



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Izabel Aparecida Mendonça Ferreira

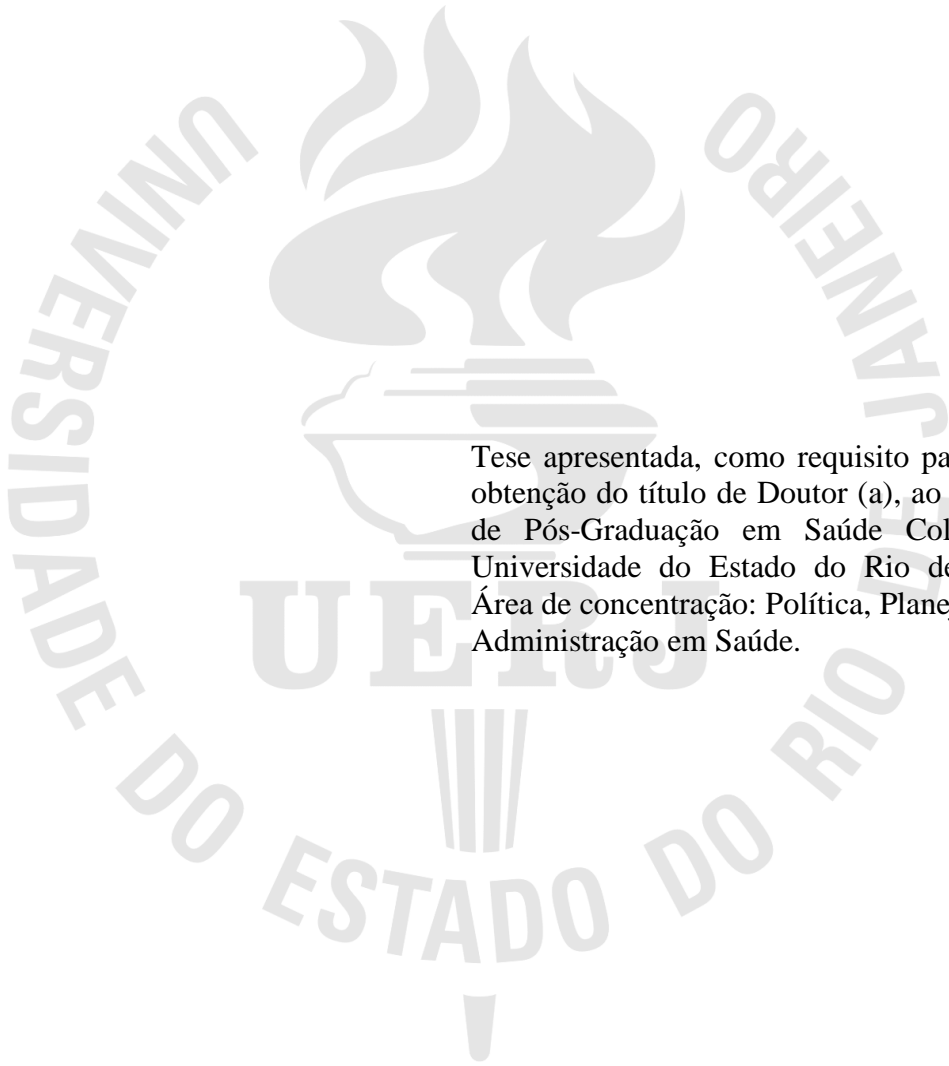
**Desafios para atração e permanência de médicos na Estratégia Saúde da
Família nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Izabel Aparecida Mendonça Ferreira

Desafios para atração e permanência de médicos na Estratégia Saúde da Família nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor (a), ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F383 Ferreira, Izabel Aparecida Mendonça

Desafios para atração e permanência de médicos na Estratégia Saúde da Família nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro / Izabel Aparecida Mendonça Ferreira. – 2022.
83 f.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão de recursos humanos - Rio de Janeiro - Teses. 2. Estratégias de Saúde Nacionais - Teses. 3. Médicos - Teses. 4. Atenção Primária à Saúde – Teses. 5. Pessoal de saúde – Teses. 6. Emprego - Teses. I. Dal Poz, Mario Roberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.253.1/.6(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Izabel Aparecida Mendonça Ferreira

Desafios para atração e permanência de médicos na Estratégia Saúde da Família nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor (a), ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 17 de maio de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra. Marcia Ney
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof. Dr. Mario Cesar Scheffer
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Amâncio Paulino de Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Especialmente para Samuel, Luigi e Bella.
Imensa gratidão a Mario Roberto Dal Poz.

AGRADECIMENTOS

Iniciei meu doutorado no ano de 2017, em maio desse mesmo ano, nasceu minha filha Bella para completar nossa família junto ao seu irmão Luigi e meu esposo Samuel. Assim, começo agradecendo a eles, que, por muitas vezes, abriram mão da minha companhia, do meu tempo, da minha atenção para que eu pudesse concluir este trabalho tão importante que é o Doutorado na área de política, planejamento e administração em saúde. Área à qual me dedico como profissional há mais de 20 anos. Estendo o agradecimento a toda minha família, suporte e apoio em todos os momentos.

Sigo agradecendo aos profissionais que comigo dividiram a ansiedade de escrever uma tese e a dura realidade dos municípios para garantir serviços de saúde de qualidade aos seus munícipes. Agradeço aos secretários municipais de saúde e coordenadores de atenção básica da Região. Em especial, aos profissionais da rede municipal de saúde de Paraíba do Sul e Três Rios, visto que assumi o cargo de Secretária Municipal de Saúde de Paraíba do Sul de 2019 a 2020. E, em Três Rios, de 2021 até presente data. Sobretudo à Graziela, ao Plínio e à Andryelli pelas discussões que norteiam o objeto desta pesquisa.

A toda diretoria e aos funcionários do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) pela parceria, incentivo e troca de saberes. Em especial, ao Luli, que contribuiu muito na discussão do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do Previne Brasil. Assim, como à Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), especialmente ao André Schimitz pela disponibilização dos dados do levantamento da APS na Região.

Ao meu professor e orientador Mario Roberto Dal Poz pela generosidade, paciência, por compartilhar todo seu conhecimento e não desistir de me incentivar. Sem o seu apoio, eu não chegaria aqui.

Encerro agradecendo a Deus, nesses dois últimos anos em que vivemos uma pandemia, jamais vivida antes, conservou em mim saúde, serenidade e resiliência. A fé me fez superar grandes desafios ao longo desses quatro anos de estudo. Um ciclo se completa. Um ciclo se encerra aqui. E outro ciclo se inicia.

A vida é o dever que nós trouxemos para fazer
em casa.

Mario Quintana

RESUMO

FERREIRA, Izabel Aparecida Mendonça. *Desafios para atração e permanência de médicos na Estratégia Saúde da Família nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro*. 2022. 83 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022.

Introdução: O provimento de médicos é um dos grandes desafios para os gestores de saúde, em especial para a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem nesse profissional a gestão do cuidado da população e é considerada como a porta prioritária do sistema de saúde. A escassez, a alta rotatividade, as condições de trabalho são alguns fatores que prejudicam a expansão e a manutenção das equipes de Saúde da Família nos municípios. O **objeto** do estudo é a análise dos desafios para atração e permanência do profissional médico na ESF dos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro. As **questões que nortearam** a tese foram: Quais fatores contribuem para atração e permanência de profissionais médicos na ESF? Quais as políticas implementadas nos municípios em relação à atração e à permanência de médicos na ESF? O estudo se **justifica** pela necessidade de analisar e desenvolver alternativas para a dificuldade encontrada pelos municípios na atração e permanência desses profissionais na rede de atenção. A revisão da literatura mostra que esse não é um desafio apenas de caráter local ou nacional, mas global, motivando agências e governos a desenvolverem opções de políticas, como ocorreu no Brasil, em 2013, com o Programa Mais Médicos e, em 2019, com o Programa Médicos pelo Brasil. **Método:** Primeiramente, realizamos uma revisão integrativa de literatura que resultou em 18 artigos selecionados. As pesquisas analisam questões de rotatividade, atração e fixação de profissionais médicos dentro do Programa Saúde da Família (PSF), que atualmente é conhecido como ESF, uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção básica. Também foi possível analisar os dados de um levantamento dos médicos da ESF de 11 municípios da Região Centro-Sul fluminense onde existem 148 equipes de ESF. O inquérito foi respondido por 11 coordenadores (100%) e 108 médicos (70%). Além disso, foram analisados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do e-SUS, e as legislações municipais sobre ações de retenção e manutenção dos médicos na Região. **Conclusões:** A alta rotatividade de médicos (acima de 50%) dos profissionais nas ESF dificulta a manutenção desse vínculo e fragiliza as ações e os serviços de saúde à população. As estratégias para maior retenção e atração dos médicos passam por mudanças tanto no cenário interno, com ações de curto e médio prazos dos gestores responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde, como no cenário externo, com um ensino superior mais voltado à APS e com financiamento público adequado para melhores condições de trabalho dos profissionais e dos gestores.

Palavras-chave: Emprego. Médicos. Atenção Primária à Saúde. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Estado do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

FERREIRA, Izabel Aparecida Mendonça. *Challenges to attracting and retaining doctors in the Family Health Strategy in the municipalities of the South-Central Region of the State of Rio de Janeiro*. 2022. 83 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022.

Introduction: The supply of doctors is a major challenge for health managers, particularly for the Family Health Strategy (FHS), which relies on this professional to manage population care and is regarded as the health system's priority gate. Some of the factors limiting the expansion and maintenance of Family Health Care teams in municipalities include a shortage, high turnover, and working conditions. The study's goal is to look into the challenges for attracting and retaining medical professionals in the Family Health Strategy in municipalities in the State of Rio de Janeiro's Center-South Region. The thesis was guided by the following questions: What factors contribute to the attraction and retention of medical professionals in the FHS? What policies have been put in place in the municipalities to attract and retain doctors in the FHS? The study is justified by the need to analyze and develop alternatives to the municipalities' struggles in attracting and retaining these professionals in the care network. According to the literature review, this is a global challenge, motivating agencies and governments to develop policy options, as occurred in Brazil in 2013 with the Mais Médicos Program and in 2019 with the Doctors for Brazil Program. **Method:** First, we conducted an integrative literature review, which resulted in the selection of 18 articles. The study looks at turnover, attraction, and retention of medical professionals within the Family Health Program (PSF), which is now known as the Family Health Strategy (ESF), a strategy for reorienting the primary care model. It was also possible to analyze data from a survey of FHS doctors from 11 municipalities in the state of Rio de Janeiro's South-Central region, where there are 148 FHS teams. The survey was completed by 11 coordinators (100%) and 108 doctors (70%). Furthermore, data from the National Register of Health Establishments (CNES) and the E-SUS were analyzed, as well municipal legislations on actions for the retention and maintenance of doctors in the region.

Conclusions: The high turnover of doctors (more than 50%) in the ESF has made keeping this link difficult and has weakened the health services provided to the population. Changes in the internal environment, with short and medium-term actions by managers responsible for the implementation of health actions and services, and in the external environment, with higher education more focused on PHC and adequate public funding to improve the working conditions of professionals and health service managers, are among the strategies for greater retention and attraction of doctors.

Keywords: Employment. Physicians. Primary Health Care. Health Management. Unified Health System (SUS). State of Rio de Janeiro.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Múltiplos fluxos para organização de uma agenda pública – método de Kingdon.....	29
Figura 2 – Estrutura e métodos do estudo.....	32
Figura 3 – Fluxograma PRISMA.....	34
Figura 4 – Localização da Região Centro-Sul no Estado do Rio de Janeiro (2020).....	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Fatores de atração e fixação de médicos.....	36
Gráfico 2 – Distribuição dos médicos segundo o gênero e idade.....	46
Gráfico 3 – Distribuição dos médicos segundo o estado civil.....	46
Gráfico 4 – Distribuição dos médicos segundo o tempo de atuação na ESF.....	48
Gráfico 5 – Distribuição dos médicos segundo o vínculo.....	49
Gráfico 6 – Distribuição dos médicos segundo a remuneração.....	50
Gráfico 7 – Distribuição dos médicos segundo o título de especialista.....	51
Gráfico 8 – Distribuição dos médicos por idade e título de especialização em MFC.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cobertura da APS na Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.....	27
Quadro 2 – Artigos selecionados.....	35
Quadro 3 – Mapeamento dos programas.....	39
Quadro 4 – Legislação municipal para pagamento de gratificação aos médicos da ESF nos municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, 2021.....	52
Quadro 5 – Comparativo do financiamento da APS pelo Governo Federal.....	54
Quadro 6 – Relação dos 12 Municípios com previsão de vagas para tutor e médico bolsista (MFC).....	57
Quadro 7 – Comparativo entre o PMM e o PMpB – Panorama de Vagas do PMM dos Municípios após a lotação de médicos do PMPB no Estado do Rio de Janeiro – 1º Edital da ADAPS.....	58
Quadro 8 – Panorama de vagas dos municípios que não foram contemplados pelo PMpB 2022.....	59
Quadro 9 – Múltiplos fluxos de Kingdon (2003).....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cosems-RJ	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
Covid-19	Doença causada pelo coronavírus 2019
CS	Centro-Sul
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
se/ESFSaúde	Bucal na Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
Faperj	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FCES	Ficha de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GRH	Gestão de Recursos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
2019-nCoV	Novo coronavírus
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB Fixo	Piso da Atenção Básica Fixo

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Polos de Academia 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
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMpB	Programa Médicos pelo Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREFAPS	Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
Provab	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RPA	Recibo de pagamento autônomo
SAPS	Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
Uerj	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Recursos Humanos em Saúde	18
Profissionais Médicos e a Estratégia Saúde da Família	19
Atenção Primária à Saúde Brasileira	21
O Programa Mais Médicos e o Programa Médicos pelo Brasil	23
1 JUSTIFICATIVA	26
1.1 Teoria do Ciclo da Política Pública de Kongdon	27
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30
3 METODOLOGIA	31
3.1 Desenho do Estudo	32
3.2 Período do Estudo	33
3.3 Estratégias de Coleta e Análise de Dados	33
4 REVISÃO DE LITERATURA	35
5 DADOS GERAIS DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS NA REGIÃO CENTRO-SUL – LEVANTAMENTO DE DADOS	42
5.1 Dados Gerais	44
5.2 Limitações da Pesquisa	44
5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa	44
5.4 Financiamento	44
5.5 Distribuição dos Médicos segundo variáveis demográficas, empregatícias e de ensino	45
5.5.1 <u>Distribuição dos médicos segundo o gênero e a idade</u>	45
5.5.2 <u>Distribuição dos médicos segundo o estado civil</u>	46
5.5.3 <u>Distribuição dos médicos segundo a raça</u>	47
5.5.4 <u>Distribuição dos médicos segundo o tempo que atua no município como médico da ESF</u>	47
5.5.5 <u>Distribuição dos médicos segundo o vínculo empregatício</u>	48
5.5.6 <u>Distribuição dos médicos segundo a remuneração</u>	49
5.5.7 <u>Distribuição dos médicos segundo o título de especialização em Medicina de Família e Comunidade</u>	50

5.6 Estratégias Políticas de Retenção do Profissional Médico na ESF existentes na Região.....	52
5.6.1 <u>Políticas Municipais</u>	52
5.6.2 <u>Financiamento do Governo Estadual</u>	53
5.6.3 <u>Financiamento do Governo Federal</u>	54
5.7 Panorama do Programa Mais Médicos em comparação com o Programa Médicos pelo Brasil.....	56
5.8 Recomendações para Implantação de Políticas para atração e permanência de médicos na Atenção Primária.....	59
6 DISCUSSÃO.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	71
ANEXO A – Lei Municipal n.º 3.587 de 12 de agosto de 2019.....	71
ANEXO B – Lei Municipal sobre o abono por desempenho e produtividade no âmbito da ESF	75
ANEXO C – Formulário para levantamento dos dados dos médicos da CSF.....	79
ANEXO D – consolidado do levantamento dos dados dos médicos da CSF.....	83

INTRODUÇÃO

A partir de 1988 com a institucionalização da saúde como direito no Brasil, inicia-se a concepção de um sistema de saúde amplo capaz de garantir a execução de uma política de saúde com caráter mais social e de igualdade. Assim, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 com a Lei Orgânica 8.080 do SUS.

Contudo, a década de 1990 foi marcada por um período crítico na dinâmica do mercado de trabalho no Brasil, sobretudo pela evidente tendência ao desemprego, à terceirização acelerada das ocupações urbanas, às metamorfoses do trabalho informal, refletindo, enfim, na perda de qualidade do emprego (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Varella e Pierantoni (2008) destacam que nesse período de contexto político de reforma do Estado, os recursos humanos em saúde passavam por transformações em sua relação com as instituições prestadoras de serviços de saúde. Tais transformações se caracterizam especialmente por um processo de desregulamentação, verificado sobretudo pela substituição do emprego formal e assalariado por diversas outras modalidades de vinculação dos profissionais aos serviços.

Escassez e má distribuição geográfica especialmente de profissionais 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 e Regiões (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

A área de recursos humanos no Brasil é um campo de destaque e constante discussão para o avanço do SUS. Particularmente quanto à diretriz de descentralização e da ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde, o cenário nacional do sistema de saúde aponta para uma série de desafios no que se refere à gestão do trabalho (MAGNAGO; PIERANTONI; FRANÇA et al., 2017).

Garantir recursos humanos, em especial profissionais médicos, qualificados, suficientes, permanentes e adequados, continua sendo um dos grandes desafios das gestões do sistema de saúde.

Sendo o Sistema de Saúde brasileiro um sistema no qual a lógica da igualdade, da garantia de direitos e da equidade fazem parte da sua organização político administrativa e de suas diretrizes estruturantes, tem-se no mercado médico uma demanda/oferta com perfil que pouco converge com a saúde pública pela balança da valorização da mão de obra nessa esfera da saúde.

Ao passo que a saúde pública avança em fortalecimento conceitual e de importância para o sistema de saúde, os avanços quanto aos investimentos em gestão de pessoas não seguem a mesma proporção nas esferas governamentais. Assim, entender os desafios que permeiam o trabalho médico com foco nos fatores de atração e permanência nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), é do campo da complexidade e por isso faz parte do objeto desse estudo.

A alta rotatividade de profissionais, a dificuldade de profissionais médicos com disponibilidade para cumprir não apenas a agenda de consultas, mas as atividades de promoção e prevenção da saúde, como visitas domiciliares, salas de espera, trabalho multiprofissional, são alguns desafios postos aos gestores municipais para que a atenção primária, por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), cumpra o seu papel em resolutividade e vínculo com a população.

O Programa Mais Médicos (PMM) teve edições com recrutamento nacional e internacional e, em 2019, passou a ter característica apenas nacional com o provimento de médicos brasileiros em substituição aos estrangeiros, principalmente aos de nacionalidade cubana.

O Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) foi lançado pelo Governo Federal em agosto de 2019, em substituição gradual ao projeto Mais Médicos com a previsão de oferta de 18 mil vagas, sendo 13 mil vagas para municípios distantes dos centros urbanos ou pequenos, e outras cinco mil vagas para as equipes de Saúde da Família (eSF), além desses, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e comunidades ribeirinhas. Em comparação ao PMM, a nova estratégia pretende ampliar em cerca de sete mil vagas para a oferta desses profissionais em municípios onde há os maiores vazios assistenciais, e as Regiões Norte e Nordeste, juntas, terão 55% do total dessas vagas (BRASIL, 2019).

O desafio dos gestores dos diferentes entes federativos em implantar uma política pública na área de recursos humanos em saúde, que dê conta do atendimento aos princípios do SUS, vai além do setor saúde, englobando fatores como: educação, emprego e salários (PAIM, 1994).

Nesse contexto, apresentam-se o problema da má distribuição e fixação de médicos, e a importância de questões referentes à condução do trabalho e da educação na saúde nas pautas prioritárias da gestão (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Inúmeras estratégias têm sido adotadas pelos municípios para o enfrentamento da falta de profissionais, como realização de novos concursos públicos, implantação de plano de cargos e salários, programas de valorização e qualificação profissional, entre outros. Em

contrapartida, os profissionais médicos apontam como problemas para permanência nos serviços de saúde os salários baixos, falta de estrutura, sobrecarga de trabalho, acúmulo de empregos, causando um estresse cotidiano (CAPOZZOLO, 2007).

Esse cenário é constatado no dia a dia pelos gestores de saúde, contudo, não há uma consolidação das informações para uma tomada de decisões estratégicas e um planejamento em longo prazo que seja capaz de responder às necessidades da população, dos profissionais de saúde e da gestão.

Aliada a esses fatores, temos ainda a má distribuição e/ou escassez de profissionais médicos, o que tem sido um problema histórico para os gestores de saúde. Há uma elevada concentração de profissionais nas áreas urbanas e escassez nas áreas remotas e/ou periféricas. Além da competição público/privada. Outro fator é a especialização dos profissionais médicos, com investimentos nas áreas de média e alta complexidades, sustentando, nos serviços de atenção primária, a carência de profissionais com disponibilidade de cumprimento da carga horária, da atenção horizontal e permanente, voltada às ações de promoção e prevenção da saúde.

Para Scheffer et al. (2018):

Algumas outras questões têm marcado a demografia médica brasileira: aumento expressivo do número de novos médicos, em razão da abertura em massa de cursos de graduação; feminização crescente da profissão, mas com desigualdade de gênero na remuneração e nas especialidades; renovação geracional, com aumento do percentual de médicos com menos de 35 anos, o que difere das gerações anteriores quanto a questões como expectativa de melhor equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e flexibilidade de jornadas.

Além disso, prossegue Scheffler et al. (2018), o setor privado aumentou enormemente sua influência tanto na formação médica como na prática dos serviços de saúde, permanecendo a desigualdade na sua distribuição com “escassez ou baixa presença de médicos no interior, nos locais de baixa densidade populacional, nas áreas suburbanas dos grandes centros e em determinados serviços do SUS”.

(MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004) adverte que o que sempre foi e continua no presente como desafio é conciliar, às necessidades, serviços e recursos, pois, considerando o envelhecimento da população, a busca por serviços de saúde se torna crescente, contribuindo para a carência de profissionais de saúde, não só no nosso país, como também em todo o mundo.

Mesmo com a possibilidade de obter bons salários nos pequenos centros ou áreas rurais, há desinteresse dos profissionais em serem lotados em tais áreas, o que denota a

complexidade e variabilidade de causas para o problema da dificuldade de fixação (SILVA FILHO, 2019).

O problema da má distribuição e fixação de médicos atinge todos os países, sendo necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, dos gestores, da população, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades de classes para identificar as dificuldades e buscar soluções, com o objetivo de manter a eficácia do sistema.

Por fim, para implantação de política e estratégia que pretenda enfrentar o problema de má distribuição e fixação de médicos, é necessário auscultar, cada vez mais, os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classes. Para identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e as recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

A atração e a permanência de profissionais médicos surgem, assim, como questões a serem equacionadas, uma vez que o médico desempenha papel de destaque na articulação e nos serviços de APS, principalmente no vínculo com a equipe e os pacientes.

Recursos Humanos em Saúde

Os recursos humanos para a saúde, em especial os profissionais médicos, são fundamentais para qualquer sistema de saúde na medida em que estes realizam ou mediam a maioria das ações de saúde de um sistema. Eles tomam decisões de tratamento e suas ações determinam a eficiência com que outros recursos serão utilizados (MCPAKE et al., 2013).

Muitos países estão enfrentando uma “crise na área de recursos humanos para a saúde” para a qual elencamos três áreas: a) disponibilidade, que se refere à oferta de profissionais médicos qualificados; b) distribuição, que se refere ao recrutamento e à manutenção dos profissionais médicos onde sua presença é mais necessária; e c) desempenho, que se relaciona com a produtividade do trabalhador de saúde e com a qualidade dos cuidados que os profissionais médicos prestam (MCPAKE et al., 2013).

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (1975) mostram que os países da América do Sul e América Central apresentavam apenas cerca de 1/3 da disponibilidade de médicos existente no continente norte-americano, estando também abaixo da média mundial, que era, em 1970, de 7,9 médicos por dez mil habitantes. Além disso, no período de 1960 a 1972, já era preocupante a crescente e ininterrupta concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, na Região das Américas (MACIEL FILHO, PIERANTONI, 2004).

A quantidade e a distribuição da força de trabalho em saúde (FTS) se apresentam na análise da disponibilidade de profissionais médicos para a população como um dos aspectos mais importantes dos sistemas de saúde, pois influencia diretamente a qualidade e quantidade dos serviços de saúde e o desenvolvimento em longo prazo de todo o sistema de saúde. Zhou (2011) destaca que a China reformou todo o sistema de saúde do seu país por meio da distribuição da força de trabalho. Nos anos 1970 do século passado, o sistema médico da China era considerado um exemplo bem-sucedido de resolução de escassez de serviços médicos nos países em desenvolvimento.

Dal Poz (2013) chama também a atenção para o *Relatório Mundial da Saúde* que demonstrou o crescimento do estresse e da insegurança entre os profissionais médicos, sendo o fator emocional determinante para o trabalho desses profissionais. A pandemia do novo coronavírus (2019-nCoV) iniciada em 2020 e permanente até a presente data agravou ainda mais esse cenário de estresse e insegurança entre os profissionais de saúde.

Profissionais Médicos e a Estratégia Saúde da Família

Segundo Scheffer et al. (2018), o Brasil contava, em janeiro de 2018, com 452.801 médicos, o que corresponde à razão de 2,18 médicos por mil habitantes. Na mesma data, o número de registros de médicos nos Conselhos Regionais de Medicina chegava a 491.468. A diferença de 38.667 entre o número de médicos e o de registros refere-se às inscrições secundárias de profissionais registrados em mais de uma Unidade da Federação. Em 2017, eram 414.831 médicos e 451.777 registros de médicos.

Scheffer et al. (2018) destacam as transformações em relação aos aspectos demográficos da profissão médica, contudo, permanece a desigualdade de distribuição de profissionais no território brasileiro, mesmo após os primeiros reflexos do salto quantitativo de médicos em razão da abertura de novas escolas na última década. São ainda um grande problema nacional a escassez ou a baixa presença de médicos no interior, nos locais de baixa densidade populacional, nas áreas suburbanas dos grandes centros e em determinados serviços do SUS.

Ainda sobre a desigualdade distributiva dos médicos, Girardi (2017) aponta como consequência do reflexo da preferência desses profissionais em se fixar em cidades de maior porte populacional, localizadas em Regiões economicamente mais desenvolvidas. Além de oferecerem maiores oportunidades profissionais e educacionais, elas oferecem outros atrativos importantes, como lazer e serviços para o médico e a sua família. Logo, são as Regiões mais

carentes e/ou remotas que apresentam maior dificuldade de atração e fixação de profissionais médicos (GIRARDI et al., 2017).

Ainda que o conjunto de problemas não seja exatamente novo, esse contexto gerou o que se convencionou chamar de crise global da FTS, caracterizada pelo *déficit* global estimado em mais de quatro milhões de profissionais médicos e pela desigualdade regional, nacional e subnacional na distribuição e acesso à FTS (DAL POZ, 2013).

Tal desigualdade de distribuição afeta quase todos os países, inclusive o Brasil, com *déficit* de pessoal de saúde qualificado, particularmente nas regiões rurais, periferias urbanas ou de difícil acesso. Os desequilíbrios na composição das equipes de saúde e na sua distribuição complicam os problemas atuais de saúde (DAL POZ, 2013).

Para enfrentar esses desafios e atingir a cobertura universal de saúde, os países terão que desenvolver políticas eficazes para otimizar a oferta de médicos para o sistema. Isso só pode ser realizado mediante um planejamento abrangente da FTS, com base em uma análise profunda dos serviços desempenhados e da governança dos trabalhadores da saúde (SOUZA et al., 2013).

A ESF configura-se hoje como o mecanismo adotado pelo Ministério da Saúde para organizar a APS no país e foi implementada, em 1994, pelo Ministério da Saúde do Brasil com a premissa de que a saúde tem que sofrer intervenções a partir das condições de uma localidade por meio das características socioeconômico-culturais de sua população, requerendo um trabalho bem articulado pela equipe no enfrentamento dos problemas (MENDES, 1998).

No Brasil, experiências anteriores para fixar profissionais médicos em áreas de carência não se sustentaram ao longo do tempo, apesar de mais ou menos bem-sucedidas em curto prazo, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), a implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde e mais recentemente o extinto Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). A ESF, apesar de não desenhada especificamente com tal objetivo, constitui talvez o exemplo mais bem-sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional (DAL POZ, 2013).

A APS, mais especificamente a ESF, todavia, encontra vários obstáculos para sua implementação. Embora os motivos que dificultem a sua prática extrapolem a dimensão da gestão de recursos humanos (GRH), deve-se considerar que os problemas a ela relacionados se tornam mais evidentes à medida que a administração do sistema de saúde passa a ser descentralizada.

Entretanto, nem sempre os municípios são capazes de prover suporte adequado para garantir a prestação do atendimento no que diz respeito a recursos humanos. Pode-se dizer que um dos grandes problemas enfrentados nesse sentido está relacionado à contratação e à permanência de profissionais, tornando a GRH que atua na APS um elemento crítico para a consecução de seus objetivos (MACHADO, 2003).

Embora alguns dos fatores sejam apontados como condicionantes tanto da atração como da retenção dos médicos, observa-se que o seu papel, nessas duas dimensões, não é necessariamente coincidente. A grande oferta de vagas decorrente da expansão da ESF no país e a motivação para trabalhar com atuação generalista são exemplos de fatores que atraem, mas não retêm; enquanto a satisfação com o trabalho e o sentimento de gratificação pelos resultados obtidos com o trabalho perante a população são fatores de atração e retenção.

A interiorização do trabalho em saúde teve início no Brasil com o PITS e foi amplamente estudada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde que apresentou uma análise que corroborou o baixo interesse dos médicos em atuar na medicina de família no interior do país.

Maciel Filho e Pierantoni (2004) entendem que o problema da má distribuição dos médicos, no Brasil e no exterior, não é um fenômeno cíclico. Em todo mundo, este é um problema antigo e permanente, e cada país tenta, de alguma maneira, minimizá-lo de acordo com sua realidade política, econômica e social. O Brasil em 2013 criou o PMM como uma estratégia para minimizar essa questão.

Atenção Primária à Saúde Brasileira

O Programa Saúde da Família (PSF) implantado no Brasil em 1994, hoje conhecido como ESF, tem como objetivo garantir as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, que são apontadas nos princípios na Lei 8.080/90. A universalidade do acesso, a integralidade, a participação da comunidade, a igualdade da assistência e a regionalização que, no âmbito da Saúde da Família, ocorrem, por meio da territorialização, são princípios que regem a gestão da atenção primária.

A Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017 reformulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as normas de organização da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A ESF deve ser desenvolvida com mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima à vida das pessoas, sendo considerada a principal porta de entrada (BRASIL, 2011, 2017).

A gestão dos processos de trabalho de uma equipe de ESF é pautada pelos fundamentos e diretrizes descritos na PNAB que são: adscrição de território; acesso universal e contínuo de qualidade e resolutivo; adscrição do usuário e da equipe com criação de vínculo e responsabilização; integralidade das ações com garantia da demanda programática e espontânea da prevenção, promoção e reabilitação; e estímulo à participação do usuário ampliando sua autonomia e capacidade na construção do cuidado (BRASIL, 2017).

A ESF tem ainda como funções prioritárias: ser base e resolutiva, ser coordenadora e ordenadora do cuidado, partindo dela a organização e as demandas para a criação da Rede de Atenção à Saúde em um município. Para isso, as equipes da atenção primária são formadas pela equipe da ESF, que é composta pelo médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde. Compõe também o quadro da atenção primária uma equipe de Saúde Bucal com um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal.

São atribuições comuns a todos os profissionais da atenção primária: participação da territorialização e mapeamento da área, mantendo atualizados os cadastros; promoção do cuidado de saúde na unidade, no domicílio e nos espaços comunitários; realização de ações de acordo com as necessidades de saúde da população; garantia da integralidade por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e prevenção de agravos; acolhimento com escuta qualificada; busca ativa e notificação de agravos; realização de trabalho interdisciplinar, como monitoramento e avaliação sistemática das ações; e realização de educação em saúde, de educação permanente e de outras ações de prioridades locais (BRASIL, 2017).

Com intuito de fortalecer a atenção primária, que é uma das prioridades do Pacto pela Vida e consolidar a ESF como marco da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria n.º 2.978 de 12 de novembro de 2019, cujo objetivo é o novo modelo de financiamento da APS no país.

Com essa legislação, o financiamento da APS brasileira passa a ser constituído por três modalidades, a saber: capitação ponderada; pagamento por desempenho; e incentivo para ações estratégicas. Sendo a última uma modalidade que engloba a GRH e educacionais como financiamento de programas de residência médica e multiprofissional na APS – uma política de provisão de profissionais médicos na prática da APS nos municípios – que está em fase de implantação e adesão.

Ao se pensar políticas de planejamento e gestão de atração, provisão e manutenção de recursos humanos na APS, principalmente dos profissionais médicos, deve se pensar também que estes devem ser acompanhados sistematicamente por meio de planejamentos e análises,

almejando a readequação do processo de cuidar na APS, de forma que a política de recursos humanos ande em paralelo aos princípios e diretrizes da PNAB.

Silva et al. (2013) afirmam que o processo de trabalho em saúde é um universo que agrega saberes e relações humanas, o qual não transformam apenas o corpo do sujeito, como também a subjetividade. Por esse motivo, o processo de trabalho na ESF é pautado no âmbito interdisciplinar, valorizando os diversos saberes e práticas na perspectiva da abordagem integral e resolutiva ao sujeito.

O Programa Mais Médicos e o Programa Médicos pelo Brasil

O PMM, criado em julho de 2013, por meio de uma Medida Provisória que, posteriormente, foi convertida em Lei, em outubro do mesmo ano (Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013), foi estruturado em três pilares (provimento emergencial de médicos, educação médica e infraestrutura). O PMM busca formar recursos humanos, na área médica, para atuar no SUS, orientando o funcionamento dos cursos de medicina no país e reduzindo as desigualdades regionais na área da saúde, garantindo, assim, um acesso igualitário e integral a todos.

A novidade apresentada pelo PMM diz respeito, portanto, à conjugação da proposta de redistribuição dos profissionais médicos, com a ênfase atribuída à implementação de mudanças no processo de formação médica, seja por intermédio dos programas de residência, seja por estímulo à introdução de inovações metodológicas nos cursos de graduação.

Nacionalmente, o PMM tem entre seus objetivos prover profissionais médicos para a atuação na atenção primária. De forma parcial, a atuação de profissionais desse Programa atenua, provisoriamente, a dificuldade de provisão e fixação encontrada pelos municípios. Em um processo de planejamento, no entanto, faz-se necessário elaborar estratégias de provisão de profissionais com formas de contratação mais estáveis. Ou seja, provisão de profissionais de forma menos vulnerável em relação às mudanças no poder executivo federal.

O PMM foi criado com o objetivo de ampliar o acesso e atenuar as desigualdades em saúde mediante distribuição de médicos em municípios considerados prioritários, e ocasionou grande repercussão no Brasil, com posicionamentos diversos entre os órgãos governamentais, usuários, mídia e, em especial, entre a classe médica brasileira.

Um dos fatores para a criação desse programa foi a dificuldade encontrada pelos municípios na gestão do SUS de consolidar a APS com a fixação do profissional médico.

Campos, Machado e Girardi (2009) afirmam que os municípios acabam apresentando menor aptidão para o provimento e fixação de profissionais de saúde.

Os autores afirmam ainda que:

Além destas dificuldades, os municípios muitas vezes sofrem com o fenômeno da concorrência extremamente danosa entre eles para a contratação de médicos, em especial, aumentando em muito os custos do sistema de saúde, posto que eleva, sobremaneira, a remuneração desses profissionais em função de verdadeiras 'bolsas de profissionais' na oferta de salários atrativos, tornando-os cada vez maiores e de difícil cumprimento, principalmente para os pequenos municípios. Deve-se, portanto, enfatizar que muitos municípios, exatamente em função de suas frágeis vocações econômicas, acabam por comprometer parte expressiva e excessiva dos recursos que deveriam servir às diversas ações de saúde, com salários elevados artificialmente pela ação do mercado, pagos a profissionais inseridos no serviço público por meio de vínculos marcadamente instáveis. Tão ou mais graves ainda são as situações muitas vezes experimentadas por gestores que, não conseguindo cobrir ofertas salariais feitas por outros municípios a seus profissionais, acabam por fazer concessões que, por conseguinte, comprometem a qualidade da assistência prestada (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Os fatores citados anteriormente justificaram o PMM no Brasil como uma política de GRH atrelada a uma proposta educacional da especialização do profissional médico em Saúde da Família e Comunidade.

Scheffer (2015), em sua reflexão acerca do PMM, aponta pontos positivos e negativos. Quanto aos pontos positivos, a fixação, por meio de provimento emergencial, ampliou a assistência na atenção primária em Regiões carentes desses profissionais, além de ter possibilitado, aos médicos brasileiros, o intercâmbio de experiências com médicos estrangeiros.

Quanto aos pontos negativos do PMM, Scheffer (2015) enfatiza inadequações pontuais: na execução das atividades de supervisão e tutoria, no acolhimento e na capacitação dos profissionais, na decisão de gestores locais em substituir médicos contratados por intercambistas, nas punições a médicos cubanos que mantêm seus familiares no Brasil.

