

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Isabel Domingos Martinez dos Santos

**Território e Gestão do Trabalho Médico nas Equipes de Saúde da Família em uma
Região de Saúde de Minas Gerais**

Rio de Janeiro

2018

Isabel Domingos Martinez dos Santos

**Território e Gestão do Trabalho Médico nas Equipes de Saúde da Família em uma
Região de Saúde de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Dr^a Luciana Dias de Lima

Coorientadora: Dr^a Márcia Teixeira

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237t Santos, Isabel Domingos Martinez dos.
Território e Gestão do Trabalho Médico nas Equipes de Saúde da Família em uma Região de Saúde de Minas Gerais / Isabel Domingos Martinez dos Santos. -- 2018.
123 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Luciana Dias de Lima.
Coorientadora: Márcia Teixeira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família.
3. Trabalho. 4. Médicos. 5. Gestão em Saúde. 6. Regionalização.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12098151

Isabel Domingos Martinez dos Santos

**Território e Gestão do Trabalho Médico nas Equipes de Saúde da Família em uma
Região de Saúde de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 24 de abril de 2018.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Mariana Vercesi de Albuquerque
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima (orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Márcia Teixeira (co-orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2018

*Aos incansáveis incentivadores
Anna Elizabeth, Pedro e Nilda.*

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação não é somente um produto final apresentado para a conclusão do mestrado. Ela reflete os diversos caminhos percorridos para o alcance dessa formação. No meu caso, o percurso do aprendizado foi permeado por muitos obstáculos que tiveram de ser superados para que pudesse me aproximar da tão almejada linha de chegada.

A superação das dificuldades para a concretização do sonho de tornar-me mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ só foram possíveis porque contei com o apoio de pessoas significativas às quais ofereço minhas palavras de agradecimento.

À Deus (acima de tudo) por ser a fonte de todas as forças que movem meu caminhar.

Aos familiares (em especial minha mãe, meu pai e mãedrastra, meus irmãos e cunhadas) pelo incentivo em todas as escolhas que venho fazendo pelos caminhos da vida.

Aos amigos (em especial Jussara, Raquel, Jacqueline, Paula, Éden Felipe, Esther, Tatiane, Carolina e Fernando) pelos diálogos repletos de trocas e afetos que tornam mais leve a caminhada.

Às orientadoras Luciana Dias de Lima e Márcia Teixeira por suas experiências e leitura crítica que embasaram meu caminhar rumo à concretização da pesquisa e da dissertação.

Às professoras Mariana Albuquerque, Maria Inês Carsalade e Maria Ruth pelo aceite em participarem da banca e pelas significativas contribuições no desenvolvimento do trabalho.

Aos professores e pesquisadores da FIOCRUZ (em especial Carla Lourenço, Regina Ferro, Arlinda Moreno, Jussara Ângelo e Bianca Borges) pelo incentivo e apoio frente aos desafios que me propus durante a realização da pesquisa.

Aos trabalhadores da FIOCRUZ: funcionários da biblioteca (Raíssa, Andréa, Annalice, Mabel, Gisele, Valtecir, Glauci e outros), ascensoristas da ENSP, trabalhadores dos serviços de reprografia (Cássia e Robson), funcionários da SECA e do Comitê de Ética (CEP) por me receberem com carinho, disponibilidade e atenção.

Aos trabalhadores do SUS (em especial aqueles que tive contato durante o mestrado), por junto aos usuários, serem a minha fonte de inspiração para o trabalho.

Aos trabalhadores da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (em especial, Thaís e Eunice) e gestores municipais pelas contribuições para que a pesquisa fosse possível.

Às agências de fomento à pesquisa (CNPQ e CAPES) pela bolsa concedida no mestrado e pelo incentivo e financiamento da pesquisa de campo.

Agradeço a todos aqueles que, ainda que não mencionados nominalmente, fizeram parte dos caminhos que trilhei para a conclusão desse percurso!

A PALAVRA MINAS

Minas não é palavra montanhosa.
É palavra abissal. Minas é dentro
e fundo.

As montanhas escondem o que é Minas.
No alto mais celeste, subterrânea,
é galeria vertical varando o ferro
para chegar ninguém sabe onde.

Ninguém sabe Minas. A pedra
o buriti
a carranca
o nevoeiro
o raio
selam a verdade primeira, sepultada
em eras geológicas de sonho.

Só mineiros sabem. E não dizem
nem a si mesmos o irrelatável segredo
chamado Minas.

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Este trabalho é um estudo de caso de cunho exploratório desenvolvido a partir da utilização de abordagens quantitativa e qualitativa. Teve como objetivo analisar as características territoriais, a distribuição de médicos e os processos de gestão do trabalho médico na Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios de uma região de saúde no estado de Minas Gerais. Sua realização teve como pressupostos a percepção de que a distribuição de vínculos de trabalho médico possui relação intrínseca com características territoriais e da existência de mútuas influências entre a dinâmica de trabalho desses profissionais no território e os processos de gestão do trabalho médico na ESF. Nas variáveis selecionadas para a etapa descritiva, destacou-se a centralidade exercida pelo Polo Juiz de Fora, sobretudo, no que concerne à distribuição de vínculos e da localização de moradia de médicos ao se comparar aos demais municípios da região. Como pontos de debate emergiram a exclusiva responsabilidade dos municípios sobre a execução da AB/ESF e suas diferentes capacidades na gestão dessas políticas. A incipiente participação do estado nos processos de gestão do trabalho médico na ESF e a fraca capacidade de articulação regional sobre essa temática foram identificados nessa região de saúde como possíveis dificultadores para a implementação de estratégias e iniciativas intergovernamentais. A necessidade de maior participação do ente estadual e das instâncias regionais na localidade também foi percebida no que tange ao PROVAB e ao PMM. Embora esses programas do Ministério da Saúde tenham se constituído como importantes avanços no que tange ao provimento de médicos na ESF do país, foi possível notar desafios a serem superados em sua implementação nos municípios da região de saúde. A busca por solucionar os impasses e dificuldades de provimento e fixação de médicos requer o fortalecimento da perspectiva regional e o envolvimento articulado dos três entes governamentais na condução da AB e ESF.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; Gestão do Trabalho; Regionalização em Saúde.

ABSTRACT

This work is an exploratory case study developed from the utilization of quantitative and qualitative approaches. It had the objective to analyze territorial characteristics, doctors' distribution and medical work management process in Family Health Strategy (FHS) of counties from a health region in Minas Gerais state. Its execution had the assumptions of the perception that the distribution of medical work bonds has intrinsic relations with territorial characteristics and of the existence of mutual influences between work dynamic of these professionals on territory and medical work management process in FHS. On selected variables for descriptive step, it was highlighted the centrality practiced by Juiz de Fora Pole, especially in relation to the distribution of bond and the localization of doctor housing in comparison to other counties of region. The exclusive responsibility of counties over the BA/FHS and their different capacities in those politics management emerged as some debate points. The incipient state participation in medical work management process at FHS and the weak capacity of regional articulation about this thematic were identified in this health region as possible hamper to the implementation of intergovernmental strategies and initiatives. The necessity of a greater participation of the state entity and of the regional instances in the locality were also perceived regarding the PROVAB and MDP (More doctors program). Although those programs of Health Ministry might be constituted by as important advances in the provision of doctors in FHS of the country, it was possible to notice challenges to overcome in its supplementation in counties of the health region. The search for solving impasses and difficulties of provision and setting of doctors requires the strengthening of regional perspective and the articulated involvement of the three government entities in BA and FHS conduction.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Work Management; Regionalization in Health.

LISTA DE MAPAS, FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

MAPAS:

Mapa 1	Classificação dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, segundo a distância (Km) em relação ao Polo, o tempo de deslocamento e as condições viárias, 2017.....	46
Mapa 2	Municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo o tamanho da população, 2010.....	47
Mapa 3	Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo Tipologia Rural Urbano, 2017.....	49
Mapa 4	Municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2010.....	54
Mapa 5	Municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2015.....	55
Mapa 6	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Região de Saúde de Juiz de Fora MG, 2010.....	58
Mapa 7	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Educação, Região de Saúde de Juiz de Fora – MG, 2010.....	59
Mapa 8	Estabelecimentos de saúde por tipo (CNES) – hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), Região de Saúde de Juiz de Fora MG, 2016.....	63
Mapa 9	Distribuição de médicos segundo o local de moradia constante na inscrição do CRM MG, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2018.....	65
Mapa 10	Médicos por Mil Habitantes, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2011.....	67
Mapa 11	Médicos por Mil Habitantes, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2016.....	68

FIGURAS:

Figura 1	Mapa das regiões geográficas de Minas Gerais segundo o IBGE (2014)...	38
Figura 2	Mapa da divisão do estado de Minas Gerais em Macrorregiões de Saúde.....	39
Figura 3	Mapa da Macrorregião de Saúde Sudeste (Juiz de Fora).....	40
Figura 4	Mapa das rodovias federais, estaduais e municipais, ferrovias e aeroportos, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2017.....	44

QUADROS:

Quadro 1	Modalidades de inserção do médico nas Equipes Saúde da Família segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011).....	27
Quadro 2	Síntese das Dimensões a serem utilizadas para coleta e análise de dados...	36
Quadro 3	Classificação dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo a distância (Km) em relação ao Polo, o tempo de deslocamento e as condições viárias, 2017.....	45
Quadro 4	Síntese dos resultados do IDHM segundo faixas de classificação, municípios da Região de saúde de Juiz de Fora, 2010 Macrorregião de saúde Sudeste (Juiz de Fora).....	56
Quadro 5	Consórcios Intermunicipais de Saúde e municípios consorciados, 2018.....	64
Quadro 6	Médicos aderidos ao Programa Mais Médicos (PMM) segundo as localidades de origem, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2013-2016.....	87
Quadro 7	Médicos aderidos ao Programa Mais Médicos (PMM) segundo as localidades de graduação, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2013-2016....	89

GRÁFICOS:

Gráfico 1	Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo Tipologia Rural Urbano, 2017.....	48
Gráfico 2	Distribuição da população dos municípios segundo Tipologia Rural Urbano, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2017.....	49
Gráfico 3	Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2010.....	53
Gráfico 4	Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2015.....	53
Gráfico 5	Médicos inscritos no CRM por local de moradia, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2018.....	66

TABELAS:

Tabela 1	População Residente e Número de Municípios, Total e Respectiva Distribuição Percentual, Segundo as Classes de Tamanho da População dos Municípios, Região de Saúde de Juiz De Fora, 2010.....	47
Tabela 2	PIB (R\$ Mil) MG e Municípios da Região de Abrangência da SRS-JF, 2010 - 2015.....	51
Tabela 3	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Municípios da Região de Saúde, 2010.....	57
Tabela 4	Estabelecimentos de Saúde por Tipo, Municípios da Região de Saúde, 2011 e 2015.....	61
Tabela 5	Médicos por Mil Habitantes Segundo Grupos de Municípios pelo Tamanho da População (2010), Região de Saúde, 2011-2016.....	69
Tabela 6	Médicos por 1.000 habitantes 2011 - 2016 segundo a distância do Polo, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2017.....	70
Tabela 7	Médicos por 1.000 habitantes segundo tipologia urbano-rural, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2017.....	70
Tabela 8	Médicos por 1.000 habitantes segundo o PIB a preços correntes em 2010, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2011-2016.....	71
Tabela 9	Médicos por 1.000 habitantes segundo o Índice de Gini em 2010, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2011-2016.....	72
Tabela 10	Médicos por 1.000 habitantes segundo a faixa do IDHM (2010) e Juiz de Fora, Região de Saúde SRS JF, Minas Gerais, 2011-2016.....	72
Tabela 11	Municípios da Região de Saúde que receberam médicos pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), 2011-2016.....	84
Tabela 12	Municípios da Região de Saúde que receberam médicos pelo Programa Mais Médicos (PMM), 2013-2016.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BDMG	Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDI	Companhia de Distritos Industriais
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIESP	Consórcio Intermunicipal de Especialidades em Saúde
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CISDESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONAC	Coordenação de Contas Nacionais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretário Municipais de Saúde
CRM MG	Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde

DIREI	Diretoria de Estatística e Informações
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPSM	Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
FCMS/JF	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
FIOCRUZ	Fundo Municipal de Saúde
FJP	Fundação João Pinheiro
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INDI	Instituto de Desenvolvimento Industrial de Minas Gerais
Km	Quilômetros
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MP MG	Ministério Público do Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NAPRIS	Núcleo de Atenção Primária à Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ONGS	Organizações Não Governamentais
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PMM	Programa Mais Médicos
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ProgeSUS	Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RJ	Rio de Janeiro
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SETS	Sistema Estadual de Transporte Sanitário
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SRS JF	Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termos de Ajustamento de Condutas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEF	Taxa de Emprego Formal
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIPAC	Universidade Presidente Antônio Carlos

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL	19
2.1	Incorporação e Gestão do Trabalho Médico na ESF: Situando o Problema e Caracterizando as Políticas.....	19
2.2	O Trabalho Médico na Dinâmica Territorial Brasileira: Desafio Para a Regionalização da Saúde.....	29
3.	MÉTODO	34
3.1	Caracterização da Pesquisa e Procedimentos Metodológicos.....	34
3.2	Considerações Éticas.	37
3.3	Cenário da Pesquisa.....	37
4.	CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA	41
4.1	Aspectos Históricos.....	41
4.2	Rede Viária, Distâncias e Tempo de Deslocamento entre Municípios.....	43
4.3	Porte Populacional dos Municípios e Tipologia Rural-Urbano.....	46
4.4	Aspectos Socioeconômicos.....	50
4.5	Capacidade Regional de Oferta de Serviços de Saúde.....	59
4.6	Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	63
4.7	Local de Moradia, Formação Profissional e Distribuição dos Médicos por Vínculos de Trabalho.....	65
5.	PROCESSOS DE GESTÃO DO TRABALHO MÉDICO NAS ESF DA REGIÃO	73
5.1	Recrutamento, Contratação, Remuneração e Fixação de Médicos.....	73
5.2	Características Regionais e Gestão do Trabalho Médico na ESF.....	75
5.3	Estratégias Utilizadas pela Gestão Municipal para Contratação e a Fixação de Médicos.....	76
5.4	Instituições, Atores e Relações Político-Institucionais.....	78
5.5	Presença do Tema em Espaços Institucionais.....	79
5.6	Iniciativas da Coordenação Regional.....	83
5.7	A Implementação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos (PMM) na Região de Saúde.....	83

6.	DISCUSSÃO.....	91
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	113
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SRS JF	115
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GESTORES MUNICIPAIS.....	117
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS.....	119

1. INTRODUÇÃO

Entre os anos 80 e 90, numa conjuntura de recessão econômica e redemocratização no país, a emergência e o fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária evidenciou a necessidade de reformulação do sistema de saúde brasileiro. As reivindicações por mudanças culminaram na garantia do direito universal à saúde pela Constituição Federal (CF) em 1988 e na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080 e 8.142 de 1990) estabelecendo com isto, uma importante inflexão na história da proteção social em saúde no Brasil (VIANA E MACHADO, 2008). Desde então, avanços e desafios caracterizam o caminho das políticas de saúde nas diferentes realidades brasileiras. Neste processo, destacam-se a implementação da política de Atenção Primária à Saúde (APS) e o fomento da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo país que revelaram, entre outras questões, as diferentes capacidades de gestão do sistema de saúde pelos entes municipais e o necessário fortalecimento de mecanismos de coordenação federativa e regionalização em saúde.

A ênfase no processo de descentralização do SUS ao longo dos anos 90 propiciou o fortalecimento dos entes municipais e uma crescente responsabilidade assumida por eles para execução da política de APS (DOURADO; ELIAS, 2011; CASTRO; FAUSTO, 2012; LIMA *et al.*, 2012; LIMA; QUEIROZ, 2012; LIMA, 2015). A implantação e expansão da ESF pelo país resultaram, por sua vez, numa intensa ampliação do número de estabelecimentos de saúde e de postos de trabalho no sistema público em âmbito municipal (MACHADO, 2005; 2012).

A despeito deste crescimento, constatou-se uma baixa capacidade gestora de recursos humanos (RH) em saúde nos níveis subnacionais em função de limitações estruturais particularmente intensificadas nos municípios considerados de pequeno porte populacional (população menor que 50 mil habitantes) (SILVA, 2007).

Embora presente desde a constituição do SUS, a necessária regulação do trabalho em saúde pelo Estado não foi pauta de destaque na agenda da política de saúde até os anos 2000. Em decorrência de reformas no Estado brasileiro nos anos 90, a criação de novos desenhos institucionais com a proliferação de diversas formas de vinculação de trabalhadores ao setor público propiciou o estabelecimento crescente de vínculos de trabalho precários no setor saúde (MENDONÇA *et al.*, 2010; MARTINS; MOLINARO, 2013).

O fato da AB e ESF terem uma dinâmica de serviços diretamente atrelados às populações fez com que houvesse uma demanda de trabalhadores em diversas localidades, mesmo aquelas de difícil acesso e com baixo nível socioeconômico, características geralmente consideradas pouco atrativas aos profissionais. Neste contexto, a ampliação do quantitativo de trabalhadores em âmbito municipal em virtude da expansão da ESF não tem se traduzido numa oferta e distribuição equitativa de profissionais

pelo território.

A iniquidade na oferta e na complexidade de atenção à saúde das populações entre diversas localidades refletem as desigualdades socioeconômicas que constituem o território brasileiro (VIANA *et al.*, 2015). A existência dos chamados vazios assistenciais repercute no constante deslocamento de populações em busca de atenção à saúde em municípios com maior desenvolvimento socioeconômico.

A incorporação e a gestão do trabalho dos profissionais, sobretudo, médicos nas equipes de saúde da família tem se constituído como um importante desafio que se manifesta de modo distinto a depender do território. É comum uma maior oferta de profissionais qualificados nos grandes centros urbanos e nas regiões com maior desenvolvimento socioeconômico, enquanto há escassez em localidades rurais, periferias urbanas ou áreas de difícil acesso (GIRARDI *et al.*, 2010; DAL POZ, 2013; VIANA *et al.*, 2015).

A elevada demanda por médicos na ESF se contrapõe a uma baixa oferta de profissionais evidenciada pelo seu comparativo ao total de médicos do país (SCHEFFER *et al.*, 2015). As dificuldades históricas com a provisão de médicos, sobretudo, em algumas localidades do país foram reconhecidas em diversos momentos no processo histórico da constituição da política de saúde brasileira.

Os médicos possuem os maiores índices de rotatividade entre os trabalhadores das equipes da ESF (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014 apud PIERANTONI *et al.*, 2015). Além disto, conformam a categoria em que é relatada a maior dificuldade de contratação por gestores e em que se dá a maior prática de vínculo precário por municípios brasileiros (GIRARDI *et al.*, 2010).

Diante disto, o Estado vem promovendo ao longo do tempo algumas medidas em localidades com reconhecida escassez de serviços e recursos por meio, entre outras iniciativas, da provisão desses profissionais. Dentre as intervenções, cabe destacar mais recentemente a criação em 2013 do “Programa Mais Médicos” (PMM) no âmbito do Ministério da Saúde, tendo como propósito principal a provisão de profissionais médicos em regiões consideradas prioritárias visando reduzir as desigualdades em sua distribuição pelo país, contribuindo assim para o fortalecimento e a expansão da ESF (BRASIL, 2013).

Estudos preliminares sobre o processo de implementação do PMM identificaram que a ampliação do provimento de médicos contribuiu para uma redução da escassez de profissionais em diversas localidades. Entretanto, constatou-se certa tendência a maior dependência dos municípios pelo provimento federal (GIRARDI *et al.*, 2016).

Tais fenômenos suscitaram as seguintes indagações que orientam esta pesquisa: como características da região se relacionam à distribuição de médicos no território? Os processos de gestão do trabalho médico nas equipes de saúde da família dos municípios tem sido objeto de discussão e de estratégias de coordenação e gestão intergovernamental na região de saúde?

Partindo dessas questões, o estudo tem por objetivo analisar as características do território e os processos de gestão do trabalho médico nas equipes de saúde da família da região de saúde de Juiz de Fora (MG). Como objetivos específicos ressaltam-se:

1. Descrever as características do território e a distribuição dos médicos na região.
2. Mapear os processos de gestão do trabalho médico nas equipes de saúde da família na região.
3. Discutir as potencialidades e limitações da região para lidar com questões relacionadas à incorporação e à gestão do trabalho médico nas equipes de Saúde da Família.

A realização desse estudo justifica-se pelo reconhecimento de impasses no processo de implementação da ESF no sistema de saúde brasileiro tendo em vista as dificuldades de incorporação e gestão do trabalho de profissionais médicos nas equipes e pela percepção da importância dessa temática ser incorporada ao processo de regionalização da saúde do SUS, como pauta de discussões e pactuações intergovernamentais.

2. REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. Incorporação e Gestão do Trabalho Médico na ESF: Situando o Problema e Caracterizando as Políticas:

Tanto a conjuntura global, como as especificidades vividas no contexto nacional, produziram interferências no processo histórico da política de saúde no Brasil. Neste sentido, a constituição da Atenção Primária à Saúde (APS) no país resulta de práticas e valores produzidos ao longo do tempo conforme atores e instituições envolvidos e devido a contextos sociais, políticos e econômicos em que se desenvolveram, refletindo diferentes momentos no decorrer de sua implementação no sistema de saúde.

Numa breve retomada desse processo, destaca-se ao longo de décadas a conformação de uma conjuntura histórica-estrutural de proteção social em saúde no Brasil que, entre outras características, condicionava e limitava a garantia de benefícios e serviços a determinados segmentos da sociedade numa lógica contributiva (VIANA; MACHADO, 2008). Por isso, constitui importante inflexão na história da política de saúde, a garantia legal do direito universal à saúde inscrito na Constituição Federal de 1988 e a posterior regulamentação e constituição de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990 (VIANA; MACHADO, 2008).

