDEIROS E TAVARES, 2012).

Diferentemente de outros países da América Latina, como México, Cuba e Argentina, no Brasil o MS não participa diretamente da regulamentação profissional no setor saúde. Ele basicamente emite pareceres, que podem ou não ser acatados pelo Congresso Nacional e pelo,

à época da criação do PMM, Ministério do Trabalho e Emprego (PINTO, 2021; GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000; MACIEL FILHO, 2007).

No caso brasileiro, as principais fontes de regulamentação são o Congresso Nacional, que cria as leis de exercício profissional e de autorização para o funcionamento dos Conselhos de Fiscalização, tal como o Conselho Federal de Medicina (CFM); o Ministério do Trabalho e Emprego, antes responsável por indicar as diretrizes para a regulamentação das profissões; o Ministério da Educação (MEC) que, por meio do Conselho Nacional de Educação (CNE), regulamenta as formações de nível técnico e superior estabelecendo pré-requisitos, currículos e normas gerais e, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRE), faz o mesmo para a residência; e os Conselhos de Fiscalização, que são reconhecidos e autorizados publicamente pelo Estado para fiscalizar o exercício profissional, definir diversas regras relacionadas a ele e julgar conflitos interprofissionais (PINTO, 2021).

Assim, existem leis específicas para definir os requisitos do exercício e o escopo de práticas da profissão, mas a prerrogativa de regular o exercício é dada aos Conselhos. A medicina foi regulamentada no Brasil, como profissão, em 1932 e a criação do Conselho Federal de Medicina data de 1945, embora sua regulamentação seja só de 1957 (PINTO, 2021; GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

Embora os Conselhos sejam autarquias federais, eles são dirigidos por médicos eleitos pelos médicos fiscalizados, o que dificulta uma fiscalização mais rigorosa do exercício profissional, que puna os médicos que venham a cometer infrações segundo o código de ética vigente, e/ou que não façam a defesa dos valores e posições políticas da maioria dos profissionais.

De fato, nas situações de conflitos de interesses, os Conselhos costumam atuar de forma corporativista, protegendo seus pares e apresentando dificuldade de se comportarem como agentes do Estado (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000). Como esse conflito de interesse não ocorre só no Brasil, desde o início do presente século vem sendo discutido e implementado, em diferentes modelos, na Europa e nas Américas, um novo paradigma de regulamentação profissional, proposto especialmente a partir da área da saúde (PINTO, 2021).

Discute-se um modelo regulatório que concilie interesse dos diversos atores que atuam nesse campo: os próprios profissionais, grupos que demandam regulação, usuários e gestores dos serviços de saúde. Trata-se de uma tentativa de fazer prevalecer os interesses mais gerais sobre os particulares. (PINTO, 2021; GIRARDI, *et al.* 2002).

Em relação ao trabalho médico, desde os anos 1990 vem ocorrendo mudanças que demonstram a tendência crescente de uma produção cada vez mais cooperativa, com a presença de trabalho associativo e coletivo, em equipe. Os estabelecimentos de saúde apresentam linhas de produção cada vez mais complexas, com maior proporção de capital fixo em estrutura e equipamentos. Existe ainda a tendência de substituir procedimentos médicos por aqueles realizados por outros profissionais de saúde que, especialmente no mercado de trabalho brasileiro, tem uma disponibilidade de profissionais muito maior e um valor hora-trabalho muito menor que o do médico (PINTO, 2021).

Essa situação tem levado ao acirramento de certas posições históricas da profissão médica, havendo uma relação estreita com a tentativa de manter o *status quo* da profissão. Uma ideia central nessa agenda é a defesa da autonomia dos médicos, da autorregulação da profissão e da visão liberal da produção de serviços médicos. A liberdade de decidir a conduta técnica que melhor se adapte à necessidade do paciente, é um valor absolutamente central para os médicos, que também não querem ter seus privilégios ameaçados (CAMPOS, 1986; SCHRAIBER, 1992, 1995, 2019; GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000; MACHADO, 1997; GOMES, 2017).

Segundo Schraiber (1995, p. 61-63)

a autonomia profissional [é] o lema de uma disposição de luta técnico-política desses profissionais ao se voltarem para sua preservação. Luta em que se colocam em jogo não apenas prestígio, alta remuneração ou vantagens materiais, características que, aliadas ao monopólio corporativo de prática, permitiu a elitização desses trabalhadores, mas luta em que se sabe em jogo a própria autoridade técnico-científica. (...) preservar a autonomia é uma estratégia de poder; e poder de “Ordem”, disciplina da vida social e projeto social de vida. (...) sob a bandeira técnica, são a soberania política e o estatuto ideológico de autoridade exclusiva, o que se quer preservar.

Segundo Pinto (2021), identifica-se, nas últimas décadas, as seguintes agendas políticas das entidades médicas: a posição contrária às propostas de provimento de médicos em locais com maior necessidade, que não passassem por uma carreira em nível nacional; a proposição de uma regulamentação do ato médico, como forma de assegurar o monopólio de exercício da profissão e limitar a atuação das demais profissões de saúde; a tentativa de manter o controle sobre a residência médica; a busca de conter a abertura de vagas de graduação em medicina e reduzir o número total dessas vagas no País; e a movimentação para restringir a atuação no Brasil de médicos formados no exterior, sejam brasileiros ou estrangeiros (PINTO, 2021).

4.3 Educação em saúde no Brasil

A Gestão da Educação na Saúde trata de políticas de educação no âmbito do SUS e tem como objetivos: articular o ensino ao trabalho na saúde, fazer da rede de serviços do SUS um grande espaço de educação profissional e garantir que os processos de formação sejam orientados em função das necessidades da atenção à saúde (FIOCRUZ, 2009).

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988 afirma que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Trata-se de uma perspectiva convergente com a adotada em diversos países e recomendada pela OMS, que reconhece a ação do Estado na formação em saúde e regulação da distribuição dos recursos humanos como um dos pontos centrais para a implementação dos sistemas nacionais de saúde (PINTO, 2021; CAMPOS E BELISÁRIO, 2001; CIUFFO E RIBEIRO 2008; CARVALHO E SOUSA, 2013; RODRIGUES *et al*, 2013; ROVERE, 2015; ALÉSSIO E SOUSA, 2016; OMS, 2007).

Contudo, diversos autores entendem que esse dispositivo constitucional não foi acompanhado da regulamentação e dos instrumentos de política que permitissem sua operacionalização pelo SUS e que as Instituições de Educação Superior (IES) vêm formando profissionais para atuar na saúde sem considerar as reais necessidades (FEUERWERKER, 1998; 2002; CAMPOS E BELISÁRIO, 2001; AMÂNCIO FILHO, 2004; MARINS *et al*, 2004; CIUFFO E RIBEIRO 2008; RODRIGUES *et al.*, 2013; ROVERE, 2015). O MEC segue sendo a instância estatal com a responsabilidade de fazer a gestão dessas políticas, não havendo efetiva participação do SUS ou do MS no que se refere ao ensino em saúde (PINTO, 2021).

Assim, o MS tem autonomia para formular e implementar políticas de educação em serviço, mas quando envolve curso de graduação, residência ou outras pós-graduações, as decisões são tomadas pelo MEC, que formula, implementa e faz a gestão das políticas educacionais, além de regular a formação superior no sistema público federal e no sistema privado, assessorado pelo Conselho Nacional de Educação. A autorização para a abertura de novos cursos de graduação de medicina também é prerrogativa do MEC (PINTO, 2004; AMARAL, 2016; PINTO, 2021).

As empresas privadas também têm grande influência nas políticas voltadas para o ensino superior. De acordo com os dados do e-MEC (2022), 71,6% das 41.052 vagas

autorizadas estão sob gestão de IES privadas, que representam 63% de um total de 383 IES ativas em 2022 (e-MEC, 2022).

Oliveira et al. (2019) estabeleceu seis períodos de governo para analisar a distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil: de 1808 a 1963 (monarquia e governos republicanos iniciais), de 1964 a 1988 (governos militares - José Sarney), de 1989 a 1994 (Fernando Collor - Itamar Franco), de 1995 a 2002 (Fernando Henrique Cardoso - FHC), de 2003 a 2010 (Luís Inácio Lula da Silva - Lula) e 2011 a 2018 (Dilma Rousseff - Michel Temer). Observou-se relevante expansão de escolas a partir dos governos militares, com pico em 2014 (Dilma Rousseff), frente à implementação do Programa Mais Médicos.

Houve um importante processo de interiorização do ensino médico no Brasil com redução da proporção das escolas na capital e aumento das localizadas na Região Metropolitana (excluído capital), e no interior das UFs. A começar dos governos militares—Sarney, reduziu-se a proporção de escolas médicas nas capitais, representando 22,4% nos governos FHC e 19,4% nos governos Dilma-Temer. Estes últimos governos criaram 49,3% das atuais escolas nas RMs, 58,2% das escolas no interior das UFs em todo o período de estudo. Em relação ao tipo de cidade em que essas escolas foram implantadas, a maioria ocorreu nas cidades de grande porte populacional em todos os períodos dos governos. Das escolas implantadas nessas cidades, cada um dos governos foi responsável pela criação de cerca de 15% delas (OLIVEIRA *et al.*; 2019).

A frequência absoluta e relativa da evolução da distribuição do número de vagas em escolas de ensino médico entre as regiões, UFs e cidades brasileiras apontou que, até 1994, a maioria das vagas estava concentrada nas escolas localizadas nas regiões Sul e Sudeste do País, bem como nas capitais da região Nordeste.

No governo FHC, principiou-se a distribuição das vagas para a região Norte, Região Metropolitana e interior dos estados, sendo, em seguida, intensificado esse processo no governo Lula. Neste governo, iniciou-se o processo de interiorização com implantação de novas vagas, principalmente no interior das UFs do Nordeste, Sudeste, e Sul.

O processo de interiorização foi intensificado no governo Dilma-Temer e foi ampliada a implantação de novas vagas nas regiões Centro-Oeste e Norte do País. Contudo, apesar desses movimentos dos governos entre 1808 e 2018, a região Sudeste permaneceu com 46,1% das vagas do País contra 7,5% na região Norte. Além disso, 21,3% (n=6.945) das vagas de graduação em medicina no Brasil ficaram concentradas no Estado de São Paulo contra apenas

0,2% (n=60) no Estado do Amapá. Somente no interior do Estado de São Paulo (n=3.474) há mais vagas de graduação em medicina do que em toda a região Norte (n=2.469)

A conjunção dessa distribuição de escolas médicas ao longo dos diferentes governos definiu o desenho atual da proporção dessas escolas entre as UFs e regiões do Brasil, que se caracteriza pela concentração das escolas nas UFs das regiões Sul e Sudeste do País e baixa proporção em todos os estados da região Norte. Os estados de São Paulo (n=60; 18,6%) e de Minas Gerais (n=47; 14,6%) concentraram a maior proporção das escolas do País, contra a menor proporção nos estados do Amapá (n=1; 0,3%) e Acre (n=2; 0,6%). Proporcionalmente, o Estado de São Paulo tem mais escolas de medicina que as regiões Norte (8,3%) e Centro-Oeste (9,2%) juntas (PINTO, 2021).

Essa desigualdade na oferta de escolas tem influências importantes sobre a distribuição e fixação de médicos entre regiões e intrarregiões. Nos últimos anos, houve crescimento exponencial do número de médicos no País. Dados de demografia médica indicam que, em 1970, eram 58.994 registros enquanto, em 2017, foram contabilizados 451.777. Esses dados revelam um aumento de 665%, contra um crescimento de 119% da população brasileira no mesmo período. Ou seja, o total de médicos nesses anos aumentou em maior velocidade do que o crescimento populacional.

Este mesmo estudo mostrou que o Brasil possuía uma razão nacional de 2,18 médicos/1.000 habitantes em janeiro de 2018 (SCHEFFER, 2018). Todavia, nas regiões Norte e Nordeste, essa razão ficava abaixo da razão nacional (1,16 e 1,41, respectivamente). Nessas duas regiões, estão as unidades da federação com menor número de médicos em relação à população. Por sua vez, a região Sudeste conta com o maior número de médicos por 1.000 habitantes (2,81), acima da região Sul (2,31) e da Centro-Oeste (2,36) (SCHEFFER, 2018).

Outro indicador utilizado refere-se à comparação entre formação de médicos e criação de novos postos de trabalho. Alguns países com esse índice negativo, compensam o déficit com médicos formados em outros países. No próprio Reino Unido, que tem o dobro da proporção do Brasil, os médicos que formaram fora representam 37% do total de médicos atuando no país. Nos EUA esse número chega a 22,4% e no Brasil, em 2012, esse número era muito menor: 1,8% (YOUNG, 2012).

4.4 Recursos Humanos em Saúde

“Recursos Humanos em Saúde” abarca tudo que se refere aos trabalhadores da saúde e sua relação com o sistema de saúde compreendendo as dimensões: mercado de trabalho, composição e distribuição da força de trabalho, regulação do exercício profissional, organização do trabalho, relações de trabalho e administração de pessoal, bem como formação e qualificação profissional.

Desde os anos 1950, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem estimulando as iniciativas de pesquisa na área (PAIM, 1994). O apoio da OPAS inicialmente deu ênfase aos estudos sobre a formação médica, privilegiando projetos ligados à Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária (OPAS, 1976; PAIM, 1994).

Mas, foi nas décadas de 1970 e 1980 que o debate na área de recursos humanos se intensificou em nosso País e, desde então ampliou sua abrangência, explorando os aspectos políticos, econômicos, sociais e estruturais que conformam as práticas de saúde e os recursos humanos nelas envolvidos.

No entanto, em que pese o acúmulo de conhecimento proporcionado pelo conjunto de abordagens que hoje compõe o campo de estudo sobre recursos humanos em saúde, as tentativas de reordenamento dessa área, seja no âmbito da formação, seja nas questões relativas ao trabalho, ainda não foram capazes de responder efetivamente aos desafios colocados (CAMPOS *et al.*, 2001; CORNETA *et al.*, 1996; DAL POZ, 1996; PAIM, 1994; PIERANTONI, 2000).

Em sua tese de doutorado, Maciel Filho (2007) demonstra que a temática foi sendo transformada em área específica de investigação acadêmica e científica. De acordo com Schraiber e Peduzzi (1993), no Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, foram identificados cerca de 500 trabalhos envolvendo “recursos humanos em saúde”. Na década de 1970 iniciou-se um processo de institucionalização da área com ofertas de processos formativos para capacitar atores governamentais sobre o tema e na década de 1980 a OPAS apoiou a criação de grupos de trabalho nos países membros para desenvolver novas abordagens.

Em 1986, governantes, pesquisadores e o movimento sindical do setor de saúde promoveram a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, e participaram do processo Constituinte e da elaboração das Leis Complementares n. 8.080 (1990) e n. 8.142 (1990) que normatizam o SUS (FIOCRUZ, 2009).

A regulação da formação profissional na Saúde, como já mencionado, é uma premissa presente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 200, que estabelece a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em “ordenar a formação de

recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988), sendo reforçada pela Lei Orgânica da Saúde, a qual explicita, no artigo 15, item IX, a responsabilidade do sistema de saúde “[...] na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (BRASIL, 1990).

Os estudos na área de recursos humanos em saúde evidenciaram um número insuficiente de médicos por habitante em vários municípios, má distribuição de médicos no território brasileiro, dificuldade de atração e fixação desses profissionais em regiões de necessidade e uma percepção social de que essa carência é o principal desafio que o SUS enfrenta.

O referido tema, no estudo intitulado “Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?” (CARVALHO; SOUSA, 2013), foi objeto de diversas conferências de saúde com propostas que vão desde a regulamentação na Constituição Federal (CF) do Brasil, fomento a capacitações, educação continuada, educação permanente, política de provimento, mudanças na graduação, reforma nos currículos, formação de especialistas de acordo com as necessidades do SUS, carreira e melhores condições salariais e de trabalho (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Estas pautas foram reforçadas com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, com vistas a ampliar a capacidade de intervenção do MS nas políticas de regulação, provimento e formação da força de trabalho em saúde e atuar na interface dos subsistemas da saúde e da educação. Especialistas e grupos de pesquisa foram mobilizados para subsidiar a análise do problema e a formulação de soluções. Assim, uma área situada no terceiro escalão do ministério, chamada de Coordenação de Recursos Humanos, foi transformada em uma instância do primeiro escalão, a SGTES (PINTO, 2021).

A SGTES era composta por dois departamentos, o de Gestão da Educação em Saúde (Deges) e o de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Foi a essa secretaria do MS que se deu a atribuição de enfrentar as questões relacionadas às necessidades de provimento e formação médicas e, depois, de implementar e gerir o Programa Mais Médicos (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; PIERANTONI *et al.*, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; PINTO, 2016).

Uma mobilização de especialistas e pesquisadores ganhou uma institucionalização em março de 2004 quando se redefiniram as finalidades da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (ObservaRH), lançada em 1999 por uma iniciativa do MS em conjunto com a OPAS. Sob a coordenação do MS, a Rede ObservaRH passou a ter o

propósito de produzir estudos e pesquisas para propiciar o “mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, para contribuir com a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos” (BRASIL, 2004b).

Os objetos de estudo dão uma ideia de como o problema procurava ser explorado: a demografia das necessidades de saúde, a caracterização e distribuição das escolas de formação de profissionais de saúde no País, a análise da distribuição das vagas da residência médica para a formação de especialistas, a concentração regional das vagas de residência e a relação das mesmas com a oferta da saúde suplementar, os vínculos de trabalho, distribuição dos médicos, incluindo recorte por especialidade nos serviços de saúde públicos e privados.

Foram também estudadas políticas internacionais de provimento. Esses estudos e a própria ObservaRH foi um legado importante na criação do PMM, em 2013. O diálogo científico sobre a formação se dava mais com atores e pesquisadores relacionados ao tema de mudança da educação médica que com áreas específicas do (PINTO, 2021)

4.5 A Estratégia de Saúde da Família

É no atendimento básico que se solucionam cerca de 80% dos problemas de saúde da população”. “A Atenção Primária a Saúde é a porta de entrada preferencial do SUS, que deve ordenar o acesso com equidade aos demais serviços da rede de saúde, estar presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno. Essas duas premissas são reconhecidas na gestão de saúde pública do Brasil e em diversos outros países (MS, 2015).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social e aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental brasileira. Desde 1999 passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002).

A estratégia de saúde da família (ESF) incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield (2002), tais como o primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades. Busca-se romper com a noção de uma atenção de baixo custo

simplificada. O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (SCOREL *et al.*, 2007).

Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1.000 famílias (equivalente a 2.400 a 4.500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção primária (SCOREL *et al.*, 2007).

Ao longo da década, o PSF expandiu-se em todo o País sob indução do Ministério da Saúde, atingindo, em junho de 2004, 84% dos municípios brasileiros. A implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação do PSF tem sido lenta, pois deparou-se com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SOUZA, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (SCOREL *et al.*, 2007).

O sucesso da ESF depende de sua capacidade em atrair e manter profissionais de saúde nas suas equipes. Isto tem sido um grande desafio particularmente em relação aos médicos (NEY, 2009; GIRARDI; CARVALHO, 2003; BRASIL, 2002c).

No início de 2011, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi alçada à condição de prioridade de governo. Foram identificados dez principais desafios que condicionavam seu

desenvolvimento e que deveriam ser levados em conta pelo Ministério da Saúde (MS) na proposição da nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab):

1. Financiamento insuficiente da Atenção Básica;
2. Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde;
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis;
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão;
8. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica;
10. Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade.

4.6 Contexto histórico até o Surgimento do Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos surge diante dos desafios colocados à Atenção Primária a Saúde em busca de contornar a escassez de médicos em diversas áreas, a partir das demandas relacionadas ao trabalho e educação em saúde, por meio da estratégia de saúde da família.

No Brasil, as áreas de maior escassez são aquelas nas quais são mais elevadas a mortalidade infantil e o número de pessoas elegíveis ao Programa Bolsa Família, indicadores *proxy* das condições de pobreza (PIERANTONI; GIRARDI; DAL POZ, 2012).

Também por isso, entende-se que um mercado de trabalho desregulamentado, ou seja, sem regulações e ações do Estado, nunca garantirá uma boa distribuição do pessoal de saúde

(OMS 2010). As políticas que enfrentam essas situações, para serem eficazes, precisam integrar e coordenar diversas ações que incidam em vários desses fatores (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; OMS 2010; GIRARDI, PIERANTONI E DAL POZ, 2012).

A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM, 2012), coordenada pelo pesquisador Sábado Girardi, construiu em 2010, um Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária, demonstrando que cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, principalmente naqueles de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso, localizados nas regiões Norte e Nordeste do País (EPSM, 2012).

Em 2012, o Ministério da Saúde apontou o índice de 1,8 médicos/mil habitantes para o Brasil, inferior ao de países vizinhos. Para se ter uma ideia dessa proporção, a Argentina e o Uruguai apresentaram respectivamente uma relação de 3,2 e 3,7 médicos/mil habitantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) não estabelece uma referência para esse indicador, mas o governo do Brasil utiliza o índice do Reino Unido, de 2,7 médicos/mil habitantes, por esse país ter um dos melhores sistemas de saúde pública centrado na atenção básica. Dessa forma, 22 estados do País ficaram com índice abaixo da média, destacando o Maranhão com 0,58 médicos/mil habitantes e o Rio de Janeiro com média superior de 3,44% médicos/mil habitantes (GARCIA; ROSA; TAVARES, 2014).

Além de insuficientes, os médicos brasileiros estavam em 2012, mal distribuídos no território nacional: 22 estados (80%) possuíam índice inferior a média nacional, sendo que em 5 deles (todos localizados nas regiões Norte e Nordeste) o índice era menor do que 1 médico por 1.000 habitantes. Ademais, para além dos 400 municípios que registravam a presença de nenhum médico sequer dentro dos seus limites, aproximadamente 42% da população vivia em municípios com um índice menor do que 1 médico para cada 4.000 habitantes (RIBAS; SILVA; DIAS, 2019). O percentual de médicos que viviam nas 27 capitais era de 55%, embora nelas vivessem apenas 24% da população (SCHEFFER, 2013).

Diferentemente de muitos outros modelos notoriamente médico-centrados, inclusive de países que também possuem sistemas universais de saúde, a organização da Atenção Básica (AB) no Brasil reconhece e valoriza um cuidado baseado na atuação de profissionais de distintas formações, a exemplo da própria composição das equipes de Saúde da Família (ESF).

Entretanto, a presença do médico, independentemente do modelo adotado, é essencial para assegurar uma atenção integral e de qualidade, dado que países com baixo índice de médicos por habitante costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidades materna e infantil, o que aponta para uma forte associação entre esses fatores. O Brasil, por sua vez, não foge à regra, nem do problema da escassez em si, nem das sequelas por ele causados (GHW, 2012).

Cabe salientar que, no Brasil, antes do PMM, houve várias iniciativas de atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, como exemplo: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS, 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS, 1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS, 2001), e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB, 2011), recrutando e alocando médicos, enfermeiros e odontólogos para atuarem em áreas vulneráveis (OLIVEIRA et. al, 2015).

Antes do PIASS houve o Projeto Rondon, que pode ser considerado mais um programa nacional de extensão universitária, tal como o ‘Universidade Solidária’ nos anos 1990, que um programa de provimento (SASSI, 2018). Entretanto, foi um marcador de que a questão da insuficiência de médicos em algumas áreas estava na agenda governamental no fim dos anos 1960 e seus desdobramentos foram importantes no processo de formulação de políticas relacionadas ao provimento e formação de médicos.

O Projeto Rondon foi criado em 1968 e consistia na ‘ocupação’ e integração da Amazônia e do Nordeste, oferecendo estágios para estudantes universitários, não só na saúde, mas em áreas entendidas como sem infraestrutura econômica e social e que precisavam ser integradas ao ‘projeto nacional’ (MACIEL FILHO, 2007). A participação no Projeto era voluntária e temporária, durava as férias de janeiro ou julho, e envolvia estudantes e professores. Por este caráter de curta duração e descontínuo, promovia uma integração ainda menor que os internatos rurais, implementados pelas universidades na década de 70 feitos com estudantes de medicina no fim do curso, com mais autonomia no atendimento médico e por períodos que costumavam variar de 3 a 4 meses (BRASIL, 1968; PINTO, 2021).

O Rondon durou 22 anos e suas insuficiências levaram a alguns desdobramentos importantes. Em seu balanço de dez anos, foi proposto um serviço civil, com versões obrigatória e voluntária, e a interiorização de cursos de medicina como medidas mais estruturantes para enfrentar o problema da insuficiência de médicos (PINTO, 2021). Os *campi* universitários do projeto passaram a implementar programas de interiorização com

médicos que recebiam incentivos para atuar por um ano em serviços de saúde das prefeituras ou órgãos estaduais e federais naquelas regiões. Elemento que está presente em todos os programas posteriores de provimento. (CFE, 1979 apud MACIEL FILHO, 2007).

O PIASS também foi criado no período da Ditadura Militar, em 1976, e estendeu-se até o fim do regime em 1985. O programa foi implementado em um contexto político-social caracterizado pela crise econômica dos anos 1970, associada ao processo de racionalização nos gastos em saúde com restrição no financiamento da assistência médica pela previdência social; pelo processo de redemocratização do País e emergência das ideias que caracterizaram a reforma sanitária brasileira; e pela resposta do Governo a estes fatores com iniciativas de expansão dos serviços de atenção primária (BRASIL, 1976; PINTO, 2021; FELIPE, 1987; MENDES, 1993; MACIEL FILHO, 2007).

O PIASS teve o objetivo de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até vinte mil habitantes. Foram recrutados atendentes de enfermagem e auxiliares de saúde e saneamento das próprias comunidades beneficiadas, partindo-se do diagnóstico de que não era possível recrutar profissionais de nível superior para atuar nessas áreas subatendidas (BRASIL, 1976; PINTO, 2021; FELIPE, 1987; MENDES, 1993; MACIEL FILHO, 2007).

O PIASS foi coordenado por um grupo interministerial, envolvendo também as secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de obras e organizações comunitárias, mas não conseguiu se instituir e nem se articular a uma política de atenção básica em execução (BRASIL, 1976; PINTO, 2021; FELIPE, 1987; MENDES, 1993; MACIEL FILHO, 2007).

O PISUS, proposto no fim de 1993, assimilou os princípios da descentralização e da municipalização rejeitando a contratação direta federal e repassando recursos para que os municípios pudessem contratá-los. Estes deveriam ainda garantir moradia para os profissionais participantes. Foram previstos recursos para reforma e construção de unidades de saúde e provimento de médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, que depois consolidou-se como a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família. O Programa não foi bem sucedido em sua implantação, o que alguns atribuem ao fato de ter sido estruturado pelos governos estaduais que sofreram transição na eleição de 1994 (MACIEL FILHO, 2007).

Em 1996, a implementação do Programa de Saúde da Família (1994), mais tarde consolidada como Estratégia de Saúde da Família, teve reflexo positivo na redução das desigualdades na distribuição e expansão da cobertura de médicos no território nacional

(MACIEL FILHO, 2007; EPSM, 2012; GIRARDI et al, 2011; DAL POZ, 2013; EPSM, 2014; PINTO, 2017; 2018).

Além da distribuição dos médicos ser explicada pelo comportamento da economia em geral e do macro-setor econômico da saúde em particular, a literatura brasileira bem como a internacional indica forte influência das políticas públicas. Identificou-se, por exemplo, que a ampliação da cobertura populacional dos serviços públicos de saúde decorrentes da criação e implementação do SUS, com destaque para o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, foi um fator crucial na redução das desigualdades na distribuição de médicos e ampliando a presença destes profissionais em áreas com maior necessidade (MACIEL FILHO, 2007; EPSM, 2010; GIRARDI et al, 2011; EPSM, 2014).

No entanto, mesmo com a implantação do PSF, a dificuldade em atrair e fixar os médicos em áreas muito vulneráveis permaneceu, e diversas localidades continuaram subatendidas (PINTO, 2021; GIRARDI; PIERANTONI; DAL POZ, 2011), o que levou as prefeituras e governos estaduais a buscarem medidas que solucionassem localmente o problema.

Uma dessas ações teve grande repercussão nacional, o acordo de intercâmbio internacional celebrado em 1998 entre o Estado de Tocantins e o Governo de Cuba, baseado na Convenção Regional de Reconhecimento de Estudos, Títulos e Diplomas de Ensino Superior na América Latina e no Caribe, de 1974 (PINTO, 2021).

Aproximadamente 140 médicos cubanos desembarcaram no estado e atuaram na ampliação de leitos hospitalares e na atenção primária de quase 50 municípios. Chegaram médicos cubanos também em municípios do Acre, Roraima e Pernambuco. Houve forte reação negativa das entidades médicas nacionais porque o que estava em jogo era a possibilidade do poder executivo de qualquer um dos três entes da federação contornar as regras instituídas de autorização do exercício de médicos estrangeiros, permitindo o acesso ao mercado de trabalho brasileiro a um contingente de profissionais que, embora não fosse significativo nesse caso específico, poderia ser ampliado, a depender da decisão de reproduzir a medida em outros municípios, estados e mesmo no governo federal, cujo Ministro da Saúde havia manifestado apoio (ENTINI, 2013; GOMES, 2017).

No Brasil, as entidades médicas atuam há décadas buscando controlar o ingresso de novos profissionais no mercado de trabalho e dificultando tanto a ampliação de vagas de

graduação quanto a autorização do exercício profissional a médicos formados no exterior, brasileiros ou estrangeiros (CAMPOS, 1988; MACHADO 1997; GOMES, 2016).

Em 2012, apenas 1,9% dos médicos em atuação haviam formado fora do País (SCHEFFER, 2013), enquanto nos EUA eles eram 22,4% (YOUNG *et al.*, 2012) e no Reino Unido 37% (GMC, 2012). As entidades médicas conseguiram que a atuação desses médicos cubanos fosse cancelada por ordem judicial em abril de 2005 (GOMES, 2016).

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), criado em 2001, foi o primeiro a ser formulado e implementado como uma medida que atuava em convergência com a institucionalidade e governança do SUS e que objetivou fortalecer a implementação de uma política mais ampla: a da Estratégia de Saúde da Família. O PITS ofertou vagas para que profissionais de saúde, atraídos pela bolsa e formação ofertada pelo governo federal, pudessem compor novas equipes de saúde da família onde elas ainda não existiam. Além do incentivo da bolsa havia outras intervenções de apoio como supervisão técnica e moradia, e medidas educacionais como cursos autoinstrucionais, introdutório e de especialização em saúde da família. Os processos formativos foram contratados junto às universidades e instâncias de formação do SUS. (PINTO, 1999; 2000; MACIEL FILHO, 2007; CARVALHO; 2013).

Das políticas citadas, foram deixados os seguintes legados para o PROVAB e depois PMM: compreensão de que não adiantava deixar ao mercado a distribuição dos profissionais, e que seria necessário construir mecanismos que estimulassem a alocação em áreas prioritárias, e o resultado da construção e uso dos critérios de eleição das áreas subatendidas prioritárias. Esses critérios foram sendo aprimorados quando utilizados no PROVAB, deram base a estudos de simulação do PMM na fase de desenvolvimento e discussão da proposta para decisão do núcleo do governo, e resultaram na tipologia de municípios utilizadas posteriormente nos editais do PMM (PINTO, 2021).

Em abril de 2011 foi realizado o Seminário sobre Provimento, uma iniciativa do MS, construída em conjunto com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com apoio da OPAS, e que teve a participação de especialistas, gestores do SUS das três esferas, representantes de IES, do controle social do SUS, de entidades profissionais, incluindo as médicas, do poder legislativo nacional, e dos ministérios da Educação, Ciência e Tecnologia, Defesa, Trabalho e da Casa Civil. O objetivo do Seminário foi aprofundar o debate sobre o tema da escassez de médicos, subsidiar a análise de iniciativas já existentes e a “construção de

propostas com viabilidade técnica e política” para “assegurar o acesso universal com qualidade e humanização aos serviços de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2012 p.9).

No seminário, MS, MEC, CONASS e CONASEMS estavam unidos na premissa de que a regulação do profissional a ser formado é do Estado e chamaram para si a responsabilidade de organizar este processo (BRASIL, 2012 p.11), consolidada em dois encaminhamentos: o lançamento do PROVAB e a criação de uma portaria para estimular financeiramente experiências de carreiras estaduais e regionais.

A SGTES anunciou, assim, o “estabelecimento de um plano estratégico de alocação de profissionais de saúde para regiões prioritárias” (BRASIL, 2012 p.23) e estabeleceu diretrizes para sua proposta de Serviço Civil, que depois tornou-se a política batizada de PROVAB: “um a dois anos” de atuação “em equipes de saúde da família” em “locais definidos a partir do mapa de necessidades de saúde”, “bônus para a seleção na residência médica”, “supervisão da escola médica local, presencial ou à distância, com Telessaúde”, oferta de um “curso de especialização em Saúde da Família” e responsabilidade do município em “disponibilizar a equipe da ESF e moradia” (BRASIL, 2012 p.23).

Estas diretrizes resumem o PROVAB, criado em setembro de 2011, e muitas delas foram incorporadas posteriormente ao PMM. Ainda no Seminário, foi atribuída à Universidade Aberta do Sistema Único (UNA-SUS) a responsabilidade de dar suporte à formação que aconteceria concomitante à estratégia de provimento (BRASIL, 2012).

O PROVAB era muito semelhante ao PITS, mas nele havia o “bônus para a seleção na residência médica” (BRASIL, 2012, p.23). No primeiro edital do PROVAB, n. 1 de janeiro de 2012, 2.176 municípios se inscreveram e 1.460 médicos foram selecionados, mas apenas 381 foram efetivamente contratados em 201 municípios. Essa baixa atração de médicos, não conseguiu superar números similares do PITS que nunca chegou a ultrapassar 500 médicos (CARVALHO, 2013; CARVALHO E SOUSA, 2013; OLIVEIRA et al, 2015; E. b; o).

Segundo Oliveira (2015), o PROVAB cresceu muito entre 2011 e 2013, passando de 381 para 3.579 médicos atuando em 1,3 mil municípios. Cabe mencionar que, em 2013, a contratação deixou de ser feita pelo município e passou a ser feita pelo governo federal; houve um aumento do valor da bolsa e garantia, de fato, da pontuação adicional de 10% na nota da prova da residência médica. Além disso, foi a partir de 2013 que a especialização em Atenção Primária passou a ser obrigatória.

Apesar dos programas supracitados terem contribuído para atrair profissionais para áreas remotas, nenhum conseguiu fazê-lo na magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios.

Em fevereiro de 2013, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) liderou um movimento denominado “Cadê o médico?” e organizou uma petição por mais médicos no SUS, demandando resposta do Governo Federal; a frente reivindicou a adoção imediata das medidas necessárias para a contratação de médicos formados em outros países (FNP, 2013). Em junho do mesmo ano, manifestações populares, conhecidas como “jornadas de junho” reivindicaram melhorias nos serviços públicos, sobretudo de educação e saúde (ANTUNES; BRAGA, 2014).

Neste contexto, o Programa Mais Médicos foi criado em 8 de julho de 2013, com a publicação da Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013, do Decreto n. 8.040, que instituiu o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do PMM, da Portaria Interministerial n. 1369, que dispôs sobre a implementação do Eixo Provimento do PMM tratando das diretrizes gerais, funcionamento, atribuições das instituições vinculadas (Estado e Instituições de Ensino), e do primeiro edital de chamamento para médicos já abrindo inscrição para que médicos com registro no Brasil pudessem participar do Programa.

A MP de julho de 2013 depois foi convertida na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013 que altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e traz os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - 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;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Um primeiro efeito relevante e, até então, inédito na área da formação médica foi a atuação intersetorial dos subsistemas saúde e educação no modo e intensidade como foi feito. Houve um planejamento de curto a longo prazo de estratégias de mudança da formação médica (graduação e pós-graduação), com orientação das ações regulatórias do MEC em função das necessidades e prioridades definidas para o SUS (ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; PINTO *et al.*, 2019; SORDI, 2019).

Para conseguir desempenhar esse papel foi alterado o arranjo institucional do MEC e MS, o que incluiu mudanças na estrutura administrativa: no MS, a criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Depreps) na SGTES, no MEC, a criação da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) na Secretaria de Educação Superior (Sesu) e da Coordenação-Geral dos Processos de Chamamento Público na Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres).

Para atingir os objetivos supracitados, o Programa Mais Médicos foi estruturado em três eixos:

Provimento emergencial: estratégia de contratação emergencial de médicos para atuar exclusivamente na atenção primária à saúde, integrando ensino e serviço, pelo período de 3 anos, prorrogável por igual período, **intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).**

Formação médica: a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do País, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica.

Melhoria da infraestrutura da APS: ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Observando o conjunto da Lei do Programa Mais Médicos pode-se resumi-lo no provimento e aperfeiçoamento médico em regiões prioritárias da APS, por meio de integração ensino-serviço, no qual durante um período determinado o profissional integra e atua em uma Equipe de Saúde da Família (eSF). É uma estratégia que, ao mesmo tempo que garante atenção à saúde das populações destas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade, investe na formação e na qualificação dos profissionais envolvidos.

5 CAPÍTULO 2: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E AS POSSÍVEIS CAUSAS DE DESISTÊNCIAS DOS MÉDICOS PARTICIPANTES

O objetivo deste capítulo é descrever o Programa Mais Médicos, em seus três eixos estruturantes, com ênfase no eixo de Provimento, Projeto Mais Médicos para o Brasil, que é o principal objeto de estudo desta pesquisa, explicitando suas diretrizes, normas e componentes de funcionamento. Ainda serão investigadas as possíveis causas das desistências dos médicos, baseando-se na revisão de literatura, buscando-se estudos relacionados a alta rotatividade dos médicos ou dificuldade de fixação dos médicos na Atenção Primária.

5.1 Eixos do Programa Mais Médicos

O primeiro eixo apresentado e descrito no item 2.1.1. sintetiza o que está estabelecido em todas as normas do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, em seus editais de adesão e prorrogações, todas as resoluções, portarias, mas fundamentalmente na Portaria Interministerial n. 1.369/2013 e na Lei n. 12.781/2013.

5.1.1 Eixo Provimento Emergencial (Projeto Mais Médicos para o Brasil)

A Lei n. 12.871/2013 denomina o Provimento Emergencial do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, que se destina a prover profissionais para a atuação na Atenção Primária do SUS, na perspectiva da integração ensino-serviço, em regiões com maior necessidade, maior vulnerabilidade social e dificuldade de atrair e fixar profissionais.

5.2 Distribuição das vagas

A Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, definiu as regiões prioritárias para o SUS e para o PMM: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria n. 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

- a. ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento

Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi;

- b. estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
- c. estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou
- d. estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios.