Uma reflexão que traz pontos importantes diz respeito à sustentabilidade do projeto em si, após os anos da prorrogação permitida em lei, considerando o modelo paliativo baseado em bolsas de especialização, com componente assistencial mediante integração ensino-serviço, e sua inexequibilidade de longo prazo, decorrente do formato que o PMM possuía até 2019, dependente dos acordos de cooperação entre Brasil e Cuba intermediados pela Opas (SCHEFFER, 2015).

Em dezembro de 2019, foi sancionada a Lei que institui o PMpB, em substituição ao PMM, no âmbito da APS no SUS, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço

social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde aponta que o PMpB se estrutura nos acertos do PMM buscando superar os problemas existentes. Sua principal proposta é a carreira médica junto à APS, mas não aponta outras estratégias para fixação profissional, seu foco se restringe no provimento de médicos, correndo o risco de fracassar como política pública em saúde.

1 JUSTIFICATIVA

O estudo do tema ancora-se na dificuldade encontrada pelos municípios na atração e permanência de profissionais médicos na ESF. Essa dificuldade foi reconhecida como um desafio nacional pelo Ministério da Saúde que criou, em parceria com o Ministério da Educação, um programa de ensino e prática em saúde na APS denominado Mais Médicos no ano de 2013.

O profissional médico ocupa um papel importante na operacionalização da ESF. Segundo Capozzolo (2003), o médico é um ator fundamental na ESF, tanto na avaliação da demanda do paciente, dos riscos individuais, quanto na elaboração de um projeto terapêutico para responder às necessidades de atenção, desde a prevenção até a reabilitação.

A integração do cuidado médico na equipe pode proporcionar maior resolutividade das necessidades de saúde da população (MACIEL FILHO, 2004). Temos, em contraponto, baixos incentivos para a formação profissional do médico de família, baixa remuneração e uma grande demanda de cuidado. São fatores que contribuem para uma maior rotatividade médica (CAMPOS; MALIK, 2008) e dificuldade em atração, gerando um dos principais desafios para os recursos humanos em saúde, especialmente porque trata-se de um problema complexo, que envolve motivações intrínsecas e extrínsecas que influenciam a escolha do local de atuação do profissional.

A escolha de estudar uma das nove Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro tem as seguintes motivações:

A minha experiência profissional em gestão de serviços públicos e privados em saúde ao longo dos últimos 20 anos, reconhecendo a área de GRH em saúde como ponto central na discussão do sistema de saúde e seu pleno funcionamento. Em especial, minha atuação como Secretária Municipal de Saúde do Município de Paraíba do Sul/RJ em 2006, 2019 e 2020 e desde janeiro de 2021 até a presente data como Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil no Município de Três Rios/RJ despertou o meu interesse em estudar um dos grandes problemas enfrentados na gestão municipal de saúde que se refere à atração e à permanência de profissionais médicos nas Unidades de Saúde da ESF. Além da motivação pessoal, também destaco o papel dos municípios com experiências exitosas para enfrentar a dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais médicos na APS, o que estimulou esse interesse na área ao analisar as políticas públicas implantadas nos diferentes territórios. Também foi relevante na escolha da Região a alta cobertura na ESF (Quadro 1).

Quadro 1 – Cobertura da APS na Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de cadastros (limitado pela população IBGE)	Cobertura APS
343.570	2	129	327.804	316.572	92,14%

Fonte: e-Gestor AB, abril de 2022.

Como **relevância acadêmica**, este estudo se mostra duplamente relevante, seja pela discussão da profissão médica como também pela importância desse profissional junto às eSF, buscando contribuir no debate dos temas de recursos humanos em saúde, bem como da organização do sistema de saúde nos municípios.

Para a **pesquisa**, as relevâncias serão apresentadas de tal forma a pensar e refletir as lacunas que perpassam os desafios da atração e fixação do profissional médico na ESF. A ciência podendo ser utilizada como direcionadora para essa questão, que emerge em formulação de políticas de saúde, de gestão, de planejamento e se mantém como um problema que esbarra em direitos constitucionais de atenção à saúde básica do país.

A relevância para a **gestão em saúde** está em analisar os fatores de atração e permanência dos profissionais médicos na Região estudada, assim como apontar as experiências encontradas nas bases de dados que corroboram as boas práticas a serem adotadas no sistema de saúde, na formação da agenda política.

1.1 Teoria do Ciclo da Política Pública de Kingdon

A formação da agenda governamental é o tema do modelo de John Kingdon (1995). O estudo de Kingdon, conhecido como modelo de integração dos fluxos, ou de múltiplos fluxos, é bastante influente, sendo reconhecido por diversas publicações de administração pública e ciência política.

O trabalho de Kingdon objetiva examinar os processos subjacentes ao reconhecimento de determinados problemas, como e quando eles passam a despertar a atenção dos líderes políticos e gestores de políticas públicas e quando passam a efetivamente ser incorporados à agenda governamental (CALMON; COSTA, 2007).

Com esse intuito, Kingdon realizou uma ampla pesquisa empírica, entrevistando 247 oficiais do governo, políticos e ativistas políticos envolvidos com as políticas de saúde e de

transporte dos EUA no período entre 1976 e 1979. Os dados obtidos foram complementados por 23 estudos de caso envolvendo decisões nessas duas áreas (CALMON; COSTA, 2007).

Alves, Azevedo e Lopes (2016) apontam que o modelo de fluxos múltiplos de John W. Kingdon é o mais adequado para explicar como as agendas são definidas e decididas por governos nacionais sob condições de ambiguidade de objetivos e ambientes instáveis, nos quais as escolhas são dependentes do contexto.

Kingdon diferencia três tipos de agenda, construindo uma tipologia útil para a análise de casos concretos: o não governamental (ou sistêmico), o governamental e o de decisão. O primeiro contém assuntos e temas reconhecidos pelo público em geral, sem, contudo, merecer atenção do governo. O segundo inclui os problemas que estão a merecer atenção formal do governo. O terceiro é composto pela dimensão política (*politics stream*). Independentemente do reconhecimento de um problema ou das alternativas disponíveis, o fluxo político segue sua própria dinâmica e regras (ALVES; AZEVEDO; LOPES, 2016).

Kingdon (2003) desenvolveu – com base na abordagem de decisão organizacional *Garbage Can* – o modelo de múltiplos fluxos (*multiple streams model*) para investigar as políticas de saúde e transporte do Governo Federal norte-americano, procurando responder a duas questões principais: por que alguns problemas se tornam importantes para um governo? E como uma ideia se insere entre as preocupações dos formuladores de políticas, transformando-se então em uma política pública? (ALVES; AZEVEDO; LOPES, 2016).

Em *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Kingdon (2003) procura responder à seguinte questão: por que alguns problemas se tornam importantes para um governo? Como uma ideia se insere no conjunto de preocupações dos formuladores de políticas, transformando-se em uma política pública? Para Kingdon, as políticas públicas são como um conjunto formado por quatro processos: o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas; a consideração das alternativas para a formulação de políticas públicas, com base nas quais as escolhas serão realizadas; a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e, por fim, a implementação da decisão.

Em seu modelo de fluxos múltiplos, Kingdon (2003) se preocupa basicamente com os estágios pré-decisórios: a formação da agenda (*agenda-setting*) e as alternativas para a formulação das políticas (*policy formulation*) (ALVES; AZEVEDO; LOPES, 2016).

Kingdon (2003), em sua teoria do ciclo da política pública, ressalta a necessidade de distinguir os participantes ativos, as contribuições de cada ator e a dinâmica que compõe três dimensões de análise: a) reconhecimento do problema; b) formulação de propostas/alternativas para resolução dos problemas; e c) configuração do processo de negociação política em torno da proposta.

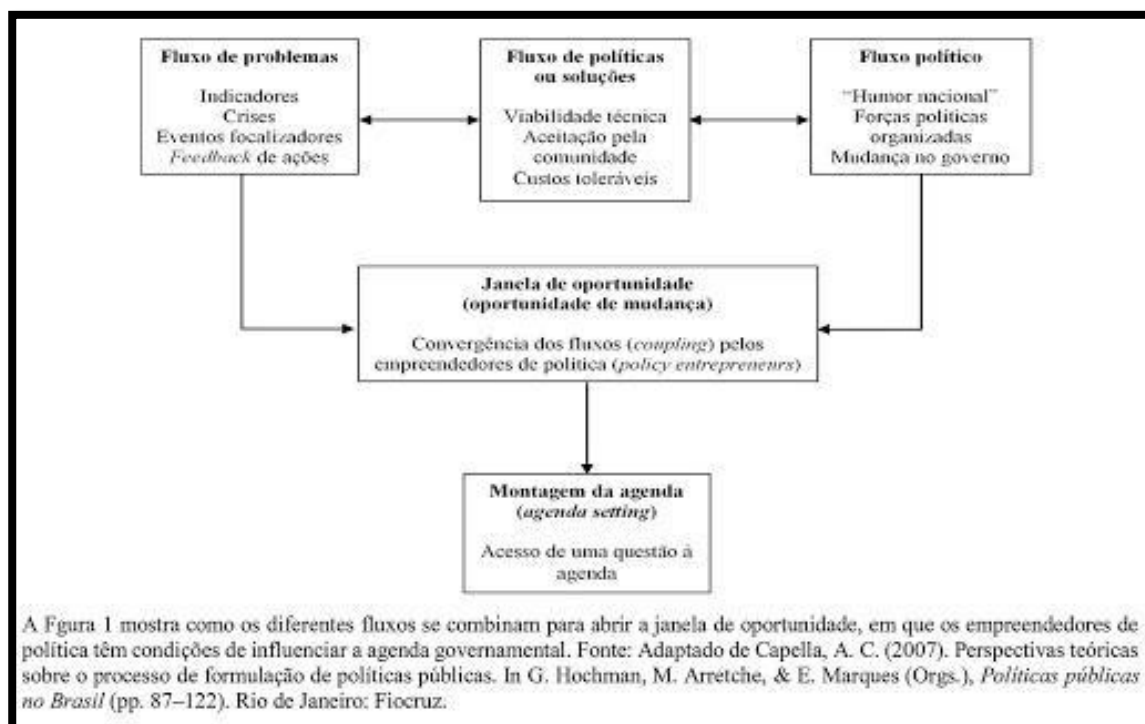
Ressalta-se que a primeira dimensão – reconhecer o problema – já é uma agenda definida pelos pesquisadores, gestores, profissionais e comunidade, visto que a dificuldade de fixar médicos na APS nos diversos municípios da Região, Estado e país é uma realidade e objeto de estudos e programas de intervenção dos governantes.

Para este estudo, vamos utilizar o segundo ciclo – formular propostas para resolução do problema – buscando oferecer alternativas para o terceiro ciclo – definição de políticas públicas para enfrentamento do problema, a partir das propostas apresentadas.

A teoria dos múltiplos fluxos (Figura 1) se originou a partir de estudos sobre a formação da agenda pública, elaborada por Kingdon (2003) e Zahariadis (2007), com origem no modelo de decisão em organizações (GOTTMES et al., 2010).

Kingdon (2003), seguindo Cohen, March e Olsen (1972), propõe que o processo de tomada de decisão nas políticas públicas poderia ser representado pela confluência de três grandes correntes dinâmicas: a corrente dos problemas (*problems*), a das propostas ou alternativas (*policies*) e a da política (*politics*). Assim, a agenda governamental segue um processo não intencional que se caracteriza por: 1) surgimento ou reconhecimento de um problema pela sociedade em geral; 2) existência de ideias e alternativas para conceituá-los – originadas de especialistas, investigadores, políticos e atores sociais, dentre outros; 3) contexto político, administrativo e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação (GOTTMES et al., 2010).

Figura 1 – Múltiplos fluxos para organização de uma agenda pública – método de Kingdon



Fonte: Adaptado de Capella, A. C., 2007.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os diferentes fatores que influenciam a atração e permanência de profissionais médicos na ESF nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos Específicos

1- Analisar os fatores associados à atração e permanência dos profissionais médicos na ESF na Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro.

2- Identificar as estratégias políticas de retenção do profissional médico na ESF existente na Região.

3- Analisar aspectos relacionados a má distribuição e/ou escassez de médicos no Estado do Rio de Janeiro com foco na Região estudada. APS/ESF.

4- Elaborar as recomendações para implantação de políticas públicas para atração e permanência de médicos nas APS.

3 METODOLOGIA

Apresentamos aqui as opções metodológicas referentes aos métodos e às técnicas que foram utilizadas para compreender o objeto de pesquisa sobre os desafios para atração e permanência do profissional médico na ESF dos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro. As questões norteadoras são: quais fatores contribuem para atração e permanência de profissionais médicos na ESF? Quais as políticas implantadas nos municípios em relação à atração e permanência de médicos na ESF?

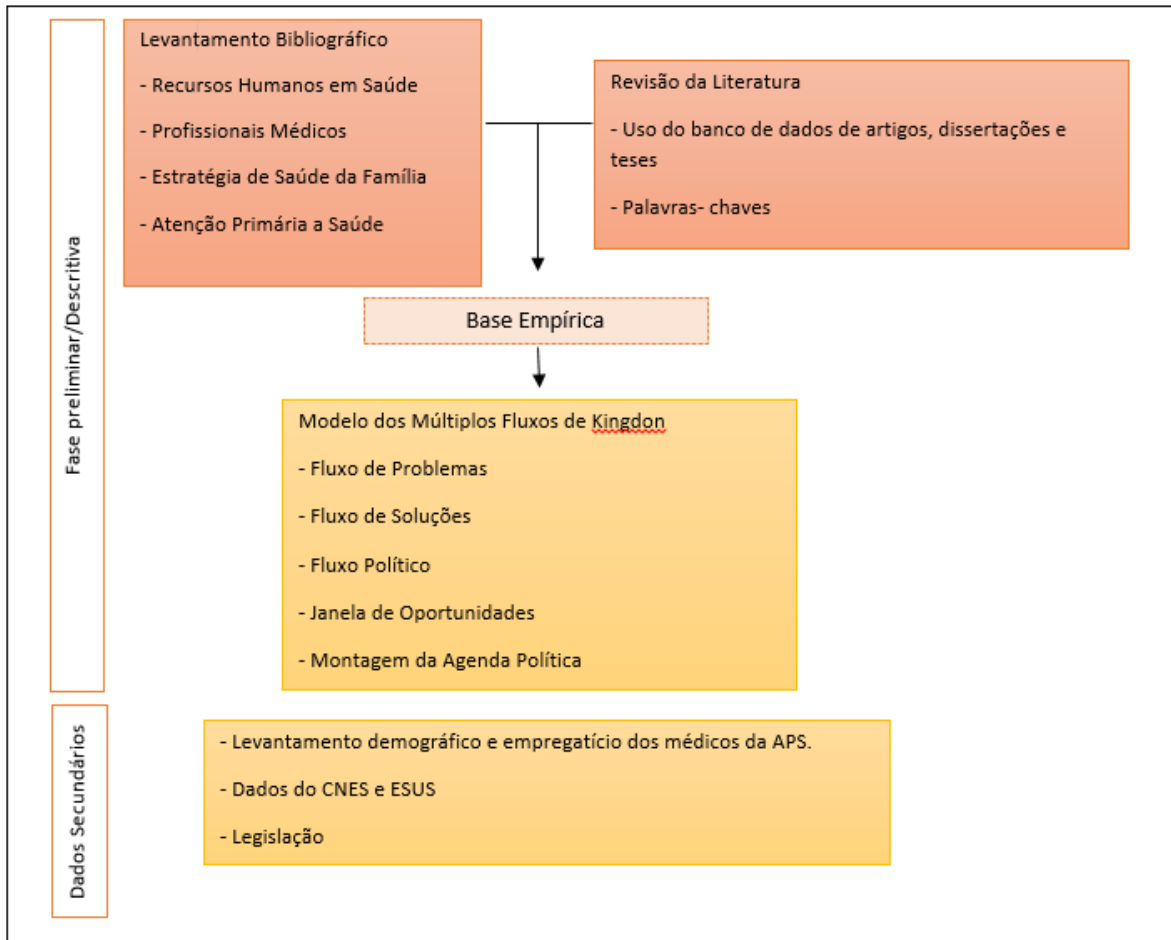
Conforme Lakatos e Marconi (2003, p. 82), “o método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros –, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”. A compreensão da tipologia da pesquisa é necessária para serem definidos os instrumentos e procedimentos que precisarão ser utilizados no planejamento de sua investigação (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Para Kauark, Manhães e Medeiros (2010):

A pesquisa é um trabalho, um processo, não totalmente controlável ou previsível. Adotar uma metodologia significa escolher um caminho, um percurso global do espírito. O percurso, muitas vezes, requer ser reinventado a cada etapa. Precisamos, então, não somente de regras, mas sim de muita criatividade e imaginação, sem perder o foco (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p. 78).

Na Figura 2, estão detalhadas as principais etapas do percurso metodológico, sua estrutura e métodos.

Figura 2 – Estrutura e métodos do estudo



Fonte: A autora, 2021.

3.1 Desenho do Estudo

Sobre a abordagem, a pesquisa é classificada como qualitativa, a qual valoriza a perspectiva dos agentes nela envolvidos, pois o ser humano se distingue pelo agir, pelo refletir e por interpretar suas ações dentro de uma dinâmica social própria, nesse tipo de abordagem Prodanov e Freitas (2013, p. 70) consideram que

há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Tal pesquisa é descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Para Gil (2002, p. 133), a análise qualitativa é menos formal do que a análise quantitativa, pois, nesta última, seus passos podem ser definidos de maneira relativamente simples. Em relação aos objetivos, a pesquisa terá um viés exploratório e descritivo. Conforme Gil (2002, p. 41), o intuito desse tipo de pesquisa “é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que as pesquisas exploratórias têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”. O planejamento desse tipo de pesquisa é flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (GIL, 2002; PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.2 Período do Estudo

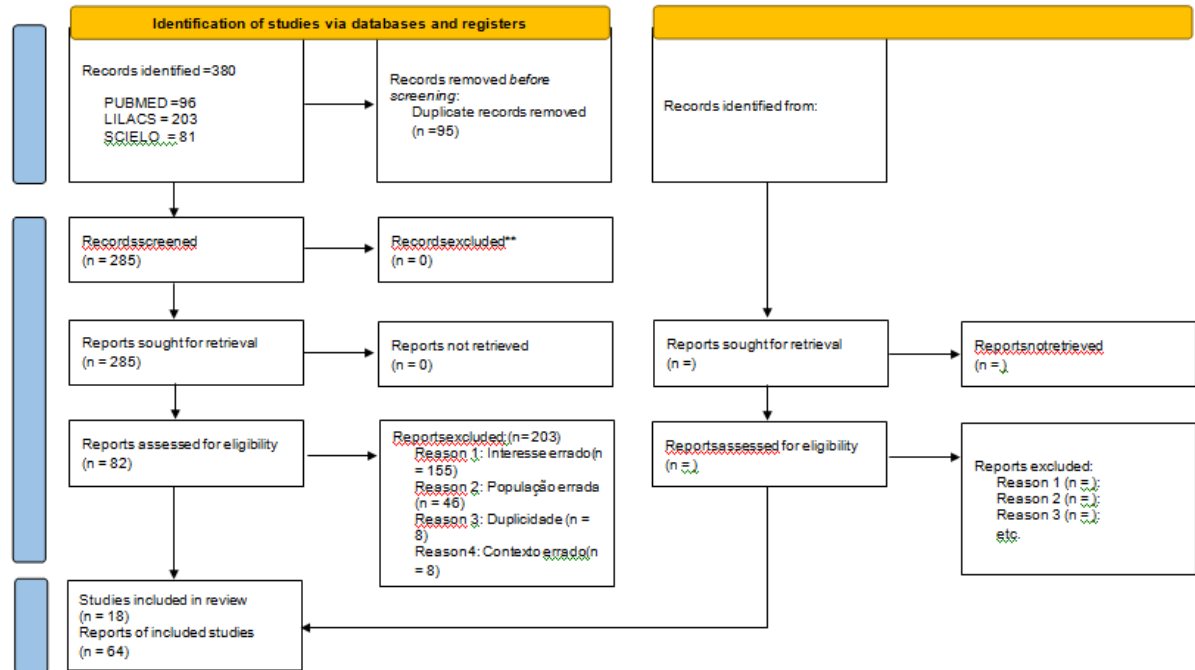
Como procedimento de pesquisa para compreensão do fenômeno, adotou-se uma revisão da literatura, com estudos científicos publicados no período de 2009 a 2021. Segundo Lima, Franco e Giovanella (2021, p. 2), “revisões integrativas permitem a síntese de diversificados estudos (quantitativos e qualitativos, experimentais e não experimentais) visando à compreensão ampla do estado do conhecimento de assunto complexo”.