Contribuindo para o fomento de mudanças incrementais no processo de implementação do SUS a

APS se sobressaiu na agenda federal da política de saúde brasileira nos anos 90 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) entre 1993 e 1994 (VIANA; DAL POZ, 2005; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; CASTRO; FAUSTO, 2012; CASTRO; MACHADO, 2012).

Tendo se constituído como agenda prioritária a partir da segunda metade dos anos 90, a implementação do PSF se aliou ao processo em curso de descentralização da gestão do SUS enquanto uma das diretrizes organizativas estabelecidas com a sua criação (CASTRO; FAUSTO, 2012). Seguindo as características do federalismo brasileiro, a descentralização do SUS ao longo dos anos 90 se materializou com a emissão de normas (NOB 91, 93, 96) que buscaram regulamentar a transferência de recursos e responsabilidades do Ministério da Saúde para as instâncias subnacionais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA *et. al.*, 2012; LIMA; QUEIROZ, 2012).

Um dos resultados da condução desse processo no período consistiu na ampliação do envolvimento e da autonomia dos entes municipais na implementação da política de saúde o que se concretizou, inclusive, na assunção da responsabilidade direta desses entes pela gestão e execução da Atenção Básica (AB) (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). A indução federal do PSF e PACS pelo Ministério da Saúde com a emissão da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) trouxe alterações nos mecanismos de financiamento e transferência de recursos entre a União e os municípios, além de criar incentivos financeiros específicos voltados à implantação e expansão desses programas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; DOURADO; ELIAS, 2011).

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no sistema de saúde brasileiro balizou a necessidade de ampliação (e em alguns casos implantação) da capacidade instalada dos municípios o que contribuiu para um expressivo aumento na quantidade de estabelecimentos de saúde públicos municipais. Para se ter uma ideia, enquanto em 1980 o sistema de saúde contava com apenas 2.712 estabelecimentos públicos municipais, em 1992 essa quantidade passou a 18.662, chegando em 2002 a 36.110 estabelecimentos (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011; MACHADO, 2012), o que representa um crescimento de 1.231% em aproximadamente 20 anos.

No entanto, o processo de descentralização do SUS se desenvolveu sem a necessária integração a outra diretriz organizativa do SUS que consiste na regionalização da saúde. Tal fato contribuiu para o enfraquecimento da capacidade regulatória pelos estados, para um recrudescimento de conflitos nas relações intergovernamentais, para a fragmentação do sistema de saúde e para a persistência de um caráter desigual na oferta de serviços de saúde pelo país, em função das diferentes capacidades gestoras dos municípios (DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA *et. al.*, 2012; LIMA, 2015).

Foi somente nos anos 2000, em função da necessidade de instituição de mecanismos de coordenação federativa que fizessem frente às tensões existentes e favorecessem as relações e

negociações intergovernamentais que a regionalização da saúde foi fomentada com maior vigor. Tal diretriz veio a se materializar na regulamentação da Norma Operacional da Assistência à Saúde em 2001 (NOAS) e se fortaleceu com o Pacto pela Saúde em 2006 (DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA *et. al.*, 2012; LIMA; QUEIROZ, 2012).

Por isso é que as relações entre os entes federativos durante a formulação e condução da política de APS foram caracterizadas pela indução da esfera federal e execução pelos entes municipais. O destaque dos processos de regionalização ocorreu concomitante à revalorização do papel dos estados no planejamento, financiamento e prestação de serviços (CASTRO; FAUSTO, 2012).

No que diz respeito à inserção da política de APS na agenda do Ministério da Saúde nos anos 2000, dois momentos distintos foram identificados (CASTRO; MACHADO, 2012; CASTRO; FAUSTO, 2012). O primeiro, de 2003 até 2005, foi caracterizado por questionamentos à proposta original do PSF como a única estratégia para a reorientação da APS, tendo como um dos argumentos a percepção de dificuldades de sua operacionalização por diversos municípios em virtude de suas diferentes realidades e capacidades de gestão (CASTRO; MACHADO, 2012; CASTRO; FAUSTO, 2012). Já o segundo momento, de 2006 a 2010, foi demarcado pela confirmação, consolidação e realização de alterações e incentivos à expansão da APS pelo país. Tem destaque nesse período, a inserção da necessidade de consolidação e qualificação da ESF como prioridade para a reorientação da Atenção Básica (AB) expressa numa diretriz do Pacto pela Vida em 2006 (BRASIL, 2006), além da formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pelo Ministério da Saúde em 2006 e 2011 (CASTRO; MACHADO, 2012; CASTRO; FAUSTO, 2012).

Apesar da implementação da ESF pelo país ter sido bastante significativa nos anos 2000, com um crescimento no número de equipes de saúde da família implantadas alcançando cerca de 40 mil equipes em 2017 presentes em aproximadamente 97% dos municípios brasileiros, diferentes conformações da ESF se deram nos municípios em função do porte populacional, de sua localização, das distintas capacidades de gestão entre eles e, sobretudo, como reflexo das desigualdades socioeconômicas do território brasileiro (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; CASTRO; FAUSTO, 2012).

Neste sentido, nos municípios de pequeno porte com uma baixa (ou ausente) capacidade instalada, houve um processo acelerado de implementação, ao passo que nos municípios de maior porte populacional e nos grandes centros urbanos, foram encontradas algumas dificuldades relativas, entre outros fatores, às altas concentrações demográficas e a existência prévia de serviços de saúde desarticulados entre si (ESCOREL *et al.*, 2007 apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No entanto, embora se reconheça que o fato de não terem (ou terem baixa) capacidade instalada possa ter favorecido uma acelerada implementação da ESF nos municípios de pequeno porte

populacional, por outro lado, observa-se o recrudescimento de alguns desafios, dentre eles, as dificuldades relativas às políticas de Gestão do Trabalho em saúde.

Constitui desdobramento dos processos de descentralização do SUS, a crescente necessidade de força de trabalho em saúde no âmbito municipal o que, inclusive, incrementou a demanda por trabalhadores nas diversas localidades do território brasileiro. Os dados demonstram que, enquanto em 1980 havia 47.038 postos de trabalho públicos e municipais, em 1992 esse quantitativo passou a 306.505, chegando a 791.377 em 2002 e alcançando um total de 1.203.085 em 2009 (MACHADO, 2005; 2012; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

Contudo, em virtude do contexto em que estava inserido, o crescimento na quantidade de postos de trabalho em saúde foi acompanhado de alterações que impactaram negativamente as relações de trabalho no setor. Para essa compreensão, é importante reconhecer que as relações de trabalho em saúde são condicionadas por múltiplos determinantes históricos, econômicos e políticos de âmbito nacional e internacional (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012; MARTINS; MOLINARO, 2013).

E entre os elementos contextuais determinantes nesse processo estão a reforma do Estado e a reforma administrativa e gerencial desenvolvidas no país nos anos 90, em consonância ao projeto neoliberal e aos ideais gerencialistas e de ajuste fiscal fortalecidos no período. Esse contexto favoreceu alterações significativas nas relações de trabalho no setor público, em decorrência, por exemplo, no âmbito legislativo, da possibilidade de criação de novos desenhos institucionais como as Organizações Sociais (OS), da Emenda Constitucional nº 19 de 1998 que possibilitou a utilização de diferentes formas de incorporação de trabalhadores e da Lei de Responsabilidade Fiscal em 2000 que estabeleceu um limite de gastos para a contratação de pessoal (MENDONÇA *et al.*, 2010; TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012; MARTINS; MOLINARO, 2013; TEIXEIRA; MARTINS; SILVA, 2014).

Deste modo, foi constituída no período *“uma forte tendência à desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho sobre a qualidade do emprego no setor saúde”* (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2006, p. 96) em virtude da geração de intensa flexibilização das modalidades de vínculo com o setor público que originaram formas de incorporação caracterizadas muitas vezes pela perda ou enfraquecimento de garantias de proteção social aos trabalhadores constituindo assim, a denominada precarização do trabalho em saúde (BRASIL, s.d.).

Somado a isto, uma baixa capacidade gestora de recursos humanos (RH) em saúde nos níveis subnacionais foi revelada por estudos realizados no período de 2003 a 2005 (SILVA, 2007). Entre os elementos encontrados destacam-se as deficiências ou a inexistência da estrutura de RH nas secretarias de saúde e uma baixa qualificação e autonomia dos profissionais responsáveis pela função (SILVA, 2007). Observou-se, inclusive, que nos municípios de pequeno porte populacional (população menor que 50 mil habitantes) existiam ainda maiores dificuldades em relação às questões apontadas (SILVA,

2007).

Tais circunstâncias se expressaram fortemente na constituição das relações de trabalho na ESF durante a sua implantação nos municípios nos anos 90 e início dos anos 2000. A utilização de diversas modalidades de contratação demarcadas na maior parte das vezes pela instabilidade e precariedade dos vínculos, repercutiu numa alta rotatividade de trabalhadores contribuindo para as dificuldades de incorporação e de gestão do trabalho nas equipes de Saúde da Família (GIRARDI; CARVALHO, 2003; BRASIL, 2004).

As dificuldades de incorporação de trabalhadores ao sistema de saúde em determinadas localidades, compõem problemáticas históricas e tem sido objeto de intervenções do Estado mesmo em momentos anteriores ao SUS. Inclusive, destacam-se, durante os anos do regime militar, o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) ambos visando o fomento e a provisão de profissionais e serviços em localidades com baixo desenvolvimento socioeconômico (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008). Já no contexto do SUS, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) em 1993, teve a finalidade de implantar serviços de saúde (com equipamentos considerados mínimos e essenciais para o funcionamento dos mesmos e prover trabalhadores, inclusive, médicos) em localidades consideradas interioranas (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Posteriormente, nos anos 2000, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), iniciado em 2001 e finalizado em 2004, teve como objetivo expandir a cobertura do PSF em municípios com baixa infraestrutura e localizados em regiões distantes em que esse programa ainda não havia sido implantado. Na ocasião, foram ofertados incentivos de cunho financeiro e formativo (procurando integrar propostas de formação) para o provimento de médicos e enfermeiros visando promover uma melhor distribuição de profissionais pelo país (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Em especial, a partir de 2003, por consequência da concepção administrativa assumida pelo governo federal em que defendia a necessidade de fortalecimento da capacidade gestora do Estado em busca da redução das desigualdades socioeconômicas no Brasil, se sobressaíram importantes processos de reversão do quadro de precarização do trabalho que havia se instaurado no setor público (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

Naquele momento, importantes modificações foram fomentadas, dentre elas, em 2003, a criação no Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) composta pelo Departamento de Regulação e Gestão do Trabalho em Saúde (Degerts) e o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (Deges). Com isto, possibilitou-se a integração institucional de políticas que até aquele momento eram conduzidas de modo segmentado e a criação de agendas específicas com o incremento de propostas envolvendo tais temáticas (TEIXEIRA; OLIVEIRA;

ARANTES, 2012).

Salienta-se entre as competências do Degerts a necessidade de pactuação e negociação intergovernamental das relações de trabalho no SUS: *“promover e participar da articulação de pactos entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, articular o sistema permanente de negociação das relações de trabalho com os gestores federais, estaduais e municipais, setor privado e as representações dos trabalhadores...”* (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012, p. 206).

Em função deste contexto, houve o lançamento em 2003 do “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS” no âmbito da gestão do trabalho em saúde tendo como foco o desenvolvimento de ações voltadas à regularização e à substituição de vínculos precários, por meio da realização de concursos públicos, bem como a necessária discussão e constituição de diretrizes para a formulação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no SUS (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

Outra iniciativa de destaque consistiu na criação do Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) em 2006, voltado à estruturação e ao aprimoramento dos processos de gestão do trabalho e da educação nas esferas subnacionais, destacando-se, entre suas ações, a qualificação de gestores da área (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

Cabe ressaltar ainda, a inserção das proposições de Gestão do Trabalho na dimensão Pacto de Gestão em 2006 recuperando diretrizes constantes na agenda positiva da Gestão do Trabalho em Saúde publicada em 2005 e fornecendo mais subsídios à condução dessas políticas pelos entes subnacionais (BRASIL, 2006).

Dentre as ações associadas ao provimento de trabalhadores na ESF, o lançamento do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) em 2011 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, teve a finalidade de prover médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, com prioridade para as áreas de difícil acesso e em municípios em situação de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

O PROVAB foi composto por um conjunto de medidas que buscavam atrair os profissionais de saúde para a AB por meio de incentivos financeiros e de formação profissional como a oferta de especialização em Saúde da Família e um “bônus” de 10% nas provas dos programas de residência de medicina mediante o alcance de critérios de avaliação de desempenho (BRASIL, 2011).

Quanto às relações intergovernamentais para a gestão desse Programa, observou-se uma modificação desde a sua primeira versão (CARVALHO; SOUZA, 2013). Inicialmente o PROVAB era conduzido de modo mais central pela União, ficando a cargo dos municípios a atribuição de contratação dos profissionais. A ausência do papel do estado no primeiro momento gradualmente se modificou em função da realização de repactuações entre os entes federativos e as instituições formativas

(CARVALHO; SOUZA, 2013).

Sobressaiu-se como aspecto positivo do programa, sua abrangência, que possibilitou a todos os municípios brasileiros se candidatarem as vagas ofertadas em 2012. Por outro lado, como limitação, veio à tona posteriormente seu baixo potencial de fixação dos profissionais participantes (CARVALHO; SOUZA, 2013).

Foi a partir de um “Encontro de Prefeitos” promovido pela Frente Nacional de Prefeitos em Brasília, em 2013, que uma campanha intitulada “cadê o médico?” inseriu na agenda a reivindicação de medidas pelo governo federal para provisão de médicos em algumas regiões do país (CARVALHO; SOUZA, 2013). Importa dizer que entre as propostas constantes na campanha encontrava-se a flexibilização das normativas que regulamentavam a entrada de médicos estrangeiros para atuarem na AB (CARVALHO; SOUZA, 2013).

Sendo assim, dentre as iniciativas no sentido da provisão e regulação do trabalho médico no setor saúde, constitui importante medida tomada pelo governo federal, a criação em 2013, do “Programa Mais Médicos” no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

De forma semelhante a algumas propostas anteriores, sua criação foi atribuída à necessidade de provisão de profissionais médicos em regiões consideradas prioritárias pelo SUS, tendo por finalidade reduzir as desigualdades na distribuição dos mesmos pelo território e contribuir para o fortalecimento e expansão da AB (BRASIL, 2013).

Para isto, significativas mudanças na formação médica no país foram fomentadas por intermédio da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Entre elas, a previsão de ampliação das vagas para a graduação de medicina como também para a residência médica em todo o país (BRASIL, 2013). Como características positivas dessas modificações observa-se uma tendência à interiorização da formação profissional possibilitada pela maior distribuição de vagas da graduação em diferentes localidades (CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Além do recrutamento de profissionais formados no Brasil, para as vagas não preenchidas, o PMM abriu a possibilidade de recrutamento e contratação de médicos graduados em outros países sem que houvesse a necessidade de revalidação do diploma. Tal fato constituiu um mote para grandes críticas recebidas pelo programa e influenciou nas relações entre as corporações médicas e o SUS (CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Conforme previsto, esse contexto iniciado a partir de 2003 produziu interferências nos processos de implementação da ESF. Estudos conduzidos em municípios caracterizados como grandes centros urbanos e com reconhecida consolidação da ESF identificaram a existência nessas localidades de um elevado percentual de profissionais com experiência pregressa em Saúde da Família, uma tendência à regularização dos vínculos com a realização de concursos públicos para a incorporação de trabalhadores

e substituição de terceirizados, bem como a utilização de estratégias de remuneração mais adequadas (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Corroborando com essas informações, estudos sobre as relações de trabalho na ESF no período de 2001 até 2009 demonstraram entre os vínculos de trabalho uma tendência a ampliação de contratação direta por municípios e a redução da terceirização e da contratação do trabalho de forma desprotegida, isto é, das contratações que não se caracterizam como vínculo estatutário ou inseridas no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e que não oferecem plenamente direitos trabalhistas e previdenciários (GIRARDI *et al.*, 2010). Foi apontada também uma tendência ao aumento nas remunerações entre as categoriais profissionais (GIRARDI *et al.*, 2010). No entanto, apesar da reconhecida tendência a desprecarização do trabalho, os autores salientaram que entre as categorias de trabalhadores da ESF a contratação via formatos considerados precários permanecia preponderante entre os municípios em 2009 (GIRARDI *et al.*, 2010).

Entre os trabalhadores das equipes de Saúde da Família, a categoria médica possui grande relevância nessa discussão. As dificuldades de incorporação e gestão do trabalho médico pelo território brasileiro tem sido temática recorrente em diversos momentos da constituição da política de saúde brasileira justificando-se, tanto em função de características dos profissionais como a preferência por grandes centros urbanos, a inserção urbana de aprovados nos exames de admissão da graduação, a busca por melhores condições de vida para si e a família e uma formação hospitalar e tecnocêntrica, quanto por modificações que a profissão obteve no mercado de trabalho em saúde no decorrer do tempo (MACHADO, 1997; MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

A inserção dos médicos nas equipes de Saúde da Família constituiu elemento de significativa importância na Portaria da PNAB (BRASIL, 2011). Nela, a carga horária e o quantitativo de médicos distinguiram as modalidades de equipe de saúde da família que por sua vez condicionavam o financiamento disponibilizado pelo governo federal aos municípios. Haveria, inclusive, a possibilidade de suspensão do repasse de incentivo financeiro em algumas situações como a ausência de um dos profissionais nas equipes por mais do que 60 dias, o descumprimento da carga horária prevista e a ausência de alimentação de dados no sistema de informação (CNES) diante de uma comprovação de vinculação de profissional em atividade.

Com base na PNAB (2011) a equipe de Saúde da Família necessita ser adscrita a uma população entre 3.000 e 4.000 habitantes. Sendo assim, os municípios com até 4.000 habitantes poderiam ser compostos por no mínimo uma equipe de Saúde da Família. O incentivo financeiro do governo federal foi condicionado à presença de todos os profissionais na equipe e o repasse dos recursos da ESF variava segundo a inserção de médicos (clínico geral ou especialista em medicina de família e comunidade) pela carga horária.

Quadro 1: Modalidades de inserção do médico nas equipes Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2011.

Modalidades de Inserção do Médico nas Equipes Saúde da Família – PNAB (2011)		
Nº de médicos	Carga Horária Semanal	Financiamento pelo governo federal
Um médico	40 horas - 32 horas na ESF e 8 horas na urgência hospitalar e/ou em atividades de formação profissional (especialização e residência de medicina de família e comunidade).	Repasse integral de uma equipe
Dois médicos	30 horas cada equivalendo a um médico de 40 horas.	Repasse integral de uma equipe
Três médicos	30 horas cada equivalendo a dois médicos de 40 horas de duas equipes.	Repasse integral referente a duas equipes
Quatro médicos	30 horas cada equivalendo a três médicos de 40 horas de três equipes.	Repasse integral referente a três equipes
Dois médicos	20 horas cada e demais profissionais cumprindo a carga horária de 40 horas.	Repasse de 85% de uma equipe
Um médico	20 horas e demais profissionais cumprindo a carga horária de 40 horas.	Repasse de 60% de uma equipe

Fonte: PNAB (2011), elaboração própria.

Na ESF, da totalidade dos empregos que exigiam o nível superior em 2009, 55,8% dos postos de trabalho correspondiam à categoria médica, demonstrando uma alta demanda por esses profissionais (GIRARDI *et al.*, 2010). Por outro lado, entre os 73,1% dos médicos que atuavam no setor público, apenas 23,5% trabalhavam na AB e ESF em 2014, representando uma baixa oferta, considerando-se o total de médicos existentes no país (SCHEFFER *et al.*, 2015). Além disto, 70,1% dos municípios brasileiros expressaram ter dificuldades de contratação da categoria e 23,6% dos municípios estudados possuíam postos vagos que não conseguiam ser preenchidos por esses profissionais (GIRARDI *et al.*, 2013).

Alguns autores atribuem às dificuldades históricas com a provisão de médicos pelo país, certa

ausência por parte do Estado brasileiro para uma efetiva regulação sobre a formação profissional e sobre o trabalho médico, ficando, inclusive, sob a incumbência do Conselho Federal de Medicina (CFM) a regulação da prática do exercício da profissão (RODRIGUES *et al.*, 2013; BARROS *et al.*, 2014).

Visando compreender ainda mais tal questão, emerge a temática das dificuldades de fixação e a rotatividade desses profissionais, isto é, a “*relação entre as admissões e os desligamentos da mão de obra profissional contratada, ocorridos de forma voluntária ou não, em determinado período.*” (PIERANTONI *et al.*, 2015, p. 638). Observou-se, neste quesito, que a categoria médica encontrava-se com os maiores índices de rotatividade quando comparada aos demais trabalhadores na ESF nos municípios investigados naquela ocasião (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014 apud PIERANTONI *et al.*, 2015).

Dentre as características de trabalho associadas à rotatividade médica estão a ausência de plano de cargos, carreiras e salários, a insatisfação com as formas de contratação e/ou remuneração, a existência de condições inadequadas de trabalho, a necessidade de cumprimento da carga horária de trabalho, a localização da unidade de saúde que pode trazer o isolamento e a consequente dificuldade para obter suporte técnico de especialistas nas localidades mais distantes (especialmente em áreas rurais e remotas) (PERPÉTUO, 2009; SEIXAS, 2011 apud SEIXAS *et al.*, 2015; PIERANTONI *et al.*, 2015; NEY; RODRIGUES, 2012).