As vagas autorizadas no âmbito do Projeto para os municípios e Distrito Federal, foram definidas com base nesses critérios supracitados, definidos pela Portaria n. 1.377/GM/MS, e pela metodologia disciplinada pela Resolução n. 1, de 2 de outubro de 2015 da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a qual estabeleceu os seguintes critérios para definição da quantidade de vagas para cada município participante do PMMB:

a) **Atendimento médico à população prioritária** - Estimativa da quantidade de equipes de atenção primária necessárias para atendimento de 100% da população SUS dependente.

A população SUS dependente é a população não atendida pelos planos de saúde, em cada município brasileiro e no Distrito Federal, com base na população estimada pelo IBGE e a beneficiada em cada território por plano de saúde suplementar, conforme relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfildo-setor/dados-e-indicadores-do-setor/baixar-base-de-dados>;

b) **Financiamento das eSF** - Teto de financiamento do Ministério da Saúde para equipes de Saúde da Família. (fonte: DAB/MS); e

c) **Capacidade Instalada UBS** - Infraestrutura física das unidades básicas de saúde avaliadas durante o 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB (fonte: DAB/MS).

A quantidade de vagas, somadas à quantidade de equipes já existentes nos municípios não podem superar o teto de eSF, definido em portaria específica do Ministério da Saúde (Resolução MS/SGTES n. 1, de 2 de outubro de 2015).

Além do quantitativo de vagas, a Resolução n. 1/2015, em seu art. 7º, classificou os municípios e o Distrito Federal em perfis de vulnerabilidade, para priorização na alocação dos profissionais, de modo que, em não havendo condições e meios de garantir todas as vagas solicitadas e passíveis de autorização, fosse garantida à prioridade estabelecida em ordem decrescente, aos municípios com maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, com menor condição de enfrentar o problema da escassez de profissionais médicos:

PERFIL 1 - Grupos III e IV do PAB: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria n. 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;

PERFIL 2 - Grupos II do PAB: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria n. 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;

PERFIL 3 - Capitais e RM: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

PERFIL 4 - Grupo I do PAB: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria GM/MS n. 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;

PERFIL 5 - G100: municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

PERFIL 6 - Áreas vulneráveis: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis;

PERFIL 7 - Extrema Pobreza: município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi; e

PERFIL 8 - Saúde Indígena: áreas de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).

As vagas prioritárias são ofertadas por meio de editais de adesão ou renovação da adesão de municípios, posteriormente, as vagas resultantes da confirmação dos municípios são ofertadas aos médicos por meio de edital de chamamento público correlato ao edital dos municípios.

A renovação da adesão ocorre quando o município já aderido possui vagas desocupadas por desligamento de profissionais do Projeto alocados no município ou por não ter havido interesse/classificação de nenhum profissional para a localidade nos processos seletivos (Editais) anteriores.

5.3 Adesão de Médicos

O PMMB apresenta uma ordem de prioridade, definida em Lei (n. 12.871/2013), na qual as vagas solicitadas pelos municípios e autorizadas pelo Ministério da Saúde são, primeiramente, oferecidas aos médicos com registro CRM no País, ou seja, na maioria médicos brasileiros formados no Brasil, mas também estrangeiros formados no Brasil e ainda brasileiros ou estrangeiros formados fora do Brasil que revalidaram seus diplomas e possuem o número de registro no CRM. Se restarem vagas depois da escolha desse primeiro grupo, elas são oferecidas a um segundo grupo, composto por médicos brasileiros formados no exterior. Havendo ainda vagas, são oferecidas a um terceiro grupo constituído de médicos estrangeiros formados no exterior.

Caso ainda persistam vagas mesmo depois de oferecidas a estes três grupos, a Lei autoriza o governo brasileiro a utilizar acordo internacional. O único termo de Cooperação Técnica do PMMB foi celebrado entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, encerrado em novembro de 2018, que levou médicos cubanos para atuarem nas vagas remanescentes.

Nos termos do art. 13º, parágrafo 1º da Lei n. 12.871/201:

A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País;

II - médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior.

Aos médicos do item I é exigida a habilitação em situação regular para o exercício da medicina, mediante registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), e por isso são intitulados no PMMB com o perfil *CRM Brasil*. Os médicos dos itens II e III são intitulados médicos intercambistas.

O Ministério da Saúde emite um número de registro único (RMS) para cada médico intercambista, que os habilita para o exercício da Medicina no País, e tem validade restrita à permanência no Projeto e à atuação na Atenção Primária. Os médicos intercambistas podem ser selecionados por meio de chamamento público, conforme edital específico publicado pelo Ministério da Saúde, classificados como *Intercambistas individuais*, ou mediante celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais, classificados no Projeto com perfil de *Intercambistas cooperados*, ou somente, *cooperados*.

O intercambista de nacionalidade estrangeira recebe visto temporário para o aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos. O prazo do visto pode ser prorrogado, caso haja extensão de permanência do profissional no Projeto. O Ministério das Relações Exteriores pode conceder ainda o visto temporário aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

Os médicos intercambistas passam obrigatoriamente pelo Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos, na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas, que contempla conteúdo relacionado ao funcionamento e atribuições do SUS, com ênfase na atenção primária, e Língua Portuguesa.

Nesse módulo, é aplicada uma avaliação para testar os conhecimentos do participante em Língua Portuguesa e nas situações cotidianas da prática médica no SUS. Conforme o desempenho na avaliação, o médico poderá ser aprovado ou submetido a nova avaliação em regime de recuperação. Atestada a qualificação do médico para participar do Projeto, o Ministério da Saúde providencia a emissão do Registro do Ministério da Saúde (RMS). Em

caso de reprovação no Módulo de Acolhimento e Avaliação, o médico intercambista é imediatamente desligado do Projeto.

A adesão dos médicos de perfil CRM Brasil e Intercambistas Individuais se dá exclusivamente via edital de chamamento público, sendo que os requisitos para participação, o prazo de duração, os critérios para inscrição, indicação do local de atuação (escolha de vagas pelos médicos), as regras de classificação, a alocação, os documentos a serem apresentados na validação e homologação da alocação pelos gestores municipais, dependem dos critérios estabelecidos em editais específicos do Ministério da Saúde, respeitando-se o disposto na Lei n. 12.871 e Portaria Interministerial MS/MEC n. 1369, de 8 de julho de 2013 que dispõe sobre a implementação do Projeto. Todas as fases do edital são registradas e operacionalizadas pelo Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), plataforma eletrônica e acervo de dados do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Ministério da Saúde.

Portanto, os médicos ao se inscreverem no PMMB efetuam o cadastro no SGP, por meio do qual são registradas suas informações pessoais, de contato, dados profissionais e informações sobre sua formação acadêmica.

No ato de homologação do médico, o gestor municipal valida no SGP a data de início das atividades no município e informações do cadastro na Unidade Básica de Saúde (UBS) como o Identificador Nacional de Equipe (INE), número e nome da UBS.

5.3.1 Componente educacional

O Projeto Mais Médicos para o Brasil é fundado pelo seu aspecto formativo. Ao mesmo tempo que leva médicos para regiões onde há escassez, investe na qualificação e formação desses profissionais, voltada para o SUS e Atenção Primária, buscando, assim, resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também incentivando e criando condições para que o médico permaneça na APS, além de garantir um atendimento mais qualificado para aqueles que acessam cotidianamente o SUS.

A formação é uma das principais estratégias de desenvolvimento e aperfeiçoamento do trabalho. Articulações entre educação e trabalho vêm sendo implementadas na área saúde há bastante tempo, juntando diversos atores das áreas da educação e da saúde, com a convicção na travessia de fronteiras entre a formação e o trabalho cotidiano na área de saúde. (FERLA, *et al.* 2019)

Seguindo esse caminho, as ações dos médicos participantes do Projeto são intituladas ações de aperfeiçoamento, sendo constituídas por curso de especialização, oferecido por

instituições de educação superior brasileiras vinculadas à UNA-SUS, e por atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

Trata-se de formação em serviço, portanto não há um vínculo de trabalho. Sendo assim, todos os médicos recebem uma bolsa-formação mensal.

O Primeiro Ciclo Formativo, conforme disposto na Resolução n. 02 MS/SGTES/DEPREPS, de 26 de outubro de 2015, retificada por meio da Resolução n. 3 MS/SGTES/DEPREPS, de 6 de maio de 2016, tem por objetivo a aproximação do médico participante com o SUS e com a APS do município. Neste ciclo, os profissionais cursam no primeiro ano e meio de participação (até 18 meses) uma especialização em Atenção Primária à Saúde e são acompanhados pela Supervisão Acadêmica.

Já o Segundo Ciclo Formativo, normatizado por meio da Resolução n. 03/SGTES, de 02 de outubro de 2015, visa aprofundar o conhecimento do profissional em temas relevantes no âmbito da Atenção Básica e é composto de diversos cursos de menor duração, de aperfeiçoamento e extensão, além da supervisão acadêmica.

A supervisão acadêmica é realizada por profissionais médicos, preferencialmente vinculados à área de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade ou Clínica Médica, Pediatria ou áreas afins, que recebem uma bolsa-supervisão financiada pelo Ministério da Educação, para acompanharem os médicos participantes e desenvolvimento das atividades no PMMB, por meio de visitas periódicas (mensais) na UBS, relatórios avaliativos, além de ficarem disponível nos demais momentos por meio de *e-mail* ou celular para tirarem dúvidas e darem orientações aos médicos participantes. São atividades dos supervisores:

- Orientar o médico participante com relação ao cumprimento de suas atividades e atendimento às obrigações do programa;
- Realizar visita periódica para acompanhamento das atividades dos médicos participantes;
- Aplicar presencialmente as avaliações do Programa;
- Estar disponível para sanar possíveis dúvidas pelo telefone ou pela internet;

- Em conjunto com o gestor do SUS, acompanhar e avaliar a execução das atividades de ensino-serviço, inclusive o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais prevista pelo Programa.

Esses supervisores são vinculados a um tutor de uma instituição supervisora que pode ser uma instituição pública de educação superior (federal, estadual e municipal), que ofereçam curso de Medicina gratuitamente, ou instituições, como escolas de governo em saúde pública e secretarias municipais e estaduais, que tenha programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) (BRASIL, 2015).

Os tutores acadêmicos são indicados pelas instituições públicas que aderirem ao Programa para atuar no aperfeiçoamento das atividades dos médicos participantes e supervisores. Eles são responsáveis pelas seguintes atividades:

- Coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;
- Indicar, em plano de trabalho educacional, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores, bem como a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- Monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- Integrar as atividades do curso de especialização às atividades de integração ensino-serviço;
- Relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição;
- Apresentar relatórios periódicos da execução de suas atividades no Projeto à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto.

Cada instituição supervisora é responsável por desenvolver e acompanhar o plano de trabalho dos tutores e supervisores, e pela gestão da parte pedagógica do PMMB em uma

determinada região. Esse acompanhamento é feito em modelo similar ao da residência médica e outras formações da área de saúde, que também são baseadas na integração ensino-serviço.

As instituições supervisoras aderem ao Projeto por meio de edital lançado pelo Ministério da Educação (MEC), e são elas que definem o conteúdo e a forma do processo de formação, conforme as diretrizes do MEC e da Coordenação do Projeto, e indicam seus tutores, que serão responsáveis pelo planejamento e monitoramento da equipe de supervisores.

5.3.2 Componente Assistencial (BRASIL, 2013c)

Os médicos devem cumprir 40 horas semanais no Projeto, sendo 32 (trinta e duas) horas exclusivas na assistência da atenção primária à saúde, e 8 (oito) horas reservadas para estudo. Em decorrência da pandemia do novo coronavírus, excepcionalmente e em caso de necessidade e, somente enquanto perdurar o estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pelo Coronavírus (2019-nCoV), os gestores municipais podem solicitar aos médicos com registro CRM que intercalem a atuação dos médicos na Atenção Primária com plantões em outros níveis de atenção na rede assistencial do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde custeia além da bolsa-formação mensal, tendo o valor ajustado anualmente, uma ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação, no primeiro ano de participação. Os médicos também são inscritos como segurados individuais no INSS, sendo cobertos pela Previdência Social. Dessa forma, devem observar as regras e prazos próprios dessa modalidade de seguridade. O recolhimento do benefício é feito diretamente pelo Ministério da Saúde no momento do pagamento mensal da bolsa.

Assim como o médico com registro no Brasil, o intercambista individual pode se enquadrar como segurado individual do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), com exceção dos selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou filiados a regime de seguridade social no seu país de origem, que mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Os médicos recebem ainda auxílio de moradia e alimentação, contrapartida dos municípios, conforme regulamentados pela Portaria SGTES/MS n. 30/2014, alterada pela Portaria SGTES/MS n. 300/2017.

Todos os médicos participantes do PMMB têm direito a recesso de 30 dias ao longo de cada ano de vinculação ao Programa podendo esse período ser parcelado em até 3 (três) vezes

em comum acordo com a gestão municipal. A solicitação é feita pelo médico no SGP e o gestor municipal deverá anuir aos pedidos também através do Sistema.

Ainda, o Ministério da Saúde custeia as despesas com o deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, em três situações: na chegada ao município ao qual foi alocado, no início de sua participação no Projeto; para gozo do recesso, uma vez por ano; e no retorno ao município de residência ao final da sua participação. Os deslocamentos podem ser:

I – Nacionais, aqueles realizados em território nacional em trecho de ida e volta entre o Município com aeroporto mais próximo do local de residência do médico, na hipótese em que o médico participante seja alocado em unidade da federação diversa da de sua residência.

II - Internacionais, aqueles realizados em trecho de ida e volta entre a capital mais próxima do local de residência do médico no exterior e as Capitais situadas em território nacional indicadas pela Coordenação do Projeto.

Todos esses direitos e benefícios assegurados aos médicos participantes do Projeto, são estratégias de atração e fixação adotadas, a fim de incentivar a aderência e maior permanência dos médicos no projeto.

É importante ressaltar que o remanejamento dos médicos para outros municípios, após a sua homologação, é vedado no Projeto, exceto no caso de descredenciamento do município e situações excepcionais que são analisadas pela Coordenação do Projeto, com a instauração de processo administrativo.

5.4 Prorrogação dos médicos

A participação do médico no PMMB tem o prazo de até três anos, podendo ser prorrogável por igual período. A prorrogação da participação no Projeto, nos termos do § 1º do art. 8º da Medida Provisória n. 621, de 2013, exige do médico participante a manutenção do cumprimento de todos os requisitos exigidos e a aprovação no curso de especialização finalizado, além da realização de:

I - novas atividades de ensino, pesquisa e extensão em regiões prioritárias para o SUS;
e

II - novo curso de aperfeiçoamento em outras modalidades de formação, oferecido por instituições de educação superior brasileiras vinculadas a UNA-SUS.

5.5 Descumprimentos de Deveres e Obrigações dos Médicos

O descumprimento das condições, atribuições, deveres e incursão nas vedações previstas no Projeto sujeita o médico participante às seguintes penalidades, aplicáveis isoladas ou cumulativamente:

- a) advertência;
- b) suspensão; e
- c) desligamento do Projeto

A partir da denúncia é aberto um processo administrativo para apuração do descumprimento e as penalidades serão aplicadas nos termos dispostos na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, na Portaria Interministerial n. 1.369/S/MEC, de 8 de julho de 2013.

A denúncia de descumprimentos como ausências injustificadas da UBS, condutas clínicas inadequadas e demais condutas disciplinares dos médicos participantes são atestadas e encaminhadas pelo Supervisor ou Gestor Municipal ao Ministério da Saúde que instaurará o processo de inquérito.

5.6 Desligamento dos Médicos

Os médicos podem encerrar a sua participação no PMMB de três formas:

a) Encerramento das Atividades:

Encerramento ao término do prazo de participação, normalmente de 3 (três) anos, a depender do edital de adesão, e no caso de prorrogação, até o prazo de 6 (seis) anos, sendo responsabilidade do médico e da gestão municipal acompanharem a data para interrupção das atividades.

b) Desligamento Administrativo:

Nos casos de denúncia ao profissional participante de abandono do Projeto, faltas, condutas clínicas inadequadas e demais condutas disciplinares, a Coordenação do Projeto procede com a abertura de processo administrativo para apurar os fatos e proferir decisão através de parecer técnico, cuja decisão, entre outras, poderá ser a aplicação da penalidade de desligamento administrativo.

c) Desligamento Voluntário (Desistência):

É permitido ao médico que se desligue do PMMB a qualquer tempo antes do término das atividades (desistência). Para isso, é obrigatório que o profissional faça o seu pedido de desligamento através do SPG, o qual é analisado pela Coordenação do Projeto.

Na hipótese de desligamento voluntário em prazo inferior a 180 (cento e oitenta) dias, pode ser exigida do médico a restituição dos valores recebidos para ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária.

São registradas obrigatoriamente as seguintes informações demandadas na Solicitação de Desligamento pelo SGP:

- data de encerramento das atividades;
- justificativas, devendo o profissional selecionar uma dentre as opções obrigatórias “aprovação em concurso público”, “aprovação em residência médica”, “incompatibilidade de carga horária”, “motivos de saúde”, “motivos pessoais” e “outros”; e
- justificativa em campo aberto-descriptivo.

Opcionalmente, caso o profissional tenha interesse, existe o campo para anexar arquivos que podem subsidiar a solicitação de desligamento.

Todos os tipos de desligamentos no Projeto são analisados e efetuados pela Coordenação do Projeto no Ministério da Saúde, através do SGP.

5.7 Responsabilidades dos estados e municípios

Compete aos estados participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto;

II - compor as Comissões Estaduais do Projeto; e

III - adotar as providências necessárias para a realização das ações do Projeto no seu âmbito de atuação.

No âmbito do PMMB, os municípios devem atuar em cooperação com outros entes federativos e instituições envolvidas na execução do Projeto, tendo as suas competências disciplinadas pela Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.369 (BRASIL, 2013c), bem como, no Termo de Adesão/Renovação e Compromisso, em conformidade com os editais publicados pela Coordenação do Projeto.

Sendo assim, compete aos Municípios participantes do PMMB, dentre outras responsabilidades: inserir os médicos em equipes de Saúde da Família (eSF), em regiões

prioritárias para o SUS e cadastrá-los no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Também compete a estes municípios fornecer condições adequadas para o exercício das atividades dos médicos, tais como: ambientes adequados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto para o desempenho das atividades; em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto, buscar mecanismos para estruturar a unidade básica; exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento da execução das atividades de ensino-serviço; controlar e fiscalizar a carga horária de 40 horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes, com registro de frequência das 32 horas do componente assistencial (folha de ponto, relatório de ponto biométrico etc.); não substituir os médicos que já componham as equipes de atenção primária pelos participantes do Projeto.

Ainda nesse diapasão a eles compete: manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção primária atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto; oferecer moradia para o médico participante do Projeto, conforme normas específicas sobre contrapartidas municipais no Projeto; e garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável, conforme normas específicas sobre contrapartidas municipais no Projeto.

As competências do gestor de saúde no âmbito do PMMB, como notável, são abrangentes, estendendo-se desde o acolhimento do médico, passando pela garantia do cumprimento das obrigações municipais (contrapartidas, acompanhamento da carga horária, entre outros) até a gestão do processo de trabalho, incluindo os conflitos inerentes às ações dos médicos participantes no local de atuação.

Ao Distrito Federal concorrem as atribuições estabelecidas aos estados e municípios.

5.8 Instâncias de decisão do PMMB

O PMMB é executado em cooperação com diversos órgãos e instituições, podendo firmar acordos e instrumentos de cooperação com entidades da administração pública, direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e com consórcios públicos; as instituições de educação superior brasileiras, programas de residência médica, escolas de saúde pública e outras entidades privadas, mediante termo de compromisso; e com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais.

O PMMB é coordenado de forma articulada e tripartite, sendo a Coordenação do Projeto, a instância nacional, e a Comissão Estadual/Distrital do PMMB, a instância local, conforme disposto a seguir.

5.9 Coordenação do Projeto

A Coordenação do PMMB é composta por 3 (três) representantes do Ministério da Saúde, sendo pelo menos 1 (um) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), que a presidirá; e 3 (três) representantes do Ministério da Educação, sendo pelos menos 1 (um) da Secretaria de Educação Superior (SESu/ MEC).

Compete à Coordenação do Projeto, dentre outras atribuições, coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao Projeto; promover permanente articulação entre os órgãos e entidades, públicas e privadas, instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais participantes das ações integrativas do Projeto.

Também a esta Coordenação compete definir os municípios e vagas em que os médicos participantes desenvolverão as atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto; deliberar acerca da exclusão de entes federativos, órgãos, entidades, instituições e organismos e desligamento de médicos participantes do Projeto, além de subsidiar o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos; e remanejar os médicos participantes para outros municípios na hipótese de exclusão de município do Projeto ou, a seu critério, em situações excepcionais devidamente fundamentadas.

5.10 CCE (Comissões Estaduais do Projeto)

As Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil constituem instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do referido Projeto no âmbito da respectiva Unidade da Federação.

Essas Comissões têm a seguinte composição mínima: a) Ministério da Saúde; b) Secretaria Estadual de Saúde; c) Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); e d) Instituições supervisoras do PMMB.

De acordo com a Portaria n. 2.921, de 28 de novembro de 2013 que constitui as Comissões estaduais e distrital, são atribuições das Comissões, entre outras: auxiliar a Coordenação do Projeto no acompanhamento dos profissionais inseridos nos municípios e nas eventuais situações de remanejamento dos médicos; apoiar na fiscalização do cumprimento da

carga horária dos médicos nas equipes de saúde; promover a articulação com a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e o Conselho Estadual de Saúde (CES).

Deverá também estas Comissões, promover Fóruns de Educação Permanente em Saúde, com vistas à integração Ensino-Serviço; realizar oficinas de trabalho regionais de formação dos médicos participantes do Projeto voltados para qualificação da APS; a aplicação da penalidade de advertência aos médicos participantes; comunicar, de imediato, à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, fato decorrente de ação ou omissão do gestor municipal em detrimento de seus deveres e obrigações no Projeto, de que presencie ou venha a ter ciência.

5.10.1 Eixo da Formação Médica: mudanças na graduação, residência e na formação de especialistas

Além do PMMB, o Programa propõe critérios para a abertura de cursos de medicina em municípios do interior de estados com baixo número de vagas por habitante, bem como dispôs sobre uma avaliação progressiva dos estudantes de medicina realizada ao longo do curso. Do mesmo modo, trouxe um novo percurso formativo para a especialização do profissional, por meio da residência de medicina de família e comunidade com a criação de vagas de residência médica em número suficiente para todos os egressos da graduação (BRASIL, 2015).

A Lei n. 12.871/2013 determinou mudanças importantes na reorientação da graduação que devem ser observadas por todas as escolas médicas, novas e já existentes, públicas e privadas, e mudou a perspectiva da expansão de vagas de Medicina nas escolas brasileiras.

Uma ação a ser destacada foi a determinação de um prazo para que o Conselho Nacional de Educação (CNE) discutisse e aprovasse novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, mais voltadas para as reais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde. Além de avançar em ações relacionadas a um padrão de qualidade para a formação médica, a Lei também fez algumas mudanças mais específicas, como determinar que, no mínimo, 30% do internato, com, no mínimo dois anos da formação, aconteça na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS.

Essa maior integração ensino-serviço possibilitaria uma formação pedagogicamente mais adequada e implicada no enfrentamento de um dos graves problemas da formação atual:

a insegurança dos profissionais para atuar nos serviços de saúde no momento seguinte à conclusão do curso.

Outra mudança relevante está relacionada à realização de uma avaliação a todos os alunos do 2º, 4º e 6º anos de todos os cursos de Medicina do País para aferir tanto seu estado momentâneo de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao novo perfil esperado pelas novas diretrizes curriculares, como para acompanhar o crescimento e a aquisição de competências por parte deste educando (BRASIL, 2015).

A Lei do Mais Médicos prevê também ações de interiorização dos cursos de medicina, ampliação das vagas de graduação e distribuição equitativa das vagas entre as regiões do Brasil, necessária para atender às demandas da população. A estratégia do Programa era sair da proporção de 0,8 vagas por 10 mil habitantes e chegar, em 2017, a 1,34 vaga/10 mil, proporção suficiente para cumprir a meta de 2,7 med./1.000 hab. Isso impôs uma meta de abrir 11,5 mil vagas de graduação em apenas cinco anos (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a Lei alterou o mecanismo de abertura de vagas de graduação vigente até então, subordinando a expansão de vagas à necessidade de saúde da população. Ou seja, com o Mais Médicos, a demanda passou a ser regulada e planejada pelo Estado em função da necessidade social da oferta da formação médica.

Entre as evidências para atração e retenção de médicos em áreas remotas, destacam-se aquelas que relacionam a abertura de cursos de medicina próximo a estas localidades, propiciando aos estudantes dessas regiões se formarem em localidade propínqua ao seu local de origem. A ideia é que ao levar cursos para regiões mais próximas da cidade natal dos estudantes há um estímulo a que permaneçam nessa região.

O estudo Demografia Médica de 2018 indica que em cada dez egressos, (44,5%) pretendem exercer a Medicina na cidade onde nasceram. Outros 20,4% citaram a cidade onde concluíram a graduação; 12,7%, a mesma cidade onde concluíram a residência médica; 22,4% pretendem exercer a profissão em outro lugar. O local de origem aparece aqui como principal fixador do médico. Houve, portanto, no PMM, um intenso movimento de interiorização dos cursos, exigindo a implantação de novos *campi* de universidades já existentes ou mesmo a criação de novas universidades no interior do País.

A Lei n. 12.871/2013, trouxe ainda outra importante mudança para a graduação de medicina: trata-se da criação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes). O Coapes deverá ser firmado entre os gestores locais e regionais do SUS e as instituições de ensino – públicas e privadas, novas e antigas – responsáveis pela oferta dos

cursos de Medicina e de programas de residência médica com a finalidade de, entre outras coisas, planejar a formação dos profissionais; garantir investimentos e adequado funcionamento com estrutura e a qualidade necessária para que os serviços de saúde sejam campo de prática para a formação; definir ações para avançar na integração ensino-serviços, com especial prioridade à ampliação do acesso e da qualidade na Atenção Básica; definição da composição, estímulos e funcionamento da preceptoria da graduação e da residência etc.

E por fim, a universalização dos Programas de Residência Médica de que trata a Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981, com a oferta anual de vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior. Para muitos autores, a universalização da residência, ou seja, a ampliação do número de vagas para alcançar o número proporcional ao número de formandos na graduação, é a proposta mais importante do PMM (OLIVEIRA; PINTO; *et al.*, 2018; REGO; MACHADO, 2017; STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

Para uma ampliação com qualidade da formação de novos preceptores, fazia-se necessário fortalecer parcerias com a rede de serviços e envolver gestores do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Assim, houve importante expansão dos programas de residência médica nos últimos anos, com crescente participação do MS no financiamento de bolsas, e uma tendência de maior planejamento e regulação estatal sobre a especialidade e localidade de abertura das vagas (OLIVEIRA, 2018).

Houve um incremento significativo na quantidade de vagas de residência, saindo de 12.477 vagas em 2012 e chegando a 22.064 vagas ofertadas em 2015. Esses resultados, assim como na graduação, também sinalizam a perspectiva de regular a residência médica, de modo a qualificar a formação médica com uma oferta de especialização e direcionar essa oferta segundo as necessidades do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2019). São iniciativas importantes, ainda mais em um contexto em que a residência não é pré-requisito para o exercício profissional.

Contudo, a universalização pretendida para o PMM, definiu que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) seria pré-requisito para a maioria das demais especialidades, com exceção de nove especialidades (genética médica, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina do trabalho, medicina do trânsito, patologia e radioterapia) que somam um número pequeno de vagas. Assim, aproximadamente 90% das vagas de acesso direto teriam que ser de MFC concretizando o objetivo do PMM de fazer com que a maioria dos médicos tivesse uma formação de um ou dois anos nessa especialidade,

ainda que viessem depois a se dedicar a outra. Com efeito, entre as vagas criadas em 2015, 58% foram na área de MFC (OLIVEIRA, 2018).

Haveria a necessidade de se criar aproximadamente 16.500 vagas para alcançar a universalização, tendo a MFC como pré-requisito (OLIVEIRA; PINTO, 2018). Possivelmente, nessa meta, resida o maior desafio do PMM que exige maior esforço institucional. Para tanto, ações que criem viabilidade para a implantação de programas devem ser desenvolvidas, promovendo a ocupação de vagas por parte dos egressos da graduação; e haja capacidade de enfrentar resistências de setores da corporação médica que se opõem tanto a qualquer regulação pública na residência médica, quanto ao estabelecimento da MFC como uma especialidade central na formação das demais (ALESSIO; SOUSA, 2016).

Cabe ainda mencionar a inclusão do Cadastro Nacional de Especialistas, na Lei do PMM. O Cadastro tem como objetivo reunir informações relacionadas aos profissionais médicos para subsidiar o MS e o MEC na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional.

Entende-se que a disponibilidade dessas informações é um passo fundamental para o planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde. A Lei dispõe que a certificação de especialistas médicos se submeta às necessidades do SUS e obriga as entidades médicas a encaminharem seus registros de especialistas para o MS (BRASIL, 2015).

5.10.2 Melhoria da infraestrutura da APS

A Lei do Programa Mais Médicos determinou um prazo de cinco anos, a contar de sua publicação em 2013, para “dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura”. Quando a Lei foi promulgada já havia um Programa dirigido à qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS): o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), criado em 2011. Esse programa quase triplicou seu orçamento justamente no contexto do lançamento do Programa Mais Médicos e virou um de seus eixos estruturantes (BRASIL, 2015).

O Programa de Requalificação das UBS define a alocação de recursos aos municípios conforme a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e à modernização das UBS. Instituído pela Portaria n. 2.206, de 12 de setembro de 2011, o Programa tem o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o

atendimento à população. Para isso repassa recursos para a construção de novas e mais amplas UBS ou para a recuperação e ampliação das estruturas físicas das UBS já existentes.

Promove, também, a informatização das UBS com investimentos em equipamentos de informática, implantação de Telessaúde e conexão com banda larga. Além disso, financia a construção de UBS Fluviais para a região da Amazônia Legal. Assim, o Programa é composto por cinco componentes: construção, reforma, ampliação, informatização e construção de UBS fluviais (BRASIL, 2015).

5.11 Implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (Eixo de Provimento)

A inovação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, eixo de provimento emergencial, se referiu ao seu tamanho e estratégia de chamadas internacionais, quando, além dos médicos brasileiros, o Projeto passou a contar com médicos estrangeiros de 49 países participando do PMMB. Dos médicos estrangeiros que atuaram no primeiro ano do PMMB, 11.429 eram médicos cubanos, que foram recrutados por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde e, dessa última, com o Ministério de Saúde de Cuba.

Por meio do PMMB, em menos de um ano, foram recrutados e alocados 14.462 médicos em 3.785 municípios (OLIVEIRA et. al, 2015). Em 2015, esse número chegou a 18.240 médicos prestando atendimento em 4.058 municípios – 72,8% das cidades brasileiras – e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – 100% dos distritos – e mais 63 milhões de brasileiros beneficiados com o atendimento médico (SGP, 2020).

Quando analisamos o crescimento do número absoluto e proporcional de médicos no Brasil e em cada unidade da federação, constatamos que, em 2012, o Brasil tinha 388.015 médicos e, no fim de 2015, esse número chegou a 429.559, um crescimento de 10,7%. Mas, o mais importante é que, sem o PMM, 12 estados teriam apresentado crescimento menor que 10%, sendo que em 4 deles, ou não teria havido crescimento, ou teria havido redução do número de médicos conforme Pinto et al (2017).

Há evidências do aumento da cobertura de AB desde a implantação do PMMB, segundo Pinto et al (2017). Para observar este fenômeno, os autores levaram em conta as novas equipes de saúde da família (eSF) dos municípios, as equipes já existentes que estavam sem médicos, ou, ainda, equipes nas quais a presença desse profissional era insuficiente (alta rotatividade de profissionais ao longo do ano, cumprimento irregular da carga horária etc.) e

optaram por trabalhar com o indicador de horas médicas, conhecido na literatura internacional como *Full Time Equivalent*, e não com o número absoluto de médicos, pelo fato de que não seria adequado contar da mesma maneira um médico que cumpre uma carga horária de 12 horas semanais com outro que cumpre quarenta, por exemplo.

Em relação à ampliação das coberturas de AB e da ESF, os autores observaram que de 2013, ano de criação do PMMB, a 2015, a cobertura no Brasil passou de 80,6% a 88,8%, o que representa um crescimento médio, anual, quatro vezes maior que o crescimento médio dos cinco anos anteriores. É interessante notar, também, que a região Norte, que possuía a pior cobertura, foi aquela que teve o maior aumento de cobertura após o PMMB: 13,7%, praticamente igualando, agora, a cobertura total das regiões Centro-Oeste e Sudeste (PINTO *et al.*, 2017).

Outro estudo que analisou a evolução das equipes de saúde da família no Brasil, coordenado por Miranda *et al.* (2017) verificou a expansão no número de equipes de saúde da família que passou de 33.404, em 2012, para 46.767, em agosto de 2021 – representando um aumento de 29% de cobertura populacional, com maior cobertura na região Nordeste (77%) e menor na região Sudeste (56%) (e-GESTOR, 2021).

Os municípios de menor porte populacional apresentaram as maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família. Já nos municípios com maior número de habitantes, as menores. Em agosto de 2021, representados por 50 cidades mais populosas do País, 49% da população estava coberta pela Estratégia. O estudo de Miranda *et al.* (2017) demonstrou que, das equipes do PMMB, 57,3% substituíram equipes convencionais, já implantadas desde 2012. Por sua vez, 42,7% das equipes do PMMB foram responsáveis pela expansão das equipes de atenção básica no País, com maior proporção na região Sudeste, onde 50,5% das equipes no último ano estudado representavam novas equipes implantadas (MIRANDA *et al.*; 2017).

Em relação às internações por causas sensíveis à atenção primária, Miranda *et al.* (2017) observou redução em todo o período estudado. Entre 2009 e 2012 houve redução de 7,9% das Icsaps, enquanto entre 2012 e 2015 as internações foram reduzidas em 9,1%. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores reduções, com uma queda de 21,0% e 19,1%, respectivamente, nos dois últimos períodos analisados, sugerindo a contribuição do Projeto na melhoria do acesso e desempenho da atenção primária.

O PMMB, segundo Oliveira *et al.* (2015), evidencia “a clara impossibilidade dos municípios implementarem e gerenciarem redes de atenção básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura, para 80% da população”. Na ausência da intervenção do

Ministério da Saúde, não se teria observado o aumento de médicos no SUS em tão pouco tempo. As equipes do PMMB contribuíram não apenas para a expansão das equipes e cobertura da Estratégia Saúde da Família, mas também para a substituição de equipes já implantadas – comportamento que ocorreu em maiores proporções nas regiões Centro-Oeste e Nordeste e nos municípios de menor porte populacional (com até 29.999 habitantes).

No dia 13 de novembro de 2018, houve a ruptura da Cooperação Técnica celebrada entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, culminando na saída dos médicos cubanos do Programa. O encerramento da Cooperação levou, segundo dados da OPAS/OMS, à interrupção imediata da atividade de 8.222 (oito mil duzentos e vinte e dois) médicos cubanos em 2.820 (dois mil oitocentos e vinte) municípios. Com base na estimativa da cobertura populacional média de uma equipe de saúde da família, equivalente a 3.450 habitantes, os profissionais atendiam 28 milhões de brasileiros aproximadamente. Os dados demonstram que os médicos cubanos representavam 51% do total (16.008) de médicos participantes, incluindo os médicos de perfil CRM e Intercambista Individual.

A partir de então os médicos CRM Brasil e Intercambistas Individuais passaram a integrar 100% dos profissionais participantes do Projeto.

No período que se sucedeu ao início da pandemia do novo coronavírus no Brasil, em março de 2020, foram publicados 6 (seis) editais de adesão e possibilitou-se a prorrogação dos profissionais participantes de 6 (seis) editais de adesão anteriores a este período, conforme detalhamento que segue segundo os dados do Ministério da Saúde de 08 de outubro de 2021.

5.12 Editais

5.12.1 Editais de Adesão

- ✓ Edital SAPS/MS n. 5, de 12 de março de 2020 (19º Ciclo): chamamento público de médicos detentores de registro no CRM, para provimento de 5.815 vagas disponibilizadas em 1.920 municípios de todos os perfis, onde se registrou a entrada de 3.836 novos médicos no Programa;
- ✓ Edital SAPS/MS n. 9, de 26 de março de 2020 (20º Ciclo): chamamento de profissionais médicos cubanos que permaneceram no Brasil após o rompimento da cooperação internacional pelo Governo de Cuba, que ocorreu em novembro de 2018.

Foram reincorporados 2.757 profissionais que se enquadram nos requisitos do art. 23-A da Lei n. 12.871, que estão atuando em municípios de todos os perfis;

✓ Edital SAPS/MS n. 1, de 18 de janeiro de 2021 (21º Ciclo): chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil, nos termos do art. 13, §1º, inciso I da Lei n. 12.871/2013, para alocação exclusivamente no âmbito do Município de Manaus/AM, como medida para enfrentamento da situação de emergência em saúde ocasionada pelo novo Coronavírus, com oferta de 108 vagas - sendo 36 ordinárias disponíveis no âmbito do Projeto e 72 vagas extraordinárias, autorizadas para ocupação exclusivamente neste edital - devido ao atual cenário epidemiológico vivenciado pelo município de Manaus/AM), onde se registrou o ingresso de 26 novos médicos no município;

✓ Edital SAPS/MS n. 2, de 25 de janeiro de 2021 (22º Ciclo): chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil para adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil exclusivamente no Estado do Amazonas, pelo período improrrogável de 1 (um) ano (52 vagas), que possibilitou a entrada de 10 novos profissionais no Estado do AM;

✓ Edital SAPS/MS n. 4, de 8 de março de 2021 (23º Ciclo): chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil para adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, para provimento de até 2.904 vagas para todo o País, onde se registrou a adesão de mais 2.157 médicos;

✓ Edital SAPS/MS n. 4, de 8 de março de 2021 (24º Ciclo): chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil para adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, em andamento, que visa prover até 1.502 vagas e atender a cerca de 941 municípios.