3.3 Estratégias de Coleta e Análise de Dados

Diversas estratégias metodológicas foram utilizadas nesse estudo, como revisão da literatura sobre o tema, análise de dados secundários. A Figura 3 identifica o passo a passo na construção das estratégias e métodos.

Na revisão da literatura, os critérios de exclusão consistiram em artigos que não estivessem na língua portuguesa, ou que não eram artigos, teses e dissertações, ou que não abordavam os temas da Atração; Retenção; Rotatividade (*turnover*); Circularidade; Longitudinalidade; Provimento; e Fixação de médicos na ESF de outras categorias profissionais como enfermeiros; assim como os que abordavam esses assuntos, mas sem se tratar da área e tema da pesquisa.

Figura 3 – Fluxograma PRISMA



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
 **If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Fonte: A autora, 2021.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Com a realização da pesquisa, chegamos ao número de 18 artigos selecionados. Os manuscritos analisam questões de rotatividade, atração e fixação de profissionais médicos dentro do PSF, atualmente conhecido como ESF, uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção básica (MS, 2001). Esse programa visa a promover um nova dinâmica e reorganização dos serviços de saúde.

[...] o programa tem como principais características a adstrição da clientela, por meio da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (MS, 2005, apud SOARES et al., 2020, p. 5).

Essa perspectiva da reorganização da assistência à saúde por meio da ESF é corroborada por Turci (2008, p. 54), que destaca que “[...] por meio da Estratégia, é possível reorientar o processo de trabalho de modo a aprofundar a resolutividade e o seu impacto na saúde pública, melhorando a relação custo-efetividade”. No Quadro 2, apresentam-se os textos selecionados e numerados para melhor identificação ao longo do texto.

Quadro 2 – Artigos selecionados

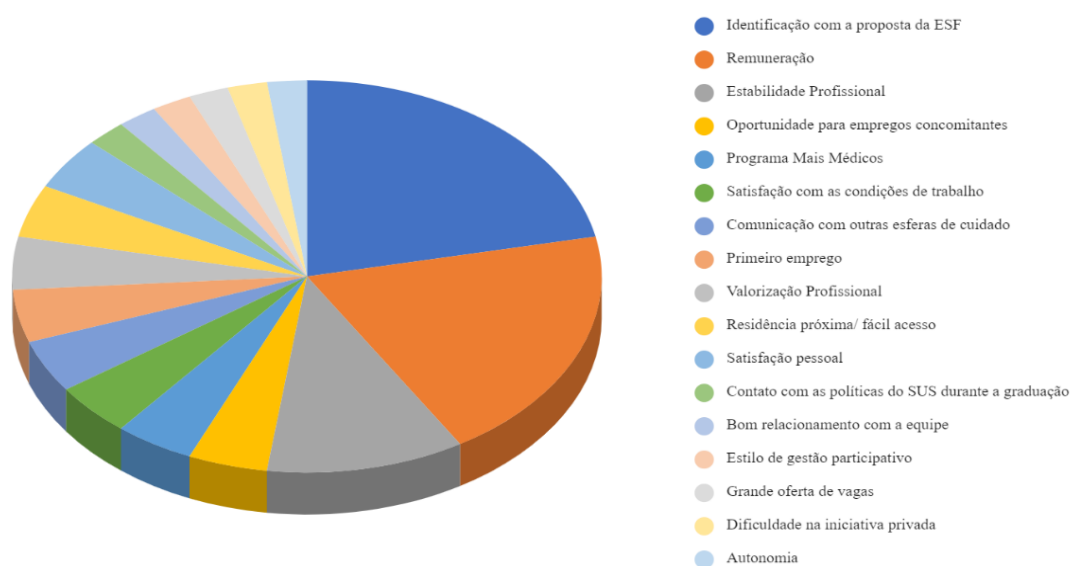
N. º	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	Satisfação de médicos no trabalho da Atenção Primária à Saúde	2017
2	Provimento e fixação de médicos na Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia	2019
3	Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família: o caso de um município polo de Minas Gerais	2019
4	Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia Saúde da Família	2016
5	Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho	2009
6	Physician turnover in primary health care services in the East Zone of São Paulo City, Brazil: incidence and associated factors	2022
7	Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família	2008
8	The retention of physicians to primary health care in Brazil: motivation and limitations from a qualitative perspective	2019
9	Estratégia Saúde da Família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná	2005
10	Provimento médico na Atenção Primária à Saúde no Estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos	2020
11	Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família,	2011

	município de Praia Grande, São Paulo, Brasil	
12	A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família	2010
13	Perfil do profissional médico na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um modelo em transição	2015
14	A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática	2005
15	Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família	2012
16	Perfil sociodemográfico e fatores de atração e saída dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil	2021
17	Território e gestão do trabalho médico nas equipes de saúde da família em uma Região de saúde de Minas Gerais	2018
18	Equidade na distribuição geográfica de médicos nos serviços da Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde	2011

Fonte: A autora, 2021.

Foi realizada uma análise de conteúdo, tendo como foco a busca por respostas à pergunta norteadora da pesquisa, a saber: “quais fatores ou políticas contribuem para atração e permanência de médicos na ESF?”. Destacaram-se como fatores de atração e fixação de médicos: a) identificação com a proposta da ESF; b) remuneração; c) estabilidade profissional; aparecendo em 21%, 19% e 11% dos textos, concomitantemente. Esses e os demais fatores estão apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Fatores de atração e fixação de médicos



Fonte: A autora, 2021.

O fator “identificação com a proposta da ESF” apareceu nos textos 1, 3, 4, 8, 11, 13, 14, 15, 16 e 18, sendo este, como já demonstrado, o fator que mais foi associado tanto para

atração quanto para fixação dos profissionais. Esse fato é corroborado por outras três pesquisas, conforme apontado por Barbosa et al. (2019, p. 400), texto 3 dessa seleção.

O fator “remuneração” aparece nos textos 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 13 e 16, sendo apontado com unanimidade como fator de atração, mas questiona-se seu potencial de fixação, sendo considerado como insuficiente por Bourget, Cassenote e Scheffer (2022), texto de número 6, entre os incluídos nesta revisão. Em síntese, as pesquisas apontam que apesar de o valor da remuneração ser considerado satisfatório pela maioria dos médicos participantes das pesquisas selecionadas, esse fator não é decisivo no que se refere a amenizar a rotatividade. Campos e Malik (2008), no texto de número 7, explicam assim:

Curiosamente, salário apresentou correlação positiva com rotatividade (0,48), ou seja, quanto maior o salário pago, maior o giro dos médicos. [...] Assim, não é o fato de receber um salário maior que leva à rotatividade, mas a alta rotatividade é que tem levado ao aumento do valor da remuneração dos médicos. Como a correlação encontrada entre rotatividade e remuneração é positiva (0,48), a medida não parece eficaz.

Percebe-se, então, que o aumento do valor da remuneração para médicos da ESF aparece como uma estratégia de atração e fixação de médicos, a fim de diminuir os problemas de escassez, principalmente em áreas rurais e/ou mais carentes, contudo, as informações apontam que por si esse fator não resolve tal problema, sendo o alto índice de rotatividade responsável pelo déficit. Pode-se correlacionar como decisório nesse contexto, corroborando o encontrado na pesquisa, a identificação com a proposta da ESF, pois um profissional que encontra uma boa remuneração na área pela qual deseja trilhar seu caminho de carreira tende a se fixar e se comprometer.

O terceiro fator que mais apareceu na análise de conteúdo foi “estabilidade profissional”, estando presente nos textos 1, 2, 3, 8 e 12. As modalidades de contratação apontadas como meios para alcançar esse fator são: a) concurso público; b) Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Por outro lado, diante da autonomia dos municípios, existem diversos onde a contratação é baseada em contratos por tempo determinado. De acordo com Andrade et al. (2019), texto de número 2 entre os selecionados, a contratação temporária correspondia a 97% entre os municípios da Bahia. Campos e Malik (2008), no texto 7, corroboram que o maior número de contratos temporários leva à maior rotatividade. Nogueira, Junior e Müller (2021), no texto 16, afirmam ainda que “a precarização da forma de contratação associa-se a uma menor permanência”. Dois fatores compõem esse quadro, sendo o primeiro o fato de haver um fim no contrato que permite a não continuação do profissional

por decisão do próprio ou do gestor – definição de contrato temporário –, e o segundo ser a carga de insegurança gerada nos profissionais diante dessa forma de contratação, de modo que, por não ter certeza da renovação, se abrem para novas oportunidades mesmo antes do encerramento do tempo de contrato. Pode-se afirmar, então, que da mesma maneira que o vínculo trabalhista é um fator de fixação, a falta dele é fator de rotatividade.

Ainda sobre a questão da rotatividade, vale ressaltar o fator de atração “oportunidade do primeiro emprego” como um ponto de debate, tendo em vista que boa parte dos médicos que recorrem à ESF para conseguir seu primeiro emprego é recém-formado e sem especialização, conforme enfatizam os textos 6 e 11. No texto 17, Santos (2008) aponta recrutamento de médicos recém-formados como estratégia de atração, pois é onde encontra-se mais oferta de força de trabalho. A questão, contudo, é que a maior parte desses profissionais não tem identificação com a proposta da ESF, sendo esse um importante fator de fixação como já apontado, logo, em pouco tempo – cerca de dois anos (textos 6, 7 e 11) – abandonam o emprego para entrar em uma residência, sendo a atuação na ESF somente passageira, desde a entrada. Verificam-se dois problemas nesse cenário que podem prejudicar a qualidade da assistência.

O primeiro é que médicos recém-formados possuem pouca experiência e pouco conhecimento específico sobre a proposta de atuação, o que pode prejudicar a qualidade do trabalho realizado se não houver aparato de instrução para receber essa força de trabalho. O segundo é que, por ser considerado somente um degrau de carreira, alguns profissionais podem não se empenhar para dar seu melhor em sua atuação, o que pode ocasionar em erros médicos e baixo rendimento.

A “valorização profissional” apresentou-se em dois textos como fator de fixação no sentido de ter um reconhecimento por parte dos usuários ao longo do trabalho, contudo, destacou-se o aparecimento desse mesmo fator como dificultador de atração de mão de obra, sendo apontado nos textos 1, 2, 4, 9 e 11. De acordo com essas pesquisas, impera na comunidade médica uma desvalorização do médico de família, sendo valorizada a atuação altamente especializada. Esse impacto social contribui para diminuir a satisfação profissional e pessoal. Desta forma, além de dificultar a atração para esses postos, contribui para que os profissionais recém-formados façam da ESF um lugar de transição na carreira médica, conforme apontam Barboza et al. (2019), texto 4.

Foi realizado também um mapeamento dos programas, projetos e políticas governamentais instituídos a fim de melhorar a problemática da escassez de médicos na ESF, estando os achados apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Mapeamento dos programas

Programas apontados	Texto	Objetivos
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)	2 e 5	Estruturar a saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, expandindo a rede ambulatorial e o trabalho de pessoal auxiliar
Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)	2 e 5	Defende a interiorização de uma equipe mínima além do médico, visando à descentralização e à municipalização desse atendimento concebido enquanto direito universal
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)	2, 5 e 18	Estimular a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional
Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab)	2, 8 e 17	Promoção de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, com prioridade para as áreas de difícil acesso e em municípios em situação de maior vulnerabilidade, preconizando um componente de formação com supervisão presencial e à distância desenvolvido por Instituições de Ensino Superior (IES), além de exigir um Curso de Especialização em Família Saúde no período em que o médico foi aluno do programa
Programa Mais Médicos (PMM)	2, 3, 7, 8, 10, 16 e 17	Estruturado em três eixos de ação cujos pressupostos, trabalhando em conjunto, visam a aumentar a oferta de médicos e melhorar as condições de atendimento nos municípios brasileiros
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina	4	Enfatizam a necessidade de formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde pública, além de refletirem um cenário de transição e consolidação de um novo modelo assistencial em saúde no Brasil que preconiza e orienta a organização dos cursos de medicina, de forma a estimular a formação do médico comprometido com as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS)
Projeto Rondon	5	Visava à extensão universitária contemplando o conhecimento da realidade brasileira, a integração nacional, o desenvolvimento e a interiorização
Médicos pelo Brasil	6	Incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)
Política Nacional de Educação Permanente	11	Promoção de cursos de especialização em Saúde da Família no Brasil, com o objetivo de qualificar a atenção básica
Curso Introdutório para Estratégia Saúde da Família	11	Proposta do Ministério da Saúde para promover a homogeneização, ainda que básica, dos conhecimentos sobre a ESF

Fonte: A autora, 2021.

O PMM foi o mais citado, aparecendo em sete textos entre os incluídos nesta pesquisa. Apresenta-se como o programa mais recente e mais funcional em meio a todas as tentativas até o momento, sendo responsável por aumento considerável na inserção de médicos na ESF,

contudo, os estudos apontaram que é ainda insuficiente para dar conta da rotatividade desses profissionais, tendo em vista que seu regime de contratação se baseia em acordos temporários, trazendo à tona uma problemática já discutida anteriormente no que se refere a esse tipo de vínculo. Andrade et al. (2019), no texto 2, apontam que “não se observa uma política institucionalizada que tenha como pauta a superação dessa problemática no SUS, visto que o PMM se apresenta como alternativa para o provimento e fixação sem, contudo, debruçar-se sobre uma carreira no SUS”.

5 DADOS GERAIS DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS NA REGIÃO CENTRO-SUL – LEVANTAMENTO DE DADOS

A presente seção traz os dados gerais do perfil dos médicos da Região Centro-Sul Fluminense, conforme os dados do levantamento feito pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (Anexo 1), no período de 12 de fevereiro a 4 de abril de 2022. Como técnica de coleta de pesquisa foi utilizado o questionário por meio de formulário eletrônico no *Google Forms*, aplicado com coordenadores e médicos dos 11 municípios da Região em análise.

O questionário é uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante (respondente). O questionário, numa pesquisa, é um instrumento ou programa de coleta de dados. Se sua confecção for feita pelo pesquisador, seu preenchimento será realizado pelo informante ou respondente. [...] A linguagem utilizada no questionário deve ser simples e direta, para que o respondente compreenda com clareza o que está sendo perguntado. Não é recomendado o uso de gírias, a não ser que se faça necessário por necessidade de características de linguagem do grupo pesquisado (grupo de surfistas, por exemplo) (PRODANOV, FREITAS, 2013, p. 108).

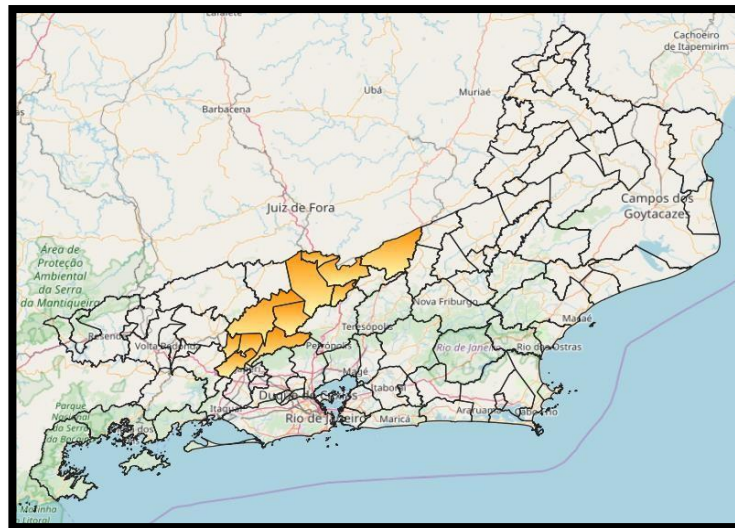
O intuito em utilizar esse tipo de ferramenta é “obter informações de um entrevistado sobre determinado assunto ou problema” (PRODANOV, FREITAS, 2013, p. 106). Ainda segundo os autores, o questionário foi enviado aos informantes por e-mail. Do total de 148 médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (base março de 2022), o questionário traz as respostas de 108 médicos, o que representa 73% do total de médicos que atuam nas ESF da Região. Em relação aos coordenadores municipais de atenção primária, 100% responderam ao levantamento.

Assim, foram analisadas as variáveis como gênero, faixa etária, estado civil, quantidade de filhos, raça, adicionando ao estudo elementos como tempo de trabalho na ESF, vínculo empregatício, rendimentos e especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

O Cenário de Coleta de Dados é a Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Tal Região é uma entre as nove regiões político-administrativas desse Estado e corresponde àquela área do Vale do Paraíba fronteira ao Estado de Minas Gerais. Apresenta como área o total de 3.222.162 km² e uma população de, aproximadamente, 319.351 habitantes.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais. Segundo o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, considera-se Região de Saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Onze municípios integram a Região Centro-Sul Fluminense: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. As cidades com as maiores concentrações populacionais são Paracambi, Paraíba do Sul, Três Rios e Vassouras (Figura 4).

Figura 4 – Localização da Região Centro-Sul no Estado do Rio de Janeiro (2020)



Fonte: Cosems/RJ-2019.

5.1 Dados Gerais

Os profissionais médicos para a ESF são o elemento central de análise deste estudo, assim como os gestores responsáveis pela elaboração da agenda política.