Constituem elementos de análise os tipos de vínculo utilizados para a contratação dos profissionais pelos municípios. Neste ponto, observa-se que os médicos conformam a categoria em que se dá a maior prática de vínculo precário por municípios brasileiros (76,3% dos municípios afirmaram utilizar tais modalidades) (GIRARDI *et al.*, 2010). Os contratos considerados desprotegidos e de caráter temporário correspondiam a aproximadamente 50% dos contratos de médicos na ESF em 2009 e chegaram a alcançar os 60% em 2014 (desconsiderando neste último cálculo os contratos realizados pelos PROVAB e PMM) (GIRARDI *et al.*, 2010; MAAS *et al.*, 2014). Para agravar ainda mais esta situação, foi constatado um crescimento de 8,8% na prática de vínculos por intermédio da terceirização (via OS, OSCIP e ONGs) para a contratação de médicos na ESF de 2010 até 2014 (MAAS *et al.*, 2014).

A remuneração é frequentemente utilizada como um mecanismo de incentivo para a atração e a permanência de profissionais. Mas, a reconhecida disputa entre os sistemas público e privado nesse quesito é outro fator a ser considerado na análise.

Uma comparação entre os salários de profissionais inseridos na ESF no período de 2001 a 2009 constatou um menor crescimento de salários nominais de médicos e dentistas, quando comparados ao crescimento das demais categorias (GIRARDI *et al.*, 2010). Já entre profissionais inseridos no mercado privado sob o regime CLT (40 horas) no mesmo período, o maior crescimento salarial ocorreu exatamente entre essas categoriais (GIRARDI *et al.*, 2010).

Por um lado, considera-se que o processo de implementação da ESF ainda em curso tem sido essencial para a ampliação da cobertura por profissionais médicos no território brasileiro (DAL POZ, 2013). Porém, como grande desafio à consolidação dessa política, permanece a iniquidade que caracteriza a distribuição desses profissionais entre as diferentes regiões do país (como também entre municípios em uma mesma região). Prejudicando a oferta de atenção à saúde, as dificuldades de incorporação e gestão do trabalho médico tendem a se intensificar nos municípios com menor porte populacional, maiores distâncias dos grandes centros urbanos e com baixo desenvolvimento socioeconômico, o que consolida a necessidade de iniciativas governamentais visando o enfrentamento da questão, aspectos a serem abordados no tópico a seguir.

2.2. O Trabalho Médico na Dinâmica Territorial Brasileira: Desafio para a Regionalização da Saúde:

Não se constitui como uma problemática exclusiva do Brasil, as desigualdades na distribuição de profissionais que conformam a denominada “Crise Global da Força de Trabalho em Saúde” que se caracteriza “*pelo déficit global estimado em mais de 4 milhões de profissionais de saúde e a desigualdade regional, nacional e subnacional na distribuição e acesso à FTS (...)*” situação que se agrava em localidades rurais, periferias urbanas ou áreas de difícil acesso com a existência de “vazios assistenciais” em algumas localidades dos países (DAL POZ, 2013, p. 1924). Em função disto, em diversos países, algumas estratégias vêm sendo implementadas com o propósito de enfrentar a questão (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Um dos caminhos para compreender como a má distribuição de profissionais se expressa em um território é a análise da razão do quantitativo de profissionais médicos em relação à população em determinada localidade que permite a comparação entre regiões geográficas, unidades federativas, capitais e municípios do interior ou entre agrupamentos estratificados pelas populações (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Nota-se que o quantitativo de médicos em relação à totalidade da população vem crescendo no Brasil ao longo dos anos (GIRARDI *et al.*, 2013), chegando a alcançar em 2015 a razão de 2,11 médicos por 1.000 habitantes (considerando o quantitativo de inscrições no Conselho Federal de Medicina e a estimativa da população vigente) (SCHEFFER *et al.*, 2015). Porém, somente a ampliação do quantitativo de profissionais não é o suficiente para o enfrentamento da má distribuição (SCHEFFER *et al.*, 2015, p. 142). A análise comparativa entre regiões geográficas permite notar que o Norte e o Nordeste do Brasil possuem a menor razão de médicos por 1.000 habitantes 1,09 e 1,03

(respectivamente) enquanto a região Sudeste apresenta a maior razão dispondo de 2,75 médicos por 1.000 habitantes (SCHEFFER et al., 2015).

Já nas comparações entre municípios por porte populacional, observa-se que nos municípios de pequeno porte (88,5% de todos os municípios brasileiros) a razão de profissionais por habitantes é significativamente menor (entre 0,23 e 0,64 por 1.000 habitantes) quando comparada aos de médio (1,08 por 1.000 habitantes) e aos de grande porte populacional (4,25 por 1.000 habitantes) (SCHEFFER *et. al.*, 2015). E ainda, ao comparar a razão de médicos por habitantes entre capitais (27 unidades federativas com um percentual de 23,8% da população e média de 4,84 médicos por 1.000 habitantes) e municípios localizados no interior (5.543 municípios com um percentual de 76,2% da população e média de 1,23 médicos por 1.000 habitantes) é possível perceber uma elevada concentração desses profissionais entre as primeiras (SCHEFFER *et. al.*, 2015).

Partindo dessa evidente distribuição iníqua de profissionais médicos pelo território levando em conta a percepção, tanto da diversidade territorial, como das desigualdades socioeconômicas loco-regionais existentes no país, interessa destacar elementos que possam ser inseridos no debate sobre as influências que as regiões e localidades estabelecem entre si no processo de incorporação e gestão do trabalho médico.

Em relação à concentração de profissionais médicos em grandes centros urbanos essa não é uma questão recente. Em 1995, foi apontado que 65,9% dos médicos encontravam-se atuando nas grandes capitais brasileiras, sobretudo, aquelas com maior desenvolvimento social e econômico (MACHADO, 1997). A tendência a uma maior presença de profissionais em grandes centros urbanos estaria relacionada a um maior acesso às possibilidades de aperfeiçoamento profissional, a utilização de tecnologias e a maior proximidade às relações da sociedade de consumo (MENDONÇA *et. al.*, 2010). Também são apontadas características relativas à profissão médica que se relacionariam à preferência por grandes centros urbanos, como a inserção urbana de aprovados nos exames de admissão para a graduação, a busca por melhores condições de vida para si e a família e uma formação hospitalar e tecnocêntrica (MACHADO, 1997; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

A respeito da prática de deslocamentos entre localidades com a finalidade de exercer atividades laborais, foi analisado o deslocamento de médicos no ano de 2015 tendo em conta a localização de moradia e trabalho constantes nas inscrições do Conselho Federal de Medicina (CFM). Naquele momento, foi encontrado que 64,1% dos médicos trabalhavam na mesma cidade onde residiam ao passo que, 28,9% além de trabalharem onde residiam, também realizavam deslocamentos para outras cidades para trabalhar (SCHEFFER *et. al.*, 2015). E ainda, comparando-se regiões geográficas do país foi percebido que o deslocamento é mais comum nas regiões Sudeste e Nordeste, nas quais aproximadamente 38% dos médicos atendiam em dois ou mais municípios enquanto nas regiões Norte e

Centro-Oeste em que as distâncias são maiores e o número de municípios mais reduzido, havia uma maior parcela de médicos trabalhando exclusivamente na cidade onde residiam (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Dados de 2010 demonstram que, com relação aos tipos de vínculos entre as regiões geográficas há uma maior proporção de médicos com trabalho formal ou protegido na região Sudeste (59,7%), quando comparado às demais regiões e nas regiões Sudeste e Sul foram encontrados os maiores índices médios de rotatividade de médicos naquele mesmo ano (36,7%) (PIERANTONI *et al.*, 2015). Além disto, o trabalho médico protegido na ESF apresentou maior proporção nas capitais, regiões metropolitanas e em municípios com mais de 100 mil habitantes quando comparados aos de menor porte populacional (MAAS *et al.*, 2014).

Considerando o porte populacional e as regiões geográficas do país, os maiores índices médios de rotatividade de médicos foram encontrados nos municípios de pequeno porte populacional ao passo que os menores índices médios estavam presentes nos municípios de grande porte populacional (acima de 500 mil habitantes segundo estratificação por porte populacional), bem como na região Norte do país (MAAS *et al.*, 2014; PIERANTONI *et al.*, 2015). Foi observado ainda, um menor índice de rotatividade nos agrupamentos de municípios com indicadores econômicos maiores, tais como o Produto Interno Bruto (PIB) e a Taxa de Emprego Formal (TEF) enquanto os maiores índices de rotatividade encontravam-se nas localidades com menores indicadores sociais e econômicos (PIERANTONI *et al.*, 2015).

Visando uma caracterização mais detalhada da atuação regional e uma maior compreensão dos determinantes que interferem na distribuição, destaca-se a análise da movimentação dos médicos entre (ou internamente) as regiões de saúde do país ao longo de determinado período de tempo (SEIXAS *et al.*, 2015).

A partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de dados disponibilizados pela Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado (EPSM), do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) relativos ao período de março de 2013 a março de 2014, foi verificada a existência de maior quantitativo de profissionais estáveis (dada pelo quantitativo de médicos que permaneceram com vínculos numa mesma região de saúde ao longo de 12 meses) nas regiões de saúde metropolitanas com relevante redução à medida que se distanciava para as regiões de saúde do entorno (SEIXAS *et al.*, 2015). Tal informação revelou certa tendência a maior prática de mudanças de vínculos e a um menor tempo de fixação de profissionais entre as últimas localidades.

No que diz respeito à existência de médicos considerados não-exclusivos (profissionais com vínculos na região de saúde em foco e em outras regiões ao longo de 12 meses) percebeu-se um maior

contingente desses profissionais no entorno das localidades metropolitanas (ou dos grandes centros urbanos) denotando a tendência a maior circulação nessas localidades ao passo que foi encontrada uma menor circulação nas localidades de difícil acesso ou com grandes distâncias dos centros urbanos (SEIXAS *et. al.*, 2015). Tais informações sugerem a existência de vínculos concomitantes pelos profissionais nas regiões do entorno das metrópoles e uma maior dificuldade de atração e incorporação pelos locais mais distantes.

De modo semelhante, ao analisar a movimentação interna às regiões de saúde percebeu-se uma alta concentração de profissionais estáveis (que permaneceram num mesmo município ao longo de 12 meses) nos municípios polo em contraponto a uma maior presença de profissionais circulantes nos demais municípios sendo comum, inclusive, que os médicos que atuavam nos demais municípios também o fizessem no polo (SEIXAS *et. al.*, 2015).

As informações acima contribuem, portanto, para o estabelecimento de marcantes diferenças na dinâmica territorial que acabam por interferir no processo de incorporação, fixação e gestão do trabalho médico entre as localidades. Em função delas, é comum entre os municípios o estabelecimento de relações de concorrência entre si, o que se expressa, inclusive, na oferta de incentivos e políticas remuneratórias que visam ser cada vez mais atrativas aos profissionais médicos com a finalidade de incorporá-los e fixá-los à ESF. No entanto, além dessas práticas produzirem impacto no montante de recursos, acabam por prejudicar a conformação de redes no sistema de saúde e o fortalecimento da AB e ESF principalmente nas localidades com maior vulnerabilidade (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009). Neste sentido, é que vem se confirmando a seguinte proposição:

Temos admitido a impossibilidade dos municípios, isolados, conseguirem desenvolver uma política de pessoal adequada para a Atenção Primária. Esta impossibilidade seria decorrente de restrições financeiras, que repercutiriam sobre a capacidade de recrutamento e de fixação de pessoal, impedindo constituição de carreiras e de sistema de aposentadoria. (CAMPOS; JUNIOR, 2016, p. 2659).

Por isso é que as iniciativas recentes do Ministério da Saúde (abordadas no tópico anterior) com o intuito de reduzir as desigualdades na distribuição de profissionais médicos pelo país vêm se destacando por uma maior interferência direta do Ministério da Saúde (MS) sobre a política da AB, especialmente, sobre os processos de incorporação e Gestão do Trabalho médico na ESF pelos municípios (CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Foi percebido que o aumento de profissionais médicos na ESF entre os anos de 2010 e 2014 se deu essencialmente em função do PROVAB e PMM (MAAS *et al.*, 2014). Destaca-se a abrangência alcançada pelo PMM no território brasileiro em dois anos de implantação, com o provimento de 18.240 profissionais em 81% dos municípios brasileiros, com profissionais presentes em 87% dos municípios

das regiões metropolitanas e em 82% dos municípios com maior proporção de pessoas em extrema pobreza, e ainda, verifica-se a presença de médicos do PMM em todas as capitais de estados e em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (BRASIL, 2015 apud CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Com isto, estudos demonstram que a implantação do PMM tem sido fator contributivo para a redução do Índice de escassez desses profissionais na ESF dos municípios (GIRARDI *et al.*, 2016). A escassez de profissionais é resultante da má distribuição de médicos pelo território e propicia a insegurança assistencial em determinadas populações (GIRARDI *et al.*, 2016).

O cálculo do Índice de escassez é composto pelas dimensões: oferta de médicos (calculada pela razão de médicos por habitantes), vulnerabilidade socioeconômica (com base nos domicílios classificados em situação de pobreza), necessidades de saúde da população (obtidas por meio da Taxa de Mortalidade Infantil - TMI) e por fim, a existência de barreiras de acesso aos serviços de saúde (identificada pela distância, em tempo, dos municípios até a sede da região de saúde) (GIRARDI *et al.*, 2016). Com isto, os seguintes critérios caracterizaram a escassez em municípios:

- (i) um médico para mais de 3.000 habitantes ou com ausência de médicos, que foram automaticamente incluídos; (ii) um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e TMI de mais de 100% acima da média nacional; e (iii) médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza (GIRARDI *et al.*, 2016, p.2677).

Deste modo, considerando todas as regiões geográficas brasileiras, uma análise do período de 2013 a 2015 (momento anterior e posterior à implantação do programa) identificou que a ampliação da oferta de médicos através do PMM veio a contribuir para a redução da escassez desses profissionais, pois dos 1.200 municípios com escassez de médicos em 2013 passaram a 777 em 2015. Por sua vez, a relação entre o porte populacional do município e o impacto do PMM foi inversamente proporcional, ou seja, houve um maior impacto do provimento do PMM nos municípios com um menor porte populacional (GIRARDI *et al.*, 2016).

Em virtude da diversidade presente na dinâmica territorial que caracteriza municípios e regiões brasileiras e sua forte associação com um estabelecimento de maior ou menor dificuldade de incorporação e fixação de profissionais médicos na ESF, é possível identificar possibilidades e limitações nas ações que visam produzir uma redução das iniquidades na sua distribuição pelo país.

Salienta-se como limitação advinda com a implantação do PMM a redução da oferta regular de médicos contratados pelos municípios em função de uma substituição pela oferta federal (GIRARDI *et al.*, 2016). Acredita-se que tal situação sinaliza uma maior dependência por parte dos entes municipais pelo provimento federal (GIRARDI *et al.*, 2016). Ressalta-se ainda que, apesar da ampliação da cobertura e redução da escassez, persistem importantes desigualdades na distribuição desses

profissionais pelas regiões do país como também entre municípios com porte populacional, localização e condições socioeconômicas distintos numa mesma região (GIRARDI *et. al.*, 2016).

Neste sentido, considera-se que tal problemática se constitui como um importante desafio para a regionalização da saúde podendo ser integrado às negociações e pactuações realizadas por instâncias de governança federativa do SUS como as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) a fim de propiciar a produção de ações que venham a interferir nas relações intergovernamentais e subsidiar soluções para o provimento de médicos e a regulação de seu trabalho na ESF de acordo com as necessidades e de modo mais equitativo entre as localidades.

3. MÉTODO

3.1. Caracterização da Pesquisa e Procedimentos Metodológicos:

Essa pesquisa está circunscrita ao campo das políticas de saúde, da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, da gestão do trabalho em saúde e da regionalização da saúde.

Consiste em estudo de caso de cunho exploratório desenvolvido com a utilização de abordagens quantitativa e qualitativa que procurou analisar uma região de saúde do estado de MG segundo aspectos territoriais, a distribuição de médicos e os processos de gestão do trabalho médico na ESF nela produzidos.

O método Estudo de Caso foi escolhido por possibilitar a compreensão de fenômenos em profundidade considerando os elementos contextuais que o envolvem (YIN; DAVIS, 2007 apud YIN, 2010).

Os procedimentos metodológicos realizados foram: revisão bibliográfica, análise de dados secundários e pesquisa de campo na qual foi realizada a visita à municípios da região e a realização de entrevistas com superintendentes regionais de saúde e gestores das secretarias municipais de saúde.

O período escolhido para a investigação do estudo consistiu de janeiro de 2011 a janeiro de 2016 e sua delimitação se deu em função de compreender os momentos de implantação do PROVAB iniciado em 2011 e do Programa Mais Médicos criado em 2013.

Inicialmente, foi feita uma caracterização da região de saúde com base na coleta de dados secundários disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A descrição da região de saúde considerou: a definição das distâncias e condições de acesso dos

municípios ao Polo Juiz de Fora, o tamanho da população dos municípios, a tipologia urbano-rural, as condições socioeconômicas (PIB, Índice de Gini e IDHM) e o quantitativo de estabelecimentos de saúde por tipo.

Cabe destacar que o cálculo da distribuição de médicos por mil habitantes considerou a razão entre os vínculos de trabalho médico constantes no CNES nos meses de janeiro de cada ano desde 2011 até 2016 e as estimativas populacionais dos municípios nesses mesmos anos segundo os cálculos do IBGE.

Os municípios foram delimitados segundo as distâncias e condições de acesso à Juiz de Fora levando em conta informações do estudo “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias” (IBGE, 2016) e relatos de motoristas da SRS JF. Além disto, a tipologia urbano-rural apresentada baseou-se na “Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos no Brasil” (IBGE, 2017).

Em um segundo momento, o desenvolvimento da pesquisa deu enfoque aos processos de gestão do trabalho médico nas equipes de Saúde da Família nessa região de saúde por meio de pesquisa de campo e realização de entrevistas com informantes-chave.

Durante a pesquisa de campo foi feita uma aproximação das atividades desenvolvidas pela SRS JF e o acompanhamento de duas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR). Além disto, foram realizadas visitas à cinco municípios da região de saúde pela pesquisadora que procurou conversar com os trabalhadores locais e conhecer as unidades básicas de saúde.

A pesquisadora também se reuniu com a Referência Técnica do Ministério da Saúde para o PROVAB e PMM na região de saúde (lotada em Belo Horizonte - MG), com duas enfermeiras da ESF dos municípios visitados, com um funcionário do MP MG, com a equipe da Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com trabalhadores de diversos setores SRS JF e com dois professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Tais conversas não foram gravadas, mas as anotações realizadas pela pesquisadora foram consideradas nos resultados desse estudo.

Foram realizadas onze entrevistas semiestruturadas com informantes-chave inseridos na gestão da política de saúde da região. Os participantes entrevistados eram 5 secretários municipais de saúde, 1 coordenação da atenção básica, 2 trabalhadores da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF) e 3 superintendentes regionais de saúde do período de estudo.

Além do Polo Juiz de Fora, a escolha de municípios para a entrevista com gestores se baseou nas distâncias dessas localidades ao Polo (mais próximos e mais distantes) e na observação de modificações (crescimento ou redução) na relação de médicos por mil habitantes no período de estudo. Todos os gestores municipais entrevistados ocuparam o cargo de gestão (secretaria municipal de saúde ou coordenação da Atenção Básica) no período de estudo (janeiro de 2011 a janeiro de 2016).

Além das entrevistas, foi enviado por e-mail um roteiro com perguntas ao Ministério Público de Minas Gerais (MP MG) que foi respondido em 8 de fevereiro de 2018 pelo Promotor de Justiça da Coordenadoria Regional nas Promotorias de Defesa da Saúde da Macrorregião Sanitária Sudeste.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas com base na técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Após a leitura exaustiva foram identificadas categorias de análise. Nova leitura foi realizada com a classificação de fragmentos do texto segundo tais categorias. A seguir, deu-se a descrição e a interpretação a cada um dos agrupamentos realizados.

A análise dos dados coletados se fundamentou nas seguintes dimensões sintetizadas no quadro 1 e constituídas por meio de Revisão Bibliográfica acerca dos temas da pesquisa.

Quadro 2: Síntese das dimensões a serem utilizadas para coleta e análise de dados.

Dimensões	Componentes	Métodos, Fontes e Período
Características da Região de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Tamanho da população dos municípios; - Acesso viário e distância entre municípios; - Tipologia urbano-rural; - Condições socioeconômicas; - Capacidade de oferta de serviços e atenção à saúde; 	Coleta de dados secundários: <ul style="list-style-type: none"> - Censo do IBGE de 2010; - Estudos do IBGE (2016 e 2017) - Dados do IBGE (2010 à 2015) e PNUD (2010); - Dados do DATASUS CNES e DAB MS (2010 à 2016).
Distribuição dos Vínculos de Trabalho Médicos na Região de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de faculdades de medicina nos municípios da região. - Quantitativo de médicos por localidade de residência nos municípios; - Vínculos Médicos por mil habitantes. - Quantitativo de médicos do PROVAB e PMM na região de saúde divididos segundo localidades de origem e de formação. 	Coleta de dados secundários: <ul style="list-style-type: none"> - MEC (2011 à 2016); - CRM MG (2018); - CNES (Janeiro de 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016); - DATASUS (2011 à 2016); - IBGE (2010 à 2016); - SGTES (2011 à 2016).
Processos de Gestão do Trabalho Médico nas ESF da Região de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Formas de recrutamento e contratação de médicos; - Dificuldades e limitações dos municípios; - Estratégias municipais para a incorporação e fixação de médicos; - Presença do tema relacionado à gestão do trabalho médico nas ESF em reuniões; - Conflitos e tensões nas relações entre gestores municipais, instância regional e outros atores; - Existência de acordos e iniciativas intergovernamentais para lidar com as dificuldades de contratação e fixação de médicos. 	Realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave até fevereiro de 2018. As perguntas foram relativas ao período de janeiro de 2011 à janeiro de 2016.

Fonte: Elaboração própria.