5.12.2 Editais de Prorrogação

✓ Edital SAPS/MS n. 7 de 25 de março de 2020: prorrogação excepcional da adesão de médicos ativos que realizaram adesão em virtude do 13º Ciclo do PMMB, e que

estariam encerrando suas atividades nos meses de abril e maio de 2020, lotados em grandes centros urbanos. Com esta ação, estimou-se que aproximadamente 140 médicos permaneceram exercendo suas atividades por mais 6 meses, em aproximadamente 80 municípios;

✓ Edital SAPS/MS n. 10 de 19 de maio de 2020: prorrogação excepcional da adesão de médicos ativos que realizaram adesão em virtude do 14º Ciclo do PMMB, e que estariam encerrando suas atividades nos meses de junho de 2020 a março de 2021. Com esta ação aproximadamente 1807 médicos continuaram exercendo suas atividades por mais 1 ano;

✓ Edital SAPS/MS n. 11, de 9 de outubro de 2020: prorrogação excepcional, por mais 2 (dois) anos e 6 (seis) meses da adesão dos médicos formados em Instituições de Educação Superior brasileiras e estrangeiras, participantes do Projeto Mais Médicos Para o Brasil, na chamada regida pelo Edital SGTES/MS n. 19, de 10 de novembro de 2016 - 13º Ciclo, que foram prorrogados pelo Edital n. 7, de 25 de março de 2020;

✓ Edital SAPS/MS n. 12, de 18 de novembro de 2020: prorrogação excepcional dos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras e estrangeiras, participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil regidos pelo Edital SGTES/MS n. 12, de 27 de novembro de 2017 (15º Ciclo). Nessa ação a participação de 512 médicos no Programa foi estendida por mais 12 meses;

✓ Edital SAPS/MS n. 6 de 26 de março de 2021: prorrogação excepcional da adesão de médicos ativos que realizaram adesão em virtude do 19º Ciclo do PMMB, e que estariam encerrando suas atividades nos meses de abril e junho de 2020. Com esta ação, 2.626 médicos puderam permanecer exercendo suas atividades por mais 12 meses, em aproximadamente 1.130 municípios;

✓ Edital SAPS/MS n. 7, de 24 de maio de 2021: prorrogação excepcional, por mais dois anos, da adesão dos médicos participantes do 14º Ciclo do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que foram prorrogados pelo Edital n. 10, de 19 de maio de 2020. Com esta ação, 1.538 médicos continuaram firmes exercendo suas atividades por mais dois anos, em aproximadamente 951 municípios.

Em dezembro de 2021, 15.505 (quinze mil quinhentos e cinco) médicos participavam do Projeto, em 3.986 municípios (69% dos municípios brasileiros), sendo 59% médicos CRM Brasil e 41% médicos intercambistas (SGP, 2021).

Ainda são muitos os desafios enfrentados no Projeto Mais Médicos para o Brasil, para alcançar a sua finalidade de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e a universalidade no sistema. O debate deve ser orientado para que as ações sejam estruturais e permanentes. As estratégias precisam configurar-se como parte de políticas de Estado, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária à saúde, orientadora e norteadora do modelo de atenção à saúde no Brasil.

5.13 Insuficiência, alta rotatividade e dificuldade de fixação de médicos em algumas regiões: possíveis causas

Neste tópico, iremos discutir alguns estudos e hipóteses que já foram levantadas quanto aos fatores que levam à escassez de médicos em algumas regiões do País, rotatividade dos médicos e dificuldade de fixação em regiões de necessidade.

A carência de profissionais de saúde em determinadas localidades não possui uma causa singular; trata-se de uma questão multifatorial, que geralmente combina aspectos como desregulação do mercado de trabalho e da formação profissional, desigualdade na distribuição geográfica e rotatividade entre os profissionais, entre outros (CHEN et al., 2004).

Há uma tendência mundial de que os profissionais de saúde se concentrem nas áreas urbanas e mais ricas, independentemente do grau de desenvolvimento econômico ou da organização dos sistemas de saúde, porém o problema costuma ser mais agudo nos países identificados como em desenvolvimento (ARAUJO; MAEDA, 2013).

Mesmo assim, há suficientes evidências para comprovar que mesmo os países denominados como desenvolvidos sofrem com a escassez médica em regiões rurais e remotas, em virtude da concentração desproporcional desses profissionais ao redor de seus respectivos territórios (WALTON-ROBERTS, 2015). Também para os autores Campos, Girardi e Machado (2009), esse drama comum é evidenciado nos países com distintos sistemas econômicos e políticos, bem como variados níveis de riqueza e desenvolvimento.

Logo, o adequado provimento de serviços de saúde em regiões remotas, pobres e periféricas é um problema em quase todos os países do mundo. Situações de carência e má distribuição geográfica de provedores de serviços, especialmente médicos, têm sido apontadas

como problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos da maioria dos países (CAMPOS, GIRARDI, MACHADO, 2009).

A “Relação entre desigualdade social e provimento dos serviços de saúde”, as desigualdades socioeconômicas são, em última análise, a principal restrição para se alcançar uma distribuição equilibrada de médicos no Brasil, como visto no primeiro capítulo deste trabalho. A concentração de médicos, de generalistas e especialistas, de serviços privados de saúde, de escolas de medicina e de programas de residência médica está nas cidades maiores e mais ricas, aquelas cujo mercado consumidor tem volume suficiente para viabilizar um macro setor da saúde mais robusto (MÉDICI, 1987; MACHADO, 1992; 1996; 1997; MACIEL FILHO, 2007; EPSM, 2010; GIRARDI *et al*, 2011; EPSM, 2014; SCHEFFER, 2013; 2018).

Entretanto, é importante destacar que a dificuldade de fixação de médicos é um problema enfrentado pelos gestores, inclusive em grandes metrópoles, que apresentam mercado de trabalho mais favorável (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014). Esta situação decorre de um lado pela insatisfação profissional com diversos fatores, e, de outro, pela alta demanda de profissionais médicos, o que favorece a categoria, e que, por conseguinte, têm elevado o percentual de rotatividade na saúde.

Campos *et. al* (2009) destacam a adoção de políticas de incentivo à fixação horizontal (o mesmo profissional em locais antes desassistidos) ou vertical (*task-shifting*, que implica na redistribuição de funções antes restritas e exclusivas dos médicos, sendo assumidas por outras categorias profissionais) em todo o mundo.

Estudos de Campos, Girardi e Machado (2009) categorizam os incentivos como sendo financeiros ou não financeiros. O incentivo financeiro é muito importante, profissionais não se deslocam apenas por vocação ou idealismo, mas ficou claro na pesquisa que eles fizeram que não são o único estímulo. Estudos recentes em países africanos denotam que o incremento salarial, a partir de certo nível, perde potência e atratividade – ainda que se aumente muito o salário não se consegue motivar profissionais a se deslocarem a regiões distantes e ali se fixarem por períodos necessários para a formação de vínculos mais estáveis com as equipes e, sobretudo com as comunidades (CAMPOS *et al*, 2009).

Há, neste caso, um típico caso de perda da utilidade marginal da variável salário. A adoção simultânea de programas de incentivos não financeiros, a exemplo da oferta de educação permanente, da telemedicina, da melhoria das condições de moradia ou incentivos aos estudos dos filhos, a garantia de ascensão funcional, condições diferenciadas de

concorrência a residência médica ou cargos públicos, desde que cumprido um período em regiões remotas, podem aumentar a eficácia das políticas.

Nesse sentido, Rodrigues, Silva e Rocha (2010), em estudo sobre atração e fixação de médicos na APS do estado de Minas Gerais, também encontraram que a remuneração mais alta não está associada à fixação de profissionais, além de, paradoxalmente, propiciar maior rotatividade dos médicos entre municípios, motivados por melhores propostas salariais.

Uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) para melhorar a retenção em áreas rurais é exatamente a utilização de uma combinação de incentivos financeiros fisicamente sustentáveis, como auxílio-moradia e transporte, dentre outros, suficientes para compensar os possíveis custos associados ao trabalho em áreas rurais percebidos pelos profissionais de saúde. Na pesquisa realizada por Campos, Girardi e Machado (2009), sobre a fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades, na fala dos profissionais entrevistados, incentivos como os auxílios alimentação, moradia e transporte foram identificados como possíveis fatores de atração e fixação, porém com menor frequência e peso na escolha do médico em trabalhar ou não em determinada localidade.

Outro fator apontado ainda por Campos, et al. (2009) para esta dificuldade está relacionado ao fato de que médico provém de um extrato social muito diferenciado, até mesmo porque as médias de candidato/vaga são altíssimas nos exames vestibulares de medicina em grande número de instituições. Já há uma forte inserção urbana, de 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 da interação com colegas em interconsultas. Este é o ponto no qual os incentivos financeiros isolados demonstram incapacidade de reverter este comportamento.

A inserção de novos profissionais de saúde no SUS, mesmo tendo sido crescente nas duas últimas décadas, é constrangida por fatores conjunturais e estruturais. Há um esgotamento da capacidade de expansão do quadro de pessoal, em decorrência da falta de financeiros e das dificuldades impostas pela legislação, tais como a Lei de Responsabilidade Fiscal. Os municípios têm dificuldades na fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades em ampliar a oferta de serviços para atender as lacunas na assistência (SILVA, 2001).

A dificuldade de fixação dos médicos em áreas mais vulneráveis, associada ao mercado de trabalho favorável à categoria médica, resulta no que chamamos de alta

rotatividade ou *turnover* de profissionais médicos, expressa pela relação entre as admissões e os desligamentos da mão de obra profissional contratada, ocorridos de forma voluntária ou não, em determinado período. Ela não é causa, mas efeito de fenômenos internos ou externos à organização que condicionam o comportamento do pessoal (CHIAVENATO, 2009).

Estudos comprovam que quando a rotatividade se encontra com índices superiores a 26%, produz altos custos e impactos financeiros. Acima de 50%, corre o risco de comprometer a produtividade e a qualidade (ANSEMI; ANGERAMI; GOMES, 1997 apud GIOVANI; VIEIRA, 2013).

De forma genérica, a rotatividade produz custos elevados de várias naturezas, tais como: de recrutamento e seleção para reposição de pessoal; de treinamento do recém-admitido; e de desligamento. Ademais, além dos custos diretos, a rotatividade gera impactos de tempo e de recursos que incluem perda de produtividade e de capital intelectual, e desmotivação das pessoas (CHIAVENATO, 2009; CAMPOS; MALIK, 2008).

No setor saúde, a rotatividade pode comprometer o vínculo das equipes com a população, obstando o alcance dos resultados esperados para os serviços de saúde, especialmente na ESF, já que, no modelo dessa estratégia, o foco da atenção está na família e na comunidade, em que se valoriza um vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde (CAMPOS; MALIK, 2008; RODRIGUES; PEREIRA; SABINO, 2013; NUNES; SANTINI; CARVALHO, 2015). Estudos apontam o médico como o profissional da ESF com maior grau de rotatividade em Brasília (DF), Goiânia (GO), Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ) (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014; BRASIL, 2005).

Em seguida serão apresentados 3 estudos que buscaram se aprofundar nas principais causas da dificuldade de fixação dos médicos e alta rotatividade.

Campos e Malik (2008) realizaram um estudo sobre a existência ou não de correlação entre satisfação no trabalho dos médicos do Programa de Saúde da Família no Brasil e a rotatividade desses profissionais. As hipóteses foram agrupadas nas seguintes categorias: forma de contratação, perfil do médico do Programa de Saúde da Família e condições de trabalho.

Confirmou-se a hipótese da existência de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. Os fatores de satisfação no trabalho que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram: capacitação, distância das unidades e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Quanto à remuneração, a pesquisa indica que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa.

A seguir veremos o detalhamento das hipóteses levantadas por Campos e Malik (2008):

a) Formas de contratação

A expansão do PSF ocorreu em um período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas na área pública. No SUS, isso se revelou pelo aumento da terceirização na contratação de mão de obra, onde o gestor público passou a contratar os profissionais por meio de outras organizações, e não mais diretamente. (DAL POZ, 2002).

Uma das hipóteses levantada é que o grande número de contratos temporários levaria à alta rotatividade dos médicos (BRASIL, 2002a; MACHADO, 2002; DAL POZ, 2002; GIRARDI; CARVALHO, 2003).

b) O perfil do médico do PSF

A falta de médicos com perfil adequado para atuar no PSF é uma questão muito citada, como sendo uma das dificuldades de implementação do modelo. (ALVES SOBRINHO, CHIESA & SOUSA, 2002; SOUZA, 2002; MS 2002a). Para que se defina qual o perfil profissional adequado para os médicos do PSF, é preciso, antes, verificar quais são suas atribuições. Segundo o Guia Prático do PSF (BRASIL, 2002b).

O médico do PSF deve prestar assistência integral a indivíduos de diversas faixas etárias, além de incorporar no atendimento aspectos emocionais, familiares, sociais e preventivos, sendo o responsável pelo acompanhamento do paciente. Deve realizar, além de ações de assistência, outras educativas, coletivas e comunitárias, juntamente com os outros profissionais da ESF. Além disso, deve participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe. (CAPOZZOLO, 2003).

A proposta do PSF é que o médico seja um generalista, ou médico de família. O que se observa na prática é que há grande número de profissionais com baixa qualificação e com muitas atribuições. Pesquisa sobre o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil constatou que, em 1999, apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF havia concluído algum programa de residência médica. Essa média foi considerada baixa quando comparada à média nacional, em torno de 75%. (MACHADO, 2002; CAPOZZOLO, 2003).

c) Condições de trabalho

Assim como em uma pesquisa sobre o médico do QUALIS no município de São Paulo, Capozzolo (2003), sobre as condições de trabalho para o exercício da atividade, foram diagnosticados os seguintes problemas relatados pelos médicos em seu trabalho: número excessivo de famílias, pressão da demanda por consultas individuais, falta de retaguarda dos demais níveis de atenção. Para alguns profissionais, a sobrecarga do trabalho advinha especialmente da necessidade de responder às intercorrências da população. O atendimento de intercorrências era motivo de tensão para os profissionais porque gerava insegurança sobre suas possibilidades de resposta às demandas clínicas dos pacientes pelos quais eram responsáveis.

Os profissionais avaliaram que a carga e o ritmo de trabalho diário eram muito intensos. A capacitação e o apoio ao trabalho foram considerados insuficientes, em função da diversidade de demandas atendidas. Na observação do trabalho dos profissionais, observou-se que o trabalho do médico permanecia centrado na oferta de assistência médica individual, com redução do tempo para as demais atividades, tais como grupos, visitas domiciliares, ações de vigilância e reuniões de equipe. O elevado número de consultas comprometia a qualidade. As consultas tendiam a ser rápidas, dirigidas às queixas e com exame físico pontual. (CAPOZZOLO, 2003).

Outra pesquisa de 2017, intitulada Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez, reuniu uma equipe de seis pesquisadores, incluindo Stralen; Massote; Carvalho; Girardi, treinada para percorrer as rotas entre os meses de julho de 2011 e março de 2012. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 51 médicos nos 36 municípios das cinco regiões do País e com escassez de médicos em dezembro de 2010, dando preferência para municípios classificados com escassez alta e severa.

O roteiro de perguntas contemplava, além de elementos sociodemográficos e de trabalho, questões em que os sujeitos tiveram oportunidade de discorrer sobre sua trajetória profissional, condições de trabalho atual, percepções acerca do município, expectativas profissionais e sociais, dentre outras questões (STRALEN; MASSOTE; CARVALHO; GIRARDI, 2017).

Na análise, foram identificadas seis categorias: remuneração, vínculo de trabalho, condições de trabalho, fatores profissionais, fatores locais e fatores pessoais, divididas em 27 subcategorias.

5.13.1 Remuneração

A categoria “remuneração” incorpora diferentes elementos que compõem a remuneração do profissional no município, como o salário, o pagamento em dia e os auxílios moradia, alimentação e transporte. Quase todos os entrevistados destacaram o “salário” como um dos principais fatores para justificar a atração e/ou a permanência no município (STRALEN; MASSOTE; CARVALHO; GIRARDI, 2017).

Entretanto, o estudo mostrou que, mesmo a oferta de altos salários sendo um importante atrativo, isoladamente, ela não tem garantido a fixação dos médicos em áreas remotas.

O “pagamento em dia” também foi mencionado durante as entrevistas como fator importante para a permanência dos médicos nos municípios.

5.13.2 Vínculo de trabalho

Assim como no estudo de Campos e Malik (2008) o vínculo de trabalho foi apresentado como um dos fatores responsáveis por influenciar diretamente na atração e na permanência ou não do médico em uma localidade de trabalho.

Neste estudo, os vínculos foram classificados em duas categorias: estáveis, com contrato regido por regime estatutário, e pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); e instáveis, que inclui os contratos temporários com a administração pública, os de prestação de serviços de profissionais autônomos e demais vínculos informais (GIRARDI et. al, 2010).

Os vínculos mais comuns dos profissionais entrevistados da pesquisa de Stralen (2017), foram contrato temporário e estatutário.

Apesar da garantia de estabilidade, o vínculo estatutário foi rejeitado por alguns entrevistados, principalmente devido ao salário, geralmente inferior ao de médicos que possuem contratos temporários. De acordo com Girardi e Carvalho (2003), o alto valor do salário de médicos com contrato temporário, seria na verdade uma forma de compensação à precariedade do vínculo desses profissionais. A Constituição Federal da República (BRASIL, 1988) define, em seu artigo 37, inciso XI, que os subsídios do servidor público municipal não poderão exceder o do prefeito. Assim sendo, os salários oferecidos em editais de concursos públicos muitas vezes não são atrativos para os médicos.

Parte dos entrevistados enfatizou que o contrato temporário contribui para a atração do profissional ao possibilitar a permanência no município durante um período pré-determinado, sem sanções legais caso o médico opte por deixar o trabalho, além de, em geral, possibilitar

uma maior flexibilidade de horário. O contrato temporário permite, por exemplo, que o médico troque de município com facilidade caso receba uma proposta de trabalho mais interessante ou que faça uma poupança até ser aprovado em algum programa de residência médica (STRALEN; MASSOTE; CARVALHO; GIRARDI, 2017).

5.13.3 Condições de trabalho

As “condições de trabalho” agregam diversos fatores, como infraestrutura, disponibilidade de equipamentos e materiais, acesso a exames, disponibilidade de medicamentos, possibilidade de referência para especialistas e flexibilidade na jornada de trabalho. Um dos aspectos que mais se destacou na fala dos entrevistados foi a dificuldade de desempenhar um bom trabalho em municípios que não disponibilizam infraestrutura de trabalho adequada (STRALEN; MASSOTE; CARVALHO; GIRARDI, 2017).

A sobrecarga de trabalho foi enfatizada, principalmente, em decorrência da falta de outros médicos, incluindo médicos especialistas e do número elevado de atendimentos diários.

A flexibilidade na jornada de trabalho foi um dos fatores de maior expressão citado pelos médicos nesta categoria. As falas dos entrevistados revelaram que os médicos valorizam a possibilidade de receberem folgas durante a semana, de trabalharem por dias corridos e/ou por produção.

5.13.4 Fatores profissionais

Esta categoria inclui componentes relacionados à trajetória e expectativa profissional dos médicos. Neste estudo, levantaram-se duas questões principais: a possibilidade de capacitação/atualização e a pós-graduação por meio de cursos de especialização e residência médica (STRALEN; MASSOTE; CARVALHO; GIRARDI, 2017).

Nos discursos analisados, o interesse dos entrevistados, principalmente entre os recém-formados, em realizar cursos de especialização e/ou residência médica foi identificado como fator que dificulta a retenção desses profissionais nos municípios visitados.

5.13.5 Fatores locais

Os “fatores locais” abrangem elementos intrínsecos às localidades que influenciam a decisão do profissional em se deslocar e/ou permanecer em uma determinada localidade. Os elementos identificados nesta categoria estão relacionados ao desenvolvimento econômico do município e à sua localização, que incluíram: condições de acesso, distância, infraestrutura do município, oportunidades de lazer, educação de qualidade para os filhos, possibilidade de emprego para o cônjuge e qualidade de vida.

5.13.6 Fatores pessoais

A categoria “fatores pessoais” congrega os aspectos relacionados à experiência e/ou vivência individual dos médicos entrevistados que influenciam sua escolha em se deslocar e/ou permanecer em determinada localidade de trabalho. São eles: “origem/família”, “vínculo social”, “reconhecimento da comunidade” e “vocação”.

Por fim, a pesquisa intitulada Demografia Médica no Brasil, coordenada pelo professor Mário Scheffer, em 2018, no capítulo que traça o perfil e percepção dos recém graduados em “Medicina” detalhou o perfil sociodemográfico dos concluintes dos cursos de Medicina, além de revelar a opinião dos egressos sobre aspectos da formação, profissão médica e fatores de atração e fixação. Foram entrevistados 4.601 médicas e médicos recém-formados, entre 16.323 graduados de 2014 a 2015, que se registraram em um dos 27 (vinte e sete) CRM (SCHEFFER, 2018).

A pergunta permitia respostas múltiplas e oferecia as seguintes opções:

O que levaria você a permanecer em um local de trabalho?

1. As condições de trabalho;
2. O salário, a remuneração;
3. As possibilidades de aperfeiçoamento e de especialização;
4. Ambientes com segurança e sem violência;
5. Reconhecimento profissional;
6. Plano de carreira;
7. Qualidade de vida.

Para 84% dos egressos pesquisados, as condições de trabalho foram o principal determinante para fixação em uma instituição ou cidade, depois da graduação ou residência. Mais de 80% querem cursar residência médica. A segunda condição determinante mais apontada foi a qualidade de vida, com 66,2%. A remuneração foi citada por 63,1%; a possibilidade de aperfeiçoamento e especialização, por 50,2%. Outros 47,8% se referiram a plano de carreira; 45,7%, ao ambiente com segurança, sem violência; e 32,7% ao reconhecimento profissional (SCHEFFER, 2018).

Em resumo, a dificuldade de atração e fixação de médicos em áreas remotas é um problema complexo, envolto em múltiplas motivações que influenciam a escolha e permanência do médico no local de atuação do profissional. Calcular a taxa de desistências dos médicos participantes do PMMB, comparar as taxas entre as diversas regiões do País, compreender as motivações dos médicos ao desistirem do Projeto e caracterizar o perfil dos

médicos desistentes dos médicos participantes nos ajudará, além do acúmulo de aprendizado até aqui, a compreender e enfrentar ainda com mais eficácia essas dificuldades do Sistema Único de Saúde (SUS) no recrutamento e fixação de profissionais de saúde em áreas de difícil provimento e, conseqüentemente, na redução das desigualdades regionais em saúde.

6 CAPÍTULO 3: DESISTÊNCIAS DOS MÉDICOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

6.1 Justificativas das desistências

Após leitura uma a uma das 1.000 justificativas de desistências e categorização, chegou-se ao seguinte resultado quali-quantitativo: Capacitação/Qualificação, 41,7% (n=417); Fatores Pessoais/Qualidade de Vida, 24,8%, (n=248); Fatores Profissionais, 16,6% (n=166); Motivos de Saúde, 7,6% (n=76); Relacionamento com a Comunidade, Gestores Municipais e/ou Equipes (Reconhecimento Profissional), 3,9% (n=39); Condições de Trabalho, 3,8% (n=30); Segurança e Violência, 1,0% (n=10); Bolsa-Formação e Benefícios, 0,7%, (n=7); Outros 0,7%, (n=7) (Tabela 2).

Tabela 2 - Categorias das justificativas das desistências médicas

CATEGORIAS DAS JUSTIFICATIVAS DE DESISTÊNCIA	Qtd.	%
CAPACITAÇÃO/QUALIFICAÇÃO	417	41,7%
FATORES PESSOAIS/QUALIDADE DE VIDA	248	24,8%
FATORES PROFISSIONAIS	166	16,6%
MOTIVOS DE SAÚDE	76	7,6%
RELACIONAMENTO COM A COMUNIDADE, GESTORES MUNICIPAIS E/OU EQUIPES (RECONHECIMENTO PROFISSIONAL)	39	3,9%
CONDIÇÕES DE TRABALHO	30	3,8%
SEGURANÇA E VIOLÊNCIA	10	1,0%
BOLSA-FORMAÇÃO E BENEFÍCIOS	7	0,7%
OUTROS	7	0,7%
Total Geral	1000	100,0%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

A Tabela 3 apresenta a subdivisão das categorias em subcategorias e os resultados quantitativos deste desdobramento. Os conceitos e definições que envolvem cada categoria e subcategoria foram descritas nos itens de 3.1.1 a 3.1.8. As discussões dos resultados apresentados nas tabelas 2 e 3 também foram realizadas dos itens subsequentes, que detalha cada uma das categorias.

Tabela 3 - Categorias e subcategorias das justificativas das desistências médicas

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	CONTAGEM	%
CAPACITAÇÃO/QUALIFICAÇÃO	417	41,70%
Aprovação em Residência Médica	375	
Preparação para Residência Médica	30	
Preparação ou Ingresso em cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> incompatíveis	9	

com o Projeto

Aprovação em Mestrado/Doutorado

1

Não especificado

2

FATORES PESSOAIS/QUALIDADE DE VIDA	248	24,80%
---	------------	---------------

Vínculos familiares

110

Mudança de cidade/Volta à cidade de origem

89

Distância entre o trabalho e o Município onde mora

39

Educação dos filhos(as)

1

Não especificado

9

FATORES PROFISSIONAIS	166	16,60%
------------------------------	------------	---------------

Nova oportunidade profissional/ Outro(s) vínculo(s) profissionais incompatíveis com o Programa

155

Atuação na especialidade

9

Preparação para concurso público

1

Não especificado

1

MOTIVOS DE SAÚDE	76	7,60%
-------------------------	-----------	--------------

Saúde pessoal - outras CID

47

Saúde de familiares

14

Saúde pessoal – mental

12

Não especificado

3

RELACIONAMENTO COM A COMUNIDADE, GESTORES MUNICIPAIS E/OU EQUIPES (RECONHECIMENTO PROFISSIONAL)	39	3,90%
--	-----------	--------------

Conflitos relacionais com a gestão municipal

23

Conflitos relacionais com a equipe de saúde

6

Conflitos relacionais com a comunidade

5

Conflitos políticos com a gestão municipal

4

Não especificado

1

CONDIÇÕES DE TRABALHO	30	3,00%
------------------------------	-----------	--------------

Sobrecarga nos atendimentos

10

Falta de estrutura física/organização do trabalho na UBS

9

Distância/Dificuldade de acesso/transporte precário no deslocamento para a UBS

4

Irregularidades da gestão municipal

4

Insalubridade na UBS

2

Dificuldade em conseguir encaminhamento para especialista

1

SEGURANÇA E VIOLÊNCIA	10	1,0%
------------------------------	-----------	-------------

Falta de segurança na UBS/Violência no local de trabalho

5

Ameaça à integridade física (fora do local de trabalho)

3

Violência urbana

1

Não especificado

1

BOLSA-FORMAÇÃO E BENEFÍCIOS	7	0,70%
------------------------------------	----------	--------------

Atrasos/não recebimento das contrapartidas municipais (moradia, alimentação, deslocamento no caso de difícil acesso)

4

Atrasos da bolsa-formação (MS)

2

Atrasos da ajuda de custo (MS)

1

OUTROS	7	0,70%
---------------	----------	--------------

Concorrente/eleito a cargo eletivo	6
Serviço Militar Obrigatório	1
Total Geral	1000

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Antes de passarmos para a análise dos conteúdos categóricos, é importante destacar a interseccionalidade entre as categorias. O que significa afirmar que muitas categorias se sobrepõem, derivam umas das outras e são indissociáveis. Uma profissional que afirma estar se desligando do Projeto por “problemas de saúde mental”, por exemplo, pode ser uma problema derivado de outras questões, como “conflitos relacionais com a gestão municipal”, que pode ter sido consequência de “más condições de trabalho” ou “conflitos familiares”, ou, ainda, um efeito dessas três situações em concomitância, que são 3 (três) justificativas presentes no escopo, representadas em apenas 1 (uma), no exemplo, “saúde mental”.

A justificativa analisada foi registrada em campo descritivo e livre do Sistema, no qual o profissional não possuía restrições, condições ou exigências na descrição dos fatos, de modo que justificativas genéricas como “por fatores pessoais”, recorrendo a um exemplo factual encontrado, também são deferidas pela Coordenação do Projeto, ou mesmo que mais detalhadas, não são capazes de abranger ou se aproximar da totalidade e complexidade das múltiplas motivações, que levam os médicos a se desligarem do Projeto.

Uma forma de minimizar esse problema seria desenvolvendo uma melhoria do Sistema (SGP), modificando e ampliando o rol das justificativas fechadas, detalhadas em categorias e subcategorias, possibilitando ao profissional a múltipla escolha, além do campo descritivo.

Atualmente o Sistema dispõe de 6 (seis) categorias fechadas genéricas (“aprovação em concurso público”, “aprovação em residência médica”, “incompatibilidade de carga horária”, “motivos de saúde”, “motivos pessoais” e “outros”) e o campo aberto, que não abrangem a totalidade e a complexidade dos motivos, não apresentam desdobramentos/detalhamentos das categorias em subcategorias, e não possibilitam a múltipla escolha, limitando e restringindo assim a perspectiva de uma análise minimamente múltipla, abrangente e aprofundada.

Outro ponto relevante, que merece destaque, aponta para a necessidade de um olhar crítico e de uma análise *lato sensu* das justificativas apresentadas pelos profissionais, somada à análise do que foi estritamente registrado no texto pelos profissionais no Sistema. Os profissionais não necessariamente expõem os reais motivos que o levaram a solicitar o

desligamento, por motivos diversos, como, por exemplo, um receio da justificativa não atender ao preconizado para o Programa, ou de sofrerem alguma sanção.

No caso de um profissional que tenha o interesse de retornar futuramente ao Programa, pode optar por registrar um motivo que, segundo interpretação própria, não o prejudicaria a alcançar esse objetivo. Alguns indivíduos têm uma tendência maior a se responsabilizar ou aos outros/ambiente pelos seus atos, e embora todos os fatores estejam interligados, são subjetividades que estão presentes nas justificativas.

A exemplo hipotético de um profissional que queira se desligar do Projeto por ter se desgastado com a gestão municipal, suponhamos que por falta de condições de trabalho, mas que, ao solicitar o desligamento, tenha receio de o motivo da solicitação ser repassada à gestão municipal e isso gerar um desgaste ainda maior com a gestão de saúde local. Ou, uma outra situação, em que um profissional tenha outro vínculo que o impede de cumprir a carga horária estipulada para o PMMB e conciliar os dois trabalhos, mas não queira assumir esta situação irregular, temendo que possa ser punido e prejudicado de alguma forma. São situações que não podem ser mensuradas ou quantificadas, mas que são possíveis de acontecer.

6.1.1 Capacitação/Qualificação

A maioria relativa de 42% (quarenta e dois por cento) dos médicos indicou que a principal motivação em se desligar do Projeto está relacionada à qualificação profissional, sobretudo na preparação e aprovação em Programas de Residência Médica (405 das 1000 justificativas), indicando que o PMMB é visto como uma oportunidade de experiência em ensino-serviço, para muitos médicos, principalmente recém-formados (vide item 3.3) que ingressam e permanecem no Projeto até que sejam aprovados na Residência Médica de seu interesse.

Esse achado é corroborado pelo estudo de Póvoa e Andrade (2006), que destaca a residência médica como a principal modalidade de pós-graduação escolhida pelos médicos, levando-os a se deslocar para localidades de trabalho que oferecem mais vagas e programas de residência médica.

O estudo de Rodrigues, Silva e Rocha (2010) também aponta que a busca de capacitação, especialmente a residência médica, é um fator que contribui para a rotatividade dos médicos.

Dos que especificaram a especialidade, Clínica Médica lidera com 19 justificativas, seguido pela Pediatria com 18, depois, Ginecologia e Obstetrícia com 8 residentes, Medicina de Família e Comunidade com 7 aprovados, sucedidos pela Cirurgia-geral e Radiologia com 5 justificativas cada uma, e as demais em menor número.

Vejamos alguns trechos das justificativas apresentadas nesta categoria:

Venho solicitar meu desligamento, pois passei em concurso de residência médica no estado do Pará em anesthesiologia. Assim, deixo de cumprir minhas atividades na atenção básica onde fiz por quase dois anos com muito empenho e compromisso.

Fui aprovado em residência médica de Ortopedia e Traumatologia

Ao Ministério da Saúde, solicito por meio deste ofício, desligamento do programa Mais Médicos para o Brasil com lotação no município (), com cumprimento de um ano e dois meses de serviço, em virtude de aprovação em curso de aperfeiçoamento em Radiologia e Diagnóstico por Imagem no município (...), com carga horária incompatível ao programa

Fui aprovada em curso de residência médica em clínica médica no Hospital IBR Vitória da Conquista/BA e necessito estar presencialmente na cidade para cursá-lo

Passei em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital da Mulher em Feira de Santana/BA

Fui aprovada na residência médica de pediatria em outra cidade.

Aprovação em residência médica para clínica médica

Pedido de Cancelamento devido a aprovação em concurso de residência médica pelo estado da Bahia para especialidade de cirurgia geral, no hospital Santo Antônio, o qual iniciará dia 02/03/2017.

(...) gostaria de pedir o desligamento do programa Mais Médicos, pois fui aprovado em um programa de residência em Ginecologia e Obstetrícia.

Passei no concurso de residência médica para Pediatria a se iniciar em 02/03/2020
Aprovação na residência médica de geriatria em Pernambuco - início do programa em 01/03/2021

No estudo Demografia Médica, 2018, a grande maioria dos egressos de medicina (80,2%) disse que pretendia fazer residência médica. Nesse grupo, 57,8% tinham a intenção de cursar residência em outra escola ou instituição que não aquela onde estudou; os outros 22,4% pretendiam seguir na mesma escola onde concluíram o curso – entre os egressos de escolas públicas, 34% tinham essa intenção. Já 16% dos entrevistados pretendiam iniciar imediatamente a prática médica – entre os de escola pública, eles são 22,3%.

Quanto ao tipo ou perfil do local de trabalho, o maior grupo de egressos (79,2%) disse preferir trabalhar em hospitais. Outros 50,2% desejam atuar em consultório particular; 45,3% em clínica; 28,3% em Unidade Básica de Saúde; 24,6% na universidade; e 19,4% no

Programa Saúde da Família (PSF). O mesmo médico podia escolher mais de um local de trabalho.

Em janeiro de 2020 (Demografia Médica, 2020), do total de 478.010 médicos em atividade no Brasil, 61,3% deles possuíam um ou mais títulos de especialista, enquanto 38,7% não tinham título em nenhuma especialidade.

Em números absolutos, o Brasil conta com 293.064 médicos especialistas e 184.946 generalistas, resultando em uma razão de 1,58 especialista para cada generalista. O estudo Demografia Médica no Brasil considera especialista o médico titulado por uma das duas vias legais de especialização: a conclusão de programa de Residência Médica ou a obtenção de título emitido por uma sociedade de especialidade médica. O termo “generalista” é utilizado para designar todo médico sem título de especialista. Neste grupo estão incluídos todos os médicos que concluíram a graduação, mas não cursaram Residência Médica nem obtiveram título em sociedade médica.

As especialidades com maior número de especialistas são Clínica Médica (11,3% do total de especialistas), Pediatria (10,1%), Cirurgia Geral (8,9%) e Ginecologia e Obstetrícia (7,7%). Juntas, essas quatro especialidades concentram 38% do total de especialistas. Duas delas, Clínica Médica e Cirurgia Geral são especialidades obrigatórias (pré-requisitos) para cursar Residência Médica em outras especialidades.

Conforme já ressaltado, considera-se aqui o total de títulos de todos os médicos, sendo que o médico com mais de um título é contado como especialista em cada especialidade. Além das quatro especialidades mais frequentes, destacam-se ainda: Anestesiologia (5,9%), Medicina do Trabalho (4,6%), Ortopedia e Traumatologia (4,1%), Cardiologia (4,1%), Oftalmologia (3,6%) e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (3,3%). Essas seis especialidades, somadas às quatro básicas, representam 63,6% de todos os títulos.

Uma das especialidades com ampliação da oferta de residência médica nos últimos anos, a Medicina de Família e Comunidade, é a primeira opção para apenas 1,5% dos recém-formados, abaixo da Cirurgia Plástica, preferência prioritária de 2%. Dentre as 53 especialidades médicas reconhecidas no momento da aplicação do questionário, Medicina de Tráfego foi a única que não foi citada por nenhum egresso. A especialidade Medicina de Família e Comunidade fica na 14ª posição entre as mulheres e 15ª entre os homens, em ordem de preferência (SCHEFFER, 2020).

Medicina de Família e Comunidade, que reúne apenas 1,4% dos especialistas em atividade, passou a representar 4,4% de todos os médicos residentes. Em dez anos, a

especialidade que mais expandiu o número de médicos residentes foi a Medicina de Família e Comunidade, que passou de 181 vagas de residentes no primeiro (R1), em 2010, para 1.031 vagas de R1, em 2019, um aumento de 469,6%. Essa especialidade, que representou 5,3% de todos os residentes cursando R1 em 2019, cresceu quase cinco vezes mais que a taxa de crescimento global de 81,4% nas vagas de R1 no período analisado. Menor demanda em relação à oferta ampliada em determinadas especialidades, ou seja, mais vagas do que candidatos. Isso pode justificar, por exemplo, vagas não ocupadas nos programas de RM em Medicina de Família e Comunidade, que tiveram expressivo aumento da oferta nos últimos anos (SCHEFFER, 2020).

Em que pese esse expressivo crescimento, decorrência também das ações do PMM, a procura aos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) permanece relativamente muito baixa. Outra questão apontada por Machado (2002) sugere uma baixa qualificação dos profissionais na Atenção Primária, já que a proporção de médicos da ESF com alguma residência médica é um pouco maior do que 1/3 (36,7%), média considerada baixa quando comparada à média nacional, na época em torno de 75%, indicando que a Atenção Primária ainda se apresenta para muitos médicos como uma alternativa de emprego sem residência médica (MACHADO, 2002).

Um estudo realizado por Rebolho (2021), no Município de Florianópolis, cuja cobertura populacional oferecida pelo SUS e ESF é de 100%, e composta por 70% de médicos com formação em medicina de família e comunidade, demonstrou que a formação em MFC através da residência médica reduziu significativamente o percentual de encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada. Este impacto foi mantido mesmo com os ajustes para os possíveis desvios nas variáveis analisadas.

Este cenário culmina com a constatação de que a maioria dos profissionais de saúde de nível superior, atuando no mercado de trabalho no Brasil, não está sendo formada para atuar e “aderir” a uma proposta como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta exige dedicação de 40 horas semanais em serviço, educação permanente e, fundamentalmente, a criação de vínculos com a comunidade em que se atua. Os médicos ainda estão sendo formados para atuar primordialmente em ambiente hospitalar e em uma perspectiva da hiperespecializada, muitas vezes descolada da realidade social.

Para iniciar esta discussão, podemos citar Bulcão (2004), que afirma que o ensino médico tradicional mantém uma forte dissociação entre a teoria e a prática. Este aspecto é apontado como problemático desde Platão (MARCONDES, 2008). O aprendizado é

compartimentado, o que acaba por fragmentar o conhecimento, favorecendo o surgimento da especialização precoce, além de hipervalorizar as partes em detrimento do todo, integral, ao qual deveria se dirigir o cuidado.