A formação da agenda governamental possibilita identificar fatores que são necessários na resolução de problemas de saúde pública, como neste estudo, o provimento de médicos nas eSF.

5.2 Limitações da Pesquisa

Por conta do cenário de pandemia nos anos de 2020 e 2021, não foram realizadas entrevistas com os profissionais para análise de como eles percebem os fatores que influenciam diretamente a escolha de estar atuando nos municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro junto às eSF.

5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa com base em dados secundários, o estudo não foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mas está de acordo com as normativas éticas nacionais e internacionais.

5.4 Financiamento

Os custos da pesquisa foram suportados por projetos de pesquisa do orientador – pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) – e pela própria autora.

5.5 Distribuição dos Médicos segundo as variáveis demográficas, empregatícias e de ensino

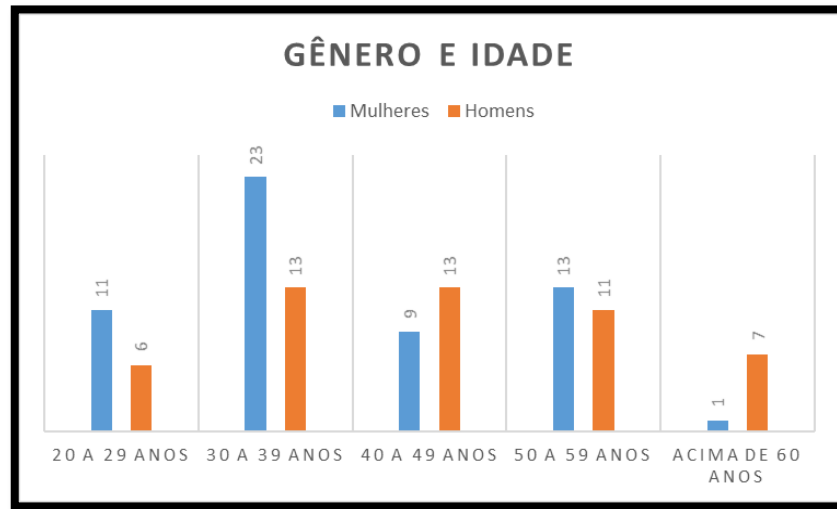
5.5.1 Distribuição dos médicos segundo o gênero e idade

Observa-se uma tendência ao crescimento da participação das mulheres nessa área de serviços que já foi predominantemente masculina. No levantamento realizado, 57 dos profissionais declaram ser do sexo feminino, o que corresponde a 53% dos profissionais.

A participação das mulheres na Região vem crescendo e seguindo a tendência mundial de feminização da medicina, o que impacta diretamente o modelo de cuidados em saúde, bem como a estruturação e organização das Redes de Atenção à Saúde na Região.

O Gráfico 2 traz a distribuição dos médicos segundo o gênero e a idade. É importante salientar que as diferenças entre os gêneros se acentuam nas maiores e menores faixas etárias, quando, do total de 22 profissionais com mais de 55 anos, apenas 32% são mulheres, e os homens representam 2/3 do levantamento, reforçando a presença de médicos do gênero masculino no mercado até a década de 1970 (SCHEFFER; CASSENTE, 2013). Por outro lado, do total de 55 profissionais médicos na faixa etária de 20 a 39 anos, tem-se 34 mulheres, o que corresponde a 62% do levantamento, reforçando a feminização da medicina a partir da década de 1990.

Gráfico 2 – Distribuição dos médicos segundo o gênero e idade



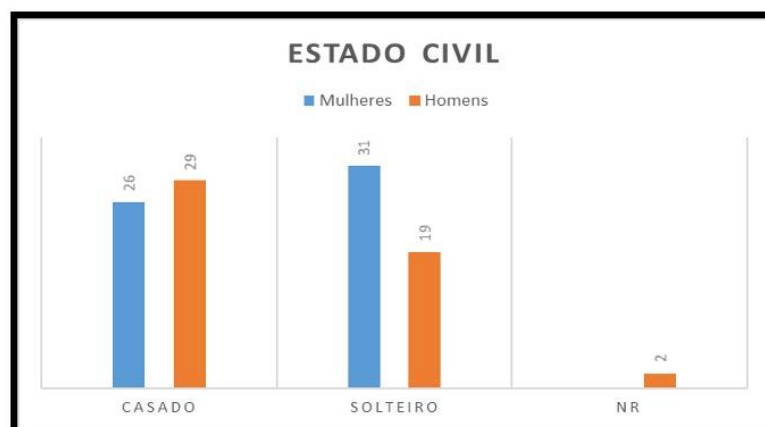
Fonte: A autora, 2021.

5.5.2 Distribuição dos médicos segundo o estado civil

O estado civil da maioria dos médicos que atuam na Região é casado (52%). De acordo com Perpétuo et al. (2009), na escolha dos locais de trabalho, o cônjuge tem uma importância a ser considerada por esses profissionais. O Gráfico 3 apresenta a distribuição dos médicos segundo o estado civil.

Quando comparamos estado civil e gênero, observa-se que as mulheres, em sua maioria, são solteiras, representando 2/3 do levantamento de solteiros se comparadas aos homens.

Gráfico 3 – Distribuição dos médicos segundo o estado civil



Fonte: A autora, 2021.

5.5.3 Distribuição dos médicos segundo a raça

A população negra (pretos e pardos) que responde por 50,7% dos brasileiros conforme o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010) é minoria entre os profissionais médicos na Região Centro-Sul e no país, respondendo por 21% do levantamento, enquanto a raça branca corresponde a 78% do levantamento.

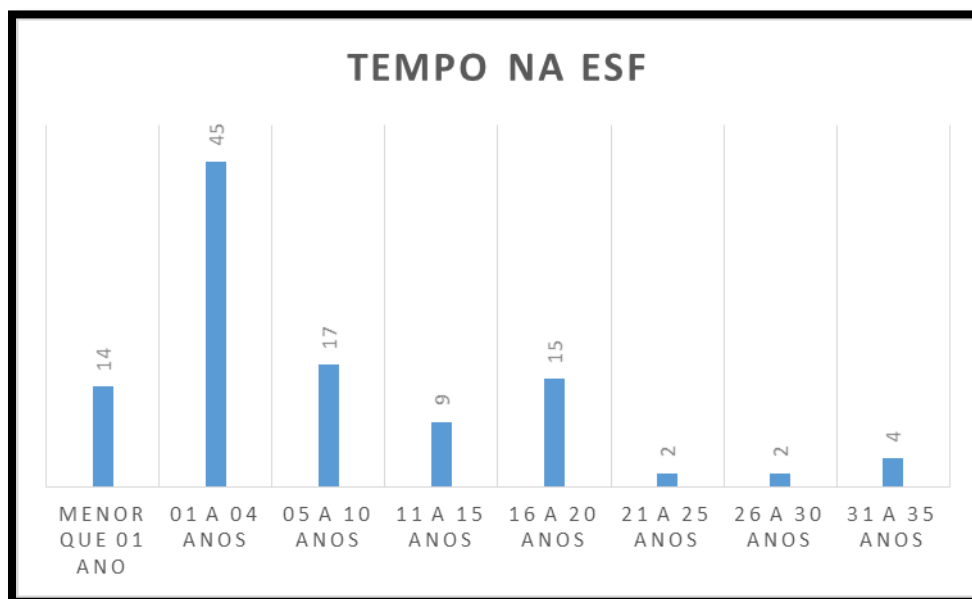
5.5.4 Distribuição dos médicos segundo o tempo que atua no município como médico da ESF

Quanto ao tempo de atuação dos médicos na ESF nessa Região, 45% têm um tempo de atuação que varia entre cinco e 35 anos nas equipes, demonstrando que 1/2 do levantamento se mantém nas equipes.

Treze por cento dos profissionais possuem menos de um ano de tempo na ESF, mas, se ampliarmos para o período de um a quatro anos, período este que corresponde também à gestão municipal, visto que o governo é eleito para administrar o município por quatro anos e outros quatro anos se reeleito, temos um levantamento de 42% equiparando-se aos que possuem uma maior estabilidade nas equipes.

O vínculo dos profissionais da ESF com a comunidade adscrita é um dos pilares para que a APS seja norteadora daquela população sob os seus cuidados, com ênfase na promoção e prevenção da saúde. A alta rotatividade (acima de 50%) dos profissionais médicos nas ESF dificulta a manutenção desse vínculo e fragiliza as ações e serviços de saúde à população (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição dos médicos segundo o tempo de atuação na ESF



Fonte: A autora, 2021.

5.5.5 Distribuição dos Médicos segundo o vínculo empregatício

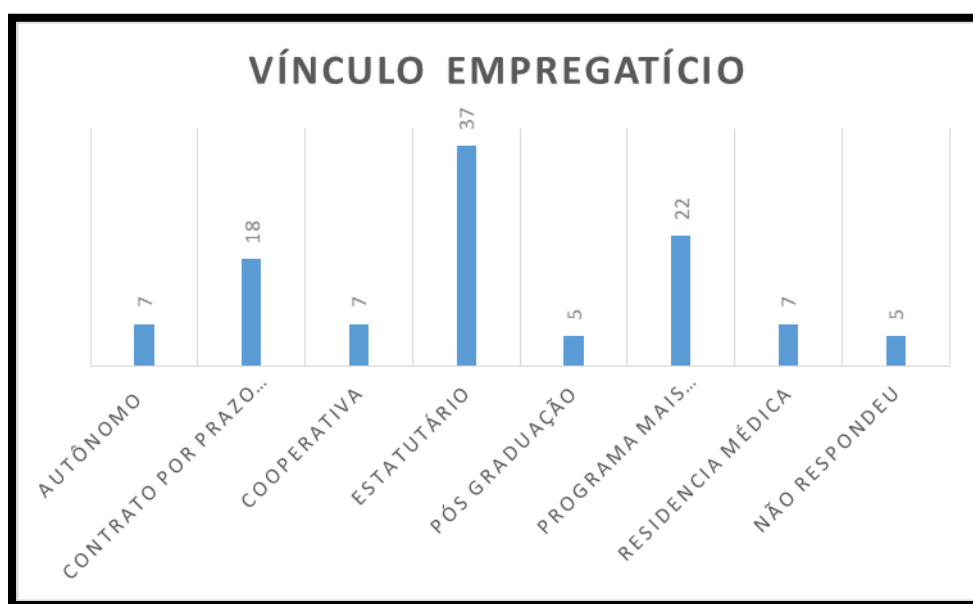
No que diz respeito à análise da distribuição dos médicos segundo o vínculo empregatício, os resultados evidenciam uma realidade complexa na qual os arranjos informais encobrem características, dificultando o diagnóstico. No Gráfico 5, será apresentado o número de postos de trabalho, ocupados pelos médicos de cada perfil, possibilitando a análise dos grupos segundo o número de vínculos.

A Região tem priorizado a alocação de profissionais médicos na ESF por meio de concurso público; 34% dos profissionais são estatutários, por isso a importância de legislação municipal que possa garantir direitos para a consolidação da carreira médica no SUS, mediante planos de cargos e salários que tenham previsão para uma melhor remuneração e incentivo à qualificação desses profissionais. Esse resultado é discordante dos estudos apresentados por outros autores, Perpétuo et al. (2009) dizem que os médicos do interior preferem, nesse campo, contratos com garantias trabalhistas em detrimento do concurso público, enquanto o desejo de permanecer nos grandes centros levaria aqueles alocados na Região Metropolitana a uma maior valorização aos cargos efetivos. Revela ainda em seu estudo que, no Estado de Minas Gerais, apenas 10% dos profissionais do interior são concursados, enquanto na capital as proporções chegam a 70%.

Outra estratégia importante de provimento de médicos para a Região tem sido o PMM responsável por 20% dos profissionais. Ou seja, 1/5 dos médicos que atuam nas ESF da Região fazem parte do PMM.

Médicos-residentes e em pós-graduação totalizam 11% das contratações na Região e 13% trabalham sem vínculo empregatício (cooperativa e autônomos).

Gráfico 5 – Distribuição dos médicos segundo o vínculo



Fonte: A autora, 2021.

5.5.6 Distribuição dos Médicos segundo a remuneração

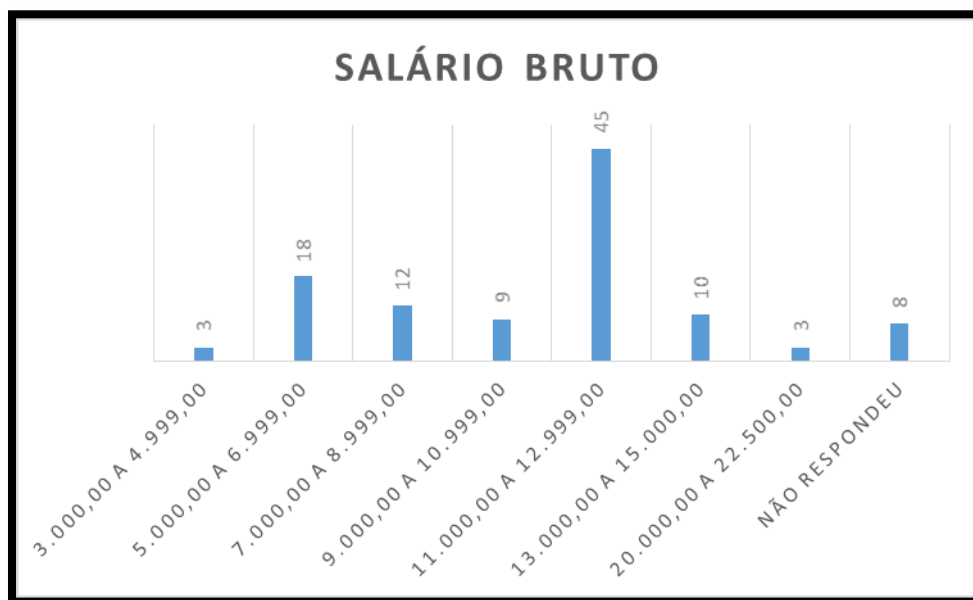
O Gráfico 6 mostra a remuneração bruta dos profissionais médicos por faixas salariais que trazem uma variação de R\$ 3.000,00 até R\$ 22.500,00, demonstrando uma desproporção salarial na Região, 43% possuem salário bruto entre R\$ 11.000,00 e R\$ 13.000,00, 38% possuem rendimento menor do que R\$ 11.000,00 e 19% acima de R\$ 13.000,00.

Para Perpétuo et al. (2009), a remuneração é responsável pela atração e pela rotatividade entre municípios, pois os médicos se transferem seguindo a maior oferta financeira. De acordo com Girardi et al.(2017) e Carvalho (2013), no que diz respeito às condições socioeconômicas e à oferta de bens e serviços nos municípios, a remuneração apresenta-se como principal fator de atração para os médicos (92,31%), seguida imediatamente pelas condições de trabalho e a existência de educação permanente (84,62%).

Considerando ainda os achados de Carvalho (2013), que revelam médias salariais nacionais da ordem de R\$ 8.250,00, os valores praticados na Região mostram-se então

atrativos, demonstrando o esforço que os municípios têm feito para garantir uma remuneração compatível com o mercado, buscando o provimento e a fixação desses profissionais em seus municípios.

Gráfico 6 – Distribuição dos médicos segundo a remuneração



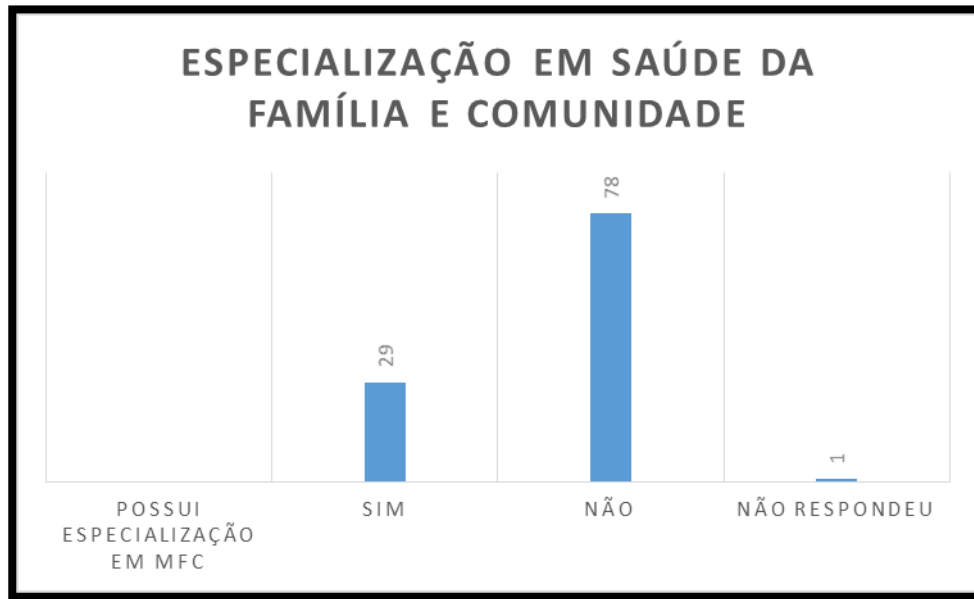
Fonte: A autora, 2021.

5.5.7 Distribuição dos Médicos segundo o título de especialização em Medicina de Família e Comunidade

Quando a análise se dá pela titulação dos profissionais médicos em MFC, temos um levantamento de 27%, ou seja, 1/5 dos profissionais que atuam nas equipes possui Título de MFC na sua formação acadêmica.

Ressaltamos que, no município de Três Rios, existem duas Residências Médicas em MFC, sendo uma em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a outra do Ministério da Saúde (Gráfico 7).

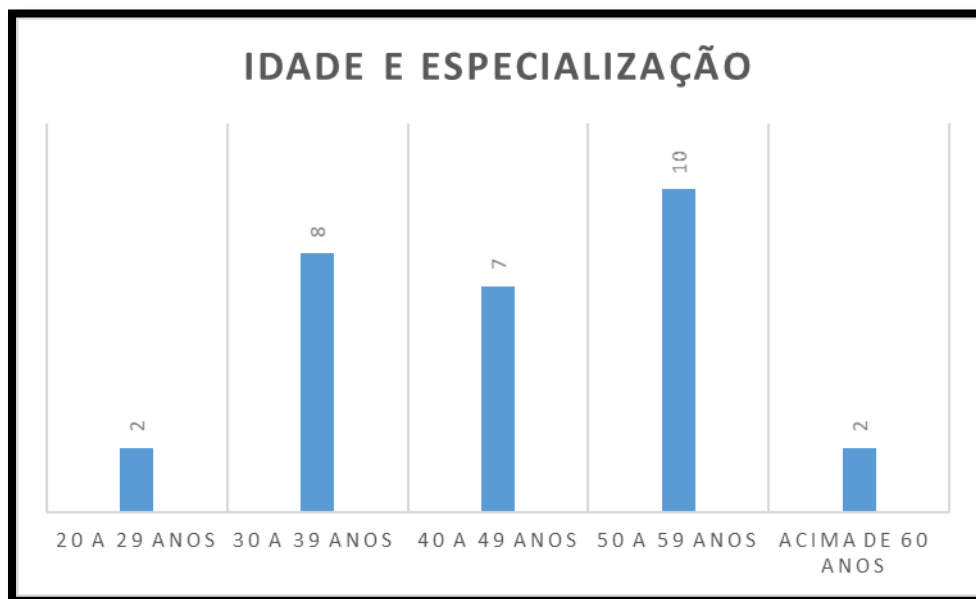
Gráfico 7 – Distribuição dos médicos segundo o título de especialista



Fonte: A autora, 2021.