3.2. Considerações Éticas:

Após a qualificação, o projeto de pesquisa foi submetido para a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de abril de 2016. O parecer favorável com a aprovação do projeto junto ao CEP foi obtido em 21 de julho de 2017 sob os registros CAAE: 69785617.0.0000.5240 e Número do Parecer: 2.182.131.

Somente com o parecer favorável do CEP é que se foram iniciados os procedimentos de pesquisa de campo. As entrevistas foram precedidas da leitura e a concordância prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e foram desenvolvidas pela pesquisadora. Foi garantida a possibilidade de desistência se esta fosse a vontade do participante. Mediante a concordância dos participantes era realizada a gravação. Após a realização, as mesmas foram transcritas por profissional qualificado e o conteúdo escrito foi analisado pela pesquisadora que tomou algumas medidas visando o sigilo e confidencialidade dos participantes.

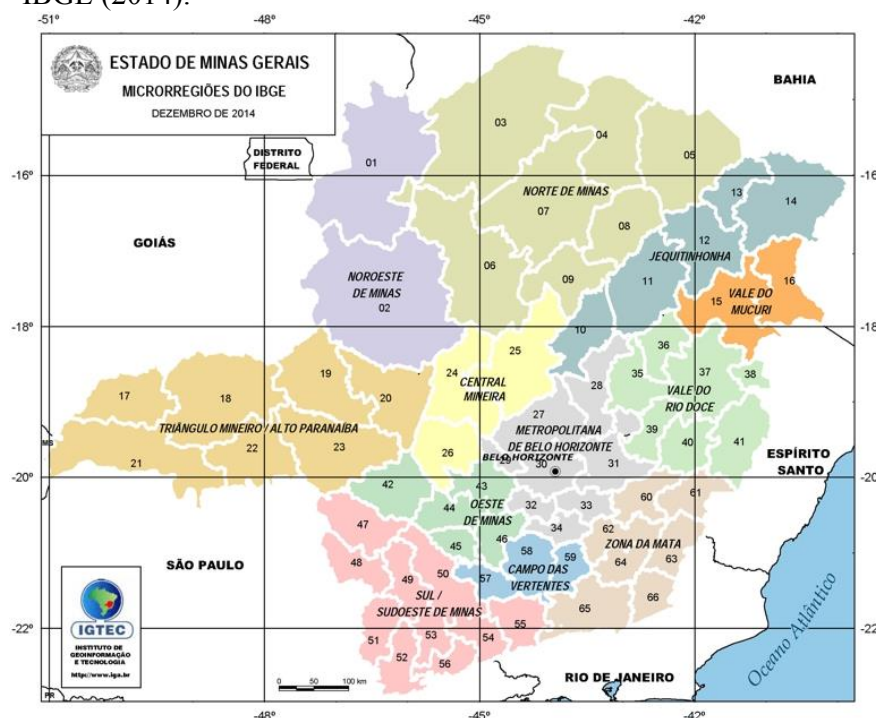
Nos resultados das entrevistas a citação das falas dos entrevistados foi apresentada por meio de decodificação segundo o cargo que ocupavam no período e, no caso de municípios, foi realizada diferenciação entre o Polo e as distâncias e acesso ao Polo.

3.3. Cenário da Pesquisa:

A delimitação territorial do presente estudo envolveu a escolha de uma região de saúde no estado de Minas Gerais (MG). Situado na região Sudeste do Brasil, MG possui uma elevada extensão territorial (586.528 km²) e é o estado com o maior número de municípios (853) do país (IBGE, 2010). Em 2010, seu território era composto por uma população de 19.597.330 habitantes com uma densidade demográfica de 33,41 habitantes/Km² (IBGE, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), MG divide-se em 12 mesorregiões e 66 microrregiões. As mesorregiões são as seguintes: Noroeste de Minas, Norte de Minas, Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Central Mineira, Metropolitana de Belo Horizonte, Vale do Rio Doce, Oeste de Minas, Sul e Sudoeste de Minas, Campos das Vertentes e Zona da Mata. Cada uma dessas mesorregiões é composta por microrregiões (Figura 1).

Figura 1: Mapa das regiões geográficas de Minas Gerais segundo o IBGE (2014).



Fonte: Governo Estadual de Minas Gerais - <http://mg.gov.br/>.

Os 37 municípios da região de saúde de Juiz de Fora, objeto desse estudo, localizam-se em sua maior parte na mesorregião da Zona da Mata e alguns fazem parte da Sul/Sudoeste de Minas.

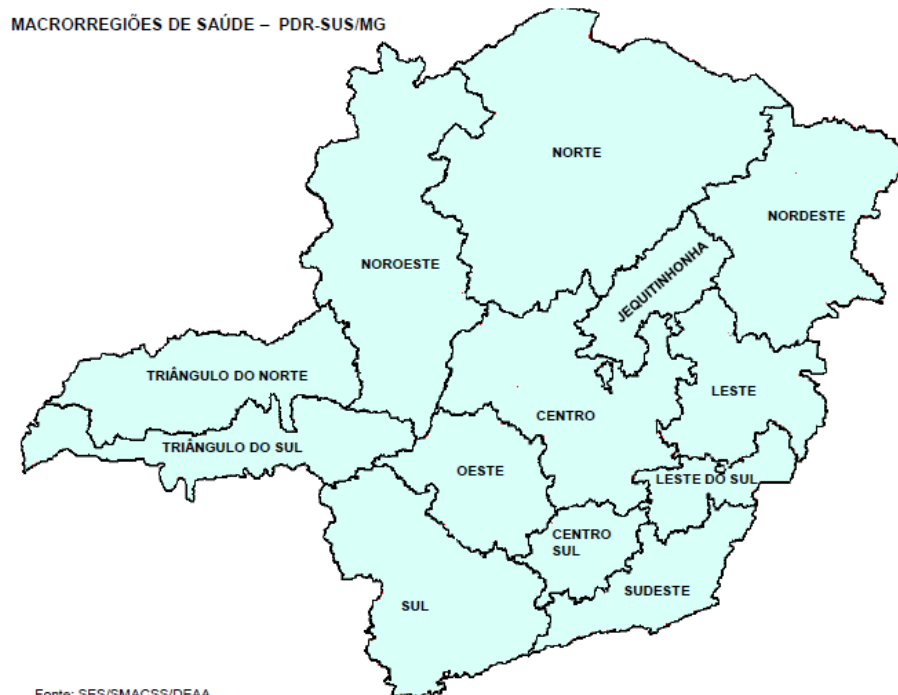
Com base no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) instrumento que tem por finalidade o fomento de ações de planejamento de políticas públicas, em 2015, o estado foi dividido em 17 territórios de desenvolvimento regional que foram subdivididos em microrregiões. Segundo a divisão realizada, todos os 37 municípios que compõem a região de saúde pesquisada fazem parte da região da Mata.

A delimitação do território estadual no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR) conformou regiões de saúde pelo agrupamento de municípios segundo a distribuição de serviços e equipamentos com diferentes densidades tecnológicas, por níveis de atenção e pelo estabelecimento de fluxos que garantiam uma economia de escala e escopo na realização das ações de saúde (MALACHIAS; LELES; PINTO; 2010).

Além da delimitação instituída com o PDR, há em MG uma divisão administrativa e gerencial de serviços de saúde composta por 10 Gerências Regionais de Saúde (GRS) e 18 Superintendências Regionais de Saúde (SRS). Essas unidades regionais exercem funções administrativas e de gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES-MG) em seus territórios de abrangência (SES MG).

Com base no PDR, o território mineiro foi organizado em 13 macrorregiões e 76 microrregiões de saúde (figura 2) (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Figura 2: Mapa da divisão do estado de Minas Gerais em macrorregiões de saúde.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (MG, 2015), conforme alteração em 2014.

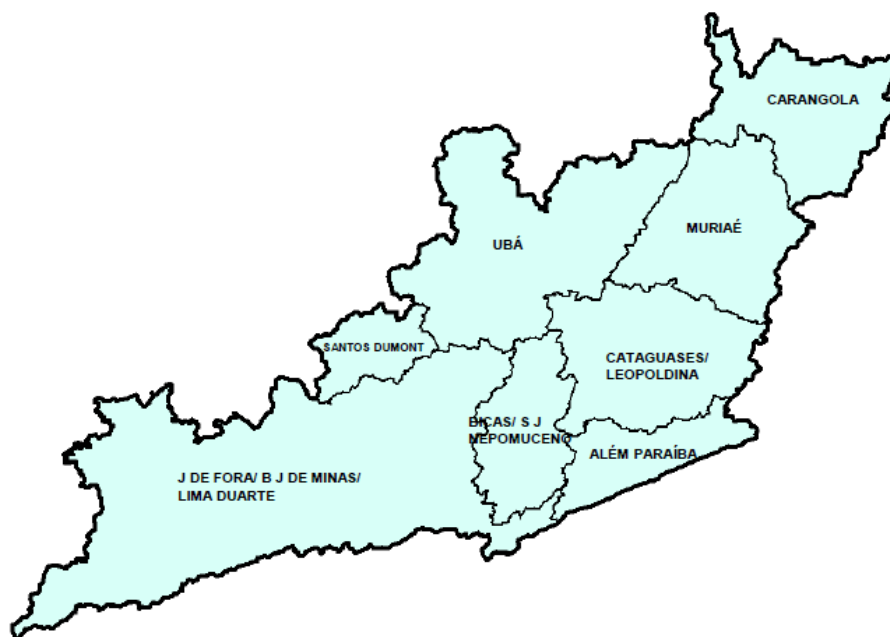
Segundo essa divisão, as macrorregiões de saúde são formadas pela junção de microrregiões que por sua vez são compostas por agrupamentos de municípios. As macrorregiões comportam serviços ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica e procedimentos considerados de média complexidade especial devido a uma maior raridade e a um alto custo (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Já as microrregiões de saúde foram definidas segundo o quantitativo populacional e as distâncias entre os municípios Polo e os demais. Em seu território há a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares considerados de média complexidade e em alguns casos, os de alta complexidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Tanto as macrorregiões quanto as microrregiões possuem municípios considerados Polos em virtude de ofertarem procedimentos e serviços considerados de maior complexidade o que se reflete na existência de fluxos da população da região em direção a essas localidades.

A região de saúde selecionada para a presente pesquisa está inserida na macrorregião Sudeste que é composta por oito microrregiões (figura 3) (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Figura 3: Mapa da macrorregião de saúde Sudeste (Juiz de Fora).



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (MG), conforme alteração em 2014.

Seu território é equivalente à área de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF) conformada pela junção das três microrregiões de saúde: Juiz de Fora / Bom Jardim de Minas / Lima Duarte; Bicas / São João Nepomuceno, e; Santos Dumont (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Em cada microrregião de saúde há Comissões Intergestores Regionais (CIR), instâncias colegiadas que tem como propósito promover a articulação, a negociação e a pactuação entre os gestores da região (Deliberação da CIB-SUS/MG N° 2.280, de 17 de Fevereiro de 2016). Até 2015 as CIR referentes a cada uma dessas três microrregiões de estudo realizavam reuniões separadas entre si. No entanto, a partir de 2015 as reuniões, atas e pautas foram unificadas.

Essa região é composta por 37 municípios e aqueles que as nomeiam são os municípios Polos das microrregiões. Destaca-se que Juiz de Fora assume a função de município Polo na macrorregião Sudeste e ao mesmo tempo na microrregião Juiz de Fora / Bom Jardim de Minas / Lima Duarte. O município é cotidianamente acessado por transportes custeados pelas prefeituras com usuários provenientes de municípios vizinhos para acessarem atendimentos e procedimentos de saúde (ANGELO, 2008).

De acordo com o PDR, os municípios são as unidades territoriais responsáveis pelo planejamento e pelo fomento de ações da Atenção Básica (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Além disto, aos gestores municipais é atribuída a responsabilidade por promoverem a organização da demanda e dos fluxos da população aos serviços existentes nos demais níveis de atenção o que requer a realização de

pactuações e ações compartilhadas na região (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Caberiam aos gestores estaduais, com base no PDR, estabelecer a coordenação, a regulação e a mediação das relações entre os municípios e as regiões (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Sendo assim, a SES-MG assume um importante papel regulador junto aos gestores municipais e regionais o que lhe confere uma forte capacidade político e institucional (PEREIRA, 2009).

4. CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA

Embora a compreensão da dinâmica territorial seja essencial ao planejamento e à tomada de decisões no âmbito das políticas públicas, sua consideração nos processos de construção e implementação de políticas ainda é bastante incipiente (LIMA et. al., 2012). Considerando essa necessidade, a seguir apresenta-se uma breve caracterização da região de saúde e da distribuição de médicos nesse território.

4.1. Aspectos Históricos:

Os processos históricos da Zona da Mata Mineira, região geográfica onde se localizam a maior parte dos municípios do estudo, foram permeados pelo desenvolvimento de diversos ciclos econômicos que interferiram nas conformações do território. No século XIX, a região teve destaque nacional devido à produção e a comercialização de café, cujos excedentes propiciaram nos anos seguintes o início da industrialização (BDMG, 2000). Como desdobramentos, ocorreu à época a implantação de instituições bancárias, a construção de sistemas de geração de energia elétrica, da Rodovia União e Indústria interligando os municípios de Petrópolis-RJ à Paraibuna (atual Juiz de Fora-MG) , e das Estradas de Ferro Leopoldina e Ferrovia D. Pedro II (BDMG, 2000).

Em anos posteriores, no entanto, a Zona da Mata teria sofrido uma forte estagnação econômica atribuída principalmente ao arrefecimento da economia do café, à pequena potência adquirida por sua incipiente industrialização e ao investimento em outras regiões do estado e do país, resultando na perda de seu potencial competitivo (BDMG, 2000).

Nos anos 30 e 40 (século XX), havia um declínio econômico em todo o estado de MG o que desencadeou diversas ações visando uma retomada do crescimento. Nos anos 60 e 70 buscaram-se implantar incentivos fiscais, empresas e organizações de fomento à industrialização, tais como: o Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais (BDMG), a Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), o Instituto de Desenvolvimento Industrial de Minas Gerais (INDI) e a Companhia de Distritos Industriais

(CDI) (BDMG, 2000).

Os investimentos públicos e privados teriam ocorrido, entretanto, de forma concentrada no período, favorecendo, sobretudo, as regiões: Central, Sul de Minas, Vale do Aço, Noroeste e Norte (BDMG, 2000). Mesmo considerando o pouco destaque adquirido naqueles momentos pela região da Zona da Mata, já havia uma posição de evidência do município de Juiz de Fora nessa região o que, inclusive, levou à sua escolha para a implantação de importantes empreendimentos entre os anos 80 e 90 (BASTOS, 2004).

Uma situação mais favorável desse município já se justificava devido à sua localização geográfica em um “nó de transportes” que o aproximava de grandes centros urbanos consumidores, de fornecedores e de portos (BASTOS, 2004). Outros fatores de estímulo seriam suas boas condições de infraestrutura e a disponibilidade de mão de obra qualificada (ANGELO, 2008).

Como desdobramentos do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) na década de 70 que visava a desconcentração industrial no país, deu-se a implantação em Juiz de Fora da Companhia Paraibuna de Metais em 1980 e da Siderúrgica Mendes Junior em 1984, ambas construídas com incentivos provenientes dos três entes governamentais (BASTOS, 2004).

Já nos anos 90, em contexto de questionamentos do papel do Estado em função de ideias neoliberais e de fortes imposições fiscais aos entes subnacionais, o fomento à atividade industrial em Juiz de Fora teve como marco a implantação da fábrica montadora automobilística alemã Mercedes-Benz (1996) (BASTOS, 2004). As isenções fiscais e outros benefícios oferecidos à época à empresa alemã foram propiciados pela intensificação de um cenário de guerra fiscal no período, o que repercutia na disputa entre estados e municípios para atrair investimentos em seus territórios. Como contrapartida, foi acordado o comprometimento da empresa em realizar investimentos para a produção e comercialização de automóveis priorizando a mão de obra e o desenvolvimento locais (BASTOS, 2004).

A operacionalização dessas indústrias interferiu na atividade econômica de Juiz de Fora e dos municípios do entorno. Contudo, apesar de terem contribuído para um fomento da produção industrial e para a oferta de postos no mercado de trabalho, tais iniciativas não teriam sido capazes de provocar a multiplicação de novos empreendimentos industriais e de empregos conforme o esperado, tampouco teriam sido suficientes para reverter o quadro de estagnação industrial que havia se conformado na Zona da Mata desde momentos anteriores (BASTOS, 2004).

Concomitantemente, o setor comercial e de prestação de serviços foi adquirindo importância crescente, vindo a se destacar anos mais tarde como o principal ramo econômico do município de Juiz de Fora (ANGELO, 2008).

4.2. Rede Viária, Distâncias e Tempo de Deslocamento entre Municípios:

Ao longo desses processos históricos foram constituídos relações e fluxos de pessoas, bens e serviços que conformaram o território da região de saúde. Com desdobramentos na atualidade, sobressai como característica a localização na região de influência compartilhada entre a metrópole nacional do Rio de Janeiro - RJ e a metrópole de Belo Horizonte - MG, dois dos maiores polos de atração do país (IBGE, 2007).

Além disto, há uma importante centralidade no município de Juiz de Fora, considerado uma capital regional do tipo B, segundo a hierarquia dos centros urbanos do país, por ser uma referência para a realização de serviços e atividades por grande quantidade de municípios (IBGE, 2007).

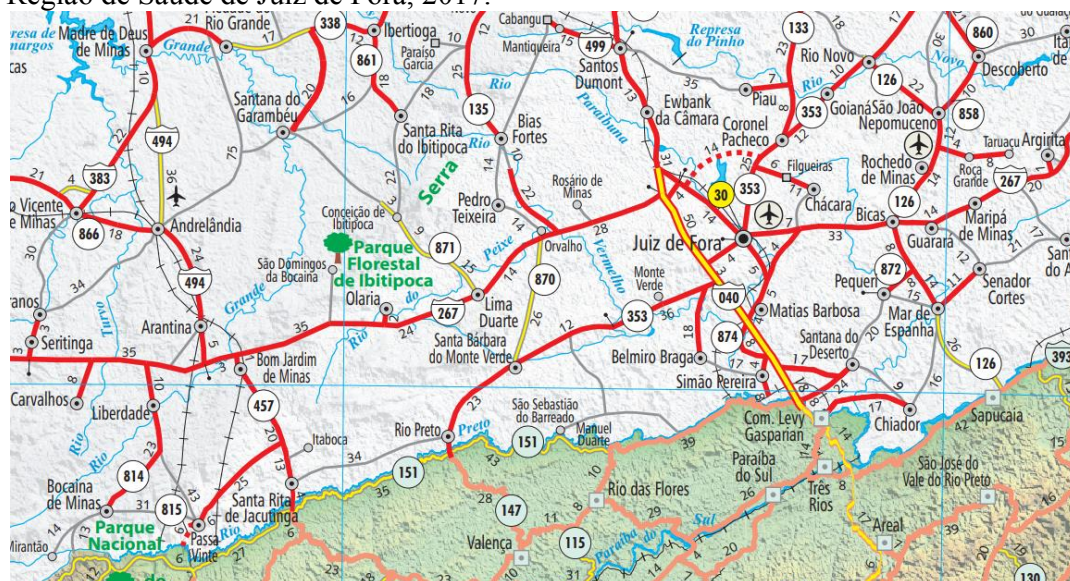
A elevada capacidade de estabelecer conexões e fluxos na região é propiciada pela constituição de um significativo sistema de transportes composto por ligações ferroviárias, aeroviárias e rodoviárias (mapa 4).

Duas linhas férreas atravessam o território: a Ferrovia Linha do Centro e a Ferrovia do Aço, ambas são gerenciadas em regime de concessão à empresa MRS Logística S.A. que nelas realiza o transporte de minério, cimento e outros elementos siderúrgicos entre Minas Gerais (MG), o Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP) (BDMG, 2000).

Do ponto de vista não somente do transporte de cargas e produtos com fins comerciais como também do deslocamento de pessoas, ressalta-se as ligações aeroviárias propiciadas pela existência de dois aeroportos que operam nessa localidade, o Aeroporto Francisco Álvares de Assis (da Serrinha) localizado em Juiz de Fora e o Aeroporto Presidente Itamar Franco localizado em Goianá - MG (BDMG, 2000; MENEZES, 2004 apud ANGELO, 2008).

A malha rodoviária também constitui um atributo de grande valor na região devido às ligações possibilitadas por suas importantes rodovias federais. A estrada duplicada BR-040 é um elo entre os centros urbanos do Rio de Janeiro - RJ e Belo Horizonte - MG relacionando-se também ao Distrito Federal. Já a BR-267 liga as regiões do Sul/Sudoeste de Minas e Zona da Mata do estado e possui ligações com outras rodovias que chegam ao estado de São Paulo (SP).

Figura 4: Mapa das rodovias federais, estaduais e municipais, ferrovias e aeroportos, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2017.



Fonte: Departamento de Edificações e Estradas de Rodagens de Minas Gerais (DER MG).

Com base na malha rodoviária foram mensuradas as distâncias entre o Polo Juiz de Fora e os demais municípios. Considerando o percurso rodoviário (Km), o tempo de deslocamento entre a SRS JF e a secretaria municipal de saúde (ou a sede da prefeitura) e as condições viárias das estradas, propôs-se uma classificação (quadro 3 e mapa 1).

A maior parte dos municípios que fazem divisa com o Polo de Juiz de Fora foram considerados mais próximos (totalizando 16 municípios) à exceção de Bias Fortes. Nesse grupo, a distância varia entre aproximadamente 20 Km até 63 Km e o tempo de viagem possui duração entre 25 minutos até 1 hora e 20 minutos.

Foram 13 as localidades consideradas com uma distância intermediária, a distância em quilômetros (Km) desses municípios em relação ao Polo varia de 52 Km a 80 Km e a duração aproximada de percurso está entre 1 hora e 5 minutos até 1 hora e 45 minutos em estradas consideradas em boas condições viárias.