Neste modelo, concentrado principalmente no âmbito hospitalar, no marco de um currículo com forte ênfase nos processos biológicos do adoecimento, as pessoas assistidas – e não cuidadas – são tratadas como objeto de estudo, o qual impõe ao estudante, simploriamente, o conhecimento da doença, mas não do sujeito, de seu ambiente familiar, social, ambiental e de trabalho (CRUZ, 1999).

Neste mesmo sentido, Ceccim e Carvalho (2009) destacam que a universidade foi configurada em disciplinas e departamentos, e que esse recorte histórico foi assumido como epistemológico, o que deu origem ao corporativismo das especialidades e aos controles burocráticos que dificultam as práticas interdisciplinares. Essa configuração da universidade moderna, voltada para a supervalorização de especialidades, faz com que profissionais e associações disciplinares defendam a vigência e a manutenção dessa perspectiva, aceitando a fragmentação do ensino em saúde, como o modelo organizador dos saberes e práticas (CECCIM; CARVALHO, 2009).

No entanto, a saúde não pode ser compreendida em partes, fragmentadas em saúde física, mental e social, mas sim, como um todo íntegro e integral e para isto é necessário entender o indivíduo em seu território, em seu contexto de vida, para que assim, a saúde, composta por uma diversidade de disciplinas enriqueça suas abordagens e atue em todos os âmbitos, biológico-psico-social (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

A saúde envolve, portanto, componentes aparentemente tão díspares como a qualidade da água que se consome e do ar que se respira, o consumismo desenfreado e a miséria, a degradação social e a desnutrição, os estilos de vida pessoais e as formas de inserção das diferentes parcelas da população no mundo do trabalho (BRASIL, 2001).

Morin (2003) afirma que a instituição disciplinar acarreta, ao mesmo tempo, um perigo de hiperespecialização e um risco de “coisificação” do objeto estudado, no qual se beira o perigo de esquecer o que é destacado ou construído. O objeto da disciplina será percebido como uma coisa autossuficiente; as ligações e solidariedades desse objeto com outros objetos estudados por outras disciplinas serão negligenciadas.

Por isso, é importante a ideia da interligação entre parte e todo: a parte está presente no todo e o todo está nas partes. A compreensão da unidade e da diversidade é ponto fundamental para a teoria da complexidade, até porque o atual processo de globalização nos

força a reconhecer a unidade dos problemas globais onde quer que estejamos e, ao mesmo tempo, lida com uma série de diversidades culturais locais (MORIN, 2003). Portanto, a formação de um profissional deve unir e interligar saberes de variados campos e âmbitos, transpondo barreiras limitantes de disciplinas curriculares e integrar vários saberes para atuar em prol de uma atenção à saúde integral e qualificada (RIBEIRO; MEDEIROS JÚNIOR, 2016).

Nesse caminho, Amarante (2007), afirma que a ESF vai ao encontro da superação da hiperespecialização em saúde, que consiste numa barreira para a legitimação da APS no Brasil. A discussão acerca da ESF é bastante densa e envolve a estratégia de desmedicalização da medicina combinada com a inclusão do usuário no seu contexto biopsicosocial, reduzindo dessa forma os agravos no 2º e 3º níveis. Respeitados os limites e possibilidades entre o que é médico e o que é social, a Estratégia, em suma, consiste em reduzir o perfil iatrogênico nos ambulatorios e hospitais gerais, com foco na pessoa e não na doença.

A ESF, se bem implementada, pode representar uma inversão da atual perspectiva, investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde coletivas. Como é amplamente divulgado, em torno de 80% dos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos no âmbito da rede básica (AMARANTE, 2007).

Um modelo de saúde hiperespecializado e hospitalocêntrico não coopera com os princípios democráticos e de universalidade do SUS, e definitivamente não seria capaz de atender às reais necessidades de saúde da população. “Ora, se um médico é formado desde a graduação como subespecialista e altamente depende de um determinado maquinário tecnológico para exercer sua profissão, que motivos teria para trabalhar em uma cidade que não dispõe de um aparelho de tomografia computadorizada descolada das necessidades locais?” Então, como deslocar e fixar os médicos longe dos grandes centros urbanos, onde historicamente estão concentrados os médicos, cada vez mais dependentes do arsenal tecnológico que supera as reais necessidades de organização do sistema de saúde? (OLIVEIRA, 2018)

Com o declínio do número de médicos clínicos gerais, em meados dos anos sessenta do século passado, foi estimulada a criação de residências em medicina de família, além de medicina interna e pediatria. Em 1970, o percentual de especialistas já era de 80% do total de médicos. Aqueles que militavam no campo da clínica médica defenderam, portanto, uma

solução aparentemente paradoxal com relação à luta contra a hiperespecialização: a criação de uma nova especialidade (CAMPOS, 2005).

Campos (2005) aponta que um dos caminhos, que representa uma quebra de paradigma, compreende a especialização não como sinônimo de fracionamento, mas como aprofundamento e aperfeiçoamento em determinada área. Campos (2005) resgata que o termo medicina familiar foi fortalecido nos Estados Unidos, na década de 60, na intenção de estruturação de uma nova especialidade, em oposição e como reação à fragmentação gerada pelo incremento no número de especialidades e subespecialidades médicas. Ainda, acrescentou que, no ano de 1966, em um intervalo de 100 dias, quatro relatórios lançaram as bases para a criação de uma nova especialidade, os quais criticavam a hiperespecialização e propunham mudanças no ensino médico. Com o declínio do número de médicos clínicos gerais, em meados dos anos sessenta, foi estimulada a criação de residências em medicina de família.

O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística, leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra. (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010).

Sarti, Fontenelle e Gusso (2018) apontam que o número de médicos especialistas em MFC, no Brasil, aumentou de 4.022 (1,2% do total), em 2014, para 5.486 (ou 1,4% do total), em 2017, embora sua distribuição no território nacional seja desigual ao ponto de o Amapá contar com apenas dois MFC titulados. Foi destacado que o número de médicos de família e comunidade no País ainda é pequeno (menos de 2% do total de médicos), muito aquém do que seria necessário para a qualificação dos nossos serviços de atenção primária à saúde. Percebe-se que a grande maioria dos médicos ainda opta por outras especialidades, embora a APS tem sido considerada como prioritária e capaz de resolver 80% das necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva, a evasão do PMMB motivada predominantemente pelo desejo dos médicos participantes em se tornarem especialistas, em sua maioria em especialidades ainda voltadas para a atenção terciária, serviços hiperespecializados e parciais, nos provoca, do

ponto de vista das Políticas Públicas, a analisar o cenário atual e as possíveis soluções para este problema, que ultrapassam o âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Primeiramente, deve-se ressaltar que a residência médica no Brasil tem sido historicamente viabilizada basicamente com financiamento público. No entanto, até a implantação do PMM, não havia mecanismos claros e definidos de regulação da necessidade e distribuição de especialistas, a exemplo de outros países com experiências exitosas de formação em sistemas universais de saúde (ARAÚJO; MAEDA, 2013; CHOPRA *et al.*, 2008; GROBLER *et al.*, 2005).

Ressalta-se aqui, as grandes disparidades no processo de formação em âmbito nacional. Os médicos de família e comunidade representam menos de 2% dos médicos do País e apenas 5% dos médicos que atuavam nas equipes de saúde da família, demonstrando novamente um desequilíbrio significativo entre necessidade e oferta (ALESSIO; SOUSA, 2016).

Constatou-se, assim, a necessidade de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nos programas (AMORETTI, 2005). O Programa Mais Médicos estabeleceu justamente esta estratégia por meio dos arts. 5º, 6º e 7º da Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, que orientavam para a universalização de acesso à residência médica e destacavam a obrigatoriedade da residência em MFC como critério de acesso à boa parcela das demais especialidades médicas. Os parlamentares, entretanto, mantiveram outras nove especialidades como de acesso direto, cabendo considerar que essas especialidades respondem por um número relativamente pequeno de vagas de residência:

Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades: I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e, i) Radioterapia. (BRASIL, 2013a).

Acrescentou-se, ainda, a definição de que o “Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade teria duração mínima de 2 (dois) anos” (BRASIL, 2013a), mas como pré-requisito para algumas especialidades consideradas básicas, definiu que somente o primeiro ano dessa residência seria obrigatório:

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social. (BRASIL, 2013a).

Para as demais especialidades, deixou-se a critério do MEC, sendo ouvidos a CNRM e o MS, o tempo de pré-requisito de MFC, se de um ou dois anos. Foi disciplinado ainda que o pré-requisito da MFC seria válido somente a partir do momento em que houvesse a universalização da residência e que as atividades na rede saúde-escola dessa especialidade seriam coordenadas pelo MS. Abriu-se também a possibilidade de complementação no valor das bolsas de residência para a MFC (OLIVEIRA, 2018).

No entanto, os arts. 5º e 6º da Lei do PMM, os quais tornavam a Residência de Medicina de Família e Comunidade como requisito para outras especialidades, foram revogados pela Lei n. 13.958, de dezembro de 2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil.

Essa era uma estratégia importante que provocaria, a longo prazo, uma mudança no perfil dos médicos especialistas, mais voltados para a Atenção Primária, para o SUS, para a promoção da saúde e para a saúde integral dos indivíduos. No que foi implementado já se apresentou como um grande avanço na formação médica e, também, um estímulo e um convite para os médicos optarem e permanecerem na Medicina de Família e Comunidade.

Por outro prisma, não adianta apenas promovermos uma grande mudança na formação especializada sem alterarmos a formação básica, dos cursos de graduação de medicina. Assim, o Capítulo II da Lei do PMM n. 12.871 definiu um novo marco regulatório para a abertura de cursos de medicina no Brasil, pois passou-se a exigir que fossem avaliados critérios relacionados com a necessidade social dessa formação médica e a condicionar a criação do curso de graduação à estrutura da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Com isso, estabeleceu-se regulamentação específica para os cursos de graduação de medicina que extrapola a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Tais mudanças são orientadas para o modelo mais atual do que é preconizado para a educação médica: sistemas de educação integrados aos sistemas de saúde e de ciência, tecnologia e inovação, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global (FRENK *et al.*, 2010). Mesmo assim, as entidades que representam a corporação foram contrárias às mudanças propostas, defendendo que novos cursos de medicina deveriam ser criados somente caso houvesse, previamente, um hospital universitário disponível (GOMES, L. B.; MERHY, 2017).

No Capítulo III da Lei, 'Da Formação Médica no Brasil' (BRASIL, 2013a), o texto da Medida Provisória (BRASIL, 2013b), segundo Oliveira (2018), sofreu significativas

alterações no Congresso Nacional, com exclusão e inclusão de parágrafos. Os parágrafos eliminados referiam-se à proposta de um Segundo Ciclo na graduação em medicina envolvendo treinamento em serviço, exclusivamente na atenção primária à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos.

Nessa segunda fase, além da supervisão acadêmica da instituição de educação superior, o estudante se submeteria à supervisão técnica de médicos detentores de título de pós-graduação e receberia bolsa custeada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). A proposição do Segundo Ciclo foi uma das principais motivações para a Associação Brasileira de Educação Médica ter se posicionado contra a MP (GOMES L. B.; MERHY, 2017).

Mesmo com a retirada do Segundo Ciclo, a Lei incorporou a necessidade de pelo menos 30% das atividades do internato ocorrerem em serviços de atenção básica e urgência e emergência no SUS (como previa o desenvolvimento de todo o novo ciclo de formação) e tornou obrigatório o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais anteriormente só estavam previstas em portarias do MEC. Respeitou-se, ainda, o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas DCN (OLIVEIRA, 2018).

Apesar da publicação por portaria das DCN de 2001 que preveem uma maior inserção dos estudantes na atenção básica, concluiu-se que ainda era insuficiente a atuação nesses serviços, mesmo em cursos orientados por essas diretrizes anteriormente implantadas (ALMEIDA, M. J. *et al.*, 2007). Portanto, a disposição de um percentual em lei do período mínimo de atividades nesse nível de atenção configurou-se como uma iniciativa de regulação da inserção nos serviços que precisará ser avaliada quanto à sua efetividade, ainda mais considerando as resistências quanto a práticas inovadoras de ensino.

Portanto, o Programa Mais médicos representou um novo marco regulatório da formação médica, o que significa dizer que foi construído um arcabouço legal inédito desse tema, e o Estado exercendo um papel regulatório importante até aqui (OLIVEIRA, 2018).

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM alcançou, no eixo mudança da formação, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tanto a curto quanto a longo prazo.

Percebeu-se: a expansão de vagas em cursos de medicina condizentes com a meta de chegar a 2,7 médicos por habitante em 2026 com melhor distribuição no País; a criação de cursos novos de graduação no interior, em áreas sem oferta anterior; a expansão da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade; a adoção de diversos dispositivos para a mudança na formação a exemplo das Diretrizes Curriculares Nacionais

para os cursos de medicina em 2014 e; a valorização do desenvolvimento docente enquanto tema em que a escola médica deveria se debruçar com o apoio de políticas públicas (OLIVEIRA, 2018).

Embora o PMM tenha avançado nessas frentes, o atual momento da política brasileira é desolador, estes avanços relacionados as mudanças na formação médica do PMM foram praticamente interrompidas. Além da revogação dos artigos que tornavam a Residência de Medicina de Família e Comunidade como requisito para outras especialidades, a expansão de vagas da graduação e residência médica encontra-se praticamente paralisada, em um país com enorme carência de médicos e, mais especificamente, médicos especialistas qualificados para atuar na Atenção Primária do País. Nesse contexto, os desafios colocados para a expansão da Atenção Primária, tornam-se muito maiores.

Além desses retrocessos na Política do Mais Médicos, existem os desafios culturais e históricos, como por exemplo, em relação às mudanças nos cursos tradicionais de medicina: por mais que estejam sendo empurrados para fazerem mudanças, suas estruturas rígidas e suas centenas de professores, alguns com inserções pontuais ao longo do semestre letivo, não se interessam por uma nova formação e seguem reproduzindo formatos que não dialogam com as necessidades sociais, em modelos pautados pelo mercado (OLIVEIRA, 2018).

É evidente a necessidade de desenvolvimento do professor para responder aos desafios trazidos pelas mudanças da educação médica. Daí a importância do tema do desenvolvimento docente aparecer de forma inédita enquanto arcabouço legal na Lei do PMM e nas DCN de 2014. O deslocamento do processo de ensino-aprendizagem da centralidade do professor para o estudante passa por docentes que entendam as inseguranças desse novo papel e consigam refletir sobre isso. Foi interessante analisar a publicação sobre as narrativas de um grupo de professores e perceber como ficaram “com vontade de ir embora”, sendo necessário aprofundar a compreensão de quem é o novo docente dos novos cursos de medicina criados pelo Programa Mais Médicos (OLIVEIRA, 2018).

De qualquer forma, será possível verificar mais no futuro: a repercussão das ações do Programa Mais Médicos no Eixo Formação nas atitudes dos estudantes de medicina; na sua fixação em localidades de maior vulnerabilidade ou historicamente desprovidas de médico; e, principalmente, o impacto nos indicadores de saúde, considerando que esse é o objetivo final e mais importante da formação médica voltada para o sistema de saúde.

6.1.2 Fatores pessoais/Qualidade de vida

A categoria, intitulada “Fatores Pessoais/Qualidade de Vida” foi a segunda justificativa mais apresentada pelos profissionais, representando 24% (248) dos médicos analisados, tendo como fator principal da desistência, nesta categoria, situações relacionadas aos vínculos familiares (119), seguido da “Mudança de cidade/Voltar a cidade de origem” (89) e “Distância entre o trabalho e o Município onde mora” (39).

No tocante a “Qualidade de Vida” conforme, Flek *et. al.* (2008), trata-se de um constructo metodológico mensurável, estatístico e psicométrico atual das dimensões biológicas, sociais e ambientais dos indivíduos e populações. Seus parâmetros ou fatores principais – Longevidade, Educação e Renda – possuem considerável importância para o planejamento, execução, avaliação e monitoramento do SUS, uma vez que, tal mensuração em consonância com o princípio de Integralidade visa “a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (CUNHA; CUNHA, 2001).

O título desta categoria poderia ser questionado, afinal, poderíamos afirmar que boa parte das desistências do PMM, se não todas, são motivadas por uma melhora na qualidade de vida (nossa ou, indiretamente, de pessoas próximas) e de foro íntimo, de ordem pessoal, mesmo que aparentemente determinadas por fatores externos, pois não são determinadas por uma decisão judicial ou administrativa.

No entanto, essa categoria foi utilizada para classificar todas as motivações que não se enquadraram nas demais, tais como “Vínculos familiares”, “Amizades/Convívio social”, “Mudança de cidade/Volta à cidade de origem”, “Distância do município onde mora”, “Cultura/Tradição”, “Conforto da minha casa”, “Acesso à internet”, “Educação dos filhos(as)” e “Infraestrutura da cidade”.

Alguns desses fatores foram classificados como “Fatores Locais” no estudo de Stralen *et al.*, 2017, abrangendo os elementos das localidades relacionados “ao desenvolvimento econômico do município e à sua localização, que incluíram: condições de acesso, distâncias, infraestrutura do município, oportunidades de lazer, educação de qualidade para os filhos, possibilidade de emprego para o cônjuge e qualidade de vida”.

Embora seja uma premissa verdadeira, há que se considerar o aspecto particular e subjetivo das noções e percepções que cada indivíduo possui sobre uma localidade, tendo em

vista, por exemplo, a preferência de alguns por ambientes urbanos, rurais, bucólicos, movimentados etc. Segundo Martinez (2002), as diferenças e as percepções individuais, não podem ser ignoradas, essas determinam a satisfação no trabalho e estão inseridas em um contexto histórico e cultural, que possuem valores e oportunidades.

Segundo Rourke (2008), tudo, desde as boas-vindas iniciais, o lazer, estilo de vida, emprego para o cônjuge e educação para os filhos, são fatores considerados no processo de escolha de um local de prática. Lehmann, Dieleman e Martineau (2008) apontam que a literatura é inconclusiva sobre o papel individual de cada característica locacional na escolha do profissional em trabalhar em determinado município. No entanto, é unânime que a condição de vida em geral é importante para esse processo de tomada de decisão.

Alguns profissionais no estudo de Stralen et. al (2017) atribuíram a qualidade de vida à permanência no município, que se refere ao fato de os médicos valorizarem segurança e a tranquilidade que o município oferece. O estudo de Wasko, Jenkins e Meili (2014), com 62 médicos de uma província canadense, também identificou, entre os principais fatores de atração de médicos, a preferência por um estilo de vida rural e o sentimento de segurança.

A infraestrutura precária do município, que inclui a oferta de serviços básicos (como banco, internet de qualidade...) e de opções de lazer (como disponibilidade de restaurantes, shoppings, cinema, dentre outros), configura-se como fatores relevantes na atração e, principalmente, na permanência do profissional no município (STRALEN et al 2017).

As justificativas das desistências dos profissionais do PMMB no SGP não apresentaram descontentamentos diretamente ou explicitamente relacionados às características dos municípios ou às localidades, tendo os médicos apenas informado, de maneira genérica a intenção em mudar de município ou reclamando das longas distâncias.

Destaca-se, aqui, que embora influenciado pelas condições de moradia e da infraestrutura da cidade, a opção em morar no município de alocação/atuação ou em municípios próximos, é uma escolha pessoal do profissional.

A maior parte dos médicos analisados nesta categoria (119) justificaram como fator principal da desistência situações relacionadas aos vínculos familiares. O estudo de Mathews *et al.* (2011) com médicos graduados de duas universidades canadenses também apontou o desejo de estar perto da família e dos amigos como o principal fator que os participantes levaram em consideração ao procurar um local de trabalho. Destaca-se alguns exemplos:

Venho solicitar meu desligamento do programa mais médicos e agradecer a oportunidade de ter trabalhado, aprendido com esse programa tão importante para a população brasileira, tinha o desejo de continuar no Programa, mais infelizmente por

questões já detalhadas anteriormente, minha filha é mais importante neste momento em minha vida. Conforme determina o programa (permanência do profissional em território indígena por 15 dias), não posso me ausentar da minha filha pois requer cuidados.

Optei pelo desligamento devido estar com bebê de 7 meses em casa e por opção de vida pessoal ficar com ele em casa. A não opção de redução de carga horária para 20h e a distância do meu local de trabalho me impossibilitam continuar devido meu filho ainda amamentar no peito (...). Tutor local também ciente da decisão.

Venho por meio deste, solicitar desligamento das minhas atividades relativas ao programa. Tal solicitação é devida aos motivos abaixo relacionados: - Meu companheiro foi aprovado em concurso público para residência médica em Coloproctologia, no Hospital Universitário da Federal de Sergipe, município de Aracaju. Sendo que as atividades foram iniciadas já em 15 de março deste ano. - Somos casados e temos um filho de um ano e por isso a especificidade de acompanhá-lo nessa mudança.

Solicito desligamento do programa porque estou indo morar em outro estado. Meu esposo foi nomeado em concurso e preciso acompanhá-lo. Solicitei transferência, porém meu pedido foi indeferido e, por isso, preciso me desligar do Programa.

Tenho um filho de 05 anos que está precisando que eu esteja mais presente na vida dele. Decisão tomada para melhor qualidade de vida. Obrigada. Infelizmente devido a problemas de ordem familiar, tornou-se inviável a minha permanência no programa.

Estou pedindo o desligamento do Programa Mais Médicos, uma vez que retornarei para minha cidade natal, Montes Claros, para me casar no mês de maio. Meu esposo também é de Montes Claros e não pode, nesse momento, pedir transferência do trabalho para outra cidade. Dessa forma, nossa decisão foi por eu me desligar do programa na cidade de Januária.

Meu marido passou para residência médica em outro estado e nós teremos que nos mudar.

Por morar em outro município - Vitória da Conquista - BA, tenho uma filha pequena de 1 ano e 8 meses, precisava pegar estrada todo final de semana, por motivos de falta de familiares em Brumado/BA (município de atuação). Além dos custos elevados, há o risco da viagem. Gostaria mesmo da mudança de cidade e continuar no programa, mas como não é permitido, optei pelo desligamento. Desde já agradeço o tempo em que estive no programa, onde aprendi e evolui muito como médica e como pessoa. Boa noite.

Informo que houve tentativa de remanejamento, conforme requerimento anexo, mas não houve deferimento. Infelizmente a minha manutenção no programa se torna inviável, já que a distância da minha família tem prejudicado a educação dos meus filhos, além do meu matrimônio.

Manter estrutura familiar, devido as sequelas causadas pelo distanciamento do convívio familiar nos filhos e esposa.

Trabalhava até o momento no DSEI Leste Roraima, e foi um imenso prazer atuar entre o povo indígena. Porém isso acarretou sérios problemas em minha vida pessoal, principalmente por conta do distanciamento de 15 dias mensalmente. Entretanto, gostaria muito de continuar participando do Projeto Mais Médicos, só que na capital, onde reside minha família (esposa e filha) e irei me inscrever na atual seleção a fim de concorrer a uma vaga e necessito estar desligado para tanto. Continuarei a prestar minha colaboração junto ao DSEI de forma voluntária em prol

da Saúde Indígena, uma vez que sou indígena e jamais deixarei de dar atenção e lutar por melhoria da saúde do meu povo. Grato!

Custa familiar da distância.

Meus pais moram longe, nesse tempo de pandemia eu preciso estar ao lado deles.

Como mencionado anteriormente, muitas justificativas estão interligadas, como podemos constatar o fator distância muitas vezes associado a questões familiares. O terceiro fator de desistência que merece ser destacado foi justamente a questão da distância do município de residência à UBS de atuação, “Distância entre o trabalho e o Município onde mora”, com 33 justificativa, demonstrando a insatisfação do profissional com o tempo gasto para chegar ao trabalho.

O fator distância é subjetivo e foi identificado nas justificativas principalmente em termos de distância da família e de grandes centros, dificultando a permanência de longo prazo nesses municípios.

Cidade onde trabalho distante de onde moro.

Dificuldade de locomoção até o município de atuação devido a distância e por estar impossibilitada de residir no local por ter filho pequeno.

Distância do local de moradia e atividades de trabalhos, já que moro em Aracaju e exerço as atividades em Propriá

Venho por meio desta solicitação pedir o meu desligamento do programa mais médicos a partir do mês de março de 2021, com o encerramento das minhas atividades em fevereiro. O motivo do meu desligamento é por questões pessoais e devido a dificuldade de deslocamento para minha cidade de origem. As minhas atividades até então foram realizadas na UBS Dorisvaldo de Sousa Oliveira no distrito de Mandassaia na cidade de Condeúba-BA com muito zelo e carinho com os funcionários da unidade e atendimento aos usuários. Também estou em processo de conclusão da pós-graduação em saúde coletiva pela UFBA.

Solicito o desligamento do Programa pois durante o período morei distante dos meus familiares e assim iniciei um processo depressivo. Foi necessário retorno a cidade de origem para facilitar no tratamento.

No estudo de Campos (2005b), o segundo fator de rotatividade no PSF no Município de São Paulo foi a questão da distância das unidades. Do ponto de vista da análise da correlação, a distância das unidades, mensurada em função do profissional levar mais de uma hora para chegar ao trabalho, apresentou a segunda maior correlação encontrada com o índice de rotatividade dos médicos do PSF.

No entanto, a distância não pode ser tomada como um fator isolado. O estudo de Campos (2005b) demonstra que, como tentativa de minimizar o problema e fixar os profissionais o poder público pode oferecer transporte para profissionais que trabalham em

unidades de difícil acesso. Nas UBS em que essa medida foi implementada, no PSF na grande São Paulo, houve redução de mais de 70% na rotatividade de médicos e enfermeiros destas unidades.

Em entrevista sobre a questão da distância das unidades como fator gerador de rotatividade, disse um dos entrevistados: “A rotatividade geralmente é atribuída à distância das unidades e à violência na região. Mas a questão da distância por si só não explica, porque há unidades distantes, em que encontramos uma boa relação de trabalho e onde a unidade é mais organizada, em que o médico fica mais tempo.”

Assim, o transporte dos profissionais para unidades de difícil acesso pode reduzir a rotatividade, mas uma ação exclusiva nesta área, sem que se avalie quais os demais fatores que levam à rotatividade, não soluciona o problema.

O segundo fator mais presente nesta categoria “Mudança de cidade/Voltar a cidade de origem”, com 94 justificativas. Afora os que mencionaram o retorno à cidade natal, muitas justificativas foram apresentadas de modo genérico, podendo estarem associados a motivos familiares, distâncias (anteriormente apresentados), mas também a qualquer outro fator pessoal, ou profissional, não explicitado. Seguimos com alguns exemplos:

Estou solicitando o desligamento do Programa Mais Médicos por conta de mudança de residência para outro município (Santarém), ficando inviável permanecer no município de Magalhães Barata.

Mudança de domicílio para fora do país.

Consegui vaga de emprego mais perto de minha cidade natal.

Por motivo pessoal de força maior terei de mudar o município de residência, retornando à cidade natal. Devido a distância, fica incompatível manter minha carga horária no programa.

Bom dia, prezados, gostaria de pedir desligamento do programa Mais Médicos por motivos pessoais (oportunidade profissional na minha cidade natal). Grata desde já!

Oportunidade de trabalhar na cidade onde minha família reside.

Venho solicitar desligamento do Programa Mais Médicos por impossibilidade de retorno a cidade de alocação. Retornei para minha cidade (João Pessoa-PB), onde necessita de médicos para atuarem no enfrentamento ao coronavírus e onde pretendo atuar.

Irei mudar de cidade. Vou me mudar para Brasília-DF

Mudança inesperada de endereço

A correlação entre a origem do profissional e sua escolha locacional de prática é muito discutida na literatura e foi um dos fatores de maior frequência identificado nas entrevistas

(STRALEN, 2017). Wasko, Jenkins e Meili (2014) destacaram que a origem rural do profissional se configura entre os principais fatores de retenção de médicos em áreas rurais. Um *survey* conduzido por Costa *et al.* (2006) com 1.578 residentes do terceiro ano de residência de diversos programas em Medicina de Família nos Estados Unidos revelou que mais de 50% dos residentes preferem trabalhar em comunidades do mesmo porte daquelas nas quais cresceram.

Similarmente, o *survey* conduzido por Duffrin *et al.* (2014) apontou que o porte do município de criação do profissional é altamente associado ao trabalho em área rural. Estudos de revisão sobre o tema igualmente apontam que médicos nascidos em área rural têm mais chances de optarem por trabalhar em áreas rurais (WILSON *et al.*, 2009; LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008; LAVEN; WILKINSON, 2003). Póvoa e Andrade (2006) apontam, ainda, que a origem do cônjuge é um importante fator que contribui para a fixação de médicos.

Estudo realizado por Chan *et al.* (2005) com 382 médicos que atuavam em área rural indicou que, apesar da forte relação entre a origem rural do profissional e sua decisão em atuar em área rural, médicos de origem urbana ainda são a principal fonte de recursos humanos nessas áreas. Esse estudo, assim como o de Rourke *et al.* (2005), aponta que a exposição de médicos que cresceram em grandes centros a cenários de práticas rurais durante a graduação e pós-graduação influencia sua decisão de atuar em comunidades rurais.

Antes de avançarmos para a próxima categoria, abordemos alguns aspectos de conceitos/teorias que buscam compreender melhor a satisfação humana com o trabalho.

O processo de satisfação no trabalho resulta da complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores possuem sobre suas condições de vida e trabalho. A satisfação no trabalho pode ser, por conseguinte, fonte de saúde, bem como a insatisfação pode gerar prejuízos à saúde física, mental e social, acarretando problemas à organização e ao ambiente de trabalho (MARQUEZE, 2005).

Também conhecida como Teoria Higiene-Motivacional, a Teoria das Satisfações Humanas foi proposta por Frederick Herzberg, em 1959. Herzberg realizou uma pesquisa voltada para o mapeamento dos fatores de satisfação e insatisfação no trabalho em indústrias. (HERZBERG, 1964). Como resultado de suas pesquisas, os principais fatores de satisfação no trabalho encontrados foram: o trabalho em si (gostar do trabalho); realização (sucesso na realização do trabalho); responsabilidade (autonomia na realização do trabalho);

reconhecimento (ser reconhecido pela tarefa bem executada) e promoção (crescimento profissional). (HERZBERG, 1964, 1997).

Ele observou que os principais fatores de satisfação estavam ligados ao próprio trabalho, sendo que o trabalho em si era o principal fator de satisfação (HERZBERG, 1964). Já os principais fatores de insatisfação encontrados, foram: política da organização, administração geral da organização, estilo de supervisão, relações interpessoais, condições de trabalho, salário e segurança. (HERZBERG, 1964, 1997).

Segundo o autor, os principais fatores de insatisfação raramente apareceram como fatores de satisfação e, grande parte dos fatores de insatisfação, referiam-se ao ambiente de trabalho. Salário apareceu tanto como fator de satisfação, quanto de insatisfação, mas com mais força como fator de insatisfação.

O resultado das pesquisas gerou a seguinte hipótese: que um grupo de fatores traz satisfação no trabalho, e outro grupo tem o poder de reduzir a satisfação, mas não de produzi-la. Os fatores de satisfação estavam ligados ao trabalho em si e à possibilidade de crescimento pessoal, enquanto os fatores de insatisfação encontravam-se ligados ao contexto e às condições de trabalho. Em suma, o oposto da satisfação no trabalho é a não satisfação; e o oposto da insatisfação no trabalho é a não insatisfação. A relação entre satisfação e insatisfação não é linear. (HERZBERG, 1964, 1997).

Herzberg (1964) nomeou os fatores de satisfação no trabalho de fatores motivacionais e os fatores de insatisfação no trabalho de fatores higiênicos. Os fatores motivacionais também podem ser chamados de fatores intrínsecos, e os fatores higiênicos de fatores extrínsecos. (BERGAMINI, 1986).

Segundo Herzberg (1964), os fatores motivacionais foram associados a um efeito positivo de longa duração na performance, enquanto os fatores higiênicos produziam mudanças de comportamento de curto prazo, o que inclui incentivos por meio de remuneração. Trabalhar sobre os fatores higiênicos de uma organização, não teria caráter motivacional, mas preventivo. A melhoria destes fatores removeria impedimentos para uma atitude positiva frente ao trabalho.

Herzberg (1964) concluiu em suas pesquisas a inexistência de relação direta entre satisfação no trabalho e produtividade. Ao mesmo tempo, encontrou a existência de relação entre satisfação no trabalho, rotatividade e absenteísmo.

As teorias de Herzberg foram atacadas por Vroom (1989). Sua principal crítica é que esta teoria depende do método de investigação, o método do incidente crítico.

Outros pesquisadores teriam verificado que não há distinção nítida e constante entre fatores higiênicos e motivacionais. O próprio Herzberg (1964), no entanto, observa que a separação entre os fatores higiênicos e motivacionais não é absoluta. O que indica que pode haver fatores com uma tendência a se apresentarem como higiênicos, e outros com tendência a serem motivacionais, em uma escala, e que a determinação de um fator como higiênico ou motivacional, dependerá da análise da população estudada.

As justificativas a seguir transcritas mostram essa multiplicidade de fatores nas justificativas apresentadas pelos profissionais.

Desejo nesse momento me desligar do programa pois sinto a necessidade de expandir as minhas experiências profissionais e vivenciar outros espaços de cuidado à saúde. Além disso, sinto que preciso dar uma maior atenção à minha saúde física e mental, sendo, portanto, necessário o meu desligamento do programa nesse momento. Atenciosamente.

Boa Noite. Venho solicitar o meu desligamento do Programa por motivos pessoais e de saúde, da minha parte como familiar. Os motivos pessoais vêm referente a um processo de separação conjugal, com difícil etapa de adaptação, culminando também em problemas de ordem psicológicos. Durante minhas férias acabei sendo afetado pela morte de uma pessoa muito querida, na qual mexeu ainda mais comigo. Hoje estou sofrendo de crises de ansiedade, estresse pós-traumático e "Bornout". Por motivos de saúde, tenho nesse momento a fragilidade da minha avó e minha mãe. Como meu pai é filho único, divido com ele as funções de cuidado delas, necessitando também uma maior flexibilidade nos horários, sendo incompatível com a carga horária exigida pelo programa. Pelo exposto anteriormente, solicito meu desligamento. Grato

Boa noite, venho aqui informar que por motivos maiores estou me desligando do programa mais médicos, por motivos sérios estou sendo obrigado a deixar o programa, infelizmente a vida é feita de escolhas e no momento a escolha foi essa, a minha saída do programa. obrigado por tudo. Foi gratificante esse tempo que passamos juntos trabalhando.

Problemas pessoais e de Saúde. Redução da carga de trabalho por problemas depressivos e familiares.

Encerro meu ciclo de trabalho no município por razões pessoais; a carga horária preenchida pelo programa tornou-se incompatível com outros projetos próprios. Como críticas construtivas ao processo de trabalho, destaco que após a mudança da gestão municipal, tivemos trocas de grande número de profissionais da equipe, cuja adaptação gerou intenso desgaste, além da sobrecarga de todas as demandas do município sobre um único profissional médico, transitória; houve ainda atrasos no pagamento da ajuda pecuniária, única obrigação do município em edital. Houve ainda a suspensão do fornecimento de transporte de funcionários entre o município e a capital do estado (cidade de origem do profissional, não retomado mesmo após várias tentativas de negociação, fato este que elevou para valores impraticáveis os custos de transporte para o trabalho além de incrementar também o desgaste físico e psicológico do médico; agradeço a oportunidade de trabalhar pelo programa, que considero como ótima experiência

Ainda neste tópico, vale a pena trazer à tona algumas reflexões de autores clássicos, modernos e pós-modernos sobre as escolhas dos indivíduos, na maior parte das vezes,

complexas e plurais, influenciadas pelo meio em que estão inseridos, período histórico e pelas suas subjetividades, não lineares.

Alguns dos autores que utilizaram a teoria da psicanálise como referência para o desenvolvimento de suas teorias de motivação são Archer (1997), Ketz de Vries (1995), Dejours (1996, 1999) e Sievers (1994). Archer (1997) foi o primeiro autor a colocar de forma explícita que ninguém motiva ninguém. Em seu artigo, “O mito da motivação”, o autor aponta que, dentre os erros mais comuns na análise da motivação está a crença que fatores de motivação sejam o mesmo que fatores de satisfação. A motivação nasce das necessidades do homem, e não do que satisfaz a estas necessidades. A motivação possui um caráter individualizado, o que impede que haja fórmulas universais que lhe garantam. (ARCHER, 1997).

Além disso, as escolhas que os sujeitos realizam vida afora nem sempre são frutos de reflexões. “O homem escolhe, na maioria das vezes, alienadamente, e é desta forma que o projeto por vezes, toma um rumo onde o próprio sujeito o ignore” (MAHEIRIE, 1994, p. 119). A história é obra de toda atividade de todos os sujeitos; é, pois, obra coletiva. Modificando o seu contexto e modificando a si mesmo neste processo, o sujeito segue fazendo história, mesmo que ele não seja capaz de nela se reconhecer. Ele pode estranhá-la na medida em que não reconhece o sentido de sua empreitada no resultado total e objetivo, mas a história se faz a cada dia pelas mãos de todos (SARTRE, 1960/1987).

As escolhas humanas são limitadas, de alguma forma, por uma base material objetiva, contudo a possibilidade de escolha – mesmo que alienada – confere liberdade ao sujeito. “Liberdade não é algo que se possui, que se conquiste, é condição humana, pois desde que nos humanizemos, nossa condição é a superação, alienada ou crítica” (MAHEIRIE, 1994, p. 123). Cada pessoa é constituída pela objetividade, mediada pela subjetividade: nem puro objeto, nem subjetividade absoluta (MAHEIRIE, 2003).

Em suma, para compreender como um sujeito constitui suas escolhas, necessitamos contemplar as condições sociais, históricas e econômicas que nele repercutem; formar uma imagem sobre sua cotidianidade, suas vivências, sobre seus projetos e perspectivas de futuro. A contrapartida é verdadeira: conhecendo o sujeito, obteremos um retrato de sua sociedade ou de sua camada social. Isso é possível porque consideramos a atividade mediada uma categoria fundamental de análise: pela mediação o homem transforma seu contexto e se apropria de sua(s) significação(ões), constituindo-se como sujeito (ZANELLA, 2004).

Desta forma, analisar os sujeitos contemporâneos contrapõe-se à visão positivista, tecnocêntrica e racionalista do movimento moderno, ou seja, à crença no progresso linear, nas verdades absolutas e universais, no planejamento racional da ordem social e na padronização do conhecimento e da produção. Neste sentido, a estética tradicional falha ao captar o mundo cada vez mais complexo e o indivíduo cada vez mais fragmentado. Contudo, é bom ressaltar que o paradigma moderno ainda encontra seu lugar na academia, convivendo – nem sempre de forma harmoniosa – ao lado do emergente paradigma da complexidade.