Comparando a idade dos médicos que possuem título de especialização em MFC na Região, temos um levantamento bem homogêneo entre as faixas etárias de 30 a 59 anos, conforme os dados no Gráfico 8.

Gráfico 8 – Distribuição dos médicos por idade e título de especialização em MFC



Fonte: A autora, 2021.

5.6 Estratégias Políticas de retenção do Profissional Médico na ESF existentes na Região

Nesta seção, apresentamos as políticas de provimento e fixação de médicos na ESF de alguns municípios da Região Centro-Sul Fluminense que demonstram o esforço dos municípios para diminuir a rotatividade desses profissionais em suas eSF.

Em relação às políticas do Estado do Rio de Janeiro e do Governo Federal, a análise se deu sobre o viés do financiamento para a atenção primária, em especial sobre o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) e o Programa de Financiamento Federal da APS – Previne Brasil.

5.6.1 Políticas Municipais

Analisando as respostas dos coordenadores da APS dos municípios da Região Centro-Sul, conforme o Quadro 4, observa-se que apenas dois municípios têm legislação municipal específica para remuneração dos médicos que atuam na ESF, o que representa 18% do total dos municípios da Região.

Quadro 4 – Legislação municipal para pagamento de gratificação aos médicos da ESF nos municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, 2021

Qual é o município onde você atua?	O estatuto dos servidores prevê pagamento adicional para quem trabalha na APS?	Existe Lei municipal específica para pagamento de gratificação aos médicos que atuam na ESF?
Sapucaia	Não	Não
Três Rios	Não	Sim
Sapucaia	Não	Não
Mendes	Não	Não
Paty do Alferes	Não	Não
Miguel Pereira	Não	Não
Comendador Levy Gasparian	Não	Não
Paraíba do Sul	Não	Sim
Paracambi	Não	Não

Fonte: SES-RJ APS.

Ter legislação municipal garantindo o adicional na remuneração dos profissionais médicos que atuam na ESF é importante para a fixação desses profissionais no município, visto que, conforme o vínculo empregatício, os profissionais estatutários e contratados por meio de processo seletivo (CLT) representam 51% do total de médicos na Região.

O município de Três Rios, polo de serviços ambulatoriais e hospitalares para a Microrregião 1 (Três Rios, Paraíba do Sul, Areal, Levy Gasparian e Sapucaia) possui duas residências médicas em saúde da família e comunidade, com profissionais médicos preceptores que atuam na ESF acompanhando os R1 e R2, sendo uma residência médica em parceria com a SES-RJ e a Uerj e outra residência própria do município autorizada pelo Ministério da Saúde.

Em relação à Faculdade de Medicina, os municípios de Miguel Pereira, Vassouras e Três Rios têm em seus territórios a oferta de vagas para a Região. A Faculdade Suprema instalada em 2019 no município de Três Rios faz parte do Edital do PMM para expansão das vagas de medicina no país.

5.6.2 Financiamento do Governo Estadual

O PREFAPS é a estratégia para o financiamento estadual da APS no Estado do Rio de Janeiro. Seu marco normativo atual é a Resolução SES n.º 2.348 de 15 de julho de 2021 que “atualiza o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano de 2021”.

O PREFAPS tem como objetivo apoiar a APS dos municípios a partir de incentivo à manutenção e expansão das eSF, Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/ESF), Consultório na Rua (CnaR), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Polos de Academia da Saúde (PAS), bem como fomentar a qualidade e o alcance de metas no âmbito da APS.

Todos os 11 municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro já aderiram voluntariamente ao PREFAPS mediante assinatura do Termo de Adesão pela gestão municipal, de acordo com a Resolução SES-RJ n.º 1.846, de 9 de maio de 2019.

Os valores são calculados quadrimestralmente e repassados por meio de transferência do Fundo Estadual de Saúde (FES) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), na conta corrente destinada exclusivamente ao recebimento do financiamento estadual da APS, vinculada ao número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) do FMS.

O recurso financeiro do PREFAPS é destinado exclusivamente à APS e possui três componentes:

I - Componente Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde;

Componente Sustentabilidade é destinado aos municípios, tendo como parâmetro o número de equipes eSF, eSB/SF, CnaR, NASF e PAS em funcionamento.

II - Componente Expansão da Estratégia Saúde da Família;

Componente Expansão é destinado aos municípios que implantarem novas equipes eSF, eSB/SF, CnaR, NASF e PAS.

III - Componente Desempenho da Atenção Primária à Saúde.

Componente Desempenho tem como objetivo qualificar as ações desenvolvidas pela APS por meio do monitoramento e avaliação de indicadores estratégicos, vinculando repasses ao cumprimento de metas (RESOLUÇÃO SES/RJ 2348/2021)

5.6.3 Financiamento do Governo Federal

Até 2019, a lógica do cofinanciamento federal de custeio para a atenção básica era estruturada em dois pisos, o fixo e o variável. No caso do piso fixo – o então nominado Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) –, seu cálculo era feito pela determinação de um valor para cada habitante do município, independentemente de qualquer condição. Já no PAB Variável, seu valor era a soma dos incentivos dos diversos programas cofinanciados pelo Ministério, ou seja, o somatório do valor destinado ao custeio dos variados programas em que o município havia conseguido o credenciamento, por exemplo, as equipes de ESF, os NASF, o Programa Saúde na Escola, as equipes de Saúde Bucal, as Academias da Saúde etc. Também compunham o PAB Variável os recursos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Com a instituição do Programa Previne Brasil, pela publicação da Portaria n.º 2.979/19, essa lógica de cofinanciamento mudou, passando a ser alicerçada em três componentes: Capitação Ponderada, Desempenho e Ações Estratégicas.

Os componentes do Programa Previne Brasil guardam a seguinte relação com o cofinanciamento federal da AB, vigente até o final de 2019 (Quadro 5):

Quadro 5 – Comparativo do financiamento da APS pelo Governo Federal

Até 2019	A partir de 2020
PAB Fixo/Custeio das ESF, NASF e Gerentes da atenção básica	Componente Capitação Ponderada + <i>per capita</i> de transição
PMAQ	Componente Desempenho
Demais cofinanciamentos por programas	Mesma lógica

Fonte: A autora, 2022.

Ao analisarmos a Portaria n.º 2.979/19, que instituiu o Programa Previne Brasil, podemos perceber a previsão de uma série de regras de transição, que eram pensadas para vigorar até no máximo agosto de 2020, mas que foram sendo sucessivamente prorrogadas e perduraram durante todo o ano de 2020.

Essas seguidas prorrogações geraram o resultado do Quadro que se segue, em que a Região Centro-Sul teve um resultado positivo no ano de 2020, levando-se em comparação ao exercício de 2019. Podemos observar pelo Quadro 6 que, em 2020, houve um aumento de 11,20% no repasse dos recursos de cofinanciamento federal para o custeio da AB para o conjunto dos 11 municípios da Região Centro-Sul.

Não obstante, mesmo com a prorrogação das regras de transição, um município, Comendador Levy Gasparian, teve um recebimento total dos recursos de cofinanciamento federal para o custeio da atenção básica, menor em 2020, quando comparado ao exercício anterior.

Sabemos que, no ano de 2021, novas mudanças foram introduzidas no regramento do Programa Previne Brasil que afetaram, de forma positiva, a situação de boa parte dos municípios da Região Centro-Sul, na medida em que estes possuíam um parâmetro de cobertura de atenção básica bastante superior ao colocado na Portaria n.º 2.979/19 e que, pelo regramento original do Programa, seriam bastante prejudicados.

Porém, quando analisamos o exercício de 2020, percebe-se que, mesmo com a extensão integral de todas as medidas de transição, chegamos a uma situação em que pelo um município da Região teve um decréscimo em seu cofinanciamento federal e os demais, tiveram um aumento de 11,20%.

Apesar de o percentual de aumento do cofinanciamento federal parecer satisfatório entre os anos de 2019 e 2020, se aprofundarmos nossas análises, veremos que efetivamente houve um quadro de manutenção do financiamento ou até de desfinanciamento para a Região, que possui a mais alta cobertura de atenção básica de todo o Estado.

Por exemplo, se desconsiderarmos o aumento legal de 12% dos recursos destinados aos agentes comunitários de saúde, que são integralmente direcionados ao pagamento de seus salários, reajustados na mesma proporção, teremos que o aumento médio do cofinanciamento federal para o custeio da atenção básica seria de apenas 4,31%.

Se levarmos em consideração o aumento de custos da atenção básica, seja pela inflação inerente ao período, que foi maior de que 4,31%, seja pela introdução de novos custos ligados ao enfrentamento da pandemia pela doença causada pelo coronavírus 2019 (*coronavirus disease 2019 – covid-19*), por exemplo, o aumento muito significativo de

equipamentos de proteção individual para as equipes, podemos chegar à conclusão de que as novas regras do Programa Previne Brasil não contribuíram para o aumento real do cofinanciamento do custeio das ações da atenção básica, chegando, em pelo menos um caso, a gerar uma situação de desfinanciamento do município de Comendador Levy Gasparian.

Registre-se que não é objetivo deste estudo realizar uma análise do impacto do Programa Previne Brasil, motivo pelo qual não nos aprofundamos na análise do efetivamente executado dos recursos federais de custeio da atenção básica, o que nos oportunizaria observar um quadro ainda mais crítico em relação a esse cofinanciamento, na medida em que, em virtude da introdução de uma série de novas regras, podemos observar um aumento relevante nas suspensões dos repasses de recursos federais, que não estão considerados nos dados aqui apresentados.

5.7 Panorama do Programa Mais Médicos em comparação com o Programa Médicos pelo Brasil

Dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, 65 foram contemplados com vagas pela Portaria GM/MS n.º 3.352, de 2 de dezembro de 2021. Desses 65 municípios, somente 37 foram contemplados com vaga no PMpB, Edital n.º 11, de 15 de dezembro de 2021. Essa diminuição na quantidade de médicos preocupa os gestores municipais e aumenta a crise de escassez de médicos na ESF.

Em relação às vagas de tutor, 12 municípios têm essa oferta de vaga, e nove municípios têm a previsão de receber tutor e médico-bolsista (MFC).

Na Região estudada (Centro-Sul Fluminense), o município de Sapucaia foi contemplado com vaga de tutor e médico-bolsista.

Quadro 6 – Relação dos 12 Municípios com previsão de vagas para tutor e médico bolsista (MFC)

Estado	Município	Região	Tutor por município	Médicos bolsistas	Total de vagas confirmadas pelo município
RJ	Angra dos Reis	Baía da Ilha Grande	2	9	11
	Belford Roxo	Metropolitana I	1	6	7
	Campos dos Goytacazes	Norte	2	13	15
	Cardoso Moreira	Noroeste	1	0	1
	Duque de Caxias	Metropolitana I	2	12	14
	Nova Friburgo	Serrana	1	5	6
	Petrópolis	Serrana	1	0	1
	Rio de Janeiro	Metropolitana I	1	3	4
	São Gonçalo	Metropolitana II	1	1	2
	São Pedro da Aldeia	Baixada Litorânea	1	3	4
	Sapucaia	Centro-Sul	1	2	3
	Volta Redonda	Médio Paraíba	1	0	1

Fonte: Assembleia do Cosems/RJ, abril de 2022.

O PMM na Região estudada é uma importante estratégia de provisão de médicos, bem como da ampliação de vagas do curso de medicina com a implantação de uma Faculdade de Medicina na Região. No Quadro 7, temos um comparativo entre o PMM e o PMpB e o número de profissionais médicos para a Região, por meio do Edital n.º 01, é muito menor que do PMM. Dos municípios contemplados, a perda será de oito profissionais e, somada aos municípios não contemplados, a perda total será de menos 20 profissionais médicos na Região, o que representa um dano muito grande para os municípios e Região (Quadro 8).

Quadro 7 – Comparativo entre o PMM e o PMpB – Panorama de Vagas do PMM dos Municípios após a lotação de médicos do PMPB no Estado do Rio de Janeiro – 1º Edital da ADAPS

Município	PMM				PMpB		Médicos do PMM com encerramentos das atividades em:				Encerramento 2022		Vagas Ocupadas após a lotação do médico do PMpB, 1º Edital – Comparando com o teto PMM	Vagas desocupadas após a lotação do médico do PMpB, 1º Edital – Comparando com o teto PMM
	Perfil município	Teto PMM	Ocupadas	Desocupadas	2022	1º Edital	2022	2023	2024	2025	março a junho	julho a dezembro		
Sapucaia	2 - Grupo II do PAB	6	6	0	4	3	3	2	1	0	3	0	6	0
Três Rios	2 - Grupo II do PAB	11	9	2	3	1	7	0	2	0	7	0	3	-8

Fonte: Assembleia do Cosems/RJ, abril de 2022.

Quadro 8 – Panorama de vagas dos municípios que não foram contemplados pelo PMpB 2022

Município	Teto	Vagas ocupadas
Areal	3	2
Comendador Levy Gasparian	2	2
Engenheiro Paulo de Frontin	2	2
Mendes	1	1
Miguel Pereira	3	2
Paraíba do Sul	6	3
Total	17	12

Fonte: Assembleia do Cosems/RJ, abril de 2022.

5.8 Recomendações para implantação de Políticas Públicas para atração e permanência de Médicos na Atenção Primária

Tendo a Região a cobertura de 92% de eSF e os profissionais médicos com papel fundamental na execução das ações e serviços junto à APS, a criação de uma agenda política se faz necessária para enfrentar os desafios impostos na Região para provimento de médicos para a ESF. Na perspectiva de Kingdon (2003), a agenda governamental é o conjunto de temas sobre os quais o governo e seus agentes priorizam em determinado momento.

Para as recomendações, usamos o modelo de Kingdon (2003) (Quadro 9).

Quadro 9 – Múltiplos fluxos de Kingdon (2003)

Fluxo de problemas	Fluxo de soluções	Fluxo político	Janela de oportunidades
Provimento de médicos para a ESF	<ul style="list-style-type: none"> • Desprecarização dos vínculos empregatícios • Melhor remuneração dos profissionais médicos na APS • Maior oferta de vagas de Residência em MFC 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do processo de contratação de profissionais médicos pelos municípios • Aumento do financiamento triparte para a APS • Revisão pelo Governo Federal das vagas de residência MFC 	Política de recursos humanos para a APS (municipal, estadual e federal)

Fonte: A autora, 2022.

As recomendações aqui elencadas fizeram parte da Reunião da Comissão Intergestores Regionais (CIR), do mês de abril de 2022, com os secretários de saúde da Região Centro-Sul e os coordenadores municipais de atenção primária, com a pauta *escuta atenção básica*. Os gestores responderam às questões: “O que faz na atenção básica e do que o município precisa de ajuda para fazer? E o que não faz e deveria fazer?” Não há solução única, simples ou isolada. É necessário construir uma gama de ações coordenadas, objetivando, entre outros:

- a) Implantar Planos de Cargos e Salários contemplando gratificação específica para profissionais médicos que atuam na ESF.
- b) Compatibilizar as faixas de salários dos municípios com o mercado locorregional.
- c) Instituir uma política de ingresso, integração funcional, evolução, desenvolvimento e avaliação de desempenho, com atividades de capacitação e educação permanente.
- d) Expandir as vagas para Residência MFC.
- e) Melhorar e adequar a estrutura física das unidades, bem como a disponibilização de equipamentos de informática e acesso à Internet.
- f) Implantar ações de reaproximação das equipes com a comunidade, principalmente nesse período pós-pandemia.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho descreveu e analisou, no período de 2017 a 2021, os estudos sobre o tema da escassez, da atração e da retenção de profissionais médicos na APS, assim como promoveu um levantamento do perfil demográfico dos médicos que atuam na Região Centro-Sul Fluminense. As pesquisas encontradas mostram as dificuldades para contratação, provimento e retenção de profissionais médicos em diferentes contextos dentro do nosso país. A dificuldade de contratação e retenção do profissional médico é uma realidade vivenciada pela integralidade das Regiões e municípios brasileiros, contudo, notadamente, nas Regiões mais carentes economicamente e com maior perfil de vulnerabilidade, esse problema se agrava. Isso provoca um grande entrave para o funcionamento do sistema de saúde de forma geral e para a consolidação da Atenção Básica em Saúde, o que provoca uma deficiência no atendimento às comunidades.

Os trabalhos encontrados na pesquisa demonstram um pouco da realidade e ações que estão sendo desenvolvidas atualmente pelas gestões federal, estadual e municipal em saúde e revelam que os aspectos demográficos, sociais, individuais, assim como a gestão e a organização administrativa dos serviços de saúde, são fatores que precisam ser investigados com maior profundidade para uma maior compreensão do fenômeno, uma vez que muitos autores consideram o problema da falta de médicos como uma situação cíclica que se agrava a cada período.

Ribas (2020), ao analisar o relatório do *III Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde*, destacou que, em 2035, o mundo terá uma necessidade de cerca de 13 milhões de profissionais de saúde. A falta e/ou a má distribuição espacial desses profissionais se constituem, deste modo, como um dos maiores desafios para os gestores em saúde. Ribas (2020) salienta que tanto o provimento quanto a fixação de trabalhadores da saúde são preocupações significativas e pautas constantes nas agendas públicas e sociais, uma vez que envolvem contratação e treinamento de novos trabalhadores, mobilização de recursos financeiros para estimulá-los a trabalhar e permanecer em áreas desassistidas e despesas consequentes a afastamentos e rotatividade.

O objetivo principal do levantamento bibliográfico realizado nesta pesquisa visou a obter uma compreensão e promover uma análise atual sobre a produção acadêmica em saúde acerca do nosso objeto de pesquisa que é investigar os desafios para atração e permanência de médicos na ESF nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro. Embora parte da pesquisa tenha se mostrado exitosa, pois permitiu uma compreensão do fenômeno

estudado em diversas Regiões do país, não logramos êxito no exame específico sobre as características e peculiaridades do fenômeno do ponto de vista acadêmico nas produções encontradas no período, uma vez que, diante dos resultados, verifica-se que, em relação à revisão da literatura, foram encontrados pouquíssimos artigos, dissertações, teses e outros estudos sobre a provisão de médicos da ESF do Estado do Rio de Janeiro, no período analisado. Existem trabalhos sobre o Estado do Rio de Janeiro, mas não tão recentes. A falta de pesquisas e estudos sobre a contratação, o provimento e a retenção de médicos em um Estado tão importante como o do Rio de Janeiro, com um complexo de universidades públicas e uma capacidade instalada de serviços de saúde, nos preocupa e impulsiona para que outros pesquisadores possam aprofundar o tema no Estado do Rio de Janeiro como um todo, contribuindo para a formulação de políticas públicas para a APS no Estado.