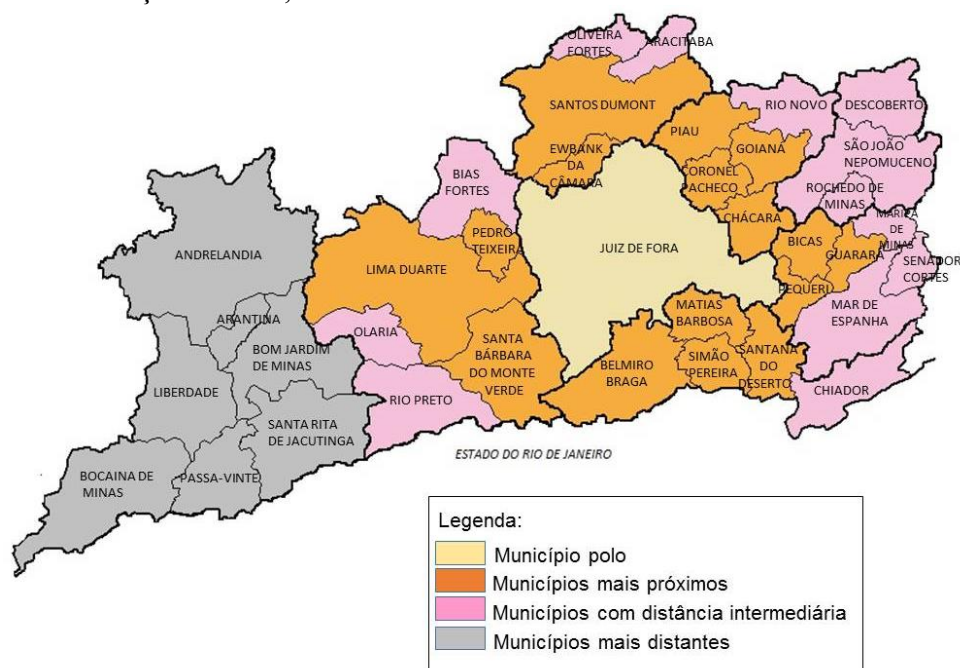
Por último, os 6 municípios classificados como os mais distantes na região de saúde, se situam a Oeste no mapa, encontram-se na região geográfica do IBGE Sul/Sudoeste de Minas e suas distâncias em relação à Juiz de Fora são de aproximadamente 116 Km à 169 Km com um tempo de deslocamento que pode variar de 1 hora e 35 minutos até 2 horas e 50 minutos.

Quadro 3: Classificação dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo a distância (Km) em relação ao Polo, o tempo de deslocamento e as condições viárias, 2017.

Municípios	Distância em Km:	Duração de viagem horas/min (Motoristas):	Duração de viagem horas/min (IBGE):	Classificação:
Matias Barbosa	20	00:25	00:30	Mais próximo
Coronel Pacheco	31	00:40	00:45	Mais próximo
Chácara	32	00:40	00:45	Mais próximo
Simão Pereira	36	00:30	00:50	Mais próximo
Belmiro Braga	37	00:40	01:10	Mais próximo
Bicas	39	00:50	00:45	Mais próximo
Goianá	43	00:45	01:00	Mais próximo
Ewbank da Câmara	45	00:40	00:30	Mais próximo
Guarará	46	00:55	01:05	Mais próximo
Piau	46	00:55	01:10	Mais próximo
Santana do Deserto	46	01:00	02:00	Mais próximo
Santos Dumont	48	00:55	00:40	Mais próximo
Pequeri	54	01:00	01:15	Mais próximo
Santa Bárbara do Monte Verde	62	01:20	01:30	Mais próximo
Pedro Teixeira	63	01:00	01:15	Mais próximo
Lima Duarte	64	01:00	00:55	Mais próximo
Maripá de Minas	52	01:05	01:05	Intermediário
Rochedo de Minas	54	01:10	01:05	Intermediário
Rio Novo	58	01:05	01:15	Intermediário
Mar de Espanha	59	01:15	01:30	Intermediário
São João Nepomuceno	65	01:15	01:35	Intermediário
Oliveira Fortes	70	01:15	01:15	Intermediário
Senador Cortes	72	01:25	01:25	Intermediário
Descoberto	77	01:25	02:00	Intermediário
Chiador	78	01:30	01:30	Intermediário
Bias Fortes	81	01:45	01:45	Intermediário
Rio Preto	84	01:40	02:00	Intermediário
Olaria	87	01:15	01:15	Intermediário
Aracitaba	90	01:35	01:35	Intermediário
Bom Jardim de Minas	116	01:35	02:00	Mais distante
Arantina	123	01:40	02:00	Mais distante
Santa Rita de Jacutinga	124	02:10	02:40	Mais distante
Liberdade	144	02:00	02:30	Mais distante
Andrelândia	152	02:25	03:00	Mais distante
Bocaina de Minas	168	02:45	02:45	Mais distante
Passa-Vinte	169	02:50	02:50	Mais distante

Fonte: elaboração própria a partir do relato de motoristas da SRS JF e IBGE, 2015.

Mapa 1: Classificação dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, segundo a distância (em Km) em relação ao Polo, o tempo de deslocamento e as condições viárias, 2017.



Fonte: elaboração própria a partir do relato de motoristas da SRS JF e IBGE, (2016).

4.3. Porte Populacional dos Municípios e Tipologia Rural-Urbano:

Outro aspecto que confere especificidades à região de saúde é o tamanho da população dos municípios. Com base no último Censo Demográfico do IBGE (2010) há um elevado quantitativo de municípios com até 5.000 habitantes (64,9%) na região, embora neles resida um baixo percentual da população (9,5%).

Destaca-se a intensa presença de municípios com até 20.000 habitantes (91,9% dos municípios). Tal característica se apresenta nessa localidade de modo mais intenso do que no país (70,4%) e no estado de MG (79,1%).

Excetuando-se o Polo Juiz de Fora, todos os municípios possuíam até 50.000 habitantes. Mas, o percentual da população da região de saúde nesses locais correspondia a apenas 31,9%. Há, portanto, uma elevada concentração populacional em Juiz de Fora, cuja população maior do que 500.000 habitantes equivalem, conforme dito, a 68,2% da região. O segundo município com o maior porte populacional é Santos Dumont que corresponde a 6,11% da população.

Em termos populacionais Juiz de Fora também possui proeminência no estado encontrando-se entre os quatro maiores municípios mineiros, estando atrás apenas de Belo Horizonte (2.375.151 habitantes), Contagem (603.442 habitantes) e Uberlândia (604.013 habitantes).

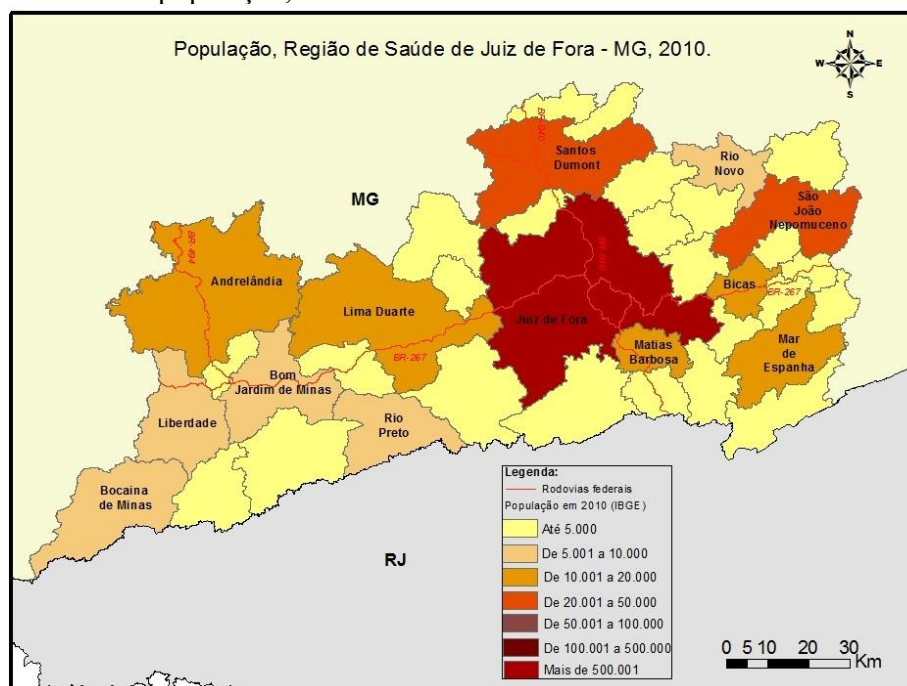
Tabela 1: População residente e número de municípios, total e respectiva distribuição percentual, segundo as classes de tamanho da população dos municípios, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2010.

Classes de tamanho da População dos municípios	População Residente		Número de Municípios	
	Total	%	Total	%
Até 5.000	71.785	9,5	24	64,9
De 5.001 até 10.000	30.858	4,1	5	13,5
De 10.001 a 20.000	67.159	8,9	5	13,5
De 20.001 a 50.000	71.341	9,4	2	5,4
De 50.001 a 100.000	-	-	-	-
De 100.001 a 500.000	-	-	-	-
Mais de 500.000	516.247	68,2	1	2,7
Região de Saúde de JF	757.390	100	37	100

Fonte: elaboração própria com base em dados populacionais do IBGE (2010).

O mapa (2) a seguir permite a visualização da distribuição dos municípios segundo o tamanho de sua população possibilitando notar as diferenças apresentadas.

Mapa 2: Municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo o tamanho da população, 2010.



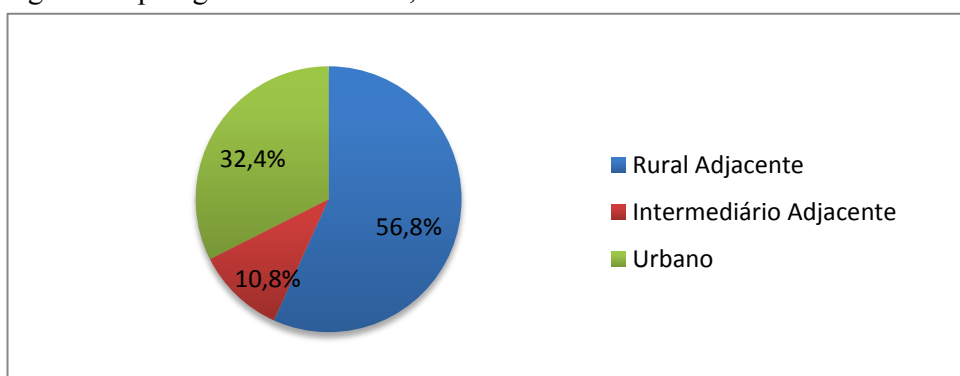
Fonte: elaboração própria com base em dados populacionais do IBGE (2010).

Quanto à tipologia rural-urbano do IBGE (2017), a maior parte dos municípios da região se classificou como rural adjacente (gráfico 1). Essa condição é bastante análoga ao Brasil no qual mais da metade de seus municípios são também classificados como rurais adjacentes (54,6%), ao passo que uma menor parte são considerados urbanos (26,1%) e os demais intermediários adjacentes (13,3 %) ou rurais

remotos (5,8%).

Em comparação ao Sudeste, a região de saúde possui um percentual mais alto de municípios rurais adjacentes enquanto aquele possui mais localidades consideradas urbanas. Já com relação ao estado de MG, há uma conformação bastante semelhante da região tendo em vista o estado também ser caracterizado por uma grande quantidade de municípios rurais adjacentes.

Gráfico 1: Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo Tipologia Rural-Urbano, 2017.



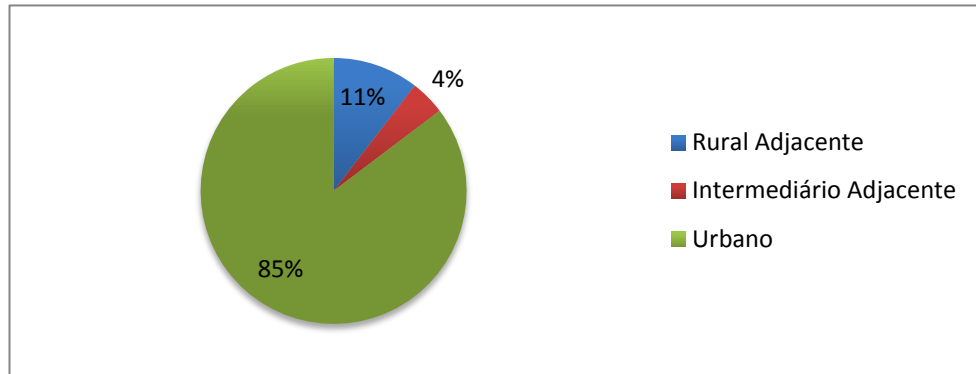
Fonte: IBGE (2017).

O quantitativo populacional dos municípios, segundo o censo de 2010 e a Tipologia Rural-Urbano (IBGE, 2017) permitem observar a distribuição da população. A maior parte dos habitantes da região de saúde concentra-se nos municípios considerados urbanos enquanto apenas um pequeno percentual encontra-se nos rurais adjacentes e intermediários adjacentes.

Tal característica também é observada no país e na região Sudeste, que comparada às cinco regiões geográficas é aquela cuja população possui maior concentração de habitantes no meio urbano (IBGE, 2017). Essa situação é análoga ao estado de MG, embora nele haja um percentual um pouco mais elevado da população vivendo em localidades rurais adjacentes (19,1%).

Chama a atenção, no entanto, que onze dos doze municípios da região classificados como urbanos correspondem na realidade a apenas 17% de seus habitantes tendo em vista que somente Juiz de Fora concentrava em 2010, 68,2% da população de toda a região.

Gráfico 2: Distribuição da população dos municípios segundo Tipologia Rural-Urbano, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2017.

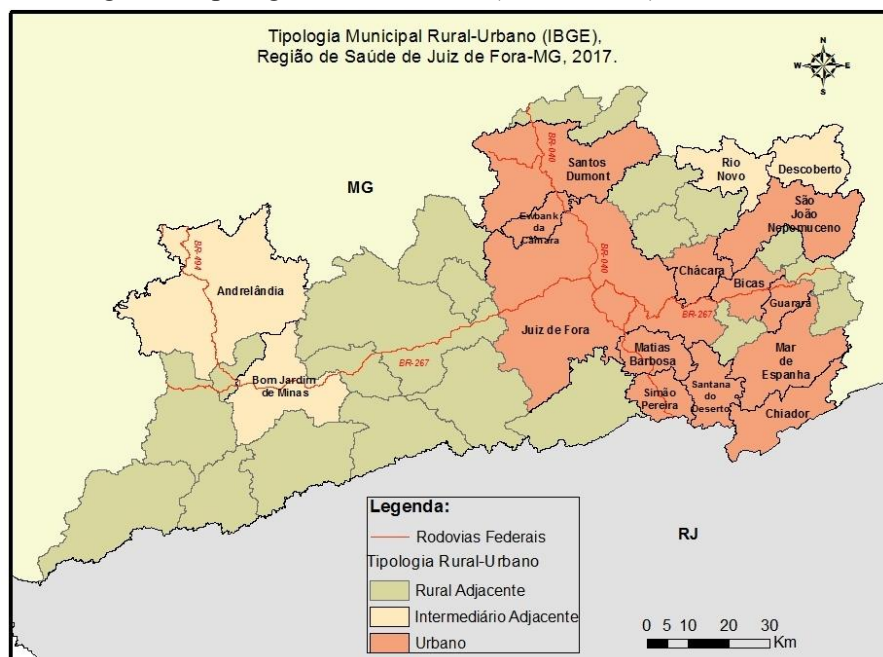


Fonte: dados populacionais do IBGE (2010) e Tipologia Rural-Urbano IBGE (2017).

Na representação cartográfica (mapa 3) nota-se a contiguidade entre municípios considerados rurais adjacentes como também entre aqueles classificados como urbanos na região. Praticamente todos os municípios que são cortados pela rodovia BR-040 foram considerados urbanos à exceção de Oliveira Fortes que é o município mais ao Norte no recorte regional. Já entre os 11 municípios perpassados de forma longitudinal pela BR-267, apenas 3 foram considerados urbanos.

Observa-se que há uma concentração maior de municípios urbanos ao Leste no mapa a partir de Juiz de Fora, ao passo que a Oeste estão em sua maior parte os municípios considerados rurais adjacentes.

Mapa 3: Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo Tipologia Rural-Urbano (IBGE, 2017).



Fonte: Tipologia Rural-Urbano IBGE (2017).

4.4. Aspectos Socioeconômicos:

Para a compreensão da dinâmica territorial da região de saúde foram também analisados alguns de seus aspectos socioeconômicos. Para isto, serão apresentados o Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios calculados pelo IBGE em parceria com Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e a Superintendência da Zona Franca de Manaus – Suframa (IBGE, 2010).

Dos 37 municípios da região de saúde, os que obtiveram os maiores valores de PIB a preços correntes (R\$ 1.000) em 2010 e 2015 foram: Juiz de Fora, Santos Dumont e Matias Barbosa. No entanto, individualmente, somente Juiz de Fora correspondia em 2010 a cerca de 80% do PIB da região ao passo que Santos Dumont (2ª posição) e Matias Barbosa (3ª posição) representavam aproximadamente apenas 4% e 3% do PIB da localidade naquele ano.

Não é somente nessa região de saúde que o valor do PIB alcançado por Juiz de Fora tem proeminência. Considerando os 5.565 municípios brasileiros no ano de 2010 ele ocupou a 67ª posição e em 2015 subiu a 58ª entre os maiores valores de PIB a preços correntes (R\$ 1.000) do país. Já entre os 853 municípios de Minas Gerais, Juiz de Fora manteve entre 2010 e 2015 a 5ª colocação nos maiores valores de PIB (representando 2,8% do PIB do estado em 2010).

Situação bastante distinta é a dos municípios que obtiveram os menores PIB a preços correntes (R\$ 1.000) na região em 2010 e 2015, como é o caso de Senador Cortes, Aracitaba, Pedro Teixeira e Olaria, cada um deles correspondendo a apenas 0,1% do PIB de toda a localidade com valores abaixo de R\$ 13.000,00 em 2010 e de R\$ 21.000,00 em 2015. Apesar disto, cada um desses municípios apresentou um crescimento acima de 60% ao comparar o PIB atingido em 2015 ao que possuíam em 2010.

A análise da variação do PIB a preços correntes (R\$ 1.000) nos anos de 2010 e de 2015 em cada um dos municípios permite observar que houve um maior crescimento nas localidades de Passa Vinte, Simão Pereira, Santa Bárbara do Monte Verde e Piau com taxas de aproximadamente 104%, 97%, 93% e 92%. Por outro lado, entre os que obtiveram as menores variações na região quando observados os valores que possuíam nesses dois anos estão Chiador (11%), Bocaina de Minas (14%) e Guarará (21%).

Entre as alterações mais significativas entre 2010 e 2015, observa-se que os municípios de Liberdade (2012), Descoberto (2013), Rio Preto (2014), Piau, Santa Rita de Jacutinga e Simão Pereira (2015) elevaram seu PIB, classificando-se no intervalo de R\$ 50.001 até R\$ 250.000 no período. Enquanto isto, São João Nepomuceno (2012) obteve um PIB entre R\$ 250.001 e R\$ 500.000 e Matias Barbosa (2014) alcançou um PIB entre R\$ 500.001 e R\$ 1.000.000.

Tabela 2: PIB a preços correntes (R\$ mil), municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2010 - 2015.

Unidade da Federação, Região de saúde e Municípios	Produto Interno Bruto a preços correntes (1.000 R\$)						Variação (%) 2010 - 2015
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Andrelândia	97.386	112.271	124.944	153.012	168.920	184.019	89
Aracitaba	12.474	13.479	15.048	17.538	18.777	20.026	61
Arantina	26.911	35.807	36.318	49.926	40.853	44.015	64
Belmiro Braga	30.131	32.337	34.333	41.676	42.598	46.829	55
Bias Fortes	20.822	22.811	24.080	28.586	30.279	30.378	46
Bicas	120.560	142.860	158.289	185.090	204.620	224.177	86
Bocaina de Minas	40.641	30.253	34.657	38.683	38.939	46.327	14
Bom Jardim de Minas	77.840	50.904	60.725	91.995	97.168	109.927	41
Chácara	23.414	22.328	26.979	32.499	31.212	33.948	45
Chiador	23.845	22.478	23.179	24.995	25.319	26.459	11
Coronel Pacheco	21.771	23.698	26.460	31.139	35.664	37.019	70
Descoberto	36.998	39.096	44.499	51.779	51.319	52.926	43
Ewbank da Câmara	21.748	24.343	26.315	34.126	37.186	38.066	75
Goianá	24.611	30.673	35.552	37.947	45.181	46.622	89
Guarará	32.663	33.007	33.091	36.269	38.943	39.359	21
Juiz de Fora	9.912.515	10.490.361	11.916.163	3.196.898	13.955.698	14.431.962	46
Liberdade	46.487	49.283	52.742	59.963	60.416	70.000	51
Lima Duarte	120.955	143.349	151.276	205.924	221.899	219.681	82
Mar de Espanha	100.180	106.212	117.224	123.681	134.251	145.823	46
Maripá de Minas	23.370	30.080	31.288	42.678	42.261	43.661	87

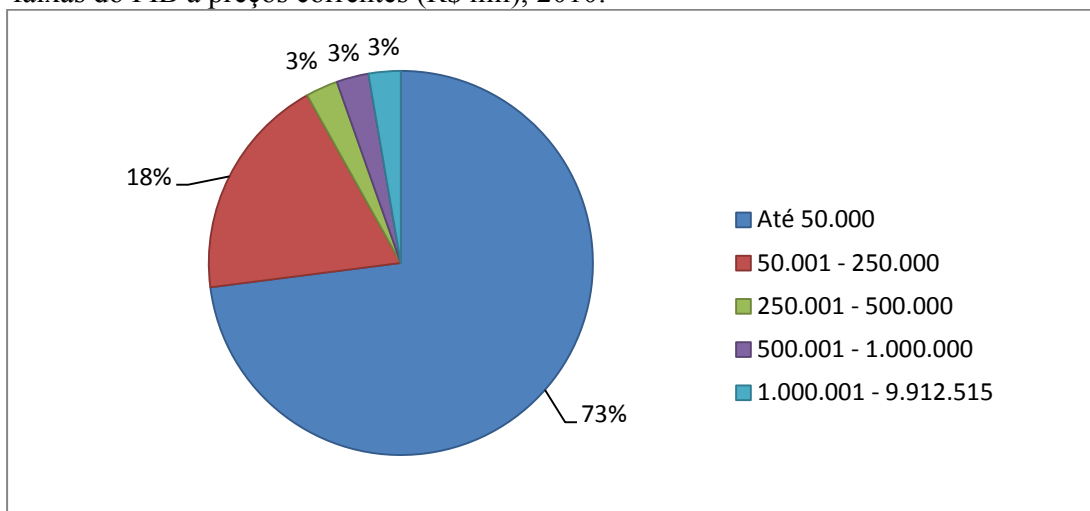
Tabela 2 (continuação): PIB a preços correntes (R\$ mil), municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2010 - 2015.