O ser humano e suas escolhas constituem-se por meio da dinâmica entre objetivação e subjetivação, resultado da atividade do sujeito no contexto das relações por ele estabelecidas. Quando ocorrem grandes mudanças sociais e culturais – como as provocadas na contemporaneidade, o sujeito é plenamente afetado. Uma das consequências do paradigma pós-moderno que seria interessante analisar com mais detalhes é o descentramento do sujeito.

A pós-modernidade aceita com grande complacência o efêmero, o fragmentário, o descontínuo e o caótico, rejeitando a ideia de sujeito autônomo e centralizado. Há uma ruptura do senso de identidade do indivíduo, por meio de um bombardeamento de signos e imagens fragmentadas e flutuantes que desconectam passado, presente e futuro. Harvey (1992, p. 57) chega a afirmar que não mais podemos conceber o sujeito pós-moderno como “alienado”, numa perspectiva marxista, pois ser alienado “[...] pressupõe um sentido de eu coerente e não fragmentado do qual se alienar”.

6.1.3 Fatores profissionais

Destacam-se aqui 166 justificativas, com o terceiro maior quantitativo, dentre a justificativa predominante de “Nova oportunidade profissional/ Outro(s) vínculo(s) profissionais incompatíveis com o Programa” (155), seguida de “Atuação na especialidade” (9), e “Preparação para concurso público” (1), muitas vezes relacionadas a mudanças de vínculos de trabalho.

Muitas justificativas não deixam claras as motivações que levaram o profissional a decidir pela mudança no emprego, que podem estar relacionados, segundo a teoria de Herzberg (1964), com fatores motivacionais, associados ao “trabalho em si (gostar do trabalho); realização (sucesso na realização do trabalho); responsabilidade (autonomia na realização do trabalho); reconhecimento (ser reconhecido pela tarefa bem executada) e promoção (crescimento profissional)” ou com fatores higiênicos, relacionados aos tópicos

seguintes, voltados para salário/remuneração, condições de trabalho, segurança, relações interpessoais, política da organização, administração geral da organização, estilo de supervisão etc.

Dentre as 155 justificativas classificadas como “Nova oportunidade profissional/ Outro(s) vínculo(s) profissionais incompatíveis com o Programa”, 48 (quarenta e oito) justificativas apresentaram a aprovação em Concurso Público como o motivo da desistência no PMMB.

No estudo de Stralen *et al.* (2017), a estabilidade proporcionada pelo vínculo estatutário foi valorizada por alguns dos médicos entrevistados, principalmente entre aqueles que já atuam há muito tempo na profissão médica e não têm mais pretensão de fazer residência médica.

Segundo Dieleman *et al.* (2003), o emprego estável também se encontra entre os principais fatores de motivação para profissionais de saúde trabalharem em áreas rurais, e é visto por alguns profissionais como uma garantia contra demissões por questões políticas.

Vejamos alguns exemplos:

Sou concursada em um município do RS e acabei de ser chamada em um outro PSS para outro município. Devido a impossibilidade de acumular mais que 2 cargos públicos, opto pelo desligamento do programa. Encerro minhas atividades dia 13/11/19, haja vista minha integração no outro município se dar no dia 14/11/19.

Solicito desligamento devido a aprovação no concurso público da EBSEH para o Hospital Universitário de Sergipe (HU-UFS) fato que ocasiona incompatibilidade de carga horária.

Devido aprovação no concurso público no Instituto Federal Farroupilha de Julio de Castilho/RS, solicito se possível o meu remanejamento para atuar na cidade referida.

Aprovação em concurso para trabalhar na atenção básica do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI-CE, via contratação pelo IMIP.

Peço desligamento do programa em decorrência de aprovação em concurso público em outro município.

Passei em concurso público cuja carga horária é incompatível com a do Programa Mais Médicos! Portanto, tenho que me desligar do Programa para assumir o cargo do Concurso Público. Segue em anexo o Termo de Posse do Concurso!”

Os estudos de Campos e Malik (2005) destacaram que o contrato médico temporário contribui para a atração do profissional, além de possibilitar uma maior flexibilidade de horário. Segundo as autoras, o contrato temporário permite, por exemplo, que o médico troque de município com facilidade caso receba uma proposta de trabalho mais interessante ou que faça uma poupança até ser aprovado em algum programa de residência médica.

Também, na pesquisa de Dal Poz (2002), demonstrou-se que no processo de expansão da ESF ocorreu um aumento na flexibilização das relações trabalhistas na área pública. No SUS, isso se revelou pelo aumento da terceirização na contratação de mão de obra, onde o gestor público passou a contratar os profissionais por meio de outras organizações, e não mais diretamente.

Uma das hipóteses levantada é que o grande número de contratos temporários levaria à alta rotatividade dos médicos (BRASIL, 2002a; MACHADO, 2002; DAL POZ, 2002; GIRARDI; CARVALHO, 2003).

A partir de um levantamento de estudos sobre esse tema, Cavanagh (1992) também apresentou fatores que poderiam determinar a insatisfação do trabalho, e consequente alta na rotatividade. O primeiro estudo analisado por Cavanagh (1992) foi o de Locke e Gruneberg, em que foram identificados três aspectos influenciadores da satisfação no trabalho: diferenças na personalidade, diferenças no trabalho e diferenças nos valores atribuídos ao trabalho.

A seguir, Cavanagh (1992) cita os estudos de Hinshaw e Atwood e de Weissman *et al.*, em que ambos identificam como fatores de influência na satisfação no trabalho: a idade, o sexo, a inteligência, o nível educacional, a experiência, o nível hierárquico, o *status* profissional, a autonomia de trabalho, a repetição imposta, a tarefa executada, a remuneração e o resultado do trabalho.

Utilizando os fatores citados por esses estudos, Cavanagh (1992) realizou um estudo com 221 enfermeiras chefes de um hospital, apresentando, como resultado final, um modelo teórico das variáveis relacionadas à satisfação no trabalho (Figura 1), em que há associações positivas e associações negativas definidas a partir dos testes de Correlação de Pearson e da Covariância de Matrix.

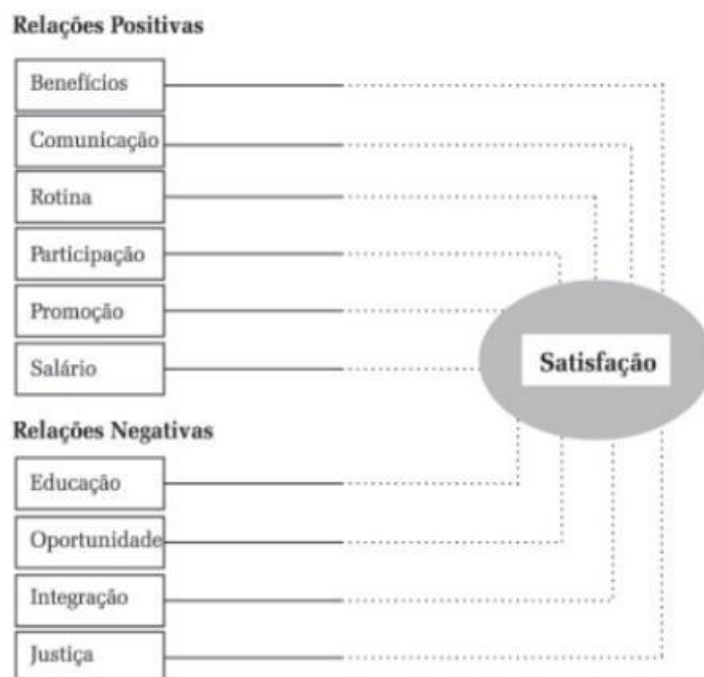


Figura 1 - Modelo teórico de conexão entre variáveis selecionadas e satisfação no trabalho.

Fonte: CAVANAGH, S. J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, v. 17, n. 6, p. 704-711, 1992

6.1.3.1 Motivos de saúde

Os motivos de saúde apareceram em 4º lugar, com 76 justificativas (8%). Primeiramente, cumpre esclarecer a razão pelo qual estas justificativas não foram classificadas na categoria de “Fatores Pessoais”, já que desistências por agravos à saúde também são de ordem pessoal. Ocorre que se trata de uma motivação pessoal por necessidade e não vontade, propriamente. Problemas de saúde que interfiram ou impossibilitem a manutenção das atividades laborais, seja por incapacidade temporária ou permanente em exercer as atividades ou inviabilidade de ter tratamento recomendado na região, não deixa o profissional com escolha.

Neste ponto, cabe um destaque para a legislação específica do PMMB que permite o profissional ser afastado por motivos de saúde, quando o fato gerar incapacidade física ou mental temporária, sem que seja desligado pelo Projeto, e no caso de afastamento superior a 15 dias, podem ser assegurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, para gozo dos benefícios de seguridade social. A Portaria Interministerial n. 499, de 30 de abril de 2015, garante também o afastamento médico para cuidados com os dependentes legais.

art. 3º - Constituem motivo alheio à vontade do médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil, impeditivo do cumprimento de suas obrigações no âmbito das respectivas ações de aperfeiçoamento, apto a autorizar o afastamento:

I - Condições de saúde pessoal que gerem incapacidade física ou mental temporária;
II - Condições de saúde de dependente legal do médico participante que necessite do amparo deste, em razão de incapacidade física ou mental temporária; e III - óbito de dependente legal do médico participante. (colocar referência)

Nas situações de que tratam os incisos I e II do *caput* do art. 3º, o afastamento poderá ser concedido por até quinze dias, sem prejuízo da bolsa-formação, inclusive com autorização para saída e retorno do Brasil, conforme relatório médico, com indicação do diagnóstico da condição de saúde do médico participante ou de seu dependente, e do respectivo código da tabela de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10, conforme art. 5º da Portaria 499/2015.

Portanto, o afastamento dá o direito ao profissional permanecer no PMMB, podendo retornar as suas atividades no Projeto ao fim da licença médica, seja pessoal ou de dependente legal. No entanto, não são poucos, como vimos, os médicos que se desligam do Projeto com essa justificativa. Dentre os textos analisados, foram classificados separadamente os relacionados à saúde pessoal mental, das outras classificações de doenças. Em primeiro lugar, com 47 justificativas, apareceram as situações de saúde pessoal não diretamente associadas à saúde mental, depois, com 14 justificativas, situações de saúde de familiares, dependentes legais, seguido de 12 solicitações relacionadas a questões de saúde mental. Dentre as justificativas, observe os exemplos:

Como não fora aprovado o recurso de férias pelo período posterior ao atestado médico previamente apresentado - como tentativa de não desligamento para continuar tratamento; mediante condição de saúde por quadro de transtorno depressivo agravado pelo trabalho, solicito desligamento de minhas atividades laborais para tratamento clínico, prezando integridade e preservação do estado físico e mental para poder prestar assistência.

Devido a impossibilidade de realizar fisioterapia em membro inferior direito, solicito meu desligamento pois o meu local de trabalho situa-se em uma região extremamente remota.

Desgaste físico e mental.

Síndrome de Burnout.

Síndrome de burnout Esgotamento Estafa.

Venho por meio desta solicitar meu desligamento da unidade de saúde onde encontro-me locada, por motivos de saúde, uma vez que não encontro meios para realizar o devido tratamento no município de minha locação. Venho tendo alguns problemas com a gestão justamente por motivos de faltas, pois meu tratamento requer atenção. Sem mais, desde já agradeço

Faço parte do grupo de risco para Covid-19, sou portadora de diabetes que ficou descompensada após ser infectada pelo novo coronavírus. Com o aumento significativo de casos atualmente me preocupa bastante, pois realizo acompanhamento dos pacientes fico muito vulnerável e exposta ao vírus. Hoje viso o meu bem-estar e autocuidado, dessa forma é viável o meu desligamento do Programa.

Estou passando por momentos de depressão psicológica, tendo que ter acompanhamento médico e psicológico.

Solicito o meu desligamento do Programa Mais Médicos para o Brasil, tendo vista que há aproximadamente dois anos e meio tenho lidado com o delicado estado de saúde dos meus pais. Atualmente meu pai apresenta dor crônica devido a diversas patologias da coluna vertebral, comprometendo seu movimento, bem como hipertensão de difícil controle e, minha mãe, apresenta um quadro de demência leve a moderado já em tratamento medicamentoso. Me sinto honrado por ter auxiliado no salvamento de diversas vidas na primeira fase da pandemia do Sars-Cov-2, exercendo a medicina no serviço público e contribuindo para o fortalecimento do SUS, porém cheguei a um ponto que está praticamente impossível conciliar a minha atividade profissional com o cuidado dos meus pais, sendo necessário, pelo menos por ora, eu me afastar do meu serviço atual para dispensar maiores cuidados a saúde deles.

Prezados, em primeiro lugar, decidi pelo desligamento em virtude de problemas de saúde. Sou asmática em uso contínuo e diário de fluticasona 250mcg a cada 12 horas. Por isso, como pertencço ao grupo de risco para o Covid-19 irei suspender minha atividade profissional assistencial e realizarei o isolamento domiciliar para resguardar a minha vida. O bem mais precioso. Em segundo lugar, estou iniciando uma fase de novos projetos pessoais, dentre eles: preparação para um concurso público, preparação para prova de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e preparação para mestrado. Deste modo, a carga-horária de atividades do PMMB é incompatível com estes projetos pessoais. De tal modo que, a vida é feita de escolhas, hoje, escolho por investir em minha formação e aprimoramento profissional. Sou grata pelos três anos de PMMB e espero retornar como tutora do novo Programa Médicos Pelo Brasil. Atenciosamente.

Sou de alto risco com comorbidades de acordo com o atestado enviado aos gestores. Mesmo tendo tomado as 2 doses das vacinas e carência de 60 dias, fui ao referido local ao trabalho e constatei que ainda persiste um alto índice de infecção, o que me deixou inseguro para o referido retorno a USB Lagoa do Carneiro- Acaraú - Ceará. Diante deste fato, me sinto inseguro quanto ao retorno, portanto decidi colocar à disposição a minha vaga no referido programa.

Muitas justificativas classificadas como “saúde pessoal - mental”, foram apresentadas associando-se às más condições de trabalho, como falta de infraestrutura na UBS, mas principalmente, sobrecarga no trabalho. Esse ponto torna explícita a conexão entre as categorias e interseção entre elas.

Um outro fator relevante apontado por muitos profissionais, nesta categoria, tem relação com a pandemia do novo coronavírus, com início no Brasil em março de 2020. Além das orientações de isolamento social e/ou quarentena em especial para as pessoas que se enquadravam nos grupos de risco (maiores de 60 anos, pessoas imunodeficientes e/ou

portadoras de doenças crônicas ou graves, gestantes e lactantes), o Ministério da Saúde publicou em outubro de 2020 a Portaria n. 2.789, possibilitando aos trabalhadores o trabalho remoto nas seguintes condições:

Trabalho Remoto

6.5. Com finalidade exclusiva de distanciamento social, onde for possível, a chefia poderá selecionar servidores, empregados públicos e colaboradores para desempenhar suas atribuições em trabalho remoto.

6.6. Para a seleção de pessoal para o trabalho remoto, devem ser priorizadas as seguintes situações:

a) servidores, empregados públicos e colaboradores que apresentem as condições ou fatores de risco descritos abaixo:

- Idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- Cardiopatias graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, infartados, revascularizados, portadores de arritmias, hipertensão arterial sistêmica descompensada) e miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica);
- Pneumopatias graves ou descompensadas (dependentes de oxigênio, asma moderada/grave, DPOC);
- Imunodepressão e imunossupressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); e
- Gestantes e lactantes; e

b) servidores, empregados públicos e colaboradores que possuam filhos em idade escolar ou inferior, nos locais onde ainda estiverem mantidas a suspensão das aulas presenciais ou dos serviços de creche, e que necessitem da assistência de um dos pais, e que não possua cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto na residência apto a prestar assistência.

Especificamente aos profissionais de saúde, em caráter excepcional e temporário, foram regulamentadas pela Portaria n. 467, de 20 de março de 2020, do Ministério da Saúde, sobre as ações de Telemedicina, de interação à distância podendo contemplar o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada.

Um contexto delicadíssimo, no qual a população necessita dos profissionais da saúde, e os profissionais da saúde do grupo de risco não podendo estar expostos. Nessa conjuntura, alguns profissionais acabaram pedindo o desligamento no PMMB, aumentando a evasão por motivos de saúde.

6.1.3.2 Relacionamento com a comunidade, gestores municipais e/ou equipes (Reconhecimento profissional)

A qualidade das relações sociais no ambiente de trabalho é um fator relevante na fixação dos profissionais de saúde. A categoria se apresentou em 5º lugar, com 4% das justificativas (38), o que aparentemente não é tão expressivo, no entanto a justificativa apareceu como um motivo secundário ou implícito em várias outras categorias, principalmente no que se refere a “Condições de Trabalho”.

Em estudo realizado por Estefano (1996) sobre a satisfação dos funcionários (total de 88) da biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina, verificou-se que o principal fator responsável pela insatisfação desses funcionários constituiu-se nas condições de trabalho, sendo que os aspectos que mais contribuíram para a satisfação foram as relações interpessoais e o trabalho em si.

Os conflitos relacionais se apresentaram com maior frequência na seguinte ordem: relações com a) gestão municipal (23), b) equipe de saúde (6), c) comunidade (5), e d) conflitos de ordem política com a gestão municipal (4).

Elton Mayo foi um dos criadores da Escola de Relações Humanas, iniciada após estudos realizados na fábrica de Hawthorne da Cia. Western Electric, na década de 30. Ao investigarem os efeitos de alterações ambientais na produtividade junto a grupos de trabalhadores da fábrica, os pesquisadores observaram que havia forte influência das relações sociais e interpessoais do grupo na produção. Para a Escola de Relações Humanas, a motivação passou a ser considerada função dos seguintes fatores: inter-relacionamento entre os componentes do grupo, solidariedade, comunicação e senso comum de responsabilidade pela tarefa (MAYO, 1960).

As investigações de Hawthorne estimularam inúmeras pesquisas voltadas para o problema das relações humanas no trabalho. Uma das correntes derivadas desse estudo foram os trabalhos de Kurt Lewin, voltados para a análise da dinâmica de grupos. (LOPES, 1980).

Para trabalhadores de países europeus, Estados Unidos e Japão, ter um trabalho interessante e boas relações com a gerência explicaram a maior parte da variação observada na satisfação no trabalho. (SOUSA-POZA, 2000).

Além dos conflitos de ordem pessoal, há os conflitos inerentes às relações de trabalho, intrínsecas ao sistema capitalista, entre empregadores e empregados. No SUS não são

incomuns os conflitos entre os gestores públicos e trabalhadores, além dos conflitos entre os trabalhadores (profissionais da saúde) e usuários. Vejamos algumas das justificativas nesta categoria:

Município de difícil relacionamento com o profissional. Não respeitam a autonomia do profissional. Desgaste mental que não vale à pena.

Fui coagido a fazer 2 postos de saúde, sendo que sou do Esf vida e tenho como provar. Estou perdendo o sonho da minha vida, ser médico do PSF em extrema pobreza. até tentei trocar para Teresina de Goiás que tb é extrema pobreza, mas não me deram resposta. com muita tristeza peço meu desligamento. a atual secretária de saúde é muito difícil de lidar, tanto que o outro médico tb vai sair do município, obrigado por tudo

Estou solicitando o desligamento devido ao assédio moral da secretaria de saúde e a coordenadora da atenção básica que vem ocorrendo nos últimos meses com minha pessoa. O segundo motivo é a falta de condições de trabalho (porta quebrada, banheiro quebrado, falta de água potável para beber, birô danificado, janela quebrada, rachaduras na parede do consultório, lixo contaminado sendo eliminado incorretamente, falta de receituário, falta de ventilação (ventilador está quebrado sendo emprestado pelo vigia noturno). Diante dessas situações estou abrindo mão da participação de um programa que sempre acreditei.

Diante da grande demanda de atendimentos diários, de alguns conflitos com pacientes e pouco envolvimento da gestão para ajudar na resolução dos mesmos, decidi desligar-me do programa. Estou extremamente cansada, principalmente em relação à minha saúde mental. Não tenho mais condições de permanecer na cidade como médica.

Assédio por parte da gestão de saúde municipal, tentativa de fazer que um médico responda por 3 unidades de saúde, defasagem no valor da ajuda de custo, sendo insuficiente para cobrir os custos de vida no município.

Trata-se de um distrito do município de Alagoa grande, chamado de Canafistula, onde a política tem grande voz, o que dificulta bastante o processo de trabalho. Cheguei a ser coagida e ameaçada por gestores locais (vereadores da oposição ao prefeito do município) mais de uma vez e exposta em redes sociais, por seguir os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde e CFM, o que diverge da vontade das pessoas leigas em algumas situações, como no número de atendimentos diários por exemplo. A população é extremamente agressiva e a gestão local não oferece apoio, segurança e infraestrutura para a equipe. Tivemos problemas com relação a qualidade e quantidade, assim como a logística da distribuição dos EPIs durante a pandemia da COVID19, problemas de fluxo, referências, contrarreferências e rede de apoio, entre outros. Solicitei o apoio da gestão inúmeras vezes e em poucas vezes recebi respostas, quando as recebi eram promessas de solução, no entanto sem resolução de fato. Todos os fatos são de conhecimento da minha supervisora no programa, Dra. Sonia. Diante da repetição de todos estes fatos, passei a me apresentar doente constantemente, tendo por fim o diagnóstico de transtorno de adaptação e reação aguda ao stress pelo psiquiatra. Assim sendo, não consigo continuar no programa.

1. Atritos com a enfermeira da Unidade Básica de Saúde que fazia de tudo para interferir no trabalho médico e no fluxo de pacientes da UBS bem como no processo de trabalho. 2. Gestores municipais mesmo cientes de todos os problemas existentes na UBS, não fizeram nada para interferir. 3. Desrespeito com os profissionais por

parte da irmã do prefeito da cidade (agressões verbais, abuso de poder), secretário e outros. 4. Cidade pequena, onde só quem tem privilégios e são favorecidos são os que tem influência política. 5. Negaram minhas férias por duas vezes consecutivas. Estou saindo do programa sem tirar minhas férias (30 dias) que são concedidas em cada ano de trabalho e são um DIREITO meu (por questões meramente políticas; a gestão não autorizou para não deixar a unidade sem médico próximo às eleições). 6. Esgotamento físico e mental. Deixo aqui minha indignação com os gestores/secretário de Saúde do Município.

Desrespeito por parte de ACS e pacientes.

Comunico que a Secretária de Saúde de Pedra Bonita, MG, Claudia Vitor, me procurou durante o atendimento médico do dia 27/10/2017, me comunicando que a prefeitura não interessa mais por meus serviços médicos, me trazendo grande constrangimento perante a população local, me deixando sem condições de continuar prestando atendimento médico na localidade. Devido a este fato, peço desligamento do Programa Mais Médicos Para o Brasil, para evitar maiores aborrecimentos.

Devido estar insatisfeito, humilhado e difamado pela gestora e a atual coordenadora. Abordagem dessa coordenadora, sem ética nenhuma, entra em meu consultório na unidade básica de saúde (UBS) intempestivamente, me incriminando de uma denúncia grave envolvendo ética médica (omissão de socorro), pois me senti muito surpreso pelo fato, e muito constrangido e humilhado, pois já tenho 40 anos de carreira e nunca me havia passado por essa situação, pois essa omissão de socorro que me acusou não passa de uma calúnia, nunca recusei atendimento no horário de expediente, pois me buscaram fora do horário de trabalho, e no entanto havia e tem médico contratado pela prefeitura para atender sobreaviso e a mesma estava atendendo nesse mesmo dia. Chamando atenção da minha conduta médica, devido um paciente ter reclamado por eu ter enviado ou referido o mesmo no hospital em serviço de emergência. Chamando atenção para realizar procedimento cirúrgico (pequenas cirurgias), pois a UBS não tem materiais necessários e nem estrutura para realizar tais procedimentos. Outro incomodo com a coordenadora me abordando com uma falta de respeito dizendo que nunca frequento as reuniões loco/regionais, sendo que só faltei uma vez por falta de comunicação, e outra pela prefeitura não ter condução e eu por não ter carro nesse momento. Até mesmo questionando que os pacientes têm preferências por outros médicos, tendo conhecimento que sou novo na região, enquanto os outros médicos são antigos e conhecidos pelo município.

Boa noite, não desejo mais permanecer no programa, tive muitos problemas no município e não desejo mais permanecer. Tutora do mais médicos ciente do meu desejo, enfermeira e coordenadora da atenção básica também.

Relação conflituosa com enfermeiro da unidade e mudança para novo vínculo empregatício em município distante ao de alocação do Programa Mais Médicos o que inviabilizaria o cumprimento da carga horária em sua totalidade.

Dificuldade no relacionamento com a gestão do município e com a equipe da unidade que trabalhava, gerando transtornos no desenvolvimento das atividades.

A falta de humanidade da clientela, a falta de compaixão e agradecimento adoecem o profissional de saúde que entra em processo de prejuízo incalculável e repercussão sem medidas. Tudo isso porque o povo Brasileiro se acha cheio de direitos, nunca tem deveres, portanto, criam um covil de lobos. preciso cuidar de minha saúde psíquica, por isso me ausento das atividades, por enquanto!!

Vale reforçar que a gestão do SUS requer o manejo de conflitos e negociação constante. No processo de trabalho com foco na gestão, é imprescindível antecipar-se aos fatos e situações de conflitos para avançar rumo à consolidação do SUS, na perspectiva de produzir mudanças nas práticas do cuidado e nas formas de gerir o sistema (GIL, 2016).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2008).

O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. (BRASIL, 2008).

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2008).

A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. O Ministério da Saúde conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde, para ajudarem a construir, de forma compartilhada, planos de ação para promover inovações nos modos de fazer saúde (BRASIL, 2008).

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a

assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros (BRASIL, 2008).

A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

Ainda neste tópico, cabe ressaltar o acirramento político do atual cenário brasileiro, que tem repercutido nas relações pessoais, em conflitos entre amigos, familiares e, em especial, no ambiente de trabalho, onde tem se tornado um espaço de pouca liberdade de expressão, trocas de ideias e opiniões políticas entre os colegas profissionais, e principalmente, entre os níveis hierárquicos, devido ao clima de medo e tensão de atritos que levem a perseguições e demissões. Nessa conjuntura, tem sido comuns os desligamentos de profissionais justificando a saída por conflitos políticos, principalmente com os gestores municipais de saúde do município de alocação.

6.1.3.3 Condições de Trabalho

A categoria “condições de trabalho” inclui questões relacionadas a infraestrutura, disponibilidade de equipamentos e materiais, acesso a exames, disponibilidade de medicamentos, possibilidade de referência para especialistas e flexibilidade na jornada de trabalho.

A insatisfação com as condições de trabalho surgiu como o 6º motivo mais mencionado pelos profissionais da amostra como motivo principal, com 30 justificativas (3%). Entretanto, foi um motivo muito citado como um critério “secundário” em outras categorias, associado por exemplo aos “fatores profissionais”, problemas pessoais, de relacionamento interpessoal no trabalho, entre outros.

As subcategorias apareceram na seguinte ordem: Sobrecarga nos atendimentos (10); Falta de estrutura física/organização de trabalho na UBS (9); Distância/Dificuldade de acesso/transporte precário no deslocamento para a UBS (4); Irregularidades da gestão municipal (4); Insalubridade na UBS (2); e Dificuldade em conseguir encaminhamento para especialista (1). Seguimos com os exemplos:

Estou me desligando do município por motivo das péssimas condições de trabalho. Falta medicações básicas, exames laboratoriais, EPIS e o principal, falta de respeito com os profissionais e a população. Além do mais, a dificuldade e descaso para receber a ajuda de custo durante toda minha atuação no município. Apresenta inadimplência até o atual momento. Não tem o mínimo respeito e cordialidade com os profissionais de saúde. Considero o pior município que poderia ter exercido minha profissão, fui resistente para tentar ajudar a população, porém cheguei no meu limite pessoal e decido hoje me desligar do programa mais médicos.

A permanência no município se tornou inviável pela dificuldade de acesso a unidade de saúde com carro próprio em área de difícil acesso.

USF completamente fora dos padrões referidos no edital do PMMB.

Devido às condições de trabalho como: dificuldade no transporte para a zona rural onde eu estava, postos com condições precárias, alimentação ruim, etc.

Serviço sobrecarregado (frequentemente chegando a 50 pacientes por dia); referência e contrarreferência não funcionam; escassez de recursos terapêuticos e diagnósticos; infraestrutura deficiente; equipe extremamente reduzida, atuando com demanda excessiva; falta de materiais essenciais na unidade; gestão ciente das dificuldades enfrentadas.

Redução a condições de trabalho degradantes - sem alimentação ou água potável; Meio ambiente de trabalho inadequado; Descumprimento de contrato; Exposição de risco à vida e à saúde devido a transporte inadequado ao local de trabalho e falta de Equipamento de Proteção Individual; Assédio moral nas relações de trabalho.

Por motivo de esgotamento e sobrecarga emocional no trabalho, preciso me desligar do Programa para estar mais perto da minha família e poder cuidar da minha saúde. Segue em anexo cópia do atestado.

Solicito o desligamento do programa por problemas de agravo da minha saúde devido às condições insalubres (loais de atendimento sem saneamento básico, sem banheiro, sem água, dentro outros) vividas no município em que presto atendimento. Após inúmeras tentativas de melhoria junto a gestão municipal e supervisão do PMM (envio de relatórios, anexo de fotos e atestados médicos), no entanto, não consegui ajustes para uma boa prestação de serviço médico e bem-estar tanto para mim quanto para os pacientes.

Solicito meu desligamento do programa mais médicos, devido a carga de estresse excessiva que está afetando minha saúde mental e física. Estou loteada em uma área rural há 200 km do pronto socorro de referência. Aqui chegam todos os tipos de pacientes e níveis de atenção (desde puerpério, puericultura, saúde da mulher, acidentes de trabalho, dentre outros) e eu sou a única médica do SUS para atender o distrito do Rosário, o que têm me sobrecarregado muito. A região é extremamente vulnerável, pobre e com alta carga de doença. O clima é quente, a nossa unidade não tem ar-condicionado, mesmo após pedirmos muitas vezes. E todas as unidades da área urbana tem ar-condicionado. A unidade não tem uma organização compatível a uma unidade de saúde da família, não temos reunião de equipe ou capacitações

permanentes, mesmo eu tendo solicitado e apontado isso como imprescindível para um bom trabalho. A unidade funciona praticamente como um pronto atendimento, pela falta do mesmo na região e muitos dos funcionários também veem a unidade como tal. O CAPS, o CREAS, os PS, os exames complementares pelo SUS e todas as outras unidades de referências ficam há no mínimo 200 km de distância e não temos veículos para mandar os pacientes de forma regular. Temos uma ambulância que muitas vezes está com algum tipo de impedimento para funcionar. A referência e contrarreferência é algo muito difícil de fazer por aqui. Dessa maneira o trabalho se torna difícil de fazer e ficamos de mãos amarradas pois a rede não funciona, nem os programas estruturados. Eu tentei bastante, de todas as formas que podia melhorar o serviço e conversar com todos os níveis de coordenação possíveis, no entanto, não obtive as soluções que desejava e essas condições de trabalho começaram a fazer mal a minha saúde física e mental. Por esse motivo, decidi pedir meu desligamento do programa.

Prezo pela realização de um trabalho digno em cooperação com a administração pública. Entretanto, a gestão municipal não demonstrou interesse em organizar um serviço resolutivo e de qualidade. Mostrou extrema incompetência e despreparo no combate à pandemia, quando apenas comunicou nas redes sociais que transformaria a unidade em que eu trabalhava em referência municipal para atendimento de sintomáticos respiratórios, sem haver nenhum diálogo prévio ou treinamento com a equipe, sem determinar como ficariam as demais demandas da comunidade e quem ficaria responsável por elas, sem avaliar a estrutura da unidade, tornando-a em um potencial disseminador da doença ao misturar os demais atendimentos com sintomáticos respiratórios. Desvios de função, sobrecarga da equipe, além de exposição dos profissionais sem adequado treinamento ou fornecimento de equipamentos de proteção individual. Fora isso, uma unidade que possui uma estrutura para duas equipes, passou um bom período com apenas uma sala de dentista operante e com 3 profissionais da área, de equipes diferente dividindo os atendimentos. Seria interessante uma fiscalização no município para avaliação da situação dos serviços de saúde, em especial a estratégia de saúde da família, fora das unidades com equipes mais médicos, pois essas funcionam em geral em regime de apenas 3 turnos (3 manhãs) por semana, o que impede uma realização de serviço com qualidade, deixando a maioria da população desassistida e levando-os a procurar atendimento nas unidades com profissionais do programa. Já não bastasse todos esses problemas, com a mudança de gestor no início do ano, fizeram um desmanche na minha equipe e tentaram me deslocar para uma área ainda mais perigosa. Hoje, da equipe que iniciou o trabalho há pouco mais de 2 anos, restaram apenas eu e duas agentes de saúde, de modo que resolvi encerrar minhas atividades no programa e seguir.

Nova gestão municipal que assumiu em 2021 queria que eu trabalhasse como plantonista me colocando dentro da unidade de pronto atendimento do município (centro de saúde) sozinho, sem querer contratar um plantonista para atender. Desvirtuando assim o programa de saúde da família, além de outras irregularidades.

Com início da pandemia e trabalhando em um município onde a ausência de uma unidade hospitalar muitas vezes para observação e até mesmo internação acabamos nos sobrecarregando de cansaço físico, mental, além da demanda da estratégia de saúde e com o número crescente de covid acabei desenvolvendo transtorno de ansiedade, transtorno do pânico, motivo o qual tomei minha decisão. Para preservar minha saúde mental!

No estudo de Stralen *et al.* (2017), um dos aspectos que mais se destacou na fala dos entrevistados foi a dificuldade de desempenhar um bom trabalho em municípios que não disponibilizam infraestrutura de trabalho adequada.

Na verdade, há uma dificuldade muito grande de um médico vir pra cá, tem a questão da adaptação e a falta de estrutura para trabalhar, para diagnósticos, para exames mais detalhados. Se tiver uma criança que nasce prematura, as incubadoras não funcionam e assim vai. Final de semana aqui é muito difícil ter um convênio com laboratório para fazer os exames.

Um estudo publicado por Ebuehi e Campbell (2011) com profissionais de saúde de práticas rurais e urbanas na Nigéria revelou que, entre aqueles que atuam em áreas urbanas, um dos principais fatores que desencoraja os profissionais a assumirem trabalhos em áreas rurais é a falta de equipamentos e infraestrutura de trabalho. O excesso de volume de trabalho foi enfatizado, principalmente, em decorrência da falta de outros médicos, incluindo médicos especialistas e do número elevado de atendimentos diários.

Aqui agora (...) eu sou o único médico. Se tiver alguma ocorrência nos pacientes que já estão internados sou eu que vou ver; e se chegar uma emergência aqui sou eu que vou ver; e se acontecer os dois ao mesmo tempo alguém vai ficar sem atendimento, alguém vai ficar sobrando.

Aqui médico faz ambulatório, médico faz sutura, médico atende emergência, médico atende parto, médico atende cesárea, quando tem que fazer cesárea. O próprio médico tem que fazer anestesia, tem que fazer a cirurgia

A “flexibilidade na jornada de trabalho”, segundo a pesquisa de Stralen et. al (2017) foi um dos fatores de maior expressão citado pelos médicos nesta categoria. As falas dos entrevistados revelaram que os médicos valorizam a possibilidade de receberem folgas durante a semana, de trabalharem por dias corridos e/ou por produção. Por exemplo, em um município com maior dificuldade de acesso, na região Norte, os médicos trabalhavam, na ocasião, durante 20 dias corridos e folgavam 10. No período da folga, os profissionais trabalhavam em outros municípios, em outros tipos de estabelecimentos de saúde (como hospitais, unidades de pronto-atendimento, consultório particular) ou, no caso dos recém-formados, se dedicavam aos estudos.

Porque nós temos sempre folga, no caso 15 dias aqui e a cada 30 dias, 15 lá. Por exemplo, já passei 60 dias e fiquei 15, 20 dias de folga ou coisa assim. Normalmente é esse incentivo que faz a gente optar por um município né!

Na verdade, não foi o primeiro, eu procurei bastante antes, mas a questão é o seguinte, a gente que é recém-formado tem dificuldade de trabalhar no primeiro momento, vai da necessidade de cada um e no meu caso foi justamente isso [...] eu busquei a Saúde da Família porque a carga horária de trabalho, você tem tempo para estudar, você tem tempo para fazer tudo você pode se planejar, tem a flexibilidade que ajuda bastante.

A carga horária do PMMB de 32 (trinta e duas) horas de atividades assistenciais na UBS e 8 (oito) horas destinadas às atividades de formação (Especialização e 2º ciclo formativo), é negociada entre o médico e o gestor municipal, de forma que seja satisfatório para o profissional e para as necessidades da população. Essa flexibilidade das 8 (oito) horas na semana para dedicação aos estudos, acaba sendo um incentivo para a aderência ao Projeto.

A pesquisa de Ebuehi e Campbell (2011), demonstrou que a flexibilidade de horário de trabalho está entre os fatores que motivam a atração para áreas rurais. Dados semelhantes foram relatados no estudo de Rodrigues, Silva e Rocha (2010), segundo o qual uma das alternativas que propicia a fixação de médicos é a realização de acordos informais dos profissionais com o município para redução da carga horária semanal. A mesma pesquisa relata, ainda, que a maior parte dos médicos da APS exerce outras atividades, principalmente plantões hospitalares.

Na categoria “Fatores pessoais/Qualidade de vida”, foi destacada a distância entre o município de residência e o município de atuação, como um motivo alto de desistência. Aqui, não em tanta quantidade, mas foi apontada a dificuldade de acesso à UBS mesmo para quem mora no município de alocação no Projeto, principalmente os que atuam em UBS mais afastadas, localizadas em áreas/distritos rurais. As queixas mais frequentes são relativas ao estado precário das estradas e transportes.

6.1.3.5 Segurança e Violência

O aumento de situações de violência no âmbito do trabalho vem se constituindo um importante problema de Saúde Pública, que tem impacto na dignidade e na qualidade de vida dos trabalhadores. Nessa perspectiva, o PMMB como um Projeto com a perspectiva de prover médicos nos locais mais vulneráveis e áreas periféricas, acaba enfrentando situações de violência no local de trabalho. Seguem algumas transcrições, dentre os 9 (nove) relatos apresentados nesta categoria:

O cancelamento dos ônibus intermunicipais me impede de conseguir chegar à UBS. Apesar disso tenho me deslocado dependendo de caronas de terceiros, mas se tornou enfadonho pois nem sempre consigo transporte. Outro motivo e o mais importante é a falta de segurança local. Recentemente houve uma série de assaltos ao redor da Unidade, inclusive um de nossos funcionários está internado nesse momento com TCE, vítima de um assalto com agressão física em horário fora do expediente, porém próximo a Unidade. O sinal telefônico é extremamente difícil e não há segurança pública ou privada na área, o que gera pânico em funcionários e usuários. Tive que me mudar por conta da falta de transporte e estou morando sozinha em

uma casa à beira da rodovia onde ocorrem diversos assaltos, pois é o único jeito de conseguir chegar diariamente ao local de trabalho (ainda a depender de caronas). Participei do Programa enquanto considerei minimamente proveitoso e seguro, persisti por quase 1 ano e meio apesar das dificuldades logísticas e geográficas, mas com os acontecimentos recentes estou priorizando minha segurança e, portanto, não desejo mais fazer parte do mesmo. Agradeço a oportunidade e a experiência enriquecedora.