Importante ressaltar que o estudo utilizou dados secundários do censo IBGE 2010, base do CNES e levantamentos realizados pela SAPS da SES-RJ. Questões como capacidade instalada da Região não foram analisadas, o que pode vir a comprometer algum tipo de observação mais profunda quanto ao provimento municipal.

Há que se destacar a alta cobertura da ESF em todos os 11 municípios da Região. Reforçando a APS como porta prioritária do sistema de saúde nessa Região. A maioria dos médicos que atuam nas equipes tem vínculo formal com os municípios, sendo muito deles estatutários, ou seja, seu provimento foi por meio de concurso público. Contudo, apenas dois municípios (Paraíba do Sul e Três Rios) possuem legislação municipal para gratificação adicional aos médicos da APS.

Variáveis como tempo de atuação na APS, remuneração, vínculo empregatício e perfil demográfico foram analisadas, assim como especialização em MFC.

Destacamos a forma de contratação dos médicos para a atuação na ESF. Costa e Silva et al. (2014) citam que os modelos de contratação variam de acordo com as especificidades de cada localidade. Em relação aos vínculos empregatícios, temos na Região múltiplos vínculos (estatutários, contratados, cooperados, autônomos, bolsistas, residentes). Comparando o tempo de serviço com o vínculo, observamos que o regime de contratação (estatutário) tem sido responsável pela fixação do profissional nos municípios, com resultado de 85% dos profissionais concursados com mais de cinco anos de atuação na APS. Em contraposição, o vínculo mais precário (recibo de pagamento autônomo – RPA) teve como resultado 100% dos profissionais com tempo de atuação inferior a três anos e a maioria com menos de um ano de atuação.

A contratação por concurso público, mostra-se como uma estratégia essencial para facilitar a fixação de profissionais. No entanto, sozinha, como uma alternativa do gestor, ela não é suficiente para reter os profissionais em suas posições de trabalho. Assim, nos municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro, a estabilidade profissional tem sido um fator importante para que o profissional médico se mantenha atuante nas eSF.

A remuneração também é um ponto que precisa ser levado em consideração. Ela se coloca como um fator de atração, mas não de fixação, se for colocada apenas como compensação à precariedade do vínculo. Santini et al. (2017, p. 551) sugerem como estratégias para atração e retenção dos médicos na ESF: equiparação salarial; adicionais de gratificação; complementação de renda, entre outras ações. Estratégias estas encontradas em dois municípios na Região, os quais possuem legislação de gratificação específica para os médicos; 65% dos profissionais atuam há mais de quatro anos nas ESF.

Outro fator importante é a busca por especialização, alinhada a maiores salários e *status*. Tem-se na Região a presença de três faculdades de medicina e duas residências médicas. Seixas (2017) aponta a capacitação dos profissionais como um ponto de satisfação das equipes. Atualmente, 1/5 dos médicos que atuam na ESF da Região possui especialização em MFC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou descrever e analisar os desafios para provimento (atração e fixação) de médicos para a ESF da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Para cumprir tal objetivo, primeiramente traçamos considerações sobre os desafios enfrentados por gestores de saúde, em especial para a ESF, que, como destacamos, tem nesse profissional a gestão do cuidado da população e é considerada como a porta prioritária do sistema de saúde. Por meio dessa introdução, estabelecemos as questões norteadoras da pesquisa, que foram: Quais fatores contribuem para atração e permanência de profissionais médicos na ESF? Quais as políticas implantadas nos municípios em relação à atração e permanência de médicos na ESF?

Após a apresentação do problema de pesquisa, dos objetivos e da metodologia, realizamos uma revisão de literatura, com o intuito de compreender como o problema da escassez, da alta rotatividade, das condições de trabalho se manifesta em nosso país e em especial no Rio de Janeiro. A revisão da literatura revelou, assim como imaginávamos, que a gestão de recursos em saúde não é um desafio apenas de caráter local ou nacional, mas global, motivando agências e governos a desenvolverem opções de políticas, como ocorreu no Brasil em 2013 com o PMM e em 2019 com o PMpB.

Apesar de não encontrarmos um número expressivo de trabalhos que abordavam a realidade do Estado em análise, conseguimos examinar alguns dos principais fatores que prejudicam a expansão e a manutenção das eSF nos municípios brasileiros. Assim, compreendemos que este é um problema que abarca múltiplos fatores e com múltiplas variáveis, entre elas algumas que estão relacionadas à atração e à retenção dos médicos: forma de contratação, remuneração e especialização dos profissionais médicos. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas voltadas para esses pontos, demandando uma ação articulada entre a área de recursos humanos em saúde e os três entes federados (municípios, Estado e União) e as organizações da sociedade civil.

As estratégias precisam ser ajustadas de acordo com as especificidades regionais, sendo desafio para a área de recursos humanos a escuta ativa para as necessidades dos profissionais da ESF, em especial dos médicos, de forma a identificar os pontos de estrangulamento e os de satisfação, buscando mitigar os primeiros e reforçar os últimos.

Sabemos que os estímulos não monetários também são fatores importantes na fixação dos profissionais médicos nos municípios, tais como a oferta de educação permanente, melhores condições de moradia, incentivos aos estudos dos filhos, ascensão funcional e

desprecarização de vínculos, sendo, portanto, recomendados novos estudos para aprofundamento das discussões.

Questões envolvendo tais temáticas implicam um debate profundo e permanente entre os gestores dos três níveis de atenção, por se tratar de problemas estruturais e institucionais do SUS que não são superáveis apenas com programas ou estratégias isoladas (ANDRADE et al., 2019), mas demandam de uma agenda política permanente.

A pesquisa também nos possibilitou conhecer um pouco do perfil dos profissionais de saúde da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa exhibe que há uma predominância feminina entre os profissionais de saúde, e que possuem idade com faixas etárias abaixo de 55 anos. Em relação aos aspectos relativos aos vínculos empregatícios, constatamos que a maioria dos médicos apresenta vínculos formais, sendo concursados ou possuindo emprego público. Notamos também uma forte presença de profissionais vinculados a programas governamentais, como profissionais oriundos do PMM, sendo cerca de 1/5 dos profissionais dos profissionais alocados na Região analisada. Em relação à legislação municipal específica para médicos que atuam na APS, apenas dois municípios possuem essa estratégia junto aos profissionais; quanto ao Estado do Rio de Janeiro, o cofinanciamento é estratégico em todos os 11 municípios, e o fim dos contratos do PMM impactará em perda de profissionais médicos na Região, agravando ainda mais a escassez desses profissionais.

Com a realização da pesquisa, compreendemos que ainda é necessário dar muitos passos em busca de uma efetiva melhoria da GRH na área da saúde, principalmente em relação à atuação dos médicos, de forma a promover uma melhor distribuição desses profissionais. Acreditamos que este trabalho possa ser um ponto de partida para o desenvolvimento de outras pesquisas sobre o tema no Estado de modo a promover uma melhoria contínua do acesso à saúde principalmente nas localidades mais vulneráveis e necessitadas.

Como resultado dessa pesquisa, vemos que o principal fator de atração para atuar na ESF é a remuneração, no entanto, não sendo esta suficiente para garantir a fixação dos profissionais. Demonstrou-se, como fator decisivo de fixação com comprometimento, a identificação com a proposta de atuação associada à possibilidade de alcançar satisfação profissional mediante estabilidade, plano de carreira, boas condições etc.

Com relação à rotatividade, enfatiza-se a problemática desse quadro, tendo em vista os prejuízos financeiros e de qualidade da assistência. Pode-se apontar como principais fatores influenciadores a precariedade dos vínculos de contratação e a representação majoritária da

atuação como apenas um degrau na carreira, em que o profissional entra predisposto a sair em breve, com objetivos futuros distantes da ESF.

No que se refere às políticas públicas, nota-se que há um movimento no sentido de tentar resolver as problemáticas de escassez e rotatividade de médicos em áreas rurais e/ou carentes, bem como, na ESF, de modo geral, não houve, contudo, uma proposta que tenha conseguido dar conta de todo o panorama.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marco Antônio; AZEVEDO, Sandson Barbosa; e LOPES, Paulo Roberto Danelon. O processo de formação de agenda: como atrair a atenção do governo e converter problemas em políticas públicas. *Negócios em projeção*, vol. 7, n. 2, 2016, p. 69-79. ANJOS, Jocivaldo Bispo da Conceição. Políticas Públicas para a juventude rural: considerações sobre os 10 anos de gestões petistas no Governo da Bahia (2007-2016). 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Estado, Governo e Políticas Públicas) – Fundação Perseu Abramo/Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais – Brasil, São Paulo, 2017

ANDRADE, Laíse Rezende de et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no Estado da Bahia. *Revista de Administração Pública*, v. 53, p. 505-519, 2019.

BARBOSA, L.G.; DAMASCENO, R.F.; SILVEIRA, D.M.M.L.; COSTA, S.M.; LEITE, M.T.S. Recursos humanos e Estratégia de Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. 2019.

BRASIL. Decreto n.º 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. BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. 2011.

BRASIL. Portaria n.º 2.978 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2019.

BRASIL. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. 2013.

BRASIL. Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). *Diário Oficial da União*, 19 dez. 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm>. Acesso em: 13 mar. 2019.

BRASIL. Portaria 2979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2019.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 3.352, de 2 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a metodologia de priorização de municípios e de dimensionamento de vagas e define a relação dos

municípios elegíveis e o quantitativo máximo de vagas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.2021.

BOURGET,M.M.M.; CASSENOTE,A.J.F.; SCHEFFER,MC. Physician turnover in primary health care services in the East Zone of São Paulo City, Brazil: incidence and associated factors. 2022.

CALMON, Paulo C. P.; COSTA, Marcelo Marchesini. (2007). “Análise de Políticas Públicas no Brasil: Estudos sobre a Formação da Agenda Governamental”. In: 31º Encontro da ANPAD, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JUNIOR, Nilton. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAPOZZOLO, A. A. No olho do furacão. Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 3, n. 9, p. 62-63, 17 nov. 2007.

DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; SÁBADO, G. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (org.). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 184-233.

FRANCO, Cassiano Mendes; LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002.

GIRARDI, S. N. et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 8, 2017.

GÖTTEMS, L. B. D. Análise da política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2010. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. *Metodologia da pesquisa: guia prático*. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, M. H. (Coord.). Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, André et al. (org.) *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: BARROS, André Falcão do Rêgo et al. (org.) *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. p. 139-159.

MCPAKE, B. et al. Why do health labour market forces matter? *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, n. 11, p. 841-846, 2013.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T. et al. Policy of Labor Management and Health Education: aProgeSUS experience. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-75.

NOGUEIRA, Lorena Slusarz; JUNIOR, Manoelito Ferreira Silva; MÜLLER, Erildo Vicente. Perfil sociodemográfico e fatores de atração e saída dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 16, n. 43, p. 2159-2159, 2021.

OPAS/OMS. *Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 1975.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, São Paulo: MEDSI, 1994. p. 455-466.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIO DE JANEIRO. Resolução SES n.º 2.348 de 15 de julho de 2021 que atualiza o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano de 2021.

RIBAS, Antonio Neves. *Do provimento à fixação: um olhar global para o Programa Mais Médicos para o Brasil*. 2020. 203 f., il. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

SANTINI, S. M. L. et al. DOS 'RECURSOS HUMANOS' À GESTÃO DO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE O TRABALHO NO SUS. *Trabalho educação saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 537-559, Ago. 2017.

SEIXAS, Paulo Henrique et al. Circularidade dos médicos nas regiões de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, p. S199-S208, 2017.

SCHEFFER, M. C.; DAL POZ, M. R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Human Resources for Health*, v. 13, p. 96, 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1186/s12960-015-0095-2>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. do R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 275-285.

SILVA FILHO, Carlos Nobre e. *Cobertura das equipes de saúde da família e Programa Mais Médicos*. 2019. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

SOARES, Cíntia Siqueira Araújo; FONSECA, Cristina Luiza Ramos da; NASCIMENTO, Juliana Goulart Soares do; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. Atração e retenção de profissionais de saúde na estratégia de saúde da família: uma revisão bibliográfica. *Pista: Periódico Interdisciplinar*. Belo Horizonte, v. 2, n.1, p. 8-26, fev./jun. 2020.

SOARES, Cíntia Siqueira Araújo et al. *Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: um estudo na Região Oeste de Minas Gerais*. 2020. 152 f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, set. 2008 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300009>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

ZHOU, C. et al. Motility and segregation of Hsp104-associated protein aggregates in budding yeast. *Cell*, v. 147, n. 5, p. 1186-1196, 2011.

ANEXOS

Anexo A – Lei Municipal n.º 3.587 de 12 de agosto de 2019

LEI MUNICIPAL Nº 3.587 DE 12 DE AGOSTO DE 2019.

INSTITUI O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARAÍBA DO SUL REGULAMENTANDO A CONCESSÃO DE GRATIFICAÇÃO VARIÁVEL POR DESEMPENHO AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA. E REVOGA A LEI 3.535/2019.

Art. 1º. Fica instituído na forma desta Lei, o Programa de Qualificação e Valorização da Atenção Básica de Paraíba do Sul (PQVAB-PS) como um conjunto articulado de ações e dispositivos de gestão que visam criar um processo contínuo de pactuação, planejamento, avaliação para a ampliação do acesso, qualificação do cuidado, e valorização da Atenção Básica do município de Paraíba do Sul.

Art. 2º. São Diretrizes Estruturantes do PQVAB-PS:

I. Ampliação e Qualificação do Acesso à Saúde: Compreendida como a ampliação do acesso ao sistema de saúde, capacidade de resposta às condições de saúde da população, indução de padrões de boas práticas e organização dos serviços, assim como promover a qualidade e inovação na gestão e no cuidado na AB. Tem como

objetivo qualificar a Informação como ferramenta de gestão e institucionalizar a prática de avaliação da AB e da gestão com base no monitoramento e avaliação.

II. Educação Permanente: Compreendida como dimensão pedagógica e importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micro política, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

III. Contratualização: Pressupõe um processo de pactuação de compromissos, indicadores e metas a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Estratégia Saúde da Família com Agentes Comunitários de Saúde, equipes de Saúde Bucal, NASF, Apoio Institucional e Coordenação Municipal) e a gestão municipal.

IV. Gratificação Variável por Desempenho: Entende-se por gratificação variável por desempenho

agentes comunitários e demais profissionais atuantes na Unidade de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família) e a Gestão Municipal (Coordenadores e Apoiadores que atuam na gestão da AB) por meio de Gratificação por Desempenho;

IV. Instituir o Apoio institucional como estratégia para reformulação do modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde;

V. Estimular a participação do controle social e da comunidade no planejamento da Atenção Básica;

VI. Ampliar o acesso dos usuários dos serviços de saúde em Paraíba do Sul.

Art. 4º. São Diretrizes do PQVAB-PS:

I. Construir parâmetro de qualidade entre as equipes de saúde da atenção básica no município de Paraíba do Sul;

II. Melhoramento contínuo e progressivo dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III. Envolver, mobilizar e

Desempenho do PQVAB apresenta os seguintes componentes:

I. Gratificação Variável por Desempenho Individual: Cada servidor fará jus a gratificação MENSAL conforme pontuação recebida no formulário de avaliação e monitoramento. A pontuação corresponde ao percentual de gratificação em relação ao vencimento de cada categoria profissional.

II. Desempenho na Certificação do PMAQ-AB / NASF-AB (por equipe / bianual): A adesão ao PQVAB-PS está condicionada a participação das equipes na avaliação e certificação bianual do PMAQ Nacional.

Parágrafo Único. A Gratificação Variável por Desempenho Individual está atrelada a avaliação do cumprimento das metas individuais e coletivas firmadas entre o profissional e a gestão municipal de Paraíba do Sul, por meio de Termo de Compromisso.

Art. 6º. Farão jus à Gratificação Variável por Desempenho:

a) Médicos da ESF;
b) Enfermeiros da ESF,
c) Auxiliares e/ou Técnicos de

cálculo de contribuição previdenciária e, por seu caráter pro labore faciendo, não serão incorporadas aos proventos de inatividade e nem devidas a inativos ou pensionistas.

Art. 8º. Não farão jus à Gratificação Variável por Desempenho, os profissionais:

a) Admitidos em cargo em comissão;

b) Em gozo de licença para cargo eletivo;

c) Que tenham sofrido punição administrativa ou penal ou estiverem sob Processo de Administrativo Disciplinar por qualquer motivo;

d) Que tenham faltado ao serviço sem justificativa por 1 ou mais dias;

e) Que tenham se afastado para participar de curso e ou outro evento de interesse próprio, não aprovado previamente pela Chefia Imediata;

f) Em período de férias (30 dias), pois a avaliação não poderá ser realizada, tendo em vista que os parâmetros avaliativos serão com base na atuação do profissional em suas funções laborais na Unidade de Saúde;

Art. 9º. Das fontes de recurso para a garantia do PQVAB-PS:

a transferência de recursos financeiros condicionados à obtenção de indicadores mensuráveis em saúde ao alcance de metas predeterminadas e contratualizadas entre a gestão municipal e as equipes participantes.

Art. 3º. São Objetivos do PQVAB-PS:

I. Qualificar e valorizar a Atenção Básica de Paraíba do Sul de forma participativa considerando a realidade municipal;

II. Qualificar a Atenção Básica redirecionando os serviços de acordo com as normativas federais, estaduais e municipais que regem esse nível de atenção;

III. Valorizar os profissionais das equipes de Atenção Básica (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de saúde bucal,

responsabilizar as equipes participantes do programa, a gestão da municipal, o controle social e os usuários num processo contínuo de qualificação da atenção básica;

IV. Desenvolver cultura de negociação e contratualização, entre todos os atores envolvidos, em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

V. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

VI. Adesão voluntária para as equipes, a partir do pressuposto de que o êxito do programa depende da motivação e pro atividade dos atores envolvidos.

Art. 5º. A Gratificação Variável por

Enfermagem da ESF,

d) Agentes Comunitários de Saúde da ESF,

e) Cirurgião dentista ESB/ESF,

f) Auxiliares de saúde bucal da ESB/ESF,

g) Técnico de saúde bucal da ESB/ESF,

h) Auxiliares Administrativos da ESF,

i) Auxiliares de Serviços Gerais da ESF,

j) Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da família,

k) Gestão da Atenção Básica (Coordenadores e Apoiadores que atuam na gestão da AB).

Parágrafo Único: Em períodos de férias de 15 dias a gratificação será repassada de forma parcial correspondendo aos outros 15 dias trabalhados.