Unidade da Federação, Região de saúde e Municípios	Produto Interno Bruto A preços correntes (1.000 R\$)						Variação (%) 2010 - 2015
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Matias Barbosa	387.353	412.670	436.659	498.801	507.442	504.520	30
Olaria	12.837	13.321	15.148	16.592	18.105	20.319	58
Oliveira Fortes	15.789	19.126	20.413	22.741	24.928	26.997	71
Passa-Vinte	13.602	15.126	18.672	27.050	29.830	27.736	104
Pedro Teixeira	11.927	13.483	15.099	18.792	20.305	20.339	71
Pequeri	24.089	29.527	33.027	33.445	37.055	39.686	65
Piau	28.535	36.992	33.463	40.168	41.911	54.666	92
Rio Novo	57.446	63.914	74.687	84.347	90.049	101.000	76
Rio Preto	34.731	36.064	40.455	49.249	50.784	54.372	57
Rochedo de Minas	13.591	14.905	17.232	22.374	22.546	22.930	69
Santa Bárbara do Monte Verde	21.721	24.063	25.393	34.669	38.612	41.955	93
Santa Rita de Jacutinga	35.481	39.863	39.747	45.918	47.728	50.507	42
Santana do Deserto	20.387	28.741	36.443	30.583	35.561	35.718	75
Santos Dumont	515.484	541.427	581.839	611.489	686.265	845.706	64
São João Nepomuceno	226.775	249.926	280.514	296.917	351.938	357.350	58
Senador Cortes	12.532	14.673	15.902	16.429	18.684	20.106	60
Simão Pereira	30.813	30.331	30.368	31.895	33.329	60.553	97
Região de saúde - SRS JF	12.278.414	13.039.786	14.688.221	16.365.863	17.376.577	18.175.683	48

Fontes: Dados básicos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Contas Nacionais (Conac) - Fundação João Pinheiro (FJP), Diretoria de Estatística e Informações (DIREI). Elaboração: Fundação João Pinheiro(FJP), Diretoria de Estatística e Informações (DIREI).

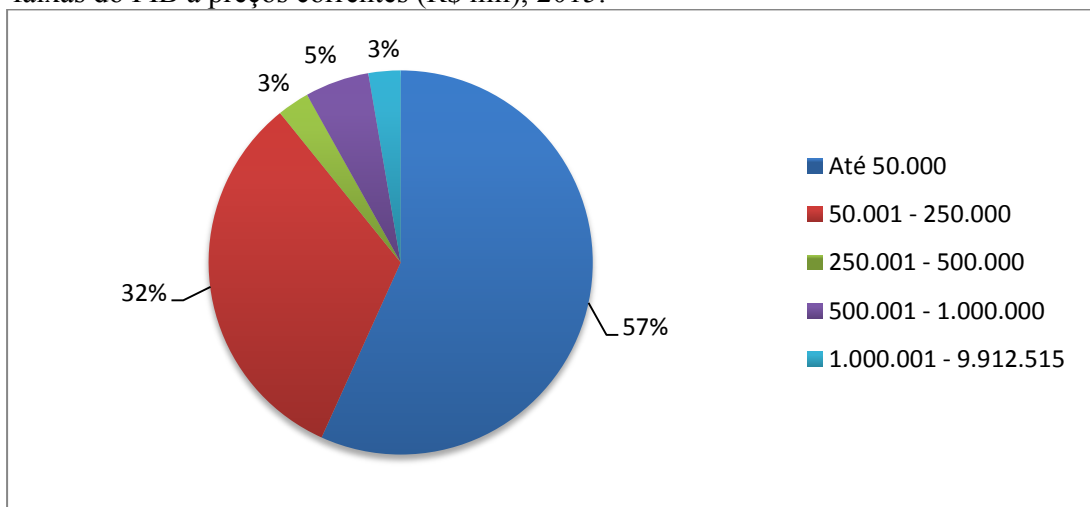
Nos percentuais de distribuição dos municípios pelo PIB entre esses anos foram percebidas sutis variações. Mas, ainda que tenham ocorrido importantes modificações, em 2015, mais da metade dos municípios da região permaneceu no grupo cujos valores do PIB são os mais baixos (até R\$ 50.000). Naquele ano, o somatório dos valores de PIB de todos os municípios na menor faixa equivalia a apenas 3,9% do PIB da região de saúde. Por outro lado, somente Juiz de Fora correspondia a 79,4% do PIB da região expressando a permanência de um significativo contraste na capacidade econômica entre os municípios da localidade.

Gráfico 3: Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Contas Nacionais (Conac) - Fundação João Pinheiro (FJP), Diretoria de Estatística e Informações (DIREI).

Gráfico 4: Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2015.



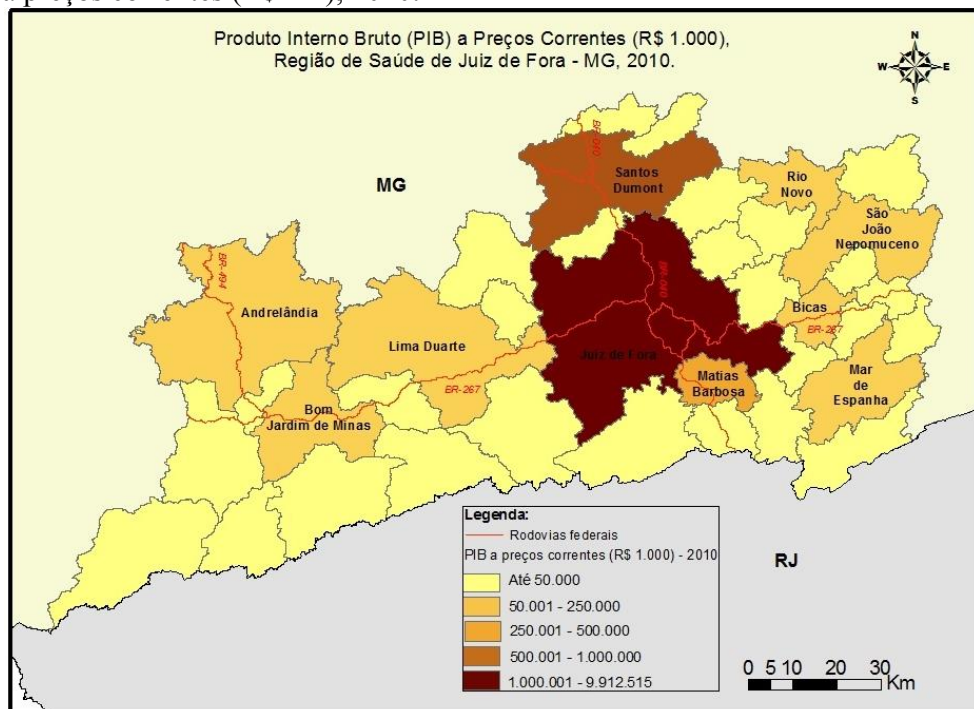
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Contas Nacionais (Conac) - Fundação João Pinheiro (FJP), Diretoria de Estatística e Informações (DIREI).

No mapa (4) verifica-se a concentração do PIB (2010) em Juiz de Fora seguido de Santos Dumont e Matias Barbosa situação que se manteve em 2015 (mapa 5). O fato de serem perpassados pela BR-040 pode indicar as interferências da malha rodoviária nas capacidades de produção de bens e serviços desses municípios.

Ainda em 2010 (mapa 8), é possível perceber que os nove municípios que se situam na divisa do estado de MG com o Rio de Janeiro encontravam-se na menor faixa do PIB (até R\$ 50.000) ao passo que em 2015 (mapa 9) três deles, Simão Pereira, Rio Preto e Santa Rita de Jacutinga ascenderam de faixas.

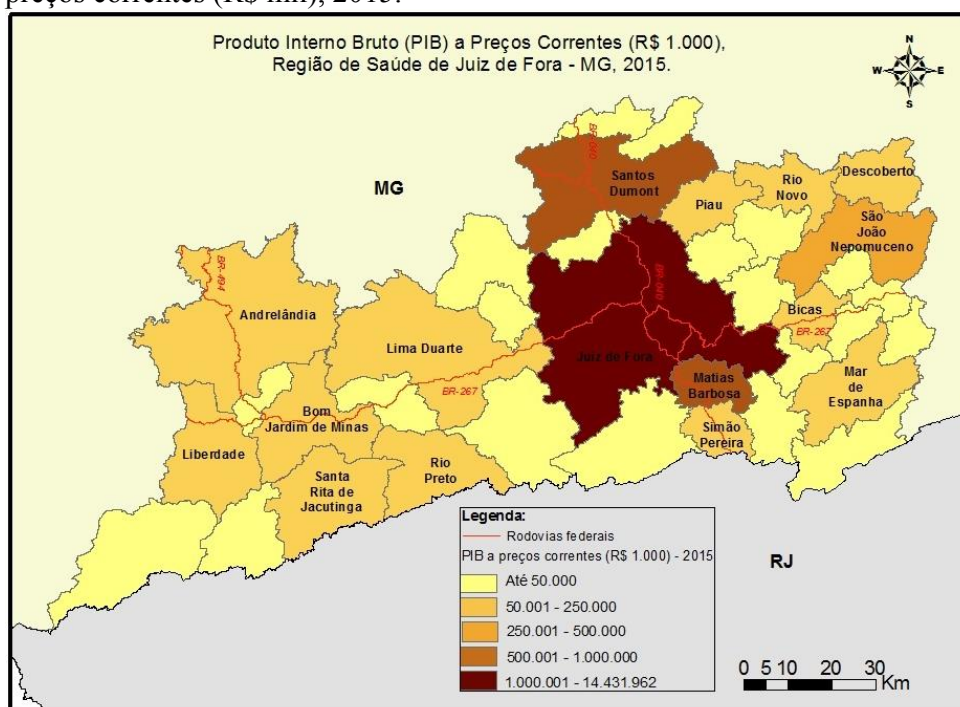
Conforme dito, o crescimento do PIB possibilitou uma sutil desconcentração das capacidades de produção de bens e serviços entre os municípios na região o que é possível perceber tanto à Leste quanto à Oeste (mapa 9).

Mapa 4: Municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Contas Nacionais (Conac) - Fundação João Pinheiro (FJP), Diretoria de Estatística e Informações (DIREI).

Mapa 5: Municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora segundo faixas do PIB a preços correntes (R\$ mil), 2015.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Contas Nacionais (Conac) - Fundação João Pinheiro (FJP), Diretoria de Estatística e Informações (DIREI).

O cálculo do Índice de Gini (2010), cujos valores variam de 0 até 1, se propõe a caracterizar a distribuição de renda em uma localidade. Quanto maior proximidade ao 0 pressupõe-se que a distribuição é mais equitativa ao passo que os resultados mais próximos de 1 expressam a existência de maior desigualdade.

Neste quesito, 78,4% dos municípios em estudo encontrava-se em 2010 com valores abaixo de 0,50, o que poderia indicar uma maior equidade na distribuição de renda pela população na região. Os restantes 21,6%, obtiveram valores mais próximos de 1, o que significa que possuem maiores desigualdades na distribuição de renda entre a população neles inserida.

O *ranking* dos municípios da região segundo o Índice de Gini é liderado por Chiador, Liberdade, Lima Duarte e Senador Cortes cujos valores mais altos revelariam maiores desigualdades na distribuição de renda da região: 0,61; 0,59; 0,59 e 0,58 (respectivamente). Desses, Chiador, Liberdade e Senador Cortes se encontravam em 2010 no grupo com a menor faixa do PIB (até R\$ 50.000). Isto os caracteriza como municípios com baixos valores de PIB (quando comparados à região) cujas rendas estão distribuídas de forma desigual em suas populações (presença de maior disparidade entre grupos populacionais ricos e pobres).

Por outro lado, Ewbank da Câmara, Maripá de Minas e Rochedo de Minas apresentaram os menores coeficientes com respectivamente: 0,37; 0,38 e 0,39. Recordando que esses três municípios

faziam parte em 2010 do grupo com a menor faixa do PIB (até R\$ 50.000), esses valores indicam que além de estarem em situação economicamente desfavorável, esses possuem maior homogeneidade que outros na distribuição de sua baixa renda pela população, isto é, não há significativas disparidades de renda entre seus habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é composto por três dimensões: longevidade, educação e renda e seus valores variam de 0 a 1. À medida que se aproximam de 1 significa haver um maior desenvolvimento humano em determinado local ao passo que à proximidade ao 0 indica o contrário.

Quanto à distribuição dos municípios da região segundo o IDHM, a maior parte encontra-se na faixa classificada como médio desenvolvimento humano. Entre os mais altos IDHM, destacaram-se os municípios de Juiz de Fora, Bicas e Santos Dumont que, inclusive, ultrapassaram a média estadual. Na dimensão renda do IDHM o município de Pedro Teixeira cujo valor de PIB era inferior aos demais em 2010, foi o único a obter um baixo IDHM.

Já na dimensão longevidade, uma elevada parcela dos municípios obteve um IDHM considerado muito alto denotando a presença de uma alta expectativa de vida ao nascer no território da região de saúde.

Os piores resultados obtidos na região foram no IDHM Educação. Nessa dimensão, um elevado percentual dos municípios alcançou valores classificados como baixo ou muito baixo desenvolvimento humano o que expressa deficiências na escolaridade de sua população adulta (a partir de 18 anos) e/ou no fluxo escolar da população jovem nesses municípios (PNUD).

Salienta-se que Juiz de Fora atingiu os maiores valores em todas as dimensões: IDHM, IDHM Renda, Longevidade e Educação (sendo, inclusive, o único município a classificar-se como alto nessa última). Tal município ocupa a 145ª posição no IDHM entre os 5.565 municípios brasileiros.

Quadro 4: Síntese dos resultados do IDHM segundo faixas de classificação, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2010.

Faixas de Desenvolvimento	IDHM 2010 (%)	IDHM Renda 2010 (%)	IDHM Longevidade 2010 (%)	IDHM Educação 2010 (%)
Muito Alto	-	-	32 (86%)	-
Alto	10 (27%)	7 (19%)	5 (14%)	1 (3%)
Médio	27 (73%)	29 (78%)	-	9 (24%)
Baixo	-	1 (3%)	-	20 (54%)
Muito Baixo	-	-	-	7 (19%)

Fonte: PNUD (2010).

Tabela 3: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, municípios da região de saúde de Juiz de Fora, 2010.

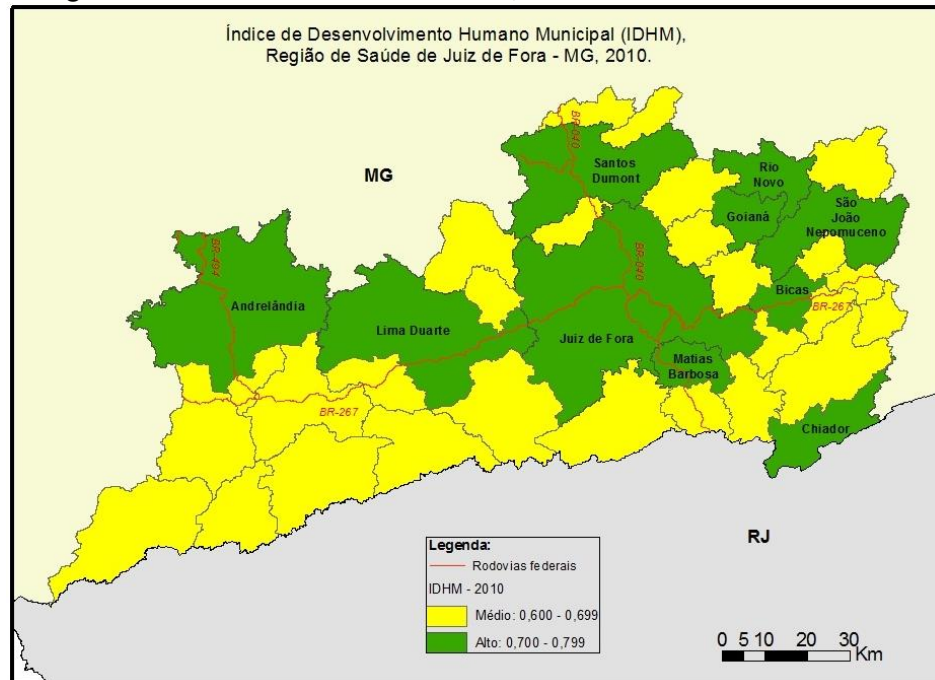
Unidade da Federação e municípios da Região de saúde	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
Minas Gerais (média)	0,731	0,730	0,838	0,638
Andrelândia	0,700	0,675	0,818	0,621
Aracitaba	0,661	0,608	0,823	0,577
Arantina	0,697	0,633	0,834	0,641
Belmiro Braga	0,660	0,653	0,83	0,531
Bias Fortes	0,620	0,605	0,796	0,495
Bicas	0,744	0,726	0,85	0,667
Bocaina de Minas	0,645	0,665	0,848	0,476
Bom Jardim de Minas	0,673	0,653	0,822	0,569
Chácara	0,664	0,650	0,878	0,512
Chiador	0,711	0,742	0,868	0,559
Coronel Pacheco	0,669	0,673	0,789	0,565
Descoberto	0,68	0,657	0,798	0,599
Ewbank da Câmara	0,676	0,625	0,823	0,601
Goianá	0,716	0,682	0,835	0,644
Guarará	0,652	0,65	0,802	0,532
Juiz de Fora	0,778	0,784	0,844	0,711
Liberdade	0,672	0,679	0,834	0,537
Lima Duarte	0,71	0,705	0,861	0,59
Mar de Espanha	0,684	0,694	0,825	0,558
Maripá de Minas	0,680	0,668	0,847	0,555
Matias Barbosa	0,72	0,703	0,862	0,616
Olaria	0,636	0,638	0,823	0,49
Oliveira Fortes	0,635	0,616	0,794	0,523
Passa-Vinte	0,648	0,662	0,809	0,507
Pedro Teixeira	0,637	0,587	0,794	0,555
Pequeri	0,694	0,692	0,868	0,557
Piau	0,629	0,647	0,824	0,467
Rio Novo	0,707	0,671	0,835	0,631
Rio Preto	0,679	0,665	0,847	0,557
Rochedo de Minas	0,684	0,663	0,849	0,569
Santa Bárbara do Monte Verde	0,606	0,617	0,823	0,438
Santa Rita de Jacutinga	0,682	0,676	0,826	0,567
Santana do Deserto	0,651	0,66	0,849	0,493
Santos Dumont	0,741	0,688	0,847	0,697
São João Nepomuceno	0,708	0,696	0,850	0,600
Senador Cortes	0,674	0,689	0,834	0,534
Simão Pereira	0,638	0,645	0,843	0,478

Fonte: PNUD (2010).

A seguir, com a representação cartográfica é possível visualizar a classificação proposta pelo IDHM e IDHM educação. O fato de nenhum dos municípios encontrar-se com resultados baixos ou muito baixos no IDHM é um ponto relevante de análise da região muito embora os valores observados no IDHM educação (mapa 7) denote situação de heterogeneidade entre eles. Destaca-se que alguns, apesar de obterem um IDHM alto encontram-se com baixos valores de IDHM na dimensão educação, como é o caso de Chiador e Lima Duarte.

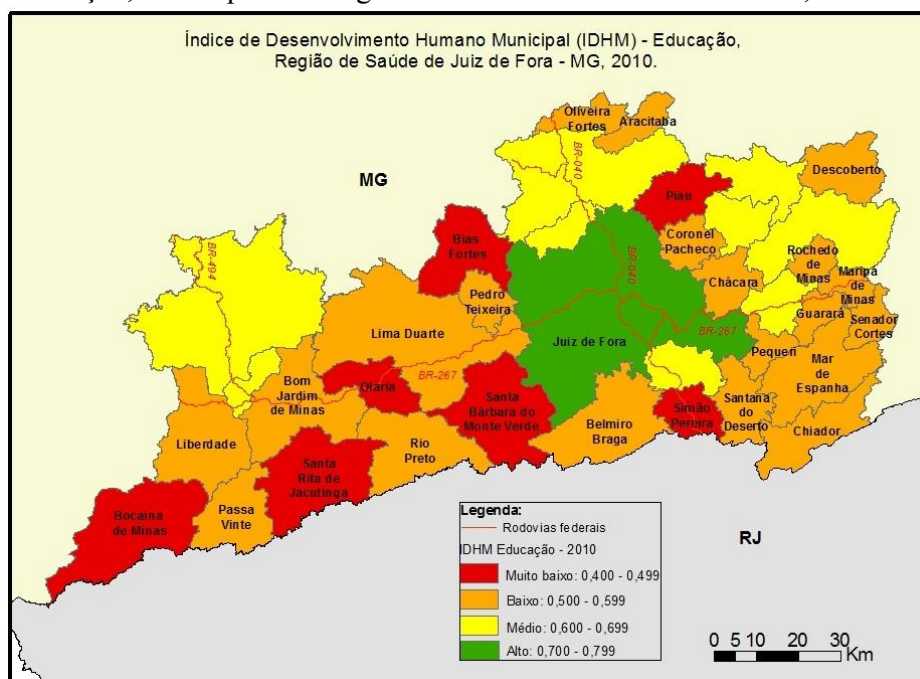
No IDHM educação a maior parte dos municípios classificados como muito baixo encontra-se na região Oeste do mapa. Além disto, entre os sete municípios com os menores valores neste quesito, apenas Simão Pereira foi classificado como urbano ao passo que os demais foram considerados rurais adjacentes na tipologia urbano-rural anteriormente apresentada.