Sofri agressão e ameaça em inúmeros episódios, sendo que no último o paciente esteve me ameaçando de morte; a equipe gravou os áudios de ameaça; na outra semana estava chegando na unidade quando a equipe informou que ela estava lá com tom de ameaça e pra me preservar retornei para casa e os episódios continuaram; solicitei minhas férias para que alguma atitude fosse tomada em relação a segurança da equipe; a mesma pessoa seguiu indo na unidade em tom de ameaça. Como não tive suporte de segurança por parte da gestão que em nenhum momento se fez presente nestes episódios me sinto forçada a me desligar. A gestão tem conduta de assédio moral constante desde que fui trabalhar por lá; e com todos os fatos ocorridos infelizmente tenho que sair, por mim e por minha família. Agradeço por tudo que aprendi com o programa; e pretendo me inscrever novamente assim que possível.

Ocorrência de situação de violência no local de trabalho- assalto- e relacionamento conjugal da requerente com promotor de justiça da localidade, colocando deste modo vidas em risco, devido a presença de crime organizado no município e a sapiência da maioria da população acerca do vínculo desta profissional com o citado promotor de justiça, Thiago Takada Pereira. Declaro que não sofri diretamente a violência devido a coragem da equipe em me resguardar.

O município encontra-se com alto índice de violência urbana, e eu não me sinto segura em morar e atuar neste município.

Devido ao fato da insegurança do local onde trabalho, em um local perigoso, onde já passei por um assalto a mão armada dentro da unidade de saúde onde trabalho, e levaram meu veículo, e nenhuma segurança a mais foi providência, por ser um Município que também vários colegas, já foram assaltados em seu ambiente de trabalho e eu solicitei mudança para Brasília e não foi aceita minha mudança, decidi sair.

O debate sobre segurança pública é complexo, ainda mais em um país como o Brasil, com uma das maiores desigualdades sociais do mundo (ROSA, 2021). A complexidade da experiência e do fenômeno da violência exige a abertura para integrar esforços e pontos de vista dos mais diversos, envolvendo pesquisas científicas que forneçam informações mais fidedignas para a implementação de políticas e estratégias de prevenção (MINAYO, 1994).

Reconhece-se, assim, a importância do Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisional e sobre Drogas (SINESP) e a necessidade de maior concretude ao dispositivo já existente no ordenamento jurídico doméstico, uma vez que apesar de sua existência formal “esse Sistema não divulga de maneira ampla e clara os dados de segurança pública no Brasil” (ROSA, 2021).

6.1.3.5 Bolsa-formação e Benefícios

Nenhum profissional da amostra analisada mencionou na justificativa uma insatisfação em relação ao valor da bolsa-formação mensal paga ao participante pelo Ministério da Saúde, podendo ser um dos fatores implícitos da categoria “Fatores Profissionais”, quando o profissional justifica a saída do Programa pela mudança de vínculo/emprego, ou como um motivo secundário em outras categorias. Mas explicitamente não houve reclamação em relação a isso. Os motivos apresentados nesta categoria foram: atrasos/não recebimento das contrapartidas municipais (moradia, alimentação, deslocamento no caso de difícil acesso) (4), atrasos da bolsa-formação/MS (2) e atrasos da ajuda de custo/MS (1).

Estudos de Campos, Girardi e Machado (2009) categorizaram os incentivos para fixação médica como sendo financeiros ou não financeiros. Embora muito importante, os profissionais não se deslocam apenas pela remuneração. O incremento salarial, a partir de certo nível, perde o poder de atratividade – ainda que se aumente o salário não se consegue incentivar profissionais a se deslocarem a regiões distantes e ali se fixarem por períodos necessários para a formação de vínculos mais estáveis com as equipes e, sobretudo com as comunidades. Por isso é necessária a adoção de medidas não financeiras, a exemplo da oferta dos cursos de formação, da telemedicina, da melhoria das condições de moradia, incentivos aos estudos dos filhos, plano de carreira, o que pode aumentar a eficácia das políticas.

Rodrigues, Silva e Rocha (2010), também encontraram que a remuneração mais alta não está associada à fixação dos médicos, e que o contrário, o mercado favorável pode propiciar maior rotatividade dos médicos entre municípios, motivados por melhores propostas salariais.

Uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) para melhorar a retenção em áreas rurais é exatamente a utilização de uma combinação de incentivos financeiros fisicamente sustentáveis, como auxílio-moradia e transporte, dentre outros, suficientes para compensar os possíveis custos associados ao trabalho em áreas rurais percebidos pelos profissionais de saúde. Por isso os incentivos, como os auxílios alimentação, moradia e transporte foram identificados como fatores de saída do Projeto, pois o Município não estava garantindo conforme preconizado pelo Projeto.

Outro fator apontado ainda por Campos, Girardi e Machado (2009) está relacionado ao fato de que médico provém de um extrato social muito diferenciado, com forte inserção urbana, padrões de consumo de bens materiais e culturais que não existem em localidades

ermas. A importância dada a uma educação de boa qualidade para os seus filhos e, adicionalmente, a formação em ambiente hospitalar, altamente dependente de tecnologias e da interação com colegas em interconsultas. Tudo isso faz com que os incentivos financeiros isoladamente sejam incapazes de reverter essa alta rotatividade médica.

Os atrasos referentes ao pagamento da bolsa-formação ou ajuda de custo (instalação) pelo Ministério da Saúde, são problemas de ordem administrativa que podem ser de responsabilidade do profissional, por erros no cadastro por exemplo, ou por alguma ineficiência da gestão financeira do recurso por parte do governo federal. No entanto, não foi uma justificativa de relevância quantitativa.

Destacam-se alguns relatos:

Desde início do Programa, o Município nunca ofereceu qualquer ajuda em Transporte, todas as visitas domiciliares realizavam em meu veículo, atendia em comunidades de área Rural e sempre ia em meu veículo, áreas de difícil acesso. A Ajuda de Alimentação e Moradia foram suspensas pela atual gestão e nunca se prontificaram a pagar desde o referente a dezembro/20. As Unidades de Saúde as quais eu fazia cobertura com estruturas totalmente precárias e falta constante de Medicamentos. Além de atender em outros dois Postos de Saúde Fora do Polo de Lotação.

Solicito desligamento, pois o município há 5 meses não realiza o pagamento da ajuda de custo, como segue em anexo os extratos da conta salário, desde novembro do ano de 2020, a ajuda de custo não é paga, o município de Lago Verde realizava os depósitos até o dia 10 do mês corrente, no valor de 2.151,55 (dois mil cento e cinquenta e um reais e cinquenta e cinco centavos). Sendo que desde o mês de novembro de 2020, até agora o mês de março de 2021, não foram mais pagos nenhum mês, estando em atraso 4 meses (novembro 2020, dezembro 2020, janeiro 2021, fevereiro 2021, e agora o mês corrente março 2021). Por falta da contrapartida do município solicito o meu desligamento.

Venho por meio deste solicitar meu desligamento do Programa Mais Médicos, devido não estar recebendo ajuda de custo do município que é um direito de cada médico. Moro em uma cidade há 75 km de distância de Lajedão onde sou vinculada ao Programa, sendo 150 km por dia. Desde já agradeço!

Venho solicitar desligamento do Programa Mais Médicos, por não cumprimento do contrato por parte do ministério da saúde dado que, não me foram pagas as bolsas formações dos meses de outubro e novembro de 2019 como deveria, fato que esta claro no contrato assinado por mim e pelo ministério da saúde, por esse motivo, pelo descumprimento do contrato por parte do MS, solicito meu desligamento por não concordar com tal fato.

O Programa Mais Médicos não contempla bonificação de 10% nos programas de residências.

Nesta última justificativa, o profissional faz uma comparação implícita com o PROVAB, programa anterior de provimento, que garantia, ao médico ao final do Programa

uma bonificação de 10% nas provas dos Programas de Residência Médica, como um incentivo à permanência até o final do Programa.

6.2 Taxa de desistências

6.2.2 Taxa de desistências por ano de ingresso

As taxas anuais das desistências foram calculadas para o primeiro, segundo e terceiro ano de participação dos médicos. Os resultados para os três perfis estão apresentados nas tabelas 5, 7 e 9, que revelam as taxas anuais de desistências do perfil CRM, Intercambista Individual e Cooperado, respectivamente. As tabelas 4, 6 e 8 apresentam os valores absolutos dos ingressos e desistências para os três perfis.

A maior incidência de desistências é encontrada no perfil de profissionais *CRM*, médicos, em sua maioria brasileiros, formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, com a taxa média de 32% no primeiro ano de participação, caindo para 18% no segundo e ano e 14% no terceiro. A taxa de desistências do profissional dentro dos três anos é de 64%, o que significa que apenas 37% desse perfil médico conclui os três primeiros anos do Projeto (Tabela 5).

A segunda maior desistência é acometida pelos médicos *Cooperados* com a taxa de 27% (Tabela 9), seguida da menor taxa de 20% pelos médicos *Intercambistas Individuais* (Tabela 6). Sendo que, inversamente ao que acontece com o perfil CRM, no caso dos Cooperados e Intercambistas Individuais, o primeiro ano de participação apresenta uma baixa desistência e a taxa vai aumentando nos anos seguintes. A taxa de desistência no 1º, 2º e 3º dos Cooperados é de 2%, 10% e 16% respectivamente e dos médicos Intercambistas Individuais de 6%, 7% e 8% respectivamente. Como pode ser observado, os Cooperados apresentaram a menor taxa anual, com apenas 2% de desistências no 1º ano de participação.

Os profissionais de perfil CRM que ingressaram em 2016 e 2019, apresentaram as piores taxas de desistência, de 72% e 71% respectivamente, sendo 51% dos que ingressaram em 2016, desistiram do Projeto no primeiro ano (Tabela 5). No perfil Intercambista Individual a pior taxa também foi dos profissionais que ingressaram de janeiro a dezembro de 2016, com 31% de desistências nos três primeiros anos. Os Cooperados com a maior taxa de desistência ingressaram em 2015.

Um outro dado interessante, não representado em tabela, é que dos profissionais que concluem os 3 (três) anos de participação, 79% prorrogam a participação no perfil CRM, 90% prorrogam a participação no perfil Intercambista Individual e 62% prorrogam no perfil Cooperado. Recordando que os profissionais Cooperados precisavam comprovar que eram casados com brasileiros para ter a sua prorrogação autorizada pelo governo cubano e OPAS/OMS.

Tabela 4 - Ingressos e desistências por ano - perfil CRM Brasil

Ano de entrada	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
2016	2244	1148	322	141	1611
2017	3527	1046	602	525	2173
2018	6605	1761	1243	1047	4051
2019	1128	347	266	191	804
Total Geral	13504	4302	2433	1904	8639

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 5 - Taxa de desistências por ano de ingresso - perfil CRM BRASIL

Ano de entrada	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
2016	51,16%	14,35%	6,28%	71,79%
2017	29,66%	17,07%	14,89%	61,61%
2018	26,66%	18,82%	15,85%	61,33%
2019	30,76%	23,58%	16,93%	71,28%
Total Geral	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 6 - Ingressos e desistências por ano de ingresso - perfil Intercambista Individual

Ano de entrada	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
2016	504	46	40	68	154
2017	1733	96	174	92	362
2018	285	14	26	17	57
2019	1559	69	41	136	246
Total Geral	4081	225	281	313	819

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 7 - Taxa de desistências por ano de ingresso - perfil Intercambista Individual

Ano de entrada	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
2016	9,13%	7,94%	13,49%	30,56%
2017	5,54%	10,04%	5,31%	20,89%
2018	4,91%	9,12%	5,96%	20,00%
2019	4,43%	2,63%	8,72%	15,78%
Total Geral	5,51%	6,89%	7,67%	20,07%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 8 - Ingressos e desistências por ano - perfil Cooperado

Ano de entrada	Entrada	Desistências 1º ano	Desistências 2º ano	Desistências 3º ano	Total 3 anos
2013	4919	48	389	878	1315
2014	6409	85	670	928	1683
2015	509	54	92	46	192
Total Geral	11837	187	1151	1852	3190

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 9 - Taxa de desistências por ano de ingresso - perfil Cooperado

Ano de entrada	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
2013	0,98%	7,91%	17,85%	26,73%
2014	1,33%	10,45%	14,48%	26,26%
2015	10,61%	18,07%	9,04%	37,72%
Total Geral	1,58%	9,72%	15,65%	26,95%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Estudos comprovam que quando a rotatividade se encontra com índices superiores a 26%, produz altos custos e impactos financeiros. Acima de 50%, corre o risco de comprometer a produtividade e a qualidade da Atenção Primária à Saúde (ANSEMI; ANGERAMI; GOMES, 1997 apud GIOVANI; VIEIRA, 2013).

De forma genérica, a rotatividade produz custos elevados de várias naturezas, tais como: de recrutamento e seleção para reposição de pessoal; de treinamento do recém-admitido; e de desligamento. Ademais, além dos custos diretos, a rotatividade gera impactos de tempo e de recursos que incluem perda de produtividade e de capital intelectual, e desmotivação das pessoas (CHIAVENATO, 2009; CAMPOS; MALIK, 2008).

Se, por um lado, a taxa de desistências no PMMB pode ser considerada alta, principalmente para o perfil dos profissionais CRM Brasil, por outro, os profissionais que chegam até o final dos três anos confirmam, em grande maioria, a sua prorrogação por mais três anos, indicando também um potencial do PMMB em fixar profissionais, já que uma porcentagem não baixa dos participantes, permanece por um longo período no Projeto.

As taxas de desistências demonstram uma rotatividade maior entre os médicos CRM Brasil, o que já era um resultado esperado. Os médicos formados no exterior, intercambistas individuais, se não tem seus diplomas revalidados, não podem exercer a Medicina no País, a não ser pelo PMMB, através do Registro Único emitido pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, enquanto para os médicos formados no exterior, o PMMB se apresenta muitas vezes como a única oportunidade de exercer a medicina no País, no caso dos profissionais CRM Brasil, o PMMB “concorre” com todo o mercado de trabalho médico, público e privado.

As taxas também mais baixas de desistências pelos profissionais cubanos cooperados também já eram esperadas, em boa parte pelos acordos e regulamentações estipuladas pelo termo de Cooperação Brasil/OPAS-OMS/CUBA, firmada entre o governo brasileiro e o de Cuba, por intermédio da OPAS, além de questões sociais, culturais, políticas e econômicas que envolvem esta Cooperação Internacional. Os profissionais cubanos eram desligados antes do término dos 3 (anos), apenas por motivos pessoais considerados graves, problemas relacionados a saúde, ou quando descumpriam as regras estabelecidas.

No Brasil, a rotatividade da população economicamente ativa se apresenta demasiadamente elevada, muito acima da verificada em países como os Estados Unidos, o Japão e os que compõem a União Europeia, chegando a ser de duas a cinco vezes superior à observada em outras economias (POCHMANN, 2009).

Estudos realizados por Pierantoni et. al (2015), analisando a rotatividade da força de trabalho médica no Brasil, constatou-se maior índice de rotatividade nas regiões Sudeste e Sul, com médias superiores à nacional (36,7%). A menor média foi evidenciada na região Norte (24,7%). Em relação à estratificação por porte populacional aponta para maior rotatividade nos grupamentos de municípios com população entre dez mil e cem mil habitantes; e menor índice nos municípios de grande porte.

A rotatividade de médicos em 2015 apresentou maiores médias nas regiões Sudeste (62%) e Centro-Oeste (58,2%); entretanto, o maior índice de rotatividade nacional foi apresentado por um município de até 10 mil habitantes da região Sul. O menor valor, à

exceção daqueles que apresentaram rotatividade zero, foi observado em um município com população entre 100.001 e 500 mil habitantes, da região Sudeste (PIERANTONI, 2015).

Um outro dado interessante desse estudo mostra que, em todas as regiões, os agrupamentos de municípios com menor índice de rotatividade foram encontrados entre aqueles com maiores PIB e PIB per capita. Nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, a maior rotatividade se deu no grupamento de municípios com o menor PIB per capita (PIERANTONI, 2015).

6.2.2 Taxa de desistências por região

As taxas de desistências por Região também foram calculadas para o primeiro, segundo e terceiro ano de participação dos médicos e para os três perfis separadamente. Os resultados para os três perfis estão apresentados nas **tabelas de 10 a 15**, representados em valores relativos e absolutos. Nota-se que as taxas não variaram significativamente entre as Regiões em nenhum dos três perfis de profissionais analisados.

A região brasileira com maior desistência pelos médicos de perfil CRM Brasil é a região Sudeste (70,68%), seguida das regiões Norte (64,38%), Sul (63,97%), Centro-Oeste (63,35%) e Nordeste (61,99%), considerando os três anos (Tabelas 11). Se formos considerar o primeiro ano de participação, o Centro-Oeste apresentou a menor desistência com a taxa de 30,14% (Tabela 11)

Tabela 10 - Ingressos e desistências por região - perfil CRM Brasil

Região	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
Norte	1261	399	232	165	796
Nordeste	5249	1626	942	686	3254
Centro-oeste	963	341	145	134	620
Sudeste	4005	1207	714	616	2537
Sul	2026	729	400	303	1432
Total geral	13504	4302	2433	1904	8639

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 11 - Taxa de desistências por região - perfil CRM Brasil

Região	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
Sudeste	35,98%	19,74%	14,96%	70,68%
Norte	35,41%	15,06%	13,91%	64,38%

Sul	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%
Centro-oeste	30,14%	17,83%	15,38%	63,35%
Nordeste	30,98%	17,95%	13,07%	61,99%
Total geral	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

No perfil Intercambista Individual, a região Nordeste apresentou a maior taxa de desistência nos três anos, de 22%, contrastando com a menor taxa de desistência nesta região pelo perfil CRM Brasil. No entanto, as taxas dos intercambistas individuais variaram pouco entre as regiões, e, considerando-se o primeiro ano de participação as taxas seguiram a seguinte ordem: Centro-oeste (8,11%), Sudeste (6,51%), Norte (5,87%), Nordeste (5,17%), e Sul (3,01%) (Tabelas 14). A Região Centro-Oeste, que teve a menor taxa, de 30,14%, no primeiro ano, entre os profissionais CRM Brasil, apresentou entre os intercambistas a maior desistência neste mesmo período, com 8,11% (Tabelas 11 e 13).

Tabela 12 - Ingressos e desistências por região - perfil Intercambista Individual

Região	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
Norte	920	54	43	70	167
Nordeste	1084	56	95	87	238
Centro-oeste	333	27	18	19	64
Sudeste	1014	66	65	74	205
Sul	730	22	60	63	145
Total geral	4081	225	281	313	819

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 13 - Taxa de desistências por região – perfil Intercambista Individual

Região	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
Nordeste	5,17%	8,76%	8,03%	21,96%
Sudeste	6,51%	6,41%	7,30%	20,22%
Sul	3,01%	8,22%	8,63%	19,86%
Centro-oeste	8,11%	5,41%	5,71%	19,22%
Norte	5,87%	4,67%	7,61%	18,15%
Total geral	5,51%	6,89%	7,67%	20,07%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Para o perfil dos Cooperados, a maior incidência de desistências, considerando os três anos, ocorreu na região Norte (34,84%), seguida da região Sul (29,33%), Centro-oeste

(26,83%), Nordeste (25,76%), Sudeste (23,51%) (Tabela 15). Se entre os perfis CRM Brasil e Intercambista Individual as taxas de desistência no Sudeste foram relativamente altas, entre os cooperados, foi a menor taxa encontrada nos três anos, de 23,5%, e no 1º ano, relativamente baixa também, de 1,52% (Tabela 15).

Tabela 14 - Ingressos e desistências por região - perfil Cooperado

Região	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
Norte	1636	35	161	374	570
Nordeste	3893	57	411	535	1003
Centro-oeste	723	8	64	122	194
Sudeste	3696	56	308	505	869
Sul	1889	31	207	316	554
Total geral	11837	187	1151	1852	3190

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 15 - Taxa de desistências por região - perfil Cooperado

Região	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
Norte	2,14%	9,84%	22,86%	34,84%
Sul	1,64%	10,96%	16,73%	29,33%
Centro-oeste	1,11%	8,85%	16,87%	26,83%
Nordeste	1,46%	10,56%	13,74%	25,76%
Sudeste	1,52%	8,33%	13,66%	23,51%
Total geral	1,58%	9,72%	15,65%	26,95%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

6.2.3 Taxa de desistências por classificação municipal

Neste tópico, as desistências foram levantadas pelos 8 (oito) perfis de vulnerabilidade, de acordo com a classificação dos municípios no PMMB, descritos no 2º capítulo, item 2.1.1, sendo o perfil 8 de maior vulnerabilidade e o perfil 1 de menor vulnerabilidade. Os resultados representados pelas Tabelas 16 a 21, demonstram que não há diferenças expressivas nas taxas de desistências entre os 8 perfis, com exceção do “Perfil 8 – Saúde Indígena” pelos profissionais CRM Brasil, que apresentou um desvio um pouco maior.

Observa-se, assim, que os profissionais de perfil CRM desistem em maior proporção nas áreas da saúde indígena (Perfil 8), com uma taxa de 76% nos três primeiros anos de

participação. Depois dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a taxa, considerando os 3 anos, é maior nos municípios de menor vulnerabilidade, Perfis 2, 4, 3 e 1, caindo nas áreas de maior vulnerabilidade (Tabela 17).

Tabela 16 - Ingressos e desistências por classificação municipal - perfil CRM Brasil

Perfil de Município	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB	1275	400	237	199	836
Perfil 2 - Grupo II do PAB	1172	381	254	172	807
Perfil 3 - Capitais e RM	3575	1201	604	546	2351
Perfil 4 - Grupo I do PAB	1157	422	216	146	784
Perfil 5 - G100	1377	373	252	198	823
Perfil 6 - Áreas vulneráveis	1216	399	192	176	767
Perfil 7 - Extrema Pobreza	3631	1086	654	454	2194
Perfil 8 - Saúde Indígena	101	40	24	13	77
Total geral	13504	4302	2433	1904	8639

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 17 - Taxa de desistências por classificação municipal - perfil CRM Brasil

Perfil de Município	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
Perfil 8 - Saúde Indígena	39,60%	23,76%	12,87%	76,24%
Perfil 2 - Grupo II do PAB	32,51%	21,67%	14,68%	68,86%
Perfil 4 - Grupo I do PAB	36,47%	18,67%	12,62%	67,76%
Perfil 3 - Capitais e RM	33,59%	16,90%	15,27%	65,76%
Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB	31,37%	18,59%	15,61%	65,57%
Perfil 6 - Áreas vulneráveis	32,81%	15,79%	14,47%	63,08%
Perfil 7 - Extrema Pobreza	29,91%	18,01%	12,50%	60,42%
Perfil 5 - G100	27,09%	18,30%	14,38%	59,77%
Total geral	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Para o perfil Intercambista Individual, não houve uma correlação clara entre as desistências e os perfis de vulnerabilidade. Também não houve uma diferença significativa entre as taxas de cada Perfil.

Considerando os 3 (três) anos, o perfil 4 apresentou a maior taxa e o perfil 2 a menor. Em relação às desistências no 1º ano de participação, as taxas seguiram a seguinte ordem:

Perfil 8 - Saúde Indígena (9%); Perfil 6 - Áreas vulneráveis (7%); Perfil 3 - Capitais e RM (6%); Perfil 4 - Grupo I do PAB (5%); Perfil 5 - G100; Perfil 2 - Grupo II do PAB (5%); Perfil 7 - Extrema Pobreza (5%); e Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB (4%) (Tabela 19).

Tabela 18 - Ingressos e desistências por classificação municipal - perfil Intercambista Individual

Perfil de Município	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 ano
Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB	197	8	17	11	36
Perfil 2 - Grupo II do PAB	294	15	20	18	53
Perfil 3 - Capitais e RM	993	57	70	74	201
Perfil 4 - Grupo I do PAB	537	29	42	47	118
Perfil 5 - G100	245	13	23	17	53
Perfil 6 - Áreas vulneráveis	328	22	22	20	64
Perfil 7 - Extrema Pobreza	1221	57	76	107	240
Perfil 8 - Saúde Indígena	266	24	11	19	54
Total geral	4081	225	281	313	819

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 19 - Taxa de desistências por classificação municipal - perfil Intercambista Individual

Perfil de Município	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
Perfil 4 - Grupo I do PAB	5,40%	7,82%	8,75%	21,97%
Perfil 5 - G100	5,31%	9,39%	6,94%	21,63%
Perfil 8 - Saúde Indígena	9,02%	4,14%	7,14%	20,30%
Perfil 3 - Capitais e RM	5,74%	7,05%	7,45%	20,24%
Perfil 7 - Extrema Pobreza	4,67%	6,22%	8,76%	19,66%
Perfil 6 - Áreas vulneráveis	6,71%	6,71%	6,10%	19,51%
Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB	4,06%	8,63%	5,58%	18,27%
Perfil 2 - Grupo II do PAB	5,10%	6,80%	6,12%	18,03%
Total geral	5,51%	6,89%	7,67%	20,07%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

No perfil de médicos Cooperados, a correlação se modificou um pouco em relação ao perfil CRM Brasil, tendo esses profissionais apresentado maior desistências nas áreas mais vulneráveis e menor desistência em algumas áreas menos vulneráveis. Observando o 3º ano de participação, as taxas seguiram a seguinte ordem: Perfil 5 - G100 (2,67%); Perfil 3 - Capitais e RM (17,68%); Perfil 7 - Extrema Pobreza (15,90%); Perfil 6 - Áreas vulneráveis

(15,63%); Perfil 8 - Saúde Indígena (15,00%); Perfil 2 - Grupo II do PAB (14,74%); Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB (13,83%); e Perfil 4 - Grupo I do PAB (11,61%) (Tabela 21).

Tabela 20 - Ingressos e desistências por classificação municipal - perfil Cooperado

Perfil de Município	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB	1056	23	96	146	265
Perfil 2 - Grupo II do PAB	1038	19	103	153	275
Perfil 3 - Capitais e RM	2528	21	228	447	696
Perfil 4 - Grupo I do PAB	1275	23	139	148	310
Perfil 5 - G100	847	13	82	154	249
Perfil 6 - Áreas vulneráveis	1126	18	111	176	305
Perfil 7 - Extrema Pobreza	3667	62	371	583	1016
Perfil 8 - Saúde Indígena	300	8	21	45	74
Total Geral	11837	187	1151	1852	3190

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 21 - Taxa de desistência por classificação municipal - perfil Cooperado

Perfil de Município	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total PMMB
Perfil 5 - G100	1,53%	9,68%	18,18%	29,40%
Perfil 7 - Extrema Pobreza	1,69%	10,12%	15,90%	27,71%
Perfil 3 - Capitais e RM	0,83%	9,02%	17,68%	27,53%
Perfil 6 - Áreas vulneráveis	1,60%	9,86%	15,63%	27,09%
Perfil 2 - Grupo II do PAB	1,83%	9,92%	14,74%	26,49%
Perfil 1 - Grupos III e IV do PAB	2,18%	9,09%	13,83%	25,09%
Perfil 8 - Saúde Indígena	2,67%	7,00%	15,00%	24,67%
Perfil 4 - Grupo I do PAB	1,80%	10,90%	11,61%	24,31%
Total Geral	1,58%	9,72%	15,65%	26,95%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

A desistência maior dos profissionais CRM Brasil na região Sudeste e municípios de menor vulnerabilidade pode ser explicada pelo mercado de trabalho favorável e mais competitivo nessas regiões, ocasionando uma maior rotatividade. Segundo Magnago e Pierantoni (2014), a maior rotatividade de médicos nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, pode decorrer da existência de um mercado de trabalho mais concorrido, especialmente no que tange à Atenção Básica, que passou a ser gerida, em grande medida, nos grandes municípios dessas regiões, por Organizações Sociais (OS), que oferecem maiores salários e diferentes

estímulos para a atração desses profissionais (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; CARNEIRO JUNIOR, 2011).

A rotatividade maior, por outro lado dos médicos cubanos cooperados nas regiões mais remotas e vulneráveis, é o que se espera de profissionais que não concorrem no mercado com as ofertas e postos de trabalho que existem fora do PMMB para os profissionais com CRM. Neste caso, é esperando haja maior abandono de locais de difícil acesso onde as condições de trabalho são menores.

6.2.4 Taxa de desistências por unidade federativa do Brasil

As tabelas de 22 a 27 mostram a distribuição das desistências do PMMB por Unidade Federativa (UF). Embora as desistências se concentrem mais na região Sudeste, entre os profissionais CRM Brasil (Tabela 11), as maiores taxas, dentro dos três anos do PMMB para o perfil CRM Brasil, foram encontradas nos estados do Norte, Distrito Federal e região sul, sendo as maiores 5 (cinco) taxas, no Acre (82,89%), Amazonas (76,32%), Distrito Federal (75,19%), Santa Catarina (71,90%) e Paraná (70,40%). O que significa dizer que menos de 30% dos médicos que ingressaram nesses Estados, permaneceram nos três anos iniciais no Projeto (Tabela 23).

Em relação ao primeiro ano de participação, destacaram-se também alguns estados do Nordeste e do Centro-Oeste, sendo as 10 maiores taxas de desistência, no 1º ano, oriundas dos seguintes estados: Amapá (46,05%), Amazonas (42,98%), Distrito Federal 0,60%, Rio Grande do Sul (38,22%), Maranhão (38,05%), Alagoas (37,82%), Rio Grande do Norte (37,15%), Santa Catarina (36,30%), Mato Grosso do Sul (4,90%) e Goiás (34,74%) (Tabela 23).

As menores taxas de desistências pelos médicos CRM Brasil ocorreram no estado do Espírito Santo (25,90%), Pernambuco (25,81%), Rondônia (25,32%) e Roraima (23,94%) e Acre (15,15%) (Tabela 23).

Tabela 22 - Ingressos e desistências por UF - perfil CRM Brasil

UF	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
AC	99	15	13	9	37
AL	193	73	34	26	133
AM	228	98	45	31	174

AP	76	35	20	8	63
BA	1409	422	253	199	874
CE	1263	372	235	154	761
DF	133	54	21	25	100
ES	363	94	43	76	213
GO	544	189	83	71	343
MA	523	199	87	62	348
MG	1142	337	182	170	689
MS	149	52	18	20	90
MT	137	46	23	18	87
PA	454	141	81	56	278
PB	293	96	41	40	177
PE	829	214	162	115	491
PI	281	88	54	30	172
PR	733	243	166	107	516
RJ	562	184	82	64	330
RN	288	107	42	33	182
RO	233	59	42	30	131
RR	71	17	17	12	46
RS	866	331	154	124	609
SC	427	155	80	72	307
SE	170	55	34	27	116
SP	1938	592	407	306	1305
TO	100	34	14	19	67
Total Geral	13504	4302	2433	1904	8639

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 23 - Taxa de Desistências por UF - perfil CRM Brasil

UF	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
AP	46,05%	26,32%	10,53%	82,89%
AM	42,98%	19,74%	13,60%	76,32%
DF	40,60%	15,79%	18,80%	75,19%
SC	36,30%	18,74%	16,86%	71,90%
PR	33,15%	22,65%	14,60%	70,40%
RS	38,22%	17,78%	14,32%	70,32%
AL	37,82%	17,62%	13,47%	68,91%
SE	32,35%	20,00%	15,88%	68,24%
SP	30,55%	21,00%	15,79%	67,34%
TO	34,00%	14,00%	19,00%	67,00%
MA	38,05%	16,63%	11,85%	66,54%
RR	23,94%	23,94%	16,90%	64,79%
MT	33,58%	16,79%	13,14%	63,50%
RN	37,15%	14,58%	11,46%	63,19%

GO	34,74%	15,26%	13,05%	63,05%
BA	29,95%	17,96%	14,12%	62,03%
PA	31,06%	17,84%	12,33%	61,23%
PI	31,32%	19,22%	10,68%	61,21%
PB	32,76%	13,99%	13,65%	60,41%
MS	34,90%	12,08%	13,42%	60,40%
MG	29,51%	15,94%	14,89%	60,33%
CE	29,45%	18,61%	12,19%	60,25%
PE	25,81%	19,54%	13,87%	59,23%
RJ	32,74%	14,59%	11,39%	58,72%
ES	25,90%	11,85%	20,94%	58,68%
RO	25,32%	18,03%	12,88%	56,22%
AC	15,15%	13,13%	9,09%	37,37%
Total Geral	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

As tabelas 24 e 25 apresentam a distribuição das desistências do PMMB pelos Intercambistas individuais por Unidade Federativa (UF). No primeiro ano de participação, houve maior desistência deste perfil de profissionais nos seguintes estados: Distrito Federal (16,00%), Mato Grosso (9,91%), São Paulo (7,75%), Amazonas (7,25%), Bahia (6,94%), Goiás (6,92%), Rio Grande do Norte (6,67%), Tocantins (6,12%), Pará, (6,09%), e Paraíba (5,56%) (Tabela 25). Os 5 (cinco) estados com menor índice de desistências foram o Ceará (3,03%), Rio Grande do Sul (2,07%), Acre (1,75%), Santa Catarina (0,93%) e Sergipe (0%) (Tabela 25)

Tabela 24 - Ingressos e desistências por uf - perfil Intercambista Individual

UF	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
AC	57	1	2	4	7
AL	61	3	5	5	13
AM	262	19	12	21	52
AP	55	2	5	7	14
BA	346	24	34	25	83
CE	99	3	7	8	18
DF	25	4	1	1	6
ES	57	2	6	3	11
GO	130	9	7	6	22
MA	256	12	21	23	56
MG	231	12	19	27	58
MS	67	3	4	4	11
MT	111	11	6	8	25
PA	361	22	19	24	65
PB	72	4	6	7	17

PE	116	5	10	11	26
PI	74	3	11	5	19
PR	236	13	22	20	55
RJ	171	9	9	11	29
RN	30	2	0	2	4
RO	80	4	1	4	9
RR	56	3	2	7	12
RS	387	8	26	30	64
SC	107	1	12	13	26
SE	30	0	1	1	2
SP	555	43	31	33	107
TO	49	3	2	3	8
Total Geral	4081	225	281	313	819

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 25 - Taxa de desistências por UF - perfil Intercambista Individual

UF	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
PI	4,05%	14,86%	6,76%	25,68%
AP	3,64%	9,09%	12,73%	25,45%
MG	5,19%	8,23%	11,69%	25,11%
SC	0,93%	11,21%	12,15%	24,30%
DF	16,00%	4,00%	4,00%	24,00%
BA	6,94%	9,83%	7,23%	23,99%
PB	5,56%	8,33%	9,72%	23,61%
PR	5,51%	9,32%	8,47%	23,31%
MT	9,91%	5,41%	7,21%	22,52%
PE	4,31%	8,62%	9,48%	22,41%
MA	4,69%	8,20%	8,98%	21,88%
RR	5,36%	3,57%	12,50%	21,43%
AL	4,92%	8,20%	8,20%	21,31%
AM	7,25%	4,58%	8,02%	19,85%
ES	3,51%	10,53%	5,26%	19,30%
SP	7,75%	5,59%	5,95%	19,28%
CE	3,03%	7,07%	8,08%	18,18%
PA	6,09%	5,26%	6,65%	18,01%
RJ	5,26%	5,26%	6,43%	16,96%
GO	6,92%	5,38%	4,62%	16,92%
RS	2,07%	6,72%	7,75%	16,54%
MS	4,48%	5,97%	5,97%	16,42%
TO	6,12%	4,08%	6,12%	16,33%
RN	6,67%	0,00%	6,67%	13,33%
AC	1,75%	3,51%	7,02%	12,28%
RO	5,00%	1,25%	5,00%	11,25%
SE	0,00%	3,33%	3,33%	6,67%

Total Geral	5,51%	6,89%	7,67%	20,07%
-------------	-------	-------	-------	--------

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

As tabelas 26 e 28 mostram as desistências por UF dos médicos cooperados. As maiores taxas deste perfil, no 1º ano de participação, foram nos estados do Roraima (4,65%); Tocantins (4,03%), Pará (2,34%), Rio Grande do Sul (2,16%), Minas Gerais (2,03%), Pernambuco (2,00%), Paraíba (1,91%), Maranhão (1,82%), Ceará (1,73%), e Mato Grosso (1,69%). As menores taxas foram encontradas em Santa Catarina (0,92%), Sergipe (0,83%), Alagoas (0,55%), Piauí (0,36%), e por último, com a menor taxa, o Distrito Federal (0%) (Tabela 27).

Tabela 26 - Ingressos e desistências por UF - perfil Cooperado

UF	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
AC	131	2	9	25	36
AL	181	1	21	26	48
AM	382	6	52	91	149
AP	121	2	7	30	39
BA	1117	14	108	143	265
CE	693	12	71	53	136
DF	61	0	5	19	24
ES	296	4	29	35	68
GO	325	3	27	59	89
MA	605	11	86	114	211
MG	1032	21	99	119	239
MS	159	2	16	18	36
MT	178	3	16	26	45
PA	556	13	48	151	212
PB	157	3	21	23	47
PE	551	11	47	71	129
PI	281	1	29	44	74
PR	732	10	69	111	190
RJ	398	5	35	48	88
RN	188	3	15	47	65
RO	236	3	19	30	52
RR	86	4	9	25	38
RS	832	18	110	161	289
SC	325	3	28	44	75
SE	120	1	13	14	28
SP	1970	26	145	303	474
TO	124	5	17	22	44
Total Geral	11837	187	1151	1852	3190

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 27 - Taxa de desistências por UF - perfil Cooperado

UF	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
RR	4,65%	10,47%	29,07%	44,19%
DF	0,00%	8,20%	31,15%	39,34%
AM	1,57%	13,61%	23,82%	39,01%
PA	2,34%	8,63%	27,16%	38,13%
TO	4,03%	13,71%	17,74%	35,48%
MA	1,82%	14,21%	18,84%	34,88%
RS	2,16%	13,22%	19,35%	34,74%
RN	1,60%	7,98%	25,00%	34,57%
AP	1,65%	5,79%	24,79%	32,23%
PB	1,91%	13,38%	14,65%	29,94%
AC	1,53%	6,87%	19,08%	27,48%
GO	0,92%	8,31%	18,15%	27,38%
AL	0,55%	11,60%	14,36%	26,52%
PI	0,36%	10,32%	15,66%	26,33%
PR	1,37%	9,43%	15,16%	25,96%
MT	1,69%	8,99%	14,61%	25,28%
SP	1,32%	7,36%	15,38%	24,06%
BA	1,25%	9,67%	12,80%	23,72%
PE	2,00%	8,53%	12,89%	23,41%
SE	0,83%	10,83%	11,67%	23,33%
MG	2,03%	9,59%	11,53%	23,16%
SC	0,92%	8,62%	13,54%	23,08%
ES	1,35%	9,80%	11,82%	22,97%
MS	1,26%	10,06%	11,32%	22,64%
RJ	1,26%	8,79%	12,06%	22,11%
RO	1,27%	8,05%	12,71%	22,03%
CE	1,73%	10,25%	7,65%	19,62%
Total Geral	1,58%	9,72%	15,65%	26,95%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Comparando-se as taxas dos estados entre os perfis de profissionais, observa-se fenômenos variados. Enquanto em alguns estados o comportamento dos perfis se assemelha em outros, são bem divergentes.