Art. 7º. As gratificações instituídas nesta Lei não integrarão a base de

I. As gratificações serão pagas com recursos repassados: a) pelo Ministério da Saúde via Fundo Municipal de Saúde no Bloco PAB Variável, com destinação de 100% do recurso repassado conforme certificação do PMAQ AB (certificações ESF, SB e NASF); b) pelo Estado do Rio de Janeiro via Cofinanciamento Estadual da Atenção Primária à Saúde;

II. A complementação do recurso financeiro para garantir as gratificações deverá ser realizada pela fonte Tesouro Municipal.

Art. 10º. Os indicadores do PQVAB-PS são estabelecidos com base na Política Nacional de Atenção Básica, nos Cadernos de Atenção Básica e nos documentos instrutivos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde;

Art. 11ª. As equipes e os profissionais farão adesão por meio do Termo de Compromisso a ser firmado voluntariamente por cada membro de cada equipe participante do programa com a Gestão Municipal;

Art. 12ª. O Termo de Compromisso do PQVAB-PS terá prazo de 24 meses, podendo ser revisto, quando necessário, a partir do sexto mês de vigência.

Art. 13ª. O pagamento da Gratificação variável de Desempenho obedecerá aos seguintes Critérios:

I. Assiduidade: cumprimento de 40 horas semanais.

§1ª: Em concordância com a Instrução Normativa 001/SMS/2019 que trata do funcionamento das Unidades de Saúde da Família os profissionais gestores da clínica (ofício SAB/SES - nº142 - CH de 32 horas na UBS e 08h de EP para médicos) a carga horária 32 horas semanais em atuação nas Unidades Básicas de Saúde e 08 horas semanais destinadas para Educação Permanente para todos os profissionais que participam da gestão da clínica (médicos, enfermeiros e dentistas). A Permanente terá como princípio a reordenação da atenção básica como ordenadora e coordenadora do cuidado, na construção de protocolos clínicos com base na PNAB, nos Cadernos de Atenção Básica e nas Plataformas na UNASUS (cursos de atualização ou especializações lato sensu à distância de Saúde da Família) e TELESÁUDE. Para os profissionais de nível médio e fundamental a Educação Permanente será realizada dentro das 40 horas semanais de forma presencial, de acordo com a Agenda da Educação Permanente.

§2ª: Profissionais da Equipe Multidisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF):

- Profissionais Admitidos com carga horária de 40 horas: carga horária 32

horas semanais em atuação nas Unidades Básicas de Saúde e 08 horas semanais destinadas para Educação Permanente para todos os profissionais que participam do Apoio à Gestão da Clínica (equipe Multidisciplinar - NASF).

- Profissionais Admitidos com carga horária de 20 horas: carga horária 16 horas semanais em atuação nas Unidades Básicas de Saúde e 04 horas semanais destinadas para Educação Permanente para todos os profissionais que participam do Apoio à Gestão da Clínica (equipe Multidisciplinar - NASF).

§3ª: Para as Unidades de Zona Rural cujo percurso é de difícil acesso o tempo de deslocamento (do Centro de Paráiba do Sul até a Unidade) será considerado no fechamento da carga horária semanal. Serão consideradas as Unidades localizadas nos seguintes bairros: Sardoal, Sertão do Calixto, Inconfidência e Carvalhaes.

§4ª: Não pontuarão o item assiduidade:

a) A falta de comprovação em participação das ações de educação permanente acarretará em não como lançamento das horas faltosas que será enviada ao Departamento Pessoal.

II. Obrigações Funcionais: As atribuições funcionais dos profissionais da Atenção Básica, Apoio Institucional e Coordenação Municipal serão mensurados de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os cadernos de Atenção Básica e os instrutivos do Ministério da Saúde.

III. Processo de Trabalho: O processo de trabalho produtividade dos profissionais da Atenção Básica, Apoio Institucional e Coordenação Municipal serão mensurados de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os cadernos de Atenção Básica e os instrutivos do Ministério da Saúde.

IV. Resolutividade: Indicadores do

PMAQ e indicadores de resolutividade construídos pela gestão Municipal na Normativa 001/2019.

V. Educação Permanente: A participação em 100% das reuniões, capacitações, oficinas, encontros dentre outras ações de educação permanente e continuada.

Art. 14ª. A Gratificação Variável por Desempenho: a gratificação será repassada para os profissionais de acordo com a avaliação e monitoramento mensal. Para cada categoria profissional será construído um formulário de avaliação.

Art. 15ª. As avaliações serão realizadas de forma participativa, na presença do profissional avaliado.

a) A coordenação Municipal será avaliada pelo Gestor Municipal, na presença do profissional;

b) Os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros serão avaliados pela Gestão Municipal (Coordenação e Apoiador), na presença do profissional;

c) Os profissionais agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, auxiliares de apoio administrativos e auxiliares de serviços

da ESF junto às apoiadoras, na presença de cada profissional;

d) Os dentistas e auxiliares de saúde bucal serão avaliados pela Coordenação de Saúde Bucal junto aos profissionais e os Apoiadores.

Art. 16ª. A Gratificação Variável por Desempenho será de acordo com a pontuação adquirida na Avaliação e Monitoramento Mensal. O percentual da gratificação corresponderá à pontuação de cada profissional.

Art. 17ª. A Gratificação Variável por Desempenho será o percentual da categoria conforme o art. 18. O salário base a que afirma esse artigo é o salário base da categoria atualizada anualmente na forma de regulamento.

Parágrafo Único: Não serão consideradas para cálculo das

gratificações variáveis por desempenho os valores correspondentes as progressões funcionais dos servidores estatutários (concedida de três em três anos), as progressões por titularidade (por grua de instrução), e os quinquênios.

Art. 18ª. A Gratificação Variável por Desempenho será calculada pelos critérios abaixo:

- Médicos da Estratégia Saúde da Família: 60 pontos - 60% do salário base da categoria;

- Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: 60 pontos - 60% do salário base da categoria;

- Cirurgião - dentistas da Estratégia Saúde da Família: 60 pontos - 60% do salário base da categoria;

- Profissionais de Nível Superior do NASF - 60% do salário base da categoria;

- Profissionais de Nível Superior da Equipe de Apoio Institucional da Estratégia Saúde da Família: 60 pontos - 60% do salário base da categoria;

- Direção Técnica: 10 pontos - 10% do salário base da categoria. (Diretor Técnico atribuído ao profissional

- Função de Gerência: 10 pontos - 10% do salário base da categoria. (Função de Gerência - deverá ser realizada pelo profissional de nível superior de 40

horas semanais, com habilidades e conhecimentos gerenciais para tal função);

- Agentes Comunitários de Saúde: 40 pontos - 40% do salário base da categoria;

- Técnicos de Enfermagem: 40 pontos - 40% do salário base da categoria;

- Auxiliares (equipe modalidade I) de Saúde Bucal: 40 pontos - 40% do salário base da categoria;

- Técnico (equipe modalidade II) de Saúde Bucal: 40 pontos - 40% do salário base da categoria;

- Auxiliares de Apoio Administrativo: 20 pontos - 20% do salário base;

- Auxiliares de Serviços Gerais: 20 pontos - 20% do salário base.

Art. 19º. Para os fins desta Lei as horas in itinere serão consideradas de efetivo exercício considerando o deslocamento do Centro de Paraiba do Sul as UBS localizadas nos bairros de Carvalhaes, Sertão do Calixto, Sardoal e Inconfidência, conforme regulamento.

Art. 20º. Os formulários de Avaliação terão como pilares avaliativos: Assiduidade, Obrigações Funcionais, Resolutividade, Processo de Trabalho e Educação Permanente.

Art. 21º. Esta Lei REVOGA a Lei 3.535 de 25 de Março de 2019, incorporando os profissionais do NASF ao Plano de Qualificação e Valorização da Atenção Básica, os recursos do Co-financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde e do PMAQ AB (NASF) repassados no Bloco PAB Variável ao recurso que será destinado para garantia das Gratificações Variáveis por Desempenho, além de quaisquer outras disposições em contrário.

Art. 22º. Esta Lei entra em vigor a partir da data de publicação.

Paraiba do Sul, 12 de Agosto de 2019



Alexandro Cronge Bouzada
Município Municipal
Paraiba do Sul/RJ
2017-2020

Alessandro Cronge Bouzada
Prefeito Municipal
Paraiba do Sul/RJ
2017-2020

Anexo B – Lei Municipal sobre o abono por desempenho e produtividade no âmbito da ESF**LEI Nº. 3867 DE 15 DE JULHO DE 2013.**

Dispõe sobre o abono por desempenho e produtividade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI

Art. 1º. Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a pagar o Abono de Desempenho e Produtividade das ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF aos ocupantes de empregos públicos que desempenhem suas atribuições junto à Estratégia de Saúde da Família, nomeadamente aos titulares dos empregos de Médico da ESF, observadas as disposições da Lei Municipal nº 3791 de 24/01/2013 e o disposto nesta Lei.

Art. 2º. O Abono de Desempenho e Produtividade da ESF terá como fundamento fático o cumprimento dos objetivos estratégicos, indicadores e metas indicados no Anexo I desta Lei, observadas as Portarias Ministeriais regulamentadoras da matéria, as normas específicas para as Estratégias de Saúde da Família, o Programa Estadual Saúde na Área e a legislação municipal.

Parágrafo único. Os objetivos estratégicos, os indicadores e as metas previstos no Anexo I poderão ser alterados periodicamente por Decreto, de acordo com as necessidades de enfrentamentos gerais ou pontuais de problemas detectados ou de aperfeiçoamentos dos serviços e do atendimento ou para adequação às novas metas e

indicadores pactados anualmente com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 3º. Não terá direito à Gratificação de Desempenho e Produtividade da ESP, inclusive do valor mínimo da Tabela I, o servidor médico que, durante o mês:

I - Sofrer advertência ou punição de suspensão em processo administrativo disciplinar;

II - Faltar ao trabalho 02 (dois) dias ou mais, consecutivos ou intercalados;

III - Afastar-se do serviço municipal por mais de 03 (três) dias, intercalados ou consecutivos, em decorrência de licenças ou atestados médicos, ressalvadas as hipóteses de licença-maternidade, licença-paternidade, acidente em serviço ou moléstia profissional, consoante disposições da legislação previdenciária.

Art. 4º. O Abono de Desempenho e Produtividade da ESP será calculado mensalmente, sobre o salário-base dos servidores médicos mencionado no art. 1º desta Lei, observado o cumprimento dos objetivos estratégicos, indicadores e metas previstos no Anexo I.

§ 1º. Observada a composição indicada no caput, na apuração do abono, serão considerados os seguintes parâmetros:

I - Atuação individual do servidor:

a) Por assiduidade funcional, observadas as disposições do art. 3º, incisos II e III, desta Lei;

b) Por pontualidade, medida através de relógio de ponto eletrônico ou outro instrumento de controle que afira um aproveitamento igual ou superior a 90% (noventa por cento) da jornada de trabalho;

II - Desempenho na Estratégia de Saúde da Família: vinculados ao cumprimento das metas e indicadores estabelecidos anualmente pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil de Três Rios e definidas em Decreto Municipal.

§ 2º. Para os efeitos desta Lei considera-se salário-base a retribuição pecuniária devida ao servidor público pelo exercício efetivo ou legalmente presumido do emprego, correspondente a nível fixado em lei, sem qualquer acréscimo de vantagens.

Art. 5º. O Abono de Desempenho e Produtividade da ESF:

- I - Terá pagamento mensal, junto com o salário-base, dele se destacando;
- II - Não se incorporará ao salário-base para nenhum efeito, sendo devida por ocasião de férias e da gratificação natalina, na forma da legislação;
- III - Não será acumulável com outras vantagens de espécies semelhantes;
- IV - Será avaliada a cada 3 (três) meses, por Comissão de Acompanhamento instituída pelo Prefeito Municipal de Três Rios, a qual contemplará um representante do Sindicato dos Servidores Públicos de Três Rios e do Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º - No primeiro trimestre de atuação das equipes de trabalho no âmbito das Estratégias de Saúde da Família, as mesmas receberão proventos integrais, incluindo a totalidade do Abono de Desempenho e Produtividade, sendo que a partir do segundo trimestre, o Abono será concedido em conformidade com o cálculo previsto no art. 3º desta Lei.

§ 2º -O não cumprimento das metas e indicadores do Anexo I, por problemas que não possam ser reputados ao servidor ou à Equipe de Saúde da Família, não implicarão em redução do abono do desempenho dos médicos, observado o parecer da Comissão de acompanhamento.

Art. 6º- Os profissionais médicos integrantes da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família também farão jus ao abono de desempenho e produtividade, aferida pelos critérios de assiduidade e pontualidade.

Art. 7º- São criados os cargos em comissão abaixo estabelecidos para dar suporte à gestão da Estratégia de Saúde da Família :

- 1 cargo de Coordenador da Imunização - Símbolo DAS 4 ;
- 1 cargo de Coordenador de Saúde Mental - Símbolo DAS 4;

1 cargo de Coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde na Família (NASF) –
Símbolo DAS 4;
1 cargo de Coordenador do Centro de Especialidades Odontológicas(CEO)-
Símbolo DAS 4;
1 cargo de Coordenador Administrativo de Regulação Assistencial- Símbolo
DAS 4;
2 cargos de Assistente Administrativo - Símbolo DAS 3.

Parágrafo Único – As atribuições dos Cargos em Comissão criadas por esta lei
são os constantes do anexo desta lei.

Art. 8º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Revogam-se as disposições em contrário.

Vinícius Farah

Prefeito

Anexo C – Formulário para levantamento dos dados dos médicos da CSF

18/04/2022 10:45

Levantamento: Médicos (as) na APS da Região Centro Sul Fluminense (para médicos (as))

Levantamento: Médicos (as) na APS da Região Centro Sul Fluminense (para médicos (as))

Prezado (a) médico (a) da Atenção Primária à Saúde, iniciamos levantamento da força de trabalho dos (das) médicos (as) na região Centro Sul.

O tempo estimado de resposta do formulário é de apenas 2 minutos.

Suas respostas serão valiosas para aprofundar o conhecimento sobre o panorama da APS na região.

Contamos com sua colaboração até o dia 25 de fevereiro.

Qual é o município em que você atua?

- Areal
- Comendador Levy Gasparian
- Engenheiro Paulo de Frontin
- Mendes
- Miguel Pereira
- Paracambi
- Paraíba do Sul
- Paty do Alferes
- Sapucaia
- Três Rios
- Vassouras

18/04/2022 10:45

Levantamento: Médicos (as) na APS da Região Centro Sul Fluminense (para médicos (as))

Sexo

 Feminino Masculino Outro: _____

Idade

33 _____

Tempo de serviço na APS (em anos)

3 _____

Vínculo empregatício

 Estatutário CLT Programa Mais Médicos Outro: _____

18/04/2022 10:45

Levantamento: Médicos (ex) na APS da Região Centro Sul Fluminense (para médicos (ex))

Estado civil

 Casado (a) Solteiro (a) Outro: _____

Possui filhos?

 Sim Não

Se possui filhos, quantos?

Como você se considera?

 Branco (a) Negro (a) Pardo (a) Outro: _____

Qual é o seu salário bruto?

11700 _____

18/04/2022 10:45

Levantamento: Médicos (es) na APS de Região Centro Sul Fluminense (para médicos (es))

Você possui especialização em medicina de família e comunidade?

Sim

Não

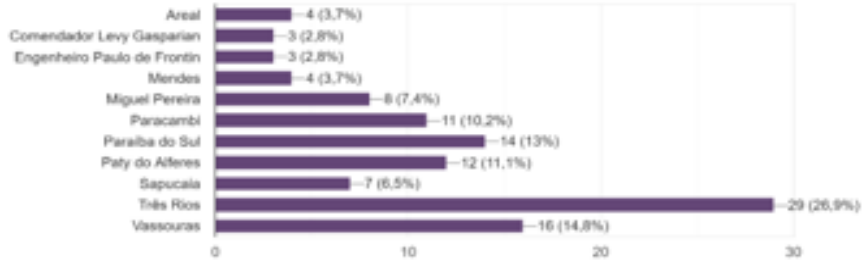
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Anexo D – Consolidado do levantamento dos dados dos médicos da CSF

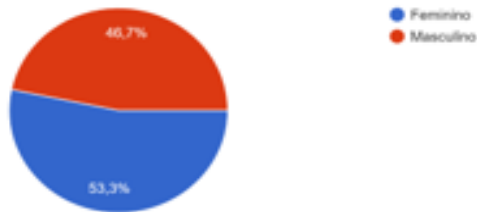
Qual é o município em que você atua?

108 respostas



Sexo

107 respostas



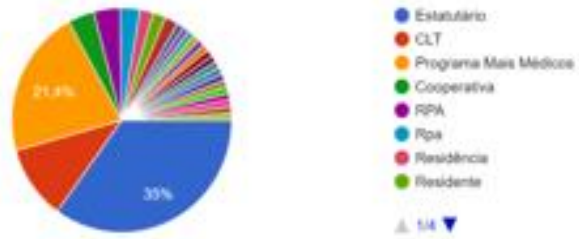
Idade

108 respostas



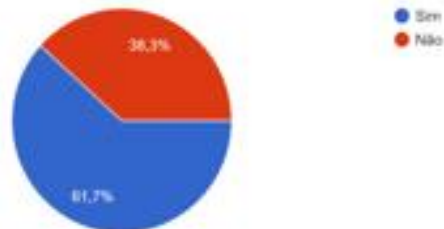
Vinculo empregatício

103 respostas



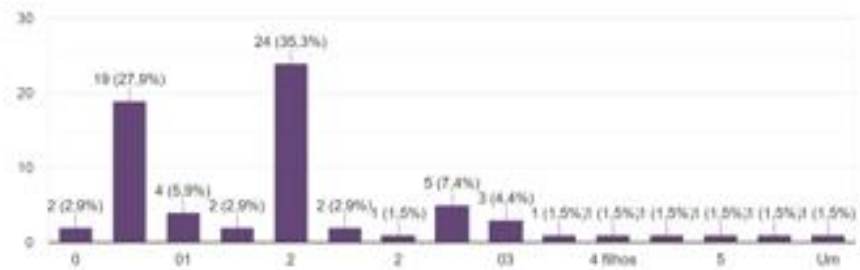
Possui filhos?

107 respostas



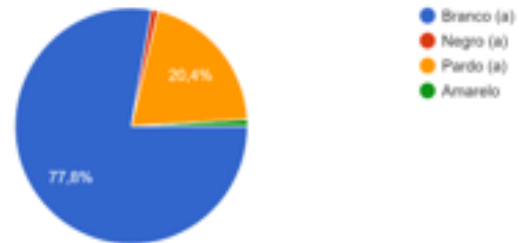
Se possui filhos, quantos?

68 respostas



Como você se considera?

108 respostas



Você possui especialização em medicina de família e comunidade?

107 respostas