Mapa 6: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora – MG, 2010.



Fonte: PNUD (2010).

Mapa 7: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - Educação, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora – MG, 2010.



Fonte: PNUD (2010).

4.5. Capacidade Regional de Oferta de Serviços de Saúde:

Em acréscimo aos aspectos anteriormente abordados, constitui conteúdo de grande relevância na caracterização da região de saúde a descrição das diferentes capacidades instaladas entre os municípios que compõem seu território.

Tal análise será propiciada pelo quantitativo de estabelecimentos existentes em cada município da região segundo sua classificação por tipo, com base nos dados constantes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS).

Dos 28.388 estabelecimentos de saúde cadastrados em 2011 no CNES/SUS no estado de MG, a região de saúde pesquisada possuía 1.206 estabelecimentos (4,2%). Em 2016, MG se elevou a 36.964 estabelecimentos dos quais 1.613 (4,3%) estavam localizados nessa região de saúde.

Em 2011, os estabelecimentos existentes consistiam principalmente em consultórios (50,9%), Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou postos de saúde (14,6%), clínicas especializadas, ambulatórios especializados ou policlínicas (17,9%) e unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia (9,5%).

Já em 2016, segundo a classificação realizada, os estabelecimentos da região eram constituídos naquele ano por consultórios (47,4%), clínicas especializadas, ambulatórios especializados ou policlínicas (20,1%), Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou postos de saúde (12,3%) e unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia (10,6%).

A comparação entre esses anos demonstra, portanto, que o pequeno incremento se deu em função do aumento de serviços de clínicas especializadas, ambulatórios especializados ou policlínicas e das unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia.

Entre os municípios que concentram o maior quantitativo de estabelecimentos de saúde na região em 2011 e 2016 estão Juiz de Fora e Santos Dumont (1º e 2º lugares), São João Nepomuceno e Lima Duarte (intercalando a 3ª e 4ª posições), Bicas (5º lugar), Andrelândia (6ª posição em 2011) e Matias Barbosa (6ª posição em 2016).

Dos municípios mencionados, a quase totalidade se constitui, conforme esperado, como localidades Polos da região de saúde, obtendo maior proeminência os serviços existentes no Polo macrorregional de Juiz de Fora.

Entre os municípios que não são polos da região de saúde e possuem um significativo quantitativo de estabelecimentos, chamaram a atenção Andrelândia e Matias Barbosa. Por outro lado, embora seja considerado um dos polos microrregionais, Bom Jardim de Minas não obteve grande destaque nessa variável.

Na análise dos 37 municípios da região de saúde é possível observar que aproximadamente 37,8% deles tinham consultórios localizados em seus territórios em 2011 passando a 40,5% em 2016. Quanto às clínicas especializadas ou ambulatórios especializados e/ou policlínicas na região, os municípios que as possuíam perfaziam aproximadamente 37,8% em 2011 com um acréscimo para 59,4% em 2016. No que tange aos serviços de maior complexidade tecnológica, aproximadamente 32,4% (12 municípios) possuíam hospitais e/ou Unidades de Serviços de Diagnose em seus territórios nesses anos.

A importância da presença da Atenção Básica no território se reflete no fato de todos os municípios possuírem ao menos 1 UBS instalada em 2011 situação que permaneceu em 2016. Além disto, desconsiderando as sedes das secretarias municipais de saúde, naquele ano, 45,9% dos municípios possuía uma infraestrutura de serviços de saúde que era unicamente composta por postos de saúde e/ou UBS. Já em 2016, esse percentual reduziu para 8,1% das localidades (Ewbank da Câmara, Oliveira Fortes e Santana do Deserto) expressando um incremento de outros serviços de saúde nos municípios.

Ressalta-se que em 2011 uma significativa parcela dos municípios (73%) possuía a totalidade de sua população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando-se entre as menores coberturas os municípios de Bocaina de Minas (66,1%), São João Nepomuceno (52,8%), Juiz de Fora (45,2%) e Santos Dumont (43,8%).

Já em 2016, o percentual de municípios que atingiu 100% de cobertura na ESF, chegou a alcançar 83,8% na região. Mas, permaneceram entre as menores coberturas as localidades de Juiz de Fora (59,1%) e São João Nepomuceno (54,7%).

Tabela 4: Estabelecimentos de saúde por tipo, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2011 e 2016.

Localidade:	Hospitais (gerais ou especializados)		Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia		Clínicas especializadas / Ambulatórios Especializados / Poli-clínicas		Consultórios		Centros de Saúde / UBS		Postos de Saúde		Total de estabelecimentos de saúde	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Andrelândia	2	2	3	3	1	4	2	2	5	4	0	0	14	18
Aracitaba	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	3
Arantina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
Belmiro Braga	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	4	2	8
Bias Fortes	0	0	0	0	1	1	0	0	2	4	0	0	3	7
Bicas	1	1	3	4	4	6	4	5	5	5	1	1	19	25
Bocaina de Minas	0	0	1	1	2	1	0	0	2	2	0	0	6	5
Bom Jardim de Minas	1	1	2	2	0	1	0	0	2	2	0	1	6	10
Chácara	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	4	4
Chiador	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	0	0	3	6
Coronel Pacheco	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	3	5
Descoberto	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	3	0	4	6
Ewbank da Câmara	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	3	4
Goianá	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	2	7
Guarará	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2	5	6
Juiz de Fora	18	16	90	132	188	281	575	705	49	57	12	12	955	1253
Liberdade	1	0	1	1	1	1	1	1	3	2	0	0	7	7
Lima Duarte	1	1	2	2	0	2	2	5	4	5	9	10	20	29
Mar de Espanha	1	1	0	0	0	1	1	2	5	3	0	0	8	10

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

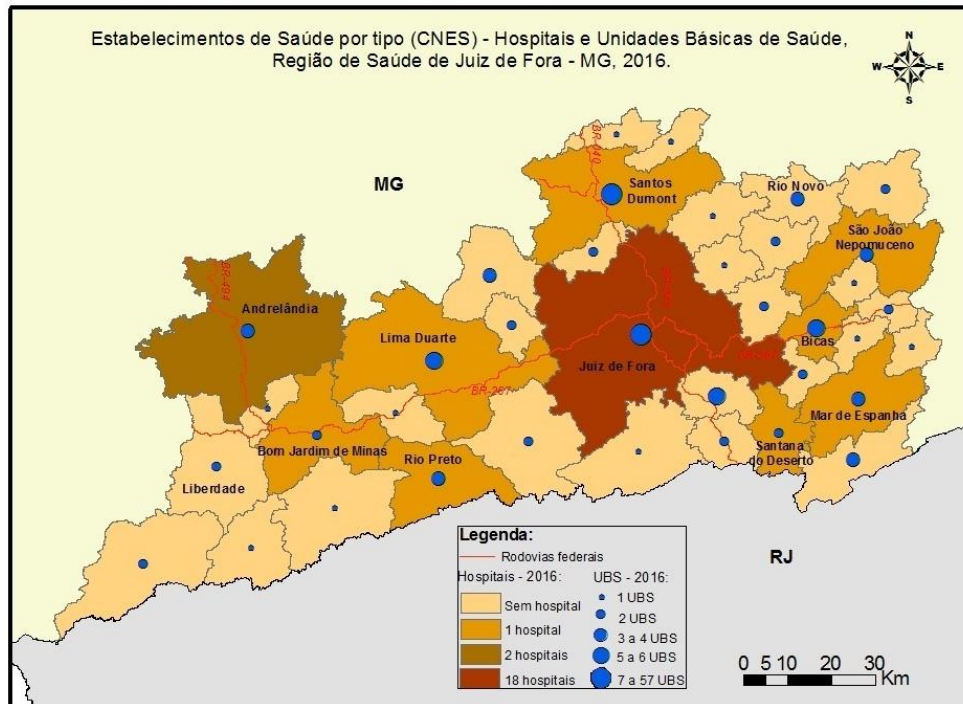
Tabela 4: Continuação. Estabelecimentos de saúde por tipo, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2011 e 2016.

Localidade:	Hospitais (gerais ou especializados)		Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia		Clínicas especializadas / Ambulatórios Especializados / Poli-clínicas		Consultórios		Centros de Saúde / UBS		Postos de Saúde		Total de estabelecimentos de saúde	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Maripá de Minas	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	2	5
Matias Barbosa	0	0	1	4	2	3	3	4	5	5	0	0	12	20
Olaria	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	5
Oliveira Fortes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
Passa-Vinte	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	3
Pedro Teixeira	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	4
Pequeri	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	4	4
Piau	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	4	4
Rio Novo	1	0	0	1	2	3	3	3	4	4	0	0	11	14
Rio Preto	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3	1	1	8	10
Rochedo de Minas	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4
Santa Bárbara do Monte Verde	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	1	4	6
Santa Rita de Jacutinga	1	1	0	1	0	0	1	1	3	2	0	0	5	7
Santana do Deserto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4	5	6
Santos Dumont	1	1	8	13	6	6	12	21	6	10	7	7	45	64
São João Nepomuceno	1	1	2	3	5	5	8	10	3	3	2	3	22	28
Senador Cortes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	4
Simão Pereira	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	5	6
Região de Saúde	30	26	114	171	216	324	614	764	127	144	49	54	1206	1613

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Alguns aspectos das diferentes capacidades entre os municípios da região de saúde em ofertar ações e serviços podem ser visualizadas na representação a seguir:

Mapa 8: Estabelecimentos de Saúde por tipo – Hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora – MG, 2016.



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2016).

4.6. Consórcios Intermunicipais de Saúde:

Com o intuito de garantir a prestação de serviços de saúde às populações os municípios conformaram Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). O estado de MG possui 81 CIS, dos quais 69 são generalistas em função de ofertarem procedimentos, consultas e serviços de saúde em âmbito geral, enquanto os 12 restantes são temáticos por possuírem abrangência macrorregional e serem voltados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Destacam-se nesse território a Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (Acispes), o Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste com sede em Juiz de Fora-MG (CISDESTES).

Dos 37 municípios que compõem a região de saúde, 25 deles fazem parte (com o município de Levy Gasparian-RJ) da Acispes, uma associação civil sem fins lucrativos criada em 1996 e com sede no município de Juiz de Fora-MG.

Sua infraestrutura é composta pelo Centro Intermunicipal de Especialidades em Saúde (CIES)

construído em 2008 em Juiz de Fora-MG com o subsídio de recursos da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES MG) e também pela doação de um terreno da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Além disto, existe uma unidade anexa ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (localizada em frente ao CIES), onde funciona o Laboratório Intermunicipal de Análises Clínicas.

Nessa estrutura são ofertados exames especializados e laboratoriais, consultas ambulatoriais com profissionais especialistas e cirurgia oftalmológica. Além do atendimento por profissionais de saúde, a associação também faz parte do Sistema Estadual de Transporte Sanitário (SETS) que oferta o transporte sanitário e suporte logístico aos usuários dos municípios consorciados, serviço que foi implantado sob o incentivo da SES-MG e atualmente é custeado pelos municípios.

Já o município de Bicas sedia o CIESP, uma associação pública conformado em 2005 pela realização de consórcio de 9 municípios (BICAS, 2014-2017), todos pertencentes a região de saúde pesquisada.

A oferta de atenção à saúde realizada por meio desse consórcio é composta por consultas com especialistas, exames especializados e transporte sanitário. Além disto, são realizados a compra conjunta de medicamentos, material odontológico e de consumo hospitalar pelos municípios e o gerenciamento de um serviço de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que desde 2007 atende aos usuários de maior parte dos municípios consorciados. Cabe ressaltar que algumas consultas com especialistas são referenciadas para o município de Juiz de Fora em virtude de uma lacuna de especialistas ofertados pelo CIESP (PMS Bicas 2014-2017).

Por fim, com sede em Juiz de Fora-MG, o CISDESTE é formado pelo consorciamento dos 94 municípios que compõem a macrorregião Sudeste. Trata-se de um consórcio temático cuja finalidade é a constituição da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da região. Em sua rede de atenção há atualmente 20 unidades hospitalares credenciadas, além de 8 unidades móveis de atendimento.

Quadro 5: Consórcios Intermunicipais de Saúde e municípios consorciados da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2018.

Consórcios Intermunicipais de Saúde:	Municípios consorciados:
ACISPES	Andrelândia, Aracitaba, Arantina, Belmiro Braga, Bias Fortes, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Chiador, Comendador Levy Gasparian (RJ), Coronel Pacheco, Ewbank da Câmara, Goianá, Lima Duarte, Matias Barbosa, Olaria, Oliveira Fortes, Pedro Teixeira, Piau, Rio Novo, Rio Preto, Santa Bárbara do Monte Verde, Santana do Deserto, Santa Rita do Jacutinga, Santos Dumont e Simão Pereira.

CIESP	Bicas, Descoberto, Guarará, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Pequeri, Rochedo de Minas, São João Nepomuceno e Senador Cortes.
CISDESTE	94 municípios que compõem a macrorregião Sudeste.

Fonte: elaboração própria.

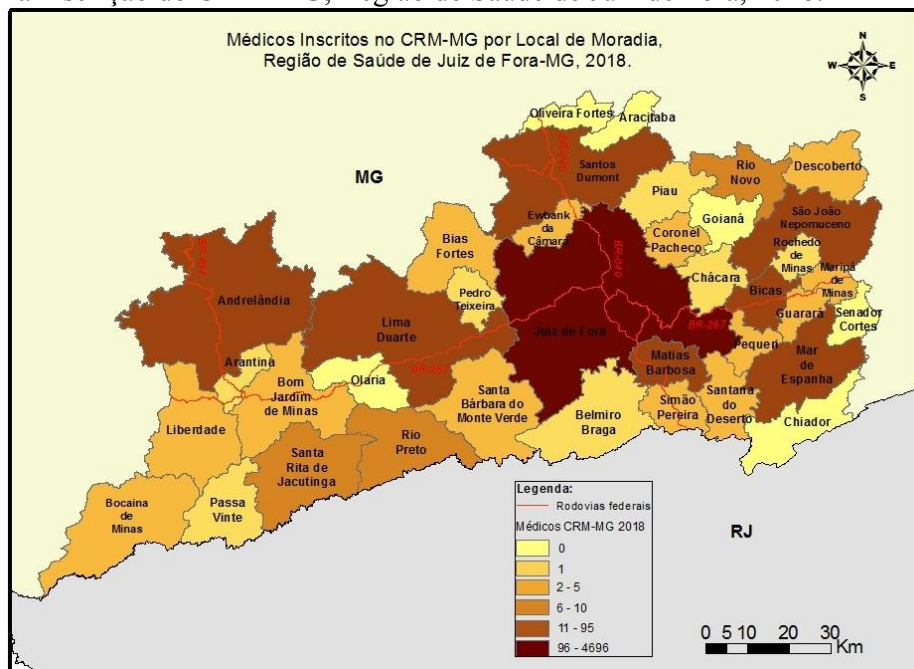
4.7. Local de Moradia, Formação Profissional e Distribuição dos Médicos por Vínculos de Trabalho:

Em 2018, havia 5.000 médicos cujo local de residência da inscrição profissional no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG) constava municípios da região de saúde em estudo. Entre eles, um elevado percentual dos inscritos, 94%, possui como local de moradia o município Polo Juiz de Fora. Além do Polo, destacam-se como municípios escolhidos para local de residência dos médicos as localidades de Santos Dumont (1,9%), São João Nepomuceno (0,8%), Andrelândia (0,6%), Bicas (0,5%), Lima Duarte (0,4%) e Mar de Espanha (0,3%).

Dos 37 municípios da região, seis não possuíam profissionais médicos registrados com o endereço residencial em sua jurisdição: Aracitaba, Chiador, Goianá, Olaria, Oliveira Fortes e Senador Cortes.

No mapa 9 constam os médicos inscritos no CRM-MG por município cadastrado como moradia.

Mapa 9: Distribuição de médicos segundo o local de moradia constante na inscrição do CRM-MG, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2018.

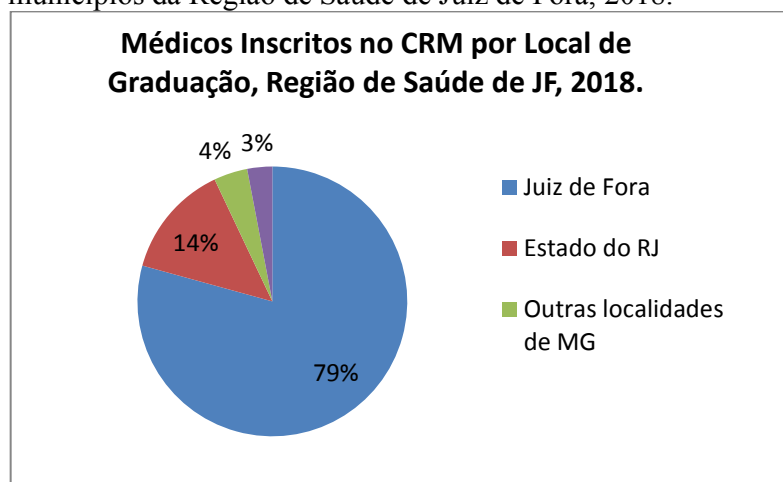


Fonte: CRM MG (2018).

No que tange à formação profissional, existem atualmente no estado de Minas Gerais, 40 instituições de ensino superior credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC) e que ofertam o curso de medicina. Dessas, três instituições estão inseridas na região de saúde, especificamente, no Polo Juiz de Fora: a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF) e a Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC).

Segundo os dados do CRM-MG, a maior parte dos profissionais médicos com inscrição na região em 2018 graduou-se em medicina nas instituições de Juiz de Fora (gráfico 5). Entre eles, 65,8% correspondem a profissionais graduados pela UFJF.

Gráfico 5: Médicos inscritos no CRM por local de moradia, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2018.



Fonte: CRM MG (2018).

Tendo por base o quantitativo de médicos cadastrados em estabelecimentos de saúde no CNES a cada mil habitantes por estimativas populacionais dos municípios segundo o IBGE nos anos de 2011 e 2016 observa-se a distribuição de médicos segundo os vínculos de trabalho que possuem nesses municípios.

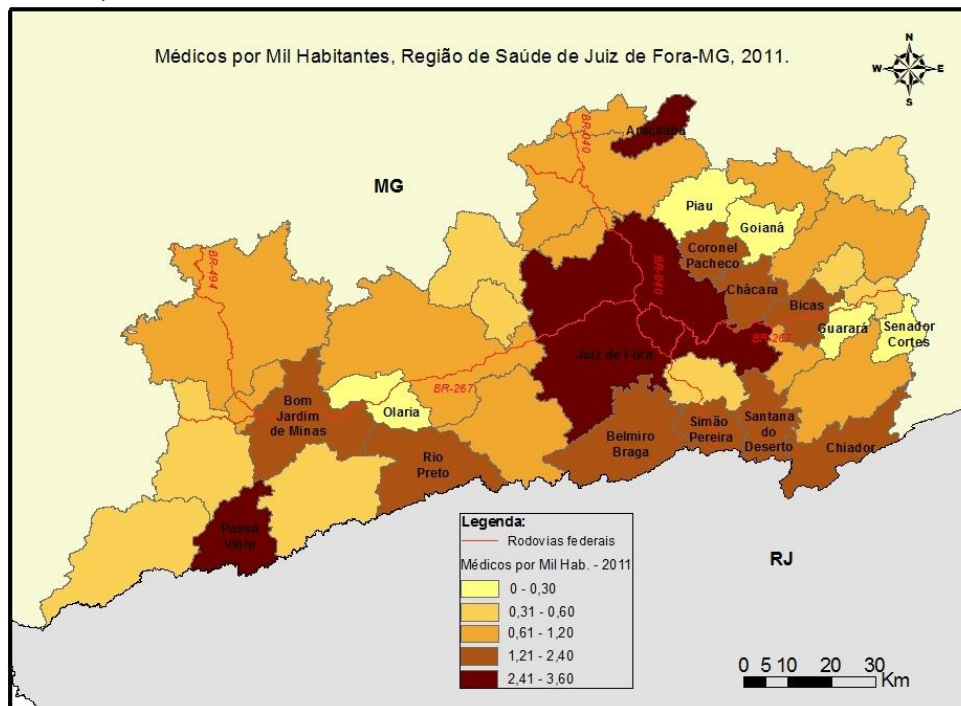
Em 2011, foram encontradas as maiores concentrações de médicos com vínculos de trabalho em relação à população em Juiz de Fora, Aracitaba e Passa-Vinte. Destaca-se no intervalo imediatamente seguinte (de 1,21 a 2,40) (mapa 10) a existência de municípios que fazem fronteira com Juiz de Fora como: Coronel Pacheco, Chácara, Bicas, Belmiro Braga e Santana do Deserto. Ainda nesse intervalo estão Rio Preto e Bom Jardim de Minas (município Polo na microrregião de saúde).