O Distrito Federal é um exemplo onde há uma grande diferença entre os perfis. Enquanto os profissionais CRM Brasil e Intercambistas Individuais apresentam uma alta taxa de desistência na UF, de 40,60% e 16% respectivamente, logo no primeiro ano, a taxa dos cooperados no primeiro ano, em oposição, não houve desistência apresentando a taxa mais

baixa entre todas as UF no primeiro ano de Projeto, de 0%, aumentando bastante depois nos 2 (dois) anos subsequentes.

Para entender esses diferentes comportamentos entre os perfis na mesma UF, seria necessária uma investigação/pesquisa acurada voltada para isso, já que não há nada específico na literatura atual. No entanto, sabe-se que a sede da administração da Cooperação Técnica Brasil-Cuba localizava-se na OPAS em Brasília, onde havia um escritório administrativo central da equipe brasileira e a cubana vinculadas à OPAS, que coordenavam junto ao Ministério da Saúde as atividades dos médicos cubano em todo o Brasil. O DF ter sido a sede administrativa da Cooperação Internacional, pode ajudar a explicar essa baixa desistência dos cooperados no 1º ano, embora seja um polo de alta rotatividade para os outros perfis.

Outro exemplo é Santa Catarina, que apresentou uma desistência alta pelo perfil CRM Brasil, de 36,30% no primeiro ano, enquanto nos outros perfis houve baixíssima desistência, com uma taxa de 0,93% pelos intercambistas individuais e de 0,92% pelos médicos cooperados, no primeiro ano. Mais um caso emblemático é o de Sergipe, que possui uma alta desistência pelo perfil CRM Brasil, de 68% nos três anos, e baixa entre os intercambistas individuais, de 6,67%, no mesmo período.

De outra forma, a exemplo do estado do Amazonas e Amapá, as taxas são relativamente altas nos três perfis de profissionais, tendo em vista os parâmetros para cada perfil. Nos três anos, as taxas no Amazonas foram de 76,32% pelo CRM Brasil, 39,01% pelos cooperados e 19,85% pelos Intercambistas Individuais. No Amapá as taxas foram de 82,29% 32,23% e 25,45%, para os perfis CRM Brasil, Cooperados e Intercambistas Individuais, respectivamente, que podem ser consideradas taxas altas quando observadas o total de desistências para cada perfil (Tabelas 23, 25 e 27). O Distrito Federal, considerados os três anos, também apresentou taxa relativamente alta, entre os três perfis (Tabelas 23, 25 e 27).

6.3 Tempo médio de permanência dos médicos participantes nos três primeiros anos

Neste tópico, foi utilizada a mesma amostra de médicos para calcular as taxas de desistências, considerando-se o ingresso de 13.504 médicos do perfil CRM, 4.081 Intercambistas Individuais e 11.837 cooperados distribuídos em todo Brasil.

Na tabela 28, foram levantados os tempos médios de permanência para os três perfis, considerando somente os três primeiros anos, em situação hipotética como se não houvesse a

prorrogação. Os resultados mostram que, em média, o perfil CRM Brasil permanece no Projeto por 1 (um) ano e 8 (oito) meses, tempo bem inferior quando comparado aos outros perfis, de Intercambistas Individuais e Cooperados, com tempo de permanência médio de 2 (dois) anos e 7 (sete) meses e 2 (dois) anos e 6 (seis) meses, respectivamente (Tabela 28).

Tabela 28 - Tempo Médio de Permanência dos Médicos do PMMB nos 3 Primeiros Anos

Perfil de Médico Participante	Média do Tempo de permanência nos 3 primeiros anos de participação no PMMB
CRM Brasil	1 ano e 8 meses
Intercambistas Individuais	2 anos e 7 meses
Cooperados	2 anos e 6 meses

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Neste ponto, cabe a mesma análise realizada para as taxas de desistências. Os profissionais intercambistas, tanto os cooperados quanto os individuais, possuem habilitação para exercício das atividades médicas no Brasil, de ensino-serviço, apenas na Atenção Primária e por meio do Projeto Mais Médicos pelo Brasil. Fora do Projeto, os profissionais não estão habilitados ao exercício da medicina enquanto não obtiverem o registro do CRM, que pode ser conseguido somente com a revalidação do diploma.

Afora as questões relacionadas ao vínculo, pode-se fazer um destaque para o tempo significativo de permanência dos médicos cooperados e a baixa taxa de desistências, associados também ao modelo de cuidado do médico cubano, voltado para ação comunitária e preventiva.

Estudos realizados por Franco, Almeida e Giovanella (2018), com os médicos cubanos do Programa Mais Médicos que atuaram no Rio de Janeiro, demonstram que esses profissionais construíram um forte vínculo e envolvimento com a comunidade, possuindo um amplo conhecimento sobre o perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita.

Os autores informam que os médicos cubanos conhecem, com precisão, o número de famílias e os grupos que acompanham, destacando a compreensão do contexto familiar e social do usuário e a valorização da abordagem centrada na pessoa por meio da escuta.

Os autores traçaram um perfil do médico cubano, marcado pela capacidade de inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de ações e bom relacionamento interpessoal, identificando-se posturas e técnicas de acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade de atenção, o que pode ajudar a explicar o maior tempo médio de permanência no Projeto e em áreas de maior vulnerabilidade.

6.4 Perfil dos médicos desistentes

Com a mesma amostra, levantou-se o perfil dos médicos desistentes quanto à faixa etária e gênero, para os três perfis de profissionais (Tabelas 29 a 34). A tabela 29 mostra a faixa etária dos desistentes de Perfil CRM Brasil, no primeiro, segundo e terceiro, em dados absolutos e percentuais. O resultado revela que 46% dos médicos na faixa etária de até 30 anos, desistiram do Programa no primeiro ano, e nos três anos, 84% desistiram, confirmando a hipótese de que muitos egressos do curso de medicina, nesta faixa etária, se desligaram do Projeto devido à aprovação em residência médica, principal motivação de desistência no PMMB, conforme os dados apresentados no item 3.1.

Todos os perfis apresentaram uma maior taxa de desistência entre médicos de até 30 (trinta) anos de idade, nos três anos. Os mais idosos, com mais de 60 anos, não apresentam uma desistência relativamente tão alta entre o perfil CRM Brasil, entretanto os perfis de Intercambistas Individuais e Cooperados, os idosos têm a segunda maior taxa de 24% e 36%, respectivamente, nos três anos (Tabelas 29, 30 e 31).

Os dados referentes aos ingressantes, revela a diferença de faixa etária entre os perfis no PMMB. No perfil CRM Brasil, a maioria dos médicos possui até 30 anos (47%), depois, com a segunda maior taxa, estão os que ingressam com 30 a 40 anos (39%), já entre intercambistas individuais, a maioria ingressa com 30 a 40 anos (56%) e, entre, os médicos cooperados a maior parcela tem 40 a 50 anos (44%) (Tabelas 29, 30 e 31).

Tabela 29 - Faixa etária desistentes - perfil CRM Brasil

	Ingressantes	Desistentes			Taxa de Desistência			
		1º ano	2º ano	3º ano	1º ano	2º ano	3º ano	3 anos
Até 30 anos	6382	2942	1478	917	46,10%	23,16%	14,37%	83,63%
Entre 30 e 40 anos	5305	1038	781	774	19,57%	14,72%	14,59%	48,88%
Entre 40 e 50 anos	990	149	99	150	15,05%	10,00%	15,15%	40,20%
Entre 50 e 60 anos	369	84	29	25	22,76%	7,86%	6,78%	37,40%
Mais de 60 anos	458	89	46	38	19,43%	10,04%	8,30%	37,77%
Total Geral	13504	4302	2433	1904	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 30 - Faixa etária desistentes - perfil Intercambista Individual

	Ingressantes	Desistentes			Taxa de Desistência			
		1º ano	2º ano	3º ano	1º ano	2º ano	3º ano	3 anos
Até 30 anos	887	86	96	112	9,70%	10,82%	12,63%	33,15%

Entre 30 e 40 anos	2297	108	138	157	4,70%	6,01%	6,84%	17,54%
Entre 40 e 50 anos	748	25	38	35	3,34%	5,08%	4,68%	13,10%
Entre 50 e 60 anos	132	5	7	8	3,79%	5,30%	6,06%	15,15%
Mais de 60 anos	17	1	2	1	5,88%	11,76%	5,88%	23,53%
Total Geral	4081	225	281	313	5,51%	6,89%	7,67%	20,07%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 31 - Faixa etária desistentes - perfil Cooperado

	Ingressos	Desistentes			Taxa de Desistência			
		1º ano	2º ano	3º ano	1º ano	2º ano	3º ano	3 anos
Até 30 anos	335	19	77	83	5,67%	22,99%	24,78%	53,43%
Entre 30 e 40 anos	3950	57	367	630	1,44%	9,29%	15,95%	26,68%
Entre 40 e 50 anos	5247	85	561	857	1,62%	10,69%	16,33%	28,64%
Entre 50 e 60 anos	2238	22	136	272	0,98%	6,08%	12,15%	19,21%
Mais de 60 anos	67	4	10	10	5,97%	14,93%	14,93%	35,82%
Total Geral	11837	187	1151	1852	1,58%	9,72%	15,65%	26,95%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Os dados referentes ao gênero dos desistentes, revelam uma desistência maior entre as mulheres no perfis CRM Brasil e Cooperado, e uma desistência maior de homens no perfil Intercambista Individual (Tabelas 32,33 e 34).

Tabela 32 - Gênero desistentes - perfil CRM Brasil

	Ingressos	Desistentes			Taxa de Desistência			
		1º ano	2º ano	3º ano	1º ano	2º ano	3º ano	3 anos
MULHER	7084	2313	1345	1032	32,65%	18,99%	14,57%	66,21%
HOMEM	6420	1989	1088	872	30,98%	16,95%	13,58%	61,51%
Total Geral	13504	4302	2433	1904	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 33 - Gênero desistentes - perfil Intercambista Individual

	Ingressos	Desistentes			Taxa de Desistência			
		1º ano	2º ano	3º ano	1º ano	2º ano	3º ano	3 anos
MULHER	1845	87	131	138	4,72%	7,10%	7,48%	19,30%
HOMEM	2236	138	150	175	6,17%	6,71%	7,83%	20,71%
Total Geral	4081	225	281	313	5,51%	6,89%	7,67%	20,07%

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Tabela 34 - Gênero desistentes – perfil Cooperado

	Ingressos	Desistentes			Taxa de Desistência			
		1º ano	2º ano	3º ano	1º ano	2º ano	3º ano	3 anos
MULHER	6915	107	720	1105	1,55%	10,41%	15,98%	27,94%
HOMEM	4922	80	431	747	1,63%	8,76%	15,18%	25,56%

Total Geral	11837	187	1151	1852	1,58%	9,72%	15,65%	26,95%
--------------------	--------------	------------	-------------	-------------	--------------	--------------	---------------	---------------

Elaboração própria com base em SGP/Ministério da Saúde (2022).

Considerando que a enorme maioria dos médicos dos perfis CRM Brasil e Intercambista Individual são de nacionalidade brasileira, e os profissionais cooperados de nacionalidade cubana, os aspectos sócio-culturais-demográficos dos países devem ser sopesados para analisar esses resultados de gênero e faixa etária dos desistentes do PMMB.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos possibilitou analisar a eficácia dos fatores promotores da retenção e fixação de médicos participantes do Projeto, evidenciar fatores e condicionantes que mais influenciaram os médicos na decisão de se desligarem do Projeto, bem como identificar possíveis novas estratégias de intervenção que podem ser aplicadas à realidade brasileira, no contexto das políticas públicas de provimento de profissionais da saúde.

Para introduzir a análise das desistências do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), foi realizada uma revisão bibliográfica, por meio da qual o Programa foi inserido em seu contexto histórico, social, econômico e político, desde a sua origem analisando-se as possíveis causas da escassez e má distribuição de médicos no País, e já trazendo alguns resultados de implantação. No capítulo 2, foram descritas as regras do Programa e mecanismos de atração dos médicos no PMMB. Ficou evidente que as desigualdades socioeconômicas do Brasil estão na raiz da questão e atravessam todas as áreas de conhecimento associadas, como a gestão de trabalho e educação em saúde, regulação da força de trabalho médico, formação médica, e nos mais diversos fatores estruturais que levam os médicos a se concentrarem em algumas localidades.

Desta forma, fica claro que as Políticas Públicas voltadas para a promoção da equidade e redução das desigualdades no acesso a saúde, devem perseguir a diminuição das desigualdades socioeconômicas, priorizando as populações mais pobres e vulneráveis que vivem nas regiões mais remotas, de difícil acesso, os municípios com menor poder econômico e com as maiores iniquidades sociais. Ainda que as Políticas de Provimento Médico consigam minimizar as desigualdades de acesso à saúde, as grandes desigualdades sociais no País se apresentam como uma forte barreira, devendo as Políticas Públicas de Saúde andar juntas com o combate à pobreza e à concentração desigual de renda.

No capítulo 3, as desistências no PMMB foram analisadas qualitativa e quantitativamente. Foram estimadas as taxas de desistências no PMMB, o tempo médio de permanência dos médicos participantes e traçado o perfil dos médicos desistentes, para os médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no País, com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM Brasil), e os médicos formados no exterior (Intercambistas Individuais e Cooperados).

A taxa de desistências no PMMB foi calculada geograficamente por Unidade Federativa, Classificação Municipal de Vulnerabilidade, Região e Brasil. Os resultados revelaram que a maior incidência de desistências é encontrada no perfil CRM Brasil, com a taxa geral média de 64% nos três primeiros anos do Projeto, havendo 32% de desistência no primeiro ano de participação, 18% no segundo e 14% no terceiro ano. Os médicos cooperados apresentam uma taxa de desistência, nos três primeiros anos, de 27% dos ingressos, seguida da menor taxa de 20% pelos médicos Intercambistas Individuais, normalmente médicos brasileiros formados no exterior. Os médicos cooperados apresentaram a menor taxa anual, com apenas 2% de desistências no 1º ano de participação.

Inversamente ao que acontece com o perfil CRM, no caso dos Cooperados e Intercambistas Individuais, o primeiro ano de participação apresenta uma baixa desistência e a taxa vai aumentando nos anos seguintes. A taxa de desistência no 1º, 2º e 3º dos Cooperados é respectivamente de 2%, 10% e 16% e dos médicos Intercambistas Individuais de 6%, 7% e 8%.

A maior taxa entre os médicos CRM Brasil já era um resultado esperado. Afinal, os médicos formados no exterior se não tiverem seus diplomas revalidados, não possuem habilitação para exercer a Medicina no País, a não ser pelo PMMB, através do Registro Único emitido pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, enquanto que para os médicos formados no exterior o PMMB se apresenta, muitas vezes, como oportunidade única de exercer a medicina no País, no caso dos profissionais CRM Brasil, o PMMB “concorre” com o mercado de trabalho público e privado.

As baixas taxas de desistências pelos profissionais cubanos também já eram aguardadas, em boa parte pelos acordos e regulamentações estipuladas pela cooperação entre o governo brasileiro e o de Cuba, e entre o governo de Cuba e os médicos cubanos, os quais estabeleceram regras e incentivos para garantir o máximo de permanência dos profissionais no prazo vigente. E somam-se aspectos culturais, políticos e econômicos de Cuba que envolvem o modelo de cuidado à saúde, voltado para ação comunitária e preventiva, o que por si só favorece a longitudinalidade da assistência.

Regionalmente, constatou-se, considerando os três anos, maior taxa de desistência pelo perfil CRM Brasil nas regiões Sudeste (70,68%), Norte (64,38%) e Sul (63,97%) com médias superiores ou igual à nacional (63,97%). Em contraste, a menor taxa foi evidenciada também na região Norte (18,15%) pelos Intercambistas Individuais, abrangendo os três anos.

Em consonância, Magnago e Pierantoni (2014) apontam que a maior rotatividade de médicos brasileiros está nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, e isso pode decorrer da existência de um mercado de trabalho mais concorrido, especialmente no que tange à Atenção Básica, que passou a ser gerida, em grande medida, nos grandes municípios dessas regiões, por Organizações Sociais (OS), que oferecem maiores salários e diferentes estímulos para a atração desses profissionais (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014; CARNEIRO JUNIOR, 2011). A baixa desistência pelos Intercambistas

Individuais na região Norte pode estar relacionada à dependência desses em relação ao PMMB para exercerem medicina no País, até que revalidem o diploma.

Por outro lado, no Nordeste houve a menor taxa de desistência (61,99%) pelos médicos de perfil CRM Brasil dentre as regiões, o que pode ser um reflexo da Política Pública voltada para a Atenção Primária estar mais consolidada nesta região. O Nordeste foi desde o início a região priorizada pelo Programa Saúde da Família e apresenta a maior cobertura de atenção primária à saúde. Segundo os dados divulgados pela Secretaria de Atenção Primária à saúde do Ministério da Saúde, em maio de 2022, a cobertura da Atenção Primária no Nordeste é de 85,56%, enquanto o Sudeste tem a menor cobertura, 64,74% (SAPS, 2022).

Comparando-se o tempo médio de permanência entre os perfis de profissionais no Projeto, percebeu-se que os intercambistas, além de apresentarem as menores taxas de desistências, também permanecem por mais tempo no Projeto. Nos 3 primeiros anos de participação, os intercambistas ficaram em média 2 (dois) anos e 6 (seis) meses, os cooperados por 2 (dois) anos e 7 (sete) meses, e o perfil CRM Brasil em tempo bem inferior de por 1 (um) ano e 8 (oito) meses. Conclui-se desses resultados que o provimento de profissionais intercambistas na Atenção Primária, se mostra como uma estratégia importante e eficaz quanto ao alcance de maior fixação, longitudinalidade e diminuição da rotatividade dos médicos.

Referente ao perfil dos médicos desistentes, revelou-se que os médicos na faixa etária de até 30 anos são os que mais desistiram do Programa no primeiro ano, representando 46% dos médicos desistentes, e 84% nos 3 (três) anos, confirmando-se a hipótese de que muitos egressos do curso de medicina, nesta faixa etária, se desligaram do Projeto devido à aprovação em residência médica, principal motivação de desistência no PMMB. Os dados referentes a gênero, revelam uma desistência maior entre as mulheres nos perfis CRM Brasil e Cooperado, e uma desistência maior de homens no perfil Intercambista Individual.

As justificativas de desistência foram analisadas e classificadas em 9 (nove) categorias e 32 (trinta e duas) subcategorias, e, quantificadas na seguintes ordem: Capacitação/Qualificação, 41,7% (n=417); Fatores Pessoais/Qualidade de Vida, 24,8%, (n=248); Fatores Profissionais, 16,6% (n=166); Motivos de Saúde, 7,6% (n=76); Relacionamento com a Comunidade, Gestores Municipais e/ou Equipes (Reconhecimento Profissional), 3,9% (n=39); Condições de Trabalho, 3,8% (n=30); Segurança e Violência, 1,0% (n=10); Bolsa-Formação e Benefícios do PMMB, 0,7%, (n=7); Outros 0,7%, (n=7), conforme descritos e analisados no item 3.1.

Os resultados apontaram que grande parte das desistências (42%) são provenientes de médicos que ingressaram no PMMB até serem aprovados em Programa de Residência Médica. No entanto, grande parte desses médicos não procuram se especializar em Medicina de Família e Comunidade, indicando que esses médicos irão atuar em outros níveis de atenção, fora da Atenção Primária. Fica evidenciada a importância da valorização da medicina voltada para o SUS e do incentivo à especialização e Residência em Medicina de Família e Comunidade, para que os médicos não vislumbrem o Programa e a atenção primária apenas como uma experiência temporária. Desde a graduação em Medicina, faz-se necessário refletir esses aspectos formativos, bem como sobre o papel do Estado em alterar as bases de ensino da formação médica.

Neste ponto, o Programa Mais Médicos representou um novo marco regulatório da formação médica, o que significa dizer que foi construído um arcabouço legal inédito desse tema, e o Estado passou a exercer um papel regulatório importante. As mudanças no conteúdo da graduação, criação e interiorização de novos cursos de medicina, universalização da residência médica e valorização da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, já provocaram importantes avanços e mudanças que já estão refletindo e vão repercutir a médio e longo prazo, na fixação dos médicos na Atenção Primária das regiões prioritárias do SUS.

No entanto, embora o PMM tenha investido nessas frentes, o governo iniciado em 2018 interrompeu os avanços relacionados às mudanças na formação médica do PMM. Além da revogação dos artigos que tornavam a Residência de Medicina de Família e Comunidade como requisito para outras especialidades, a expansão de vagas da graduação e residência médica encontra-se praticamente paralisada, em um país com enorme carência de médicos e, mais especificamente, médicos especialistas qualificados para atuar na Atenção Primária do

País. Nesse contexto, os desafios colocados para a expansão da Atenção Primária, tornam-se muito maiores.

Em relação à graduação, existe ainda o desafio histórico de transformação dos cursos tradicionais de medicina, cujas estruturas permanecem rígidas e professores, alguns com inserções pontuais ao longo do semestre letivo, que não se interessam por uma nova formação e seguem reproduzindo formatos que não dialogam com as necessidades sociais, em modelos ainda pautados pelo mercado (OLIVEIRA, 2018).

A formação descolada das necessidades sociais ainda é uma realidade e deve ser revista e, mais que isso, precisa demonstrar que a escola médica está comprometida com a melhoria da situação de saúde nas comunidades em que está inserida. É fundamental que a educação médica seja pensada do ponto de vista da responsabilidade social, no planejamento da força de trabalho nos sistemas de saúde.

Os outros fatores de desistência, foram apresentados, em sua maioria, em justificativas multifatoriais. Fatores envolvendo aspectos pessoais, como vínculos familiares, retorno à cidade de origem, aspectos relacionados a infraestrutura municipal ou à adaptação ao município, longas distâncias do município de residência ao de atuação, outras oportunidades de trabalho mais atraentes, questões relacionadas a condições de trabalho e relacionamento com a gestão municipal, equipe de saúde e usuários aparecem, muitas vezes, de forma combinada.

O presente estudo não abrangeu o tempo de prorrogação dos médicos, devido a limitação temporal, considerando que somente os médicos que ingressaram até 2016 teriam concluído a prorrogação em 2022. Dessa forma, teriam que ser excluídos da amostra os médicos que entraram de 2016 a 2019, um quantitativo estatisticamente significativo. Futuramente os resultados podem ser revistos considerando o tempo de prorrogação dos médicos. Em relação ao perfil dos profissionais desistentes, a pesquisa limitou-se à análise de idade e gênero, mas abre a possibilidade para que diversos aspectos relevantes de perfil sejam explorados em pesquisas futuras, como nacionalidade dos médicos, naturalidade ou local de residência, comparando-se ao local de atuação, formação em especialização e residências, dentre inúmeras abordagens que podem contribuir substancialmente na análise.

As justificativas de desistência do Programa Mais Médicos, podem ter uso como indicadores de relevância no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Programa, e para refletir em melhorias da Política. A Nota Técnica Nº 145/2022-CGPROP/DESF/SAPS/MS, foi elaborada a partir dos resultados encontrados nesta

pesquisa, para promover melhorias no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) no módulo de solicitação de desligamento médico no Projeto Médicos pelo Brasil (PMMB).

As opções de "motivos" de desligamento disponíveis atualmente no SGP para os médicos, se mostram incompletas e insuficientes frente a complexa realidade dos médicos no Programa Mais Médicos. Desta forma, é fundamental que seja considerado, além do campo aberto para justificativa, um novo escopo de motivos, com categorias e subcategorias, para que os profissionais tenham condições de dar um bom feedback das razões que os levaram a decidir se desligar do Projeto.

Assim, sugere-se, por meio da Nota Técnica, o conjunto das 9 (nove) categorias e 32 (trinta e duas) subcategorias e o campo "outros", conforme especificadas na Tabela 3, em substituição às opções disponíveis atualmente no Sistema. As categorias e subcategorias devem ser opcionais e apresentadas aos médicos, para seleção de múltipla escolha, de modo que o profissional possa selecionar mais de uma categoria e subcategorias simultaneamente. Embora sejam opcionais, os médicos devem selecionar pelo menos uma categoria e subcategoria, obrigatoriamente. O campo aberto para a descrição da justificativa deve permanecer, oportunizando aos médicos que detalhem e apresentem as razões da decisão de desligamento com maior complexidade, e possibilitando à Coordenação do Projeto uma análise qualitativa ainda mais consistente.

Resta claro que receber o feedback dos médicos em relação às atividades de ensino-serviço desenvolvidas no PMMB, é essencial para o bom andamento do Projeto e desenvolvimento de melhorias. Os resultados encontrados neste estudo podem servir para subsidiar o desenho de estratégias futuras que visam promover a permanência dos médicos no PMMB, mitigando situações que influenciam o médico a desistir do Projeto.

Os estudos relacionados às desistências de médicos participantes de políticas públicas de provimento ainda são incipientes, merecendo novas análises complementares e ainda mais detalhadas sobre essa temática. No entanto, o presente estudo traz dados inéditos e relevantes sobre as desistências dos profissionais do Programa Mais Médicos, além de reafirmar e constatar, indiretamente, uma alta rotatividade dos médicos, principalmente dentre os profissionais que possuem o registro CRM, que se formam no Brasil ou tem o diploma revalidado.

O presente estudo demonstra ainda que o PMMB, além de prover médicos nas localidades onde há maior escassez desses profissionais, de ampliar a cobertura da Atenção Primária no Brasil e investir na formação e qualificação médica, nos ajuda a compreender a

rotatividade dos médicos na Atenção Primária e a entender mais sobre os fatores e mecanismos de fixação de médicos na Atenção Primária.

A fixação dos profissionais na APS ainda é um dos principais desafios para a gestão do SUS e continua sendo um entrave para a redução das desigualdades regionais em saúde. Em um modelo de saúde que se fundamenta no vínculo entre profissionais da equipe de saúde e população, essa preocupação com a retenção e a equidade na distribuição de médicos deve refletir nas políticas públicas de saúde e na produção de estudos e evidências científicas, que visam alcançar os princípios da universalidade e equidade de acesso.

REFERÊNCIAS

- ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 633-667, 2016.
- ALMEIDA, Márcio José de et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, p. 156-165, 2007.
- ALTOMARE, Marcelo. Acción social y orden social en la sociología de Giddens. 2012.
- ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge Martins; CHIESA, Anna Maria; SOUSA, Maria Fátima de. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. **Os sinais vermelhos do PSF**, 2002.
- AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 375-380, 2004.
- AMARAL, Nelson Cardoso. La educación superior brasileña: dilemas, retos y comparaciones con los países de ocde y brics. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 66, p. 717-736, 2016.
- AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, 2005, p. 136-146
- ANTUNES, Ricardo; BRAGA, Ruy. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de junho, julho de 2013. **Revista de Políticas Públicas**, v. 18, p. 41-47, 2014.
- ARAUJO, Edson; MAEDA, Akiko. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. **Health, Nutrition and Population Discussion Paper**, World Bank, 2013. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16104>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- ARCHER, Earnest R. O mito da motivação. **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança**, v. 2, p. 23-46, 1997.
- ARIAS-CASTILLO, Liliana; TORO, Cesar Brandt; FREIFER, Sandra; FERNÁNDEZ, Miguel Ángel. **Perfil do médico de família e comunidade**: definição ibero americana. Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade, 2010.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 15, p. 123-142, 2000.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Motivação**. 1986.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1103–1114, 2017.

BRASIL. **Decreto no 62.927, de 28 de junho de 1968**. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho "Projeto Rondon", e dá outras providências, 1968. Brasília: Presidência da República, 1968. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62927-28-junho-1968-404732-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto no 78.307, de 24 de agosto de 1976**. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências, 1976. Brasília: Presidência da República, 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, Imprensa Nacional, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p.18055, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL et al. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Saúde**. Brasília: Ministério da Educação, p.243-284, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

Brasil. A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: etapa 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade / MS. SGTES**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2013a.

Brasil, Ministério da Saúde. SGP. Sistema do Ministério da Saúde nos quais gestores municipais e profissionais médicos realizam adesões e inscrições nos Programas de Provisão de Médicos. 2013. In: <https://maismedicos.saude.gov.br/#:~:text=SGP%20%C3%A9%20um%20sistema%20do,e%20em%20seguida%20op%C3%A7%C3%A3o%200.> Acesso em: 2020, 2021, 2022.

BRASIL. Portaria nº 1 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de 11 de março de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: <http://www.observeh.org.br/observeh/repertorio/prtsktes.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020

BRASIL. Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC n. 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jul. 2013c.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n. 1, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2015. Disponível em: < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33254466>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n. 3, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para Brasil. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/depreps/2015/res0003_02_10_2015.html>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n. 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2015.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/res0002_26_10_2015.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Medida Provisória n. 723, de 29 de abril de 2016. Prorroga o prazo de dispensa de que trata o art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório Público Histórico de Cobertura - APS. Brasília, 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 15 jun. 2022

BULCÃO, Lúcia Grando. O Ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, p. 61-72, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Os médicos e a política de saúde: **entre a estatização e o empresariamento**, a defesa da prática liberal da medicina. 1986.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1988.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. **Revista de APS - Atenção Primária à Saúde**, v. 8, n. 2, p. 181-90, 2005.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda. **Por que o médico não fica?** satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 398-400, 2005.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; COSTA, Ieda Maria Cabral. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 971-979, 2011.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CARVALHO, Yara Maria; CECCIM, Ricardo Burg. Formação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa**. et al, 2009.

CAVANAGH, Stephen J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. **Journal of advanced nursing**, v. 17, n. 6, p. 704-711, 1992.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 373-383, 2002.

CHADWICK, Edwin. **Report... from the Poor Law Commissioners: On an Inquiry Into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain; with Appendices**. W. Clowes and sons, 1842.

CHAN, Benjamin TB et al. Factors influencing family physicians to enter rural practice: does rural or urban background make a difference?. **Canadian Family Physician**, v. 51, n. 9, p. 1246-1247, 2005.

CHEN, Lincoln *et al.* Human resources for health: overcoming the crisis. **The Lancet**, v. 364, n. 9449, p. 1984-1990, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos: o capital humano das organizações**. Rio de Janeiro: Campus: Elsevier, 2009.

CHOPRA, Mickey *et al.* Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **The Lancet**, v. 371, n. 9613, p. 668-674, 2008. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60305-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60305-0). Acesso em: 2 set. 2018.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 125-140, 2008.

CORNETTA, Vitória Kedy; MAIA, Carmen da Conceição Araújo; COSTA, Wildce da Graça Araújo. A reorganização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde e a formação de recursos humanos. **Saúde Debate**, n. 51, p. 44-49, 1996.

COSTA, A.J. et al. To stay or not to stay: factors influencing family practice residents' choice of initial practice location. *Fam. Med.*, v. 28, n. 3, p. 214-219, 2006.

CRUZ, E. M. L.; UZCÁTEGUI, A. G; VALERA, N. M. Novas experiências de internato entre academia, comunidade, e serviços de saúde. *In*: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS C, Manuel (org.). **A Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf. Acesso em: 19 mar. 2022.

DACHS, J. Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 641-657, 2002.

DAL POZ, Mario Roberto; VARELLA, Tereza Christina. Estudo de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. *In*: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Recursos Humanos em Saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.75-106, 1995.

DAL POZ, Mário Roberto. Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e a sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal. 1996.

DAL POZ, Mário Roberto. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 88-90, 2002.

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1924-1926, 2013.

DEJOURS, Christophe et al. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**, v. 1, p. 149-174, 1996.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. FGV Editora, 1999.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1613-1624, 2013.

DIELEMAN, Marjolein et al. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. **Human resources for health**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2003.

DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, PNUD Relatório. Além do rendimento, além das médias, além do presente: Desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**, 2019.

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 379-385, 2010.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

DUFFRIN, Christopher et al. Factors associated with placement of rural primary care physicians in North Carolina. **Southern medical journal**, v. 107, n. 11, p. 728-733, 2014.

EBUEHI, Olufunke M.; CAMPBELL, Princess C. Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: a case study of four LGAs in Ogun State, Nigeria. **Rural and remote health**, v. 11, n. 1, p. [41]-[51], 2011.

ELO, Irma T. Diferenciais de classes sociais em saúde e mortalidade: Padrões e explicações em perspectiva comparativa. **Revisão anual de sociologia**, v. 35, p. 553-572, 2009.

e-MEC - 2 v.5.855.5-7146. Disponível em: <<https://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2022

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Sinais de Mercado: admissões por 1º emprego formal (RAS/TEM) e egressos de medicina**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFGM, 2011.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFGM, 2012. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em Atenção Básica em Saúde**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2014. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Dimensionamento%20da

%20estrutura%20e%20din%C3%A2mica%20do%20mercado%20de%20trabalho%20em%20AB%20em%20Sa%C3%BAde%20(Rel%20Final).pdf. Acesso em: 29 mar. 2022.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil**. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFMG; 2015. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

ESTEFANO, Elizete Vieira Vitorino. **Satisfação dos recursos humanos no trabalho**: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Pós Graduação em Engenharia de Produção, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1996.

FELIPE, J. S. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 483- 504, out./dez. 1987.

FERLA, Alcindo et al. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica e no cotidiano do Sistema Único de Saúde: desenvolvimento do trabalho e redução de iniquidades. In: TELLES, Helcimara Souza. (Org.). **Mais Médicos**: As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019. p. 263

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz et al. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 2, p. 51-71, 1998.

FIOCRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 13 jun. 2020.

FLEK, Marcelo Pio de Almeida (coord.). **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia. A integralidade das Práticas dos Médicos Cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Pública**, v. 34, n. 9, 2018.

FRENK, Julio et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**; 111 (6), dic. 1991, 1991.

FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, [s.l.], v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Petição Cadê o Médico?** Frente Nacional de Prefeitos promove petição eletrônica por mais médicos no SUS. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>. Acesso em: 23 set. 2020.

GARCIA, Beatriz; ROSA, Leonardo; TAVARES, Rafael. Projeto mais médicos para o Brasil: apresentação do programa e evidências acerca de seu sucesso. **Informações Fipe**, mar. 2014. Disponível em: https://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et al.pdf. Acesso em: 21 mai. 2022.

GIDDENS, Anthony. A sociologia da saúde e da doença. 2012.

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaías Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. São Luís: EDUFMA, 2016.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 4, 2013.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, v. 8, n. 15, p. 67-85, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau (coord.). **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à política nacional de promoção da segurança assistencial em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFGM, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2014.

GIRARDI, Sabado N.; FERNANDES JR, Hugo; CARVALHO, Cristiana Leite. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 1, n. 2, p. 1-21, 2000.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. 2002. p. 221-256.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristina Leite. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: **Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises**. 2003. pág. 157-190.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; ARAÚJO, Jackson Freire; FARAH, Jaqueline Medeiros; WAN DER MAAS, Lucas; CAMPOS, Luis Antonio Bonolo de. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: PIERANTONI, Celia R.; DAL POZ, Mario R.; FRANÇA, Tania (org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: ObservaRH, p. 171-186, 2011.

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (GHW). **Mid-level workers for delivery of Essential Health Services: a global and systematic review and country experiences**. World Health Organization, p.19, dez. 2012.

GOMES, Luciano Bezerra. **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por**

fora delas. 2016. Tese de Doutorado (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, p. 1103-1114, 2017.

GROBLER, Liesl; MARAIS, Ben; MABUNDA, Sikhumbuzo. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in underserved communities. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. 1, p. 3–5, 2005. Disponível em: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005314/frame.html>. Acesso em: 2 set. 2018.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. edições Loyola, 1992.

HERZBERG, Frederico. O conceito de motivação-higiene e os problemas da mão-de-obra. **Administração de Pessoal**, 1964.

HERZBERG, Frederico. Novamente: Como se faz para motivar funcionários? In: BERGAMINI, C. W. & CODA, R. (Orgs.) *Psicodinâmica da vida organizacional – motivação e liderança*. 2ª edição, São Paulo: Ed. Atlas, 1997, p. 108-129.

HOUSE, James S. et al. Estratificação social, idade e saúde. In: **Envelhecimento, comportamentos de saúde e resultados de saúde**. Psychology Press, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua** (PNAD Contínua). 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2019_4tri.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

KETZ DE VRIES, M. F. R.; MILLER, D. Narcisismo e Liderança. In: KETZ DE VRIES, M. F. R.; MILLER, D. *Imaginário e liderança*. São Paulo: Atlas, 1995.

LAHELMA, Eero. Health and social stratification. **The Blackwell companion to medical sociology**, p. 64-93, 2001.

LAVEN, Gillian; WILKINSON, David. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. **Australian Journal of Rural Health**, v. 11, n. 6, p. 277-284, 2003.

LEHMANN, Uta; DIELEMAN, Marjolein; MARTINEAU, Tim. Staffing remote rural areas in middle-and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2008.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo. Social conditions as fundamental causes of disease. **Journal of health and social behavior**, p. 80-94, 1995.

LOPES, Tomas de Vilanova Monteiro. **Motivação no trabalho**. FGV, Instituto de Documentação, Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1980.

MACHADO, Maria Helena (Org.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

MACHADO, Maria Helena et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil**: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992.

MACHADO, Maria Helena. **Perfil dos médicos no Brasil**: Brasil e Grandes Regiões em números. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996

MACHADO, Martha de Toledo et al. A proteção constitucional de crianças e adolescentes e os direitos humanos. 2002.

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil — algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132

MACIEL FILHO, Romulo. **Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Cereus**, v. 6, n. 1, p. 03-18, 2014.

MAHEIRIE, Katia. **Agenor no mundo: um estudo psicossocial da identidade**. Letras Contemporâneas, 1994.

MAHEIRIE, Kátia. Processo de criação no fazer musical: uma objetivação da subjetividade, a partir dos trabalhos de Sartre e Vygotsky. **Psicologia em estudo**, v. 8, p. 147-153, 2003.

MARCONDES, Danilo. **Iniciação à história da Filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

MARINS J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. Rio de Janeiro: ABEM, Fiocruz; 2004

MARMOT, Michael G.; KOGEVINAS, Manolis; ELSTON, Mary A. Social/economic status and disease. **Annual review of public health**, v. 8, n. 1, p. 111-135, 1987.

MARMOT, Michael. Explicações para as desigualdades sociais em saúde. **Sociedade e saúde**, 1995.

MARQUEZE, Elaine Cristina; MORENO, Claudia Roberta de Castro. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 30, p. 69-79, 2005.

MARTINEZ, Maria Carmem. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. **São Paulo**, 2002.

MARTINS, Milton de Arruda; SILVEIRA, Paulo Sérgio Panse; SILVESTRE, Daniel. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções**. São Paulo, PROADI-SUS, 2012.

MAYO, Elton. **Os problemas humanos de uma civilização industrial**. Nova York, 1960.

MEDEIROS, Kátia Rejane de; TAVARES, Ricardo Antônio Wanderley. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a Lei de Responsabilidade Fiscal. **Divulg. saúde debate**, p. 56-64, 2012.

MEDINA, Maria Guadalupe; ALMEIDA, Patty Fidelis de; LIMA, Juliana Gagno; MOURA, Débora; GIOVANELLA, Lígia. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde debate** (online), v. 42, p. 346-360, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s124>. Acesso em: 01 set. 2020.

MELLO, Carlos Gentile de. **O sistema de saúde em crise**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário, o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-91

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lúcia Andrade da; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>. Acesso em: 01 jan. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2002.

NERI, Marcelo Cortes. **A nova classe média: o lado brilhante da base da pirâmide**. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

NEY, M.S. **Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família**. 2009. 122p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 30-42, 2015.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; LIMA, Sara Fiterman; PEREIRA, Marina Uchoa Lopes; PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de. **As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

OLIVEIRA, Felipe Proenço; PINTO, Hêider Aurélio. A formulação e implementação do Programa Mais Médicos e a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba. **Saúde em Redes**, Rede Unida, [s.l.], v. 4, n. 4, p. 33-47, 2018.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de; VANNI, Tazio; PINTO, Hêider Aurélio; SANTOS, Jerzey Timoteo Ribeiro dos; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; ARAÚJO, Sidclei Queiroga de; MATOS, Mateus Falcão Martins; CYRINO, Eliana Goldfarb. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação** (Botucatu), v. 19, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832015000300623&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 11 jan. 2020.

OMRAM, Abdel R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana. **OPS Publicación Científica**, Washington, v. 324, 1976.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. AdSAÚDE – Série Temática n. 1.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: revista de saúde Coletiva**, v. 18, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, Celia Regina. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Rio de Janeiro, 2000.

PIERANTONI, Celia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; GIRARDI, Sábado. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em Saúde. In: **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. 2012. p. 157-168.

PIERANTONI, Celia Regina et al. **Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil**. Saúde em Debate, v. 39, p. 637-647, 2015.

PINTO, Hêider Aurélio et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n.1, 2017.

PINTO, Hêider Aurélio. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. Saúde em Redes, rede unida, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018. PINTO, Hêider Aurélio. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, rede unida, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018.

PINTO, Hêider Aurélio et al. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, n. 1, 2019.

PINTO, Hêider Aurélio. **Reflexões: a Denem como escola**. Minas Gerais: Mimeo, 2000a.

PINTO, Hêider Aurélio. **Serviço Civil Obrigatório e a interiorização da saúde**. Minas Gerais: Mimeo, 1999.

PINTO, Hêider Aurélio. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: conexão para a produção de saberes e as práticas**. Série Atenção Básica e Educação na Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2016

PINTO, Hêider Aurélio. **O que tornou o mais médicos possível?: análise da entrada na agenda governamental e da formulação do programa mais médicos**. 2021. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2021.

PINTO, José Marcelino de Rezende. O acesso à educação superior no Brasil. Educação & Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 88, p. 727-756, 2004.

POCHMANN, Marcio. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. **Estudos avançados**, v. 23, p. 41-52, 2009.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006.

REBOLHO, Ricardo Collar; POLI NETO, Paulo; PEDEBOS, Lucas Alexandre; GARCIA, Leandro Pereira; VIDOR, Ana Cristina. Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1265-1274, 2021.

REDE OBSERVATÓRIO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos**. 2015. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>. Acesso em: 03 fev. 2020.

REGO, Sérgio; MACHADO, Maria Helena. Formação Médica no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil: avaliações e perspectivas. In: MACHADO, M. H. et al. (Org.). **O PMM e a Atenção Básica**. Curitiba: Editora Prismas, 2017. p. 155–176

RIBAS, Antonio Neves; SILVA, Diego Ferreira Lima; DIAS, Anderson Sales. Programa Mais Médicos: quando, como e por que ele surgiu? In: TELLES, Helcimara (org.). **Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

RIBEIRO, Iramara Lima; MEDEIROS JÚNIOR, Antônio. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 33-53, jan./abr. 2016.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga; OUVENEY, Assis Maffort; PINTO, Luiz Felipe; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1777-1789, 2018.

RIOS, David Ramos da Silva; TEIXEIRA, Carmen. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saúde e Sociedade**, v. 27, 2018.

RISTOFF, Dilvo. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 723-747, 2014.

ROSA, Fabio Gonçalves. **O controle externo da atividade policial pelo Ministério Público: tensões e contradições no percurso de adequação das agências de segurança pública ao padrão do Sistema Interamericano de Direitos Humanos**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

ROCHA, Vinicius Ximenes Muricy. Reformas na Educação Médica no Brasil: **Estudo Comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2001 e 2014**. 2017. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Rio de Janeiro, 2017

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, p. 1147-1166, 2013.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H. Atração e retenção do profissional médico e os desafios para a Estratégia Saúde da Família. **XXXIV Encontro da ANPAD**, p. 25-29, 2010.

ROURKE, John T.; BOYER, Mark A. **International politics on the world stage**. New York: McGraw-Hill, 2008.

ROVERE, Mário R. El Programa Más Médicos: um análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 54, n. 19, p. 635-636, 2015.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 26, p. 27-55, 2011.

SARTI, Thiago Dias; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-5, 2018.

SARTRE, Jean-Paul; MAIRET, Philip. **Existentialism and humanism**. London: Methuen, 1960.

SARTRE, Jean-Paul. **Huis clos**. Psychology Press, 1987.

SCALON, Celi. Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate. **Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar**, v. 1, n. 1, p. 49-49, 2011.

SCALON, Celi; SALATA, André. Uma nova classe média no Brasil da última década?: o debate a partir da perspectiva sociológica. **Sociedade e estado**, v. 27, p. 387-407, 2012.

SCALON, Celi; SALATA, André. Desigualdades, estratificação e justiça social. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 16, p. 179-188, 2016.

SCHEFFER, Mário. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil 2013**. Equipe de pesquisa: CASSENOTE, Alex et al. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2013.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; GUILLOUX, Aline Gil Alves; BIANCARELLI, Aureliano; MIOTTO, Bruno Alonso; MAINARDI, Giulia Marcelino. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCHEFFER, Márcio. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil em 2020**. Equipe de pesquisa: CASSENOTE, Alex et al. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2020.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **El médico y la Medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI / Lilia Blima Schraiber**. Lánus: Remedios de Escalada, De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

SCHRAIBER, Lilia Blima. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 11, p. 57-64, jan./mar., 1995.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Os desafios teóricos na saúde: reflexões acerca de modelos assistenciais. 1992.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educación Medica y Salud**, v. 27, p. 295-313, 1993.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SMEDLEY, Brian D. et al. Compreender e reduzir as disparidades socioeconômicas e raciais/étnicas na saúde. In: **Promovendo a saúde: estratégias de intervenção a partir da pesquisa social e comportamental**. National Academies Press (EUA), 2000.

SORDI, Mara Regina Lemes De. A formação médica socialmente referenciada e as políticas mercadológicas de regulação da qualidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e180712, 2019.

SOUZA, Heloiza Machado de. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Avila. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo; SOBRAVIME; Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-240.

SOUZA, Leonardo de. **Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina**. 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014

SOUSA-POZA, Alfonso; SOUSA-POZA, Andrés A. Taking another look at the gender/job-satisfaction paradox. **Kyklos**, v. 53, n. 2, p. 135-152, 2000.

STORTI, Moysés Martins Tosta; OLIVEIRA, Felipe Proença de; XAVIER, Aline Lima. La expansión de plazas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad por municipios y el Programa Más Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1301-1314, 2017.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, Ana Cristina Sousa Van; MASSOTE, Alice Werneck; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI, Sábado Nicolau. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis – Revista de Saúde Coletiva** 27

(01). 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n1/147-172/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 15-28, 1999.

TELLES, Helcimara; SILVA, Arthur Leandro Alves da; BASTOS, Camila. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. **Caderno CRH**, v. 32, p. 101-123, 2019.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, dez. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. [Relatório Técnico de Projeto]. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Relatório final: Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010**. [Relatório Técnico de Projeto]. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: [http://epsm.nescon.Medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profissoes%20de%20nivel%20superior%20no%20Brasil%20\(Rel.Final\).pdf](http://epsm.nescon.Medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profissoes%20de%20nivel%20superior%20no%20Brasil%20(Rel.Final).pdf). Acesso em: 10 fev. 2020

VROOM, Victor Harold; DECI, Edward L. (Ed.). Management and motivation. London, UK: Penguin, 1989.

WALTON-ROBERTS, Margaret. Migration: the mobility of patients and health professionals. In: LUNT, Neil; HORSFALL, Daniel; HANEFELD, Johanna. **Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility**. Edward Elgar Publishing, 2015.

WASKO, Kelvin; JENKINS, Jaqueline; MEILI, Ryan. Prática médica na zona rural de Saskatchewan: fatores no recrutamento e retenção de médicos. *Jornal Canadense de Medicina Rural*, v. 19, n. 3, pág. 93, 2014.

WILSON, N. W. et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. **Rural Remote Health**, v. 9, n. 2, p. 1060, 2009.

WORD HEALTH ORGANIZACION. **Increasing acces to health workers in remote and rural áreas through improved retentions: global policy recommendations**. Geneva: WHO, 2010.

YOUNG, Aaron; CHAUDHRY, Humayun; THOMAS, Jon; DUGAN, Michael. A Census of Actively Licensed Physicians in the United States, 2012. **Journal of Medical Regulation**, v. 99, n. 2, p.11-24, 2012.

ZANELLA, Andréa Vieira. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em estudo**, v. 9, p. 127-135, 2004.

ANEXOS

ANEXO I

(Nota Técnica Ministério da Saúde)

SEI/MS - 0027879830 - Nota Técnica

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimi...



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 145/2022-CGPROP/DESF/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Melhorias no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) na solicitação de desligamento médico no Projeto Médicos pelo Brasil (PMMB).

2. DESLIGAMENTO DOS MÉDICOS NO PMMB

2.1. Os médicos podem encerrar a sua participação no PMMB de três formas:

I - **Encerramento das Atividades:** Encerramento ao término do prazo de participação, normalmente de 3 (três) anos, a depender do edital de adesão, e no caso de prorrogação, até o prazo de 6 (seis) anos, sendo responsabilidade da CGPROP acompanhar a data de término para efetuar o desligamento no SGO e do médico e da gestão municipal para interrupção das atividades.

II - **Desligamento Administrativo (Processo Administrativo Disciplinar):** Nos casos de denúncia ao profissional participante de abandono do Projeto, faltas, condutas clínicas inadequadas e demais condutas disciplinares, a Coordenação do Projeto procede com a abertura de processo administrativo para apurar os fatos e proferir decisão através de parecer técnico, cuja decisão, entre outras, poderá ser a aplicação da penalidade de desligamento administrativo.

III - **Desligamento Voluntário (Desistência):** É permitido ao médico que se desligue do PMMB a qualquer tempo antes do término das atividades (desistência). Para isso, é obrigatório que faça o seu pedido de desligamento através do SPG, o qual será analisado pela Coordenação do Projeto.

IV - **Desligamento judicial:** quando o profissional ingressa no PMMB por liminar judicial e esta é suspensa.

2.2. Na hipótese de desligamento voluntário em prazo inferior a 180 (cento e oitenta) dias, pode ser exigida do médico a restituição dos valores recebidos para ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária.

2.3. As três formas de desligamento são responsabilidades da Coordenação-Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária (CGPROP)/DESF/SAPS/MS no SGP, ou seja, é a esta Coordenação quem analisa e efetua todos os desligamentos. Já a solicitação, pode ser feita pelo médico, pelo gestor municipal ou pela própria Coordenação-Geral.

2.4. No caso de desligamento voluntário (Desistência), o médico acessa o sistema, com seu login e senha, e registra o pedido de desligamento, que será analisado e deferido ou indeferido pela

CGPROP. Além do médico, o gestor municipal também pode solicitar o desligamento do(s) médico(s) que atuam no Município, pelo SGP, também encaminhada para a análise da CGPROP.

2.5. Em quaisquer perfis de acesso, seja pela equipe técnica da CGPROP, Médico ou Gestor Municipal, as seguintes informações são solicitadas atualmente no Sistema:

Tabela 1 - INFORMAÇÕES REQUISITADAS NO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO MÉDICO NO SGP

A	Data de encerramento das atividades (campo obrigatório);
B	Motivo (escolha única e fechada, ou seja, não é possível optar por mais de um motivo) (campo obrigatório): • A PEDIDO • APROVAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO • APROVAÇÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA • CONCLUSÃO DE PROGRAMA • PROCESSO ADMINISTRATIVO • ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES • INCOMPATIBILIDADE DE CH • JURÍDICO • MOTIVOS DE SAÚDE • MOTIVOS PESSOAIS • OUTROS
C	Justificativa em campo aberto-descritivo (campo obrigatório); e
D	Anexar arquivos (opcional)

Fonte: SGP, 06 de julho de 2022

2.6. As modalidades de "Processo Administrativo", "Encerramento das atividades" e "Jurídico", competem à Coordenação-Geral, que faz a tanto a solicitação no SGP, quanto a efetivação.

3. AÇÕES CORRETIVAS

3.1. A opção "a pedido" é uma modalidade de desligamento análoga ou sinônima ao desligamento voluntário, quando o médico solicita o desligamento, portanto, não se trata de motivação/justificativa de desligamento. Como, nesta situação, o médico acessa o SGP e realiza a solicitação, que é encaminhada para a análise da CGPROP, sugere-se que seja feita a exclusão desta opção no campo dos "motivos", para todos os perfis de acesso.

3.2. O "encerramento das atividades", ocorre, como já mencionado, quando o profissional chega ao término do prazo de participação, normalmente de 3 (três) anos, até o prazo de 6 (seis) anos, sendo responsabilidade da CGPROP efetuar o desligamento no SGP. Esta opção não cabe na solicitação do médico, ou do Gestor Municipal, competindo apenas à Coordenação-Geral esta solicitação. Sugere-se, portanto, a eliminação desta opção nos perfis de acesso do médico e gestor.

3.3. Além disso, as opções "conclusão de programa" e "encerramento das atividades" são formas diferentes de dizer a mesma coisa. Assim sendo, solicita-se a supressão da opção "conclusão de programa", já que o termo "encerramento das atividades" é o mais utilizado pela equipe gestora da CGPROP.

3.4. Os desligamentos administrativos e os jurídicos, este últimos quando ocorre alguma determinação judicial, também só podem ser solicitados pela Coordenação-Geral do PMMB, sugerindo-se, assim, a exclusão dessas opções para os médicos e gestores.

3.5. Feitas essas considerações, propõe-se a adequação das informações solicitadas pelo médico no desligamento voluntário (desistência) no SGP, com a exclusão das opções tachadas no item B Tabela 2:

Tabela 2 - CORREÇÕES NAS INFORMAÇÕES SOLICITADAS AO MÉDICO NO FORMULÁRIO DO SGP DE PEDIDO DE DESLIGAMENTO VOLUNTÁRIO (DESISTÊNCIA)

A	Data de encerramento das atividades (campo obrigatório);
B	Motivo (escolha única e fechada, ou seja, não é possível optar por mais de um motivo) (campo obrigatório): • A-PEDIDO • APROVAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO • APROVAÇÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA • CONCLUSÃO DE PROGRAMA • PROCESSO ADMINISTRATIVO • ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES • INCOMPATIBILIDADE DE CH • JURÍDICO • MOTIVOS DE SAÚDE • MOTIVOS PESSOAIS • OUTROS
C	Justificativa em campo aberto-descriptivo (campo obrigatório); e
D	Anexar arquivos (opcional)

3.6. Os fatores de desistência são, em sua maioria, multifatoriais, envolvendo, de forma combinada aspectos pessoais, como vínculos familiares, retorno à cidade de origem, aspectos relacionados a adaptação ao município, como longas distâncias do município de residência ao de atuação, outras oportunidades de trabalho mais atraentes, questões relacionadas a condições de trabalho e relacionamento com a gestão municipal, equipe de saúde e usuários. Por conseguinte, sugere-se a alteração do campo de seleção de motivos (Item B), de escolha única para múltipla escolha.

Tabela 3 - MUDANÇA NO CAMPO DE MOTIVOS DE ESCOLHA ÚNICA PARA MÚLTIPLA ESCOLHA - SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO VOLUNTÁRIO

A	Data de encerramento das atividades (campo obrigatório);
B	Motivo (escolha única e fechada, ou seja, não é possível optar por mais de um motivo) (Múltipla escolha) (campo obrigatório);
C	Justificativa em campo aberto-descriptivo (campo obrigatório); e
D	Anexar arquivos (opcional)

3.7. Ao gestor municipal, cabe a denúncia de irregularidades ou descumprimento de regras, encaminhadas para a Coordenação-Geral, para que esta realize a apuração dos fatos, por meio de processo administrativo disciplinar. Neste caso, as opções apresentadas aos gestores municipais não são condizentes com as suas competências. Nesse caso, recomenda-se a exclusão de todas as opções dispostas no item B da Tabela 4, e que seja realizada uma análise de melhoria com propostas de substituição do item B, para opções que indiquem possíveis descumprimentos de regras pelo médico no PMMB.

Tabela 4 - CORREÇÕES NAS INFORMAÇÕES DO SGP REQUISITADAS AO GESTOR MUNICIPAL NO MÓDULO DE SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO MÉDICO NO PMMB

A	Data de encerramento das atividades (campo obrigatório);
B	Motivo (escolha única e fechada, ou seja, não é possível optar por mais de um motivo) (campo obrigatório): • A-PEDIDO • APROVAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO • APROVAÇÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA • CONCLUSÃO DE PROGRAMA • PROCESSO ADMINISTRATIVO • ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES • INCOMPATIBILIDADE DE CH

	• JURÍDICO • MOTIVOS DE SAÚDE • MOTIVOS PESSOAIS • OUTROS
C	Justificativa em campo aberto-descritivo (campo obrigatório); e
D	Anexar arquivos (opcional)

3.8. Na solicitação de desligamento do médico pela CGPROP, não cabe o registro da motivação/justificativa do médico em se desligar do Projeto, competindo ao médico este registro no desligamento voluntário. Sugere-se, assim, as seguintes exclusões, dentre as opções disponibilizadas no SGP, conforme tachadas no item B da **Tabela 5**, e a substituição do termo "jurídico" por "judicial", assim especificado:

Tabela 5 - CORREÇÕES NAS INFORMAÇÕES DO SGP SOLICITADAS À COORDENAÇÃO-GERAL NO MÓDULO DE SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO MÉDICO NO PMMB

A	Data de encerramento das atividades (campo obrigatório);
B	Motivo (escolha única e fechada, ou seja, não é possível optar por mais de um motivo) (campo obrigatório): • A PEDIDO • APROVAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO • APROVAÇÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA • CONCLUSÃO DE PROGRAMA • PROCESSO ADMINISTRATIVO • ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES • INCOMPATIBILIDADE DE CH • JURÍDICO-JUDICIAL • MOTIVOS DE SAÚDE • MOTIVOS PESSOAIS • OUTROS
C	Justificativa em campo aberto-descritivo (campo obrigatório); e
D	Anexar arquivos (opcional)

4. ANÁLISES DE MELHORIAS

4.1. As justificativas de desistência do PMMB, podem ter uso como indicadores de relevância no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil, e para refletir em melhorias da Política.

4.2. São inúmeros os fatores que podem estar associados às desistências dos médicos no PMMB, que podem ocorrer por motivos endógenos, como o pagamento da bolsa-formação aos médicos, ou exógenos ao Projeto na medida em que derivam também de toda problemática que envolve o provimento, fixação e a alta rotatividade dos médicos. Portanto, analisar os fatores de desistências dos médicos, além de ajudar a avaliar e propor melhorias nas ações do PMMB, ajuda a refletir todas as questões implicadas à Atenção Primária, até porque os médicos participantes integram uma equipe da Saúde da Família. Desta forma, analisar as desistências dos médicos, é também avaliar a Atenção Primária e, de forma indireta, ajuda a entender a capacidade dos municípios em regiões remotas de reter os profissionais médicos.

4.3. Posto isto, uma análise aprofundada dos motivos das desistências nos ajuda a compreender melhor a desigualdade na distribuição de médicos no País, que afeta boa parte da população brasileira sem atendimento médico, podendo contribuir com melhorias nos resultados das

ações do PMMB, ou de forma mais ampla, na tomada de decisões e criação de estratégias mais eficazes em atrair e reter médicos em regiões remotas e vulneráveis do País, a fim de garantir à população o direito à saúde, e melhorando, em última instância, os indicadores de saúde da população.

4.4. As opções de "motivos" de desligamento disponíveis atualmente no SGP para os médicos, se mostram incompletas e insuficientes frente a complexa realidade dos médicos no PMMB. Desta forma, é fundamental que seja levantado um novo escopo de motivos, com categorias e subcategorias, para que os profissionais tenham condições de dar um bom feedback das razões que os levaram a desistir se desligar do Projeto, antecipadamente.

4.5. Um retorno dos médicos em relação às atividades de ensino-serviço desenvolvidas no PMMB, é essencial para o bom andamento do Projeto, não só em relação a justificativa de desligamento, mas também um feedback que avalie o PMMB. Outrossim, é importante que a Coordenação-geral que monitora e avalia o PMMB, tenha um feedback da gestão municipal quanto à conduta e cumprimento das atividades de ensino-serviço pelos médicos participantes que atuam no município, já que a gestão local acompanha e gerencia as atividades dos profissionais mais de perto.

4.6. Em relação as solicitações de desligamento feitas pela Coordenação-Geral do Projeto, as sugestões de melhorias corretivas são suficientes.

4.7. Nos próximos tópicos serão apresentadas as propostas de melhorias dos módulo de solicitação de desligamento pelos médicos e pelos gestores, separadamente.

5. PROPOSTA DE MELHORIA NA SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PMMB PELO MÉDICO NO SGP

5.1. O levantamento das categorias e subcategorias como proposta de substituição do campo para a justificativa da desistência, baseou-se na revisão de literatura, principalmente nos estudos "Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez", de Giradi *et. al* (2010), "Demografia médica 2018", de Mário Sheffer (2018), "As vozes dos médicos brasileiros, estrangeiros e cubanos", de Telles *et. al* (2019), e "O Programa Mais Médicos: Uma análise das desistências dos médicos participantes", de Fonseca (2022).

5.2. Assim, com base nos estudos supracitados, propõe-se o conjunto de 9 (nove) categorias e 32 (trinta e duas) subcategorias e o campo "outros", conforme especificado na Tabela 6. As categorias deverão ser de múltipla escolha, de modo que o profissional ao clicar na categoria, automaticamente abrirão as subcategorias, também de múltipla escolha. As categorias e subcategorias deverão ser todas opcionais, no entanto para conseguir concluir a solicitação, o médico deverá selecionar pelo menos uma categoria e subcategoria.

Tabela 6 - PROPOSTA DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DAS JUSTIFICATIVAS MÉDICAS

CATEGORIAS (Campos "pais" de multipla escolha)	SUBCATEGORIAS (Campos "filhos" de multipla escolha)
FATORES PESSOAIS/QUALIDADE DE VIDA	Vínculos familiares
	Mudança de cidade/Voltar à cidade de origem
	Amizades/Convívio social
	Cultura/Tradição
	Adaptação ao Municípios de atuação
FATORES LOCAIS	Infraestrutura da cidade
	Distância do município onde mora
	Conforto da minha casa
	Acesso à internet

	Educação dos filhos(as)
CONDIÇÕES DE TRABALHO	Infraestrutura inadequada da UBS
	Falta de medicamentos na UBS
	Falta de equipamentos na UBS
	Dificuldade em conseguir encaminhamento para especialista
	Dificuldade em marcar exames
	Sobrecarga nos atendimentos
	Problemas relacionados ao processo de trabalho na UBS
	Dificuldade de acesso/transporte precário no deslocamento para a UBS
	Insalubridade na UBS
	Irregularidades da gestão municipal
SEGURANÇA E VIOLÊNCIA	Falta de segurança na UBS
	Falta de segurança na residência
	Falta de segurança no deslocamento para a UBS
	Ameaça à integridade física
CAPACITAÇÃO/QUALIFICAÇÃO	Violência urbana
	Preparação para Residência Médica
	Aprovação em Residência Médica
	Preparação ou Ingresso em cursos de pós-graduação lato sensu incompatíveis com o Projeto
	Preparação/Aprovação em Mestrado/Doutorado
	Aperfeiçoamento fora do país
BOLSA FORMAÇÃO E BENEFÍCIOS	Insatisfação com o curso de especialização/módulos educacionais do PMMB
	Valor da Bolsa-Formação;
	Atrasos/não recebimento da bolsa-formação;
	Atrasos/não recebimento da ajuda de custo;
MOTIVOS DE SAÚDE	Atrasos/não recebimento das contrapartidas municipais (moradia, alimentação, deslocamento no caso de difícil acesso)
	Saúde pessoal - mental
	Saúde pessoal - outras CID
RELACIONAMENTO COM A COMUNIDADE, GESTORES MUNICIPAIS E/OU EQUIPES (RECONHECIMENTO PROFISSIONAL)	Saúde de familiares
	Conflitos relacionais com a gestão municipal
	Conflitos relacionais com a equipe de saúde
	Conflitos relacionais com a comunidade
	Conflitos políticos com a gestão municipal
	Conflitos relacionados ao funcionamento/organização do processo de trabalho na UBS
	Conflitos relacionados a descumprimentos de normas/diretrizes da PNAB
FATORES PROFISSIONAIS	Nova oportunidade profissional/ Outro(s) vínculo(s) profissionais incompatíveis com o Programa

	Atuação na especialidade
	Preparação para concurso público
	Falta de perspectiva de carreira pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil
	OUTROS

5.3. Os campos de registro da data de encerramento e o campo aberto-descriptivos, deverão continuar sendo obrigatórios, e a possibilidade de anexar arquivos, opcional.

Tabela 7 - PROPOSTA DE FORMULÁRIO OBRIGATÓRIO PARA REGISTRO DA JUSTIFICATIVA NA SOLICITAÇÃO DE DELSIGAMENTO VOLUNTÁRIO

A	Data de encerramento das atividades (campo obrigatório);
	- 10 categorias de Justificativas descritas na Tabela 6, incluindo a opção "outros" (campos-pais, opcionais, de multipla escolha)
B	- 32 subcategorias de Justificativas descritas na Tabela 6 (campos-filhos, opcionais, de multipla escolha)
	(*) obrigatoriamente o médico deverá selecionar pelo menos uma categoria e subcategoria.
C	Justificativa em campo aberto-descriptivo (campo obrigatório); e
D	Anexar arquivos (opcional)

5.4. Após concluir o formulário disposto na Tabela 7, o profissional deverá salvar as informações, o que o levará para o segundo e último formulário referente à avaliação do PMMB, conforme descrito na Quadro 1.

Quadro 1 - PROPOSTA DE FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PMMB PELO MÉDICO PARTICIPANTE AO FINAL DA SUA PARTICIPAÇÃO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PMMB
INFRAESTRUTURA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS): 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. INTERNET DISPONÍVEL NA UBS: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UBS: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. DISTÂNCIA E TRANSPORTE PARA DESLOCAMENTO ATÉ A UBS: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. RECONHECIMENTO PROFISSIONAL: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. APOIO E SUPORTE DA SUPERVISÃO: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. ESPECIALIZAÇÃO (1º CICLO FORMATIVO): 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. MÓDULOS EDUCACIONAIS (2º CICLO FORMATIVO): 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente. MÓDULO DE ACOLHIMENTO (MÉDICO INTERCAMBISTA): 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

CARGA HORÁRIA DO PROJETO (32 HORAS COMPONENTE ASSISTENCIAL, 8 ATIVIDADES ACADÊMICAS): 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

CUMPRIMENTO PELA GESTÃO MUNICIPAL DA OFERTA DE AUXÍLIO DE MORADIA: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

CUMPRIMENTO PELA GESTÃO MUNICIPAL DA OFERTA DE AUXÍLIO DE ALIMENTAÇÃO: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

REMUNERAÇÃO BOLSA-FORMAÇÃO E AJUDA DE CUSTO: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

RELACIONAMENTO COM A POPULAÇÃO: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

RELACIONAMENTO COM OS GESTORES: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

RELACIONAMENTO COM A EQUIPE DA UBS: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

CUMPRIMENTO PELA GESTÃO MUNICIPAL DAS LEIS VIGENTES, BEM COMO DIRETRIZES E NORMAS REGULAMENTARES DA APS: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

O PMMB AJUDA A MELHORAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO: 1 insatisfatório. 2 regular. 3 satisfatório. 4 muito bom. 5 excelente.

- **EM RELAÇÃO À SUA SATISFAÇÃO COM O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, ATRIBUA UM VALOR DE 0 A 10:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **EM RELAÇÃO A SUA EXPECTATIVA:** O PROGRAMA ERA MELHOR DO QUE ESPERAVA/PIOR DO QUE ESPERAVA
- **INDICARIA A PARTICIPAÇÃO DO PROJETO PARA OUTROS MÉDICOS?** SIM/NÃO

ANTES DE TRABALHAR NESTE MUNICÍPIO REALIZOU ATIVIDADES PELO PMMB EM OUTRO MUNICÍPIO OU DSEI? SIM/NÃO

5.5. Após concluir o preenchimento dos dois formulários e salvar as informações, a solicitação de desligamento fica aguardando a análise da CGROP/DESF/MS. Ainda, o profissional receberá um e-mail confirmando a solicitação e o gestor municipal receberá uma declaração informando-o sobre a solicitação de desligamento no PMMB pelo médico

5.6. Após o deferimento ou indeferimento da solicitação do desligamento do médico, o médico e o gestor deverão ser notificados por e-mail da decisão. Aliás, todo desligamento deferido de médico,

independentemente do tipo de desligamento deve ser comunicado ao médico e ao gestor, por notificação automática ao e-mail registrado no SGP.

5.7. Os profissionais que encerrarem a sua participação ao término do Projeto, deverão receber, junto ao comunicado informando do desligamento, a orientação de preencher o formulário de avaliação do PMMB no SGP (Quadro 1).

5.8. O comunicado de desligamento do médico para a gestão deverá acompanhar solicitação de preenchimento de avaliação do médico no PMMB, em formulário no SGP, conforme especificado no Quadro 2.

Quadro 2 - PROPOSTA DE FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO MÉDICO PELA GESTÃO MUNICIPAL

AVALIAÇÃO DO MÉDICO DESLIGADO (Opcional)
Avalie o médico XXX:
1. Exerceu com zelo e dedicação as atividades na UBS: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre 2. Cumpriu com as normas ético-médicas no atendimento aos usuários do SUS: nunca/raramente/com frequência/sempre: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre 3. Observou as leis vigentes, bem como diretrizes e normas regulamentares da APS: nunca/raramente/com frequência/sempre: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre 4. Cumpriu as instruções e orientações e regras definidas pela Gestão Municipal: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre 5. Atendeu com presteza e urbanidade o usuário do SUS: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre 6. Zelou pela economia do material e a conservação do patrimônio público: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre 1. Cumpriu a carga horária fixada para as atividades do Projeto : nunca/raramente/com frequência/sempre 1. Tratou com urbanidade os demais profissionais da área da saúde e administrativos: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre Levou ao conhecimento da Gestão Municipal dúvidas quanto às atividades de ensino-serviço, bem como as irregularidades de que teve ciência em razão dessas atividades: 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre

5.9. É importante também que seja elaborado um formulário para o Gestor avaliar o Programa, não apenas o médico, podendo este formulário estar no SGP ou não.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS NA SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO MÉDICO PELA GESTÃO MUNICIPAL NO SGP

6.1. Mais apropriado do que solicitar o desligamento do médico, no caso de descumprimentos, seria o envio de denúncia por parte da gestão municipal para que a Coordenação-Geral do Projeto no Ministério da Saúde proceda com a abertura de processo administrativo disciplinar e apuração. Antes da apuração dos fatos, não cabe a gestão municipal julgar se é ou não um caso de desligamento do médico no Programa. Muitas vezes, os conflitos entre médicos e gestores podem ser selecionados de outra forma, como através de termo de ajuste de condutas ou, excepcionalmente, no remanejamento do profissional para outro município.

6.2. Desta forma, sugere-se que o formulário de solicitação de desligamento profissional pelo gestor, cumpra com os requisitos apenas de denúncia, para que esta seja apurada pela Coordenação do Projeto, responsável pela instrução processual. Especifica-se a proposta de formulário para o gestor no

Quadro 3.

Quadro 3 - PROPOSTA DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PELO GESTOR MUNICIPAL DE DESLIGAMENTO DO MÉDICO

(*) No caso de desligamento voluntário do médico, oriente-o a solicitar o desligamento pelo perfil do profissional

(*) o registro da denúncia será analisado pela Coordenação e, cumpridos os requisitos, será aberto processo administrativo para apuração. No caso de abertura do processo administrativo, a gestão será comunicada da decisão proferida em Parecer Técnico.

(*) A solicitação de desligamento não confere a gestão municipal o direito de afastar os médicos das atividades.

Selecione uma ou mais denúncia e anexe os comprovantes para cada uma (campo de múltipla escolha).

- ASSÉDIO MORAL À EQUIPE
- ASSÉDIO MORAL AO(AOS) USUÁRIO(S)
- ASSÉDIO SEXUAL
- ATUAÇÃO/ATRIBUIÇÃO FORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (INTERCAMBISTAS)
- FALSIDADE IDEOLÓGICA
- DESCUMPRIMENTO DA CARGA HORÁRIA (ATRASOS RECORRENTES/SAÍDAS ANTECIPADAS)
- FALTAS INJUSTIFICADAS (DIA(S) DE AUSÊNCIA SEM JUSTIFICATIVA)
- ABANDONO DAS ATIVIDADES (INTERRUPÇÃO SEM COMUNICAÇÃO FORMAL)
- FALTA DE URBANIDADE COM USUÁRIOS/EQUIPE
- RESISTÊNCIA INJUSTIFICADA À REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE APERFEIÇOAMENTO QUE ENVOLVAM ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
- DESCUMPRIMENTO DE NORMAS ÉTICO-MÉDICAS NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SUS
- NÃO CUMPRIMENTO DOS PROTOCOLOS DO SUS
- PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS FORA DO ESCOPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
- AMEAÇA A INTEGRIDADE FÍSICA DE USUÁRIOS/EQUIPE/COMUNIDADE
- INCAPACIDADE FÍSICA/MENTAL PARA EXERCER AS ATIVIDADES DO PMMB
- ÓBITO
- OUTROS
- CAMPO DESCRITIVO OBRIGATÓRIO*
- CAMPOS PARA ANEXAR ARQUIVOS* (OBRIGATÓRIO) – Definir com a Unidade Técnica de Processo administrativo Disciplinar UTPAD/CGPROP, os documentos mínimos necessários para a abertura de processo administrativo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. As melhorias propostas nesta Nota poderão servir para subsidiar o desenho de estratégias futuras que visam promover a permanência dos médicos no PMMB, mitigando situações que influenciam o médico a desistir do Projeto. Os estudos relacionados às desistências de médicos em políticas públicas de provimento são escassos, merecendo análises e pesquisas ainda mais detalhadas. A fixação dos profissionais ainda é um grande desafio para o SUS.

7.2. Os formulários de avaliação tanto pelo médico, quanto pelo gestores municipais, também são de fundamental importância para o aprimoramento do monitoramento e a avaliação do PMMB, a fim de subsidiar a CGPROP em análises e estudos que objetivem a melhoria contínua do Projeto.

7.3. Por sua vez, é dado: a Saúde Pública é direito da população brasileira, conforme texto constitucional de 1988. O Estado, sob os princípios da universalidade e equidade de acesso, deve

assegurar a assistência e os serviços de saúde para suas populações – e essa preocupação com o dimensionamento, a fixação e a equidade na distribuição de pessoal deve refletir nas políticas públicas de saúde.

8. REFERÊNCIAS

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 44, p. 13-24, 2009.

FONSECA, Lia Padilha. O Programa Mais Médicos: **Uma análise das desistências dos médicos participantes**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade Federal de Tocantins, Tocantins, 2022.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; GUILLOUX, Aline Gil Alves; BIANCARELLI, Aureliano; MIOTTO, Bruno Alonso; MAINARDI, Giulia Marcelino. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.



Documento assinado eletronicamente por **Lia Padilha Fonseca, Consultor Técnico**, em 09/07/2022, às 06:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0027879830** e o código CRC **68E2FE41**.

ANEXO II

(Autorização dos dados Ministério da Saúde)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO-GERAL DE PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA
ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO ANEXO, 4º ANDAR, ALA B CEP: 70.058-900

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE DADOS

Os dados primários da Coordenação-Geral de Provisão de Profissionais Para Atenção Primária/DESF/SAPS/MS tem seu uso autorizado para a pesquisa de mestrado profissional intitulada “O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA ANÁLISE DAS DESISTÊNCIAS DOS MÉDICOS PARTICIPANTES”, do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Tocantins em convênio com o Ministério da Saúde, Termo de Execução Descentralizada de Recursos Nº 92/2017. Os dados do Projeto Mais Médicos para o Brasil são fornecidos do banco de dados do Sistema de Gerenciamento de Programas – SGP. O estudo irá subsidiar o Departamento de Saúde da Família/SAPS/MS na criação de estratégias eficazes em atrair e reter médicos em regiões remotas e vulneráveis do país, a fim de garantir à população o direito à saúde.

Linha de pesquisa: Dinâmicas institucionais e avaliação de políticas públicas.

Mestranda: Lia Padilha Fonseca

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Aparecida da Rocha Silva

Brasília, 22 de junho de 2022.

A assinatura manuscrita de Renata Maria de Oliveira Costa, em tinta azul, sobre uma superfície branca.

Renata Maria de Oliveira Costa
Diretora do Departamento de Saúde da Família
SIAPE Nº 2244252

Renata Maria de Oliveira Costa
Diretora do Departamento de Saúde
da Família,
SIAPE: 2244252