Por outro lado, os municípios com a mais baixa oferta de médicos por mil habitantes naquele ano foram Olaria (a Oeste do mapa), Piau e Goianá (ao Norte) e Guarará e Senador Cortes (a Leste).

Em 2016, somente Juiz de Fora se manteve com a maior concentração e Bicas ascendeu a sua posição. Chama a atenção nesse ano, o fato de quase a totalidade dos municípios que fazem fronteira com o estado do Rio de Janeiro encontrar-se no segundo maior intervalo de médicos por mil habitantes, com exceção de Bocaina de Minas, Santa Rita de Jacutinga e Simão Pereira. Além disto, as localidades de Arantina e Oliveira Fortes sobressaíram com as menores relações de médicos por mil habitantes de toda a região.

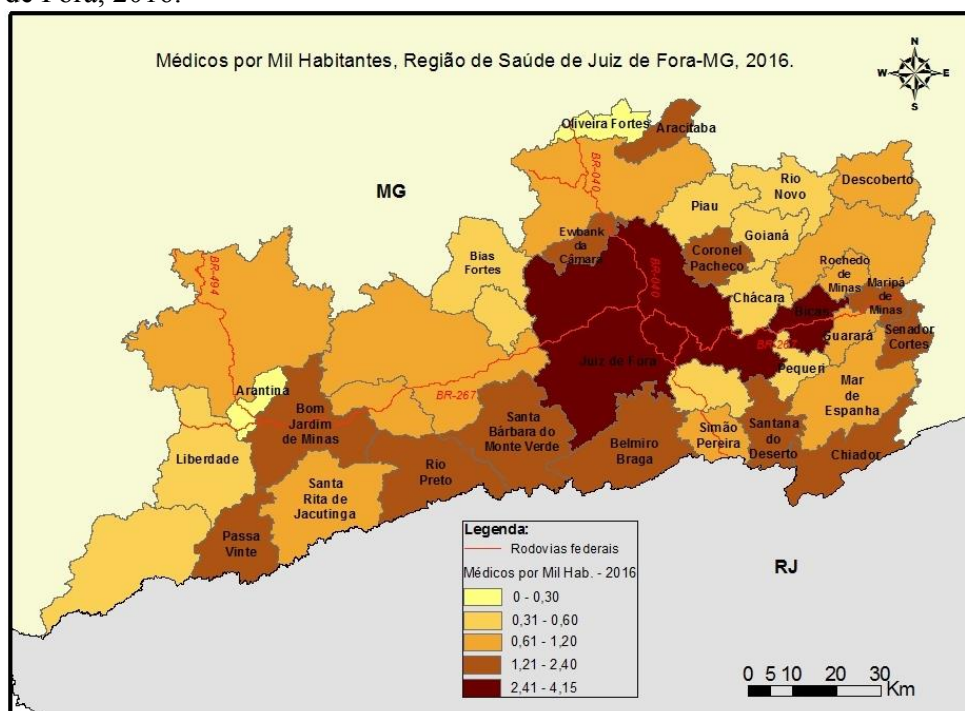
A comparação entre os anos permite notar que, excetuando-se a concentração exercida por Juiz de Fora, parece ter ocorrido no último ano, uma maior distribuição de médicos com vínculos de trabalho nos municípios do território.

Mapa 10: Médicos por mil habitantes, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2011.



Fonte: dados populacionais (IBGE) e vínculos de trabalho dos médicos (CNES).

Mapa 11: Médicos por mil habitantes, municípios da Região de Saúde de Juiz de Fora, 2016.



Fonte: dados populacionais (IBGE) e vínculos de trabalho dos médicos (CNES).

O tamanho da população dos municípios pode ser associado à demanda por serviços de saúde nessas localidades e ao volume de recursos financeiros para a implementação da política de saúde que esses dispõem. Ao relacionar os grupos de municípios segundo o tamanho da população (2010) à oferta de médicos por mil habitantes nota-se que, a maior parte dos grupos alcançou em 2016 uma relação de médicos por mil habitantes um pouco superior ao que possuíam em 2011 com exceção do grupo de municípios entre 5.001 a 10.000 habitantes.

Além de Juiz de Fora, em 2011, havia uma maior concentração de profissionais com vínculos de trabalho nos cinco municípios com população entre 10.001 e 20.000 habitantes seguida daqueles que possuíam entre 5.001 e 10.000 habitantes. Por outro lado, a menor concentração encontrava-se nos dois municípios que tinham entre 20.001 e 50.000 habitantes.

De 2012 até 2014, ocorreram variações nos municípios com população entre 10.001 a 20.000 habitantes fazendo com que em 2013 esse grupo apresentasse a menor oferta de médicos em relação à população quando comparado aos demais. Em contraponto, de 2012 até 2015 os municípios com até 5.000 habitantes apresentaram os maiores quantitativos de médicos por mil habitantes o que pode expressar uma maior atração de médicos nessas localidades no período.

Em 2016 o grupo com o maior valor na relação de médicos por mil habitantes voltou a ser aquele com população entre 10.001 a 20.000 habitantes e o menor quantitativo passou àqueles que possuíam entre 5.001 a 10.000 habitantes.

A maior concentração de médicos por mil habitantes em todo o período está localizada no município Polo de Juiz de Fora que é o único inserido no grupo com mais de 500.000 habitantes e foi o único a manter uma tendência crescente nessa variável em todos os anos.

Tabela 5: Médicos por mil habitantes segundo grupos de municípios pelo tamanho da população (2010), Região de Saúde de Juiz de Fora, 2011-2016.

Porte populacional (IBGE 2010)	N	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil
< 5.000 hab.	21	0,95	1,13	1,12	1,17	1,13	1,05
De 5.001 a 10.000 hab.	5	1,01	1,01	1,01	0,72	0,82	0,88
De 10.001 a 20.000 hab.	5	1,14	0,95	0,83	0,95	1,08	1,16
De 20.001 a 50.000 hab.	2	0,84	0,81	0,88	0,79	1,04	1,00
Mais de 500.000 hab.	1	3,54	3,53	3,63	3,86	4,07	4,16
Região de Saúde JF	34	2,73	2,72	2,79	2,95	3,13	3,19

Fonte: CNES - DATASUS e IBGE.

A classificação da distância e acesso dos municípios da região de saúde em relação ao Polo Juiz de Fora é um elemento de análise da distribuição de médicos segundo os vínculos de trabalho que estabelecem com essas localidades. Uma maior proximidade com o Polo poderia favorecer a contratação pela possibilidade de deslocamentos de profissionais em função da moradia ou da prática de vários vínculos de trabalho. Já os locais mais distantes tenderiam a oferecer maior dificuldade para tais deslocamentos e por consequência, dificultariam a contratação e fixação.

Ao comparar a distribuição de médicos por mil habitantes (tabela 6) segundo as distâncias dos municípios em relação ao Polo entre os anos de 2011 e 2016 observa-se uma redução nos municípios considerados mais distantes do Polo ao passo que o grupo classificado como mais próximo obteve um aumento. Enquanto isso, o grupo intermediário não modificou seus valores nesses anos.

Durante o período de análise todos os grupos tiveram pequenas variações, destaca-se que de 2011 até 2014, os municípios mais distantes possuíam valores um pouco mais altos do que os demais. Já a partir de 2015, houve um aumento significativo na oferta de profissionais no grupo de municípios mais próximos fazendo com que esse se sobrepusesse aqueles.

Todos os grupos apresentaram valores mais baixos do que a relação de médicos por mil habitantes obtidas na região de saúde e no município Polo Juiz de Fora.

Tabela 6: Médicos por 1.000 habitantes 2011 - 2016 segundo as distâncias do Polo, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2017.

Distância ao Polo (2017)	N	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil
Mais distante	7	1,13	1,16	1,13	1,01	1,03	1,01
Intermediário	13	0,90	0,91	0,90	0,83	0,94	0,90
Mais próximo	16	0,97	0,94	0,93	0,99	1,12	1,14
Juiz de Fora	1	3,54	3,53	3,63	3,86	4,07	4,16
Região de Saúde JF	37	2,73	2,72	2,79	2,95	3,13	3,19

Fonte: CNES - DATASUS e IBGE (2016).

As especificidades do meio urbano em relação à oferta de bens e serviços e sua maior concentração populacional sugere uma tendência a maior presença de médicos nessas localidades. A relação de médicos por mil habitantes com base na tipologia urbano-rural (IBGE, 2017) na região de saúde demonstra que nos anos de 2011 e 2016 ocorreu um aumento de médicos nas localidades rurais adjacentes e urbanas ao passo que as intermediárias tiveram pequena redução.

Em 2011, havia um valor mais elevado de médicos vinculados a postos de trabalho nos municípios considerados urbanos. Entre 2011 e 2012, ocorreu um aumento da variável nos municípios rurais adjacentes ao passo que houve uma redução de médicos por mil habitantes nas localidades urbanas e intermediárias adjacentes. De 2012 até 2014 os rurais adjacentes mantiveram valores mais altos que os demais. Já a partir de 2015, a relação mais elevada de médicos por mil habitantes nas localidades urbanas foi retomada.

Sendo caracterizado como um município urbano, observa-se a elevada concentração de médicos por mil habitantes em Juiz de Fora cujos valores são significativamente mais altos quando comparados aos grupos dos demais municípios como também à região de saúde.

Tabela 7: Médicos por 1.000 habitantes segundo tipologia urbano-rural, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2017.

Tipologia Urbano-Rural	N	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil	Med/Mil
Rural Adjacente	21	0,92	1,09	0,99	0,99	1,04	0,95
Intermediário Adjacente	4	0,93	0,87	0,94	0,72	0,93	0,90
Urbano	11	1,02	0,92	0,93	0,96	1,08	1,13
Juiz de Fora	1	3,54	3,53	3,63	3,86	4,07	4,16
Região de Saúde de JF	37	2,73	2,72	2,79	2,95	3,13	3,19

Fonte: CNES - DATASUS e IBGE (2017).

Considerando as capacidades econômicas dos municípios expressas no PIB a preços correntes em 2010, praticamente todos os grupos tiveram uma relação de médicos por mil habitantes maior em 2016 quando comparados a 2011, com exceção daqueles inseridos no intervalo entre R\$ 28.536 e R\$ 67.643 que apresentou um menor valor no último ano.

Em 2011, havia um menor quantitativo de médicos em relação à população nos dois grupos de municípios cujos valores de PIB foram mais baixos em 2010. Enquanto isso, todos os municípios cujo PIB eram superiores a R\$ 28.536 apresentavam valores mais altos.

A situação se modificou no período compreendido entre 2012 e 2015, pois com exceção de Juiz de Fora, os municípios no intervalo dos menores PIB da região em 2010 (até R\$ 21.271) passaram a apresentar os maiores valores na relação de médicos por mil habitantes em comparação aos demais. Observa-se, inclusive, que o grupo inserido no menor intervalo de valores do PIB cresceu durante quase todo o período de análise sofrendo leve queda somente em 2016.

Por outro lado, nas localidades cujos valores do PIB eram os mais altos na região (excetuando-se o intervalo composto por Juiz de Fora) houve uma redução da relação de médicos por mil habitantes de 2011 até 2014 que foi seguida de um aumento a partir de 2015.

Por fim, no município de Juiz de Fora, com o maior PIB da região em 2010, ocorreu uma tendência de crescimento durante todo o período de estudo.

Tabela 8: Médicos por 1.000 habitantes segundo o PIB a preços correntes (R\$ mil) em 2010, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2011-2016.

PIB a preços correntes (2010) (R\$ 1.000,00)	N	2011 Med/Mil	2012 Med/Mil	2013 Med/Mil	2014 Med/Mil	2015 Med/Mil	2016 Med/Mil
Até 21.271	9	0,87	1,25	1,21	1,26	1,26	1,04
21.272 - 28.535	10	0,85	0,95	0,92	1,07	1,00	0,97
28.536 - 67.643	9	1,05	1,09	1,08	0,88	0,86	0,91
67.644 - 515.484	8	1,00	0,89	0,88	0,88	1,08	1,10
515.485 - 9.912.515	1	3,54	3,53	3,63	3,86	4,07	4,16
Região de Saúde JF	37	2,7	2,7	2,7	2,9	3,1	3,1

Fonte: IBGE e CNES - DATASUS.

Com base na distribuição de renda nos municípios, expressa pelo Índice de Gini (2010) foi também verificada sua relação à quantidade de médicos por mil habitantes. A comparação entre os grupos em todo o período permite notar a existência de maiores concentrações de médicos por mil habitantes nos municípios que possuíam maior desigualdade na distribuição de renda na região estudada.

Com relação às variações no período, percebe-se que no grupo mais equitativo ocorreram poucas

alterações destacando-se um aumento mais expressivo de médicos por mil habitantes de 2014 para 2015. Já o grupo com maior desigualdade de renda, obteve mais variações ao longo dos anos, destacando-se que de 2013 até 2015 houve um significativo aumento em relação aos períodos anteriores seguido de posterior redução em 2016.

Conforme as outras variáveis analisadas até o momento, o município Polo se manteve com a relação de médicos por mil habitantes significativamente superior aos demais grupos.

Tabela 9: Médicos por 1.000 habitantes segundo o Índice de Gini em 2010, Região de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2011-2016.

Índice de Gini (2010)	N	2011 Med/Mil	2012 Med/Mil	2013 Med/Mil	2014 Med/Mil	2015 Med/Mil	2016 Med/Mil
0,37 - 0,50	27	0,84	0,87	0,90	0,87	0,97	0,94
0,51 - 0,61	6	1,43	1,29	3,27	3,60	3,57	2,49
Juiz de Fora	1	3,54	3,53	3,63	3,86	4,07	4,16
Região de Saúde	34	2,73	2,72	2,79	2,95	3,13	3,19

Fonte: IBGE e CNES - DATASUS.

Entre 2011 e 2016, sob os parâmetros obtidos no IDHM em 2010, todos os grupos obtiveram um crescimento na relação de médicos por mil habitantes. A comparação da distribuição de médicos por habitantes expressa que em 2011 não havia grande disparidade entre os grupos. De 2012 até 2015 os municípios com o IDHM médio obtiveram maiores quantitativos de médicos por mil habitantes do que os de alto IDHM. Em 2016, houve uma nova aproximação dos valores obtidos por esses grupos.

Já o município Polo, classificado como um IDHM alto se distanciou significativamente dos resultados obtidos pelos demais.

Tabela 10: Médicos por 1.000 habitantes segundo a faixa do IDHM (2010), Região de Saúde Região de Saúde de Juiz de Fora, 2011-2016.

IDHM (2010)	N	2011 Med/Mil	2012 Med/Mil	2013 Med/Mil	2014 Med/Mil	2015 Med/Mil	2016 Med/Mil
Médio	27	0,96	1,07	1,05	1,05	1,07	1,04
Alto	9	0,99	0,90	0,88	0,86	1,04	1,05
Juiz de Fora	1	3,54	3,53	3,63	3,86	4,07	4,16
Região de Saúde	37	2,73	2,72	2,79	2,95	3,13	3,19

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil e CNES - DATASUS.

5. PROCESSOS DE GESTÃO DO TRABALHO MÉDICO NAS ESF DA REGIÃO

5.1 Recrutamento, contratação, remuneração e fixação de médicos:

A partir das entrevistas foi percebida uma preponderância da informalidade nas formas de recrutamento de médicos pelos municípios da região. Uma prática comum é a solicitação de “indicações” de profissionais médicos nas relações entre gestores e outros profissionais.

Foi relatada uma oferta sazonal de médicos nos períodos de conclusão da graduação em medicina, geralmente a partir do último mês do ano, composta em sua maior parte por profissionais formados no município de Juiz de Fora. Por outro lado, nesses períodos, observa-se a saída de médicos das equipes em decorrência de sua aprovação em provas de residência especializada em outras localidades.

Também é comum a procura de vagas na ESF por médicos que trabalham sob a forma de plantão em hospitais no próprio município ou em localidades vizinhas. Os entrevistados apontaram que as contratações são em sua maior parte efetuadas sem a realização de processos seletivos e consistem em grande medida em contratos temporários delimitados em periodicidade anual com possibilidade de renovações. A maior distinção nas formas de recrutamento e contratação encontra-se em Juiz de Fora. Nesse município, foram relatadas a realização de concursos públicos para o cargo de médico de família e a constante divulgação pública de processos seletivos voltados a esses profissionais.

Entre os municípios que tiveram seus gestores entrevistados, não foi constatada grande disparidade no salário oferecido aos médicos, com variações entre R\$ 6.000,00 a R\$ 8.000,00, ao passo que o município Polo Juiz de Fora foi o que referiu a oferta de maior remuneração, aproximadamente R\$ 10.500,00.

Alguns gestores destacaram uma maior dificuldade com os processos de contratação enquanto outros apontaram problemas com a fixação de profissionais. Em alguns relatos de gestores municipais foram identificadas situações em que os médicos das equipes de ESF permaneceram somente por alguns meses nas equipes e posteriormente saíram em função de propostas de trabalho em localidades próximas (com a oferta de salários maiores) ou para a realização de residências em outras localidades.

Destaca-se como o principal dificultador para a contratação e a fixação de médicos, segundo os entrevistados, a remuneração oferecida para a carga horária de trabalho que é exigida aos profissionais.

(...) **a exigência da carga horária dificulta**, o profissional médico **você sabe que não falta emprego, não falta serviço** e muitas das vezes não têm interesse até mesmo por questões financeiras... (gestora do município distante 1)

Interessante notar que ao abordarem a questão salarial, os entrevistados compararam a carga horária e a remuneração da ESF ao que o profissional teria o potencial de receber em outros postos de

trabalho com uma carga horária de trabalho mais reduzida ou flexível e exemplificaram frequentemente os plantões em hospitais. Apenas o gestor do Polo ressaltou a importância da existência de um Plano de Carreiras e da capacidade de investimento na formação profissional como atrativos aos médicos.

Entre os elementos dificultadores apontados pelo gestor de Juiz de Fora, está o grande quantitativo de equipes no município o que significa uma elevada demanda por profissionais. Segundo o gestor entrevistado, desde 2013, há uma atuação mais incisiva do município sobre os processos de gestão do trabalho médico na ESF que é dada pela realização de concursos públicos e de processos seletivos periódicos, conforme apontado anteriormente.

As capacidades e limitações dos municípios na gestão da política de saúde em função da autonomia desses entes, da infraestrutura e dos recursos financeiros de que dispõem e de aspectos políticos legais foram apontados por entrevistados como fatores que interferem nos processos de gestão do trabalho médico na ESF.

Alguns superintendentes identificaram que uma fraca capacidade de gestão da política de saúde por municípios constitui um fator de repulsão de profissionais médicos para as suas equipes o que se expressaria nos indicadores de saúde dessas localidades e poderia recair sobre a responsabilidade do profissional com a assistência à saúde naquela localidade.

Já as limitações na autonomia, nas capacidades financeiras e legais dos municípios foram salientadas como condicionantes dos salários que são oferecidos aos profissionais.

(...) que se tratando de um órgão público a gente não dá aumento de salário de acordo com a vontade de cada um, a gente tem que seguir o que preconiza na legislação, então não é se dá ou não, reclamou do salário, vamos aumentar salário. A gente não tem essa autonomia pra tá fazendo isso... (gestora do município distante 1)

(...) Porque no município pequeno ninguém pode receber mais que o prefeito, a legislação não permite. **E o salário do interior é baixo**, então assim, **eu acho que o valor é o que menos atrai o profissional**, valor do salário e o cumprimento da carga horária juntos. (gestora do município distante 1)

(...) porque a legislação deles é diferente, então eu acho que o problema está na legislação de cada município, ao meu ver deveria ser o mesmo patamar, se minha população tem cinco mil habitantes e o meu vizinho também tem cinco mil habitantes, o valor do salário deveria ser equiparado... (gestora do município distante 1)

(...) são limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, são limites da própria capacidade de financiamento, eu posso expandir minha equipe, eu recebo 30% dessa equipe que eu vou expandir e os outros 70% recurso do tesouro. (gestor do município Polo)

5.2. Características regionais e gestão do trabalho médico nas ESF:

A influência das características da região sobre a gestão do trabalho médico na ESF foi comentada por todos os entrevistados. Sobressaíram nas entrevistas a distância e as condições de acesso viário dos municípios ao Polo Juiz de Fora como um fator que facilita ou dificulta a contratação e a fixação do médico. Segundo foi relatado uma maior distância e um pior acesso ao município partindo de Juiz de Fora significa maior dificuldade de contratação e fixação enquanto uma localização mais próxima foi ressaltada como um fator de atração de profissionais.

A distância e as condições viárias foram relacionadas aos fluxos na rede de atenção à saúde da população o que garantiria uma maior segurança assistencial na perspectiva do usuário e também do profissional. Além disto, tais fatores foram associados às possibilidades de deslocamentos pelo médico entre municípios com a finalidade de manter múltiplos vínculos de trabalho e a moradia em Juiz de Fora.

Outra questão, a questão de **onde o médico vai trabalhar mesmo, porque dependendo do lugar ele pode fazer um plantão**. Então assim, se ele trabalha longe às vezes ele não consegue deslocar para ir fazer um plantão em um hospital, por exemplo, eles podem ter uma carga horária de 64 horas semanais, então ele consegue trabalhar 40 horas no PSF e trabalhar no plantão, por exemplo. Então dependendo de onde ele estiver, acaba que ele fica quase que exclusivo, esse trânsito dele para ir trabalhar em outro lugar ele é comprometido. (trabalhadora NAPRIS 2)

A vantagem é a localização, por ser próximo de Juiz de Fora. **Ele consegue estudar, consegue morar lá, ir e vir**, por isso que a gente consegue ter médicos, se fosse um município mais longe teria essa dificuldade. (gestora do município próximo 1)

Foi ressaltado nas entrevistas que a existência de serviços e a possibilidade de realização de atividades fora do horário laboral nos municípios, constituem fatores de atração do médico.

(...) é uma cidade que o que acontece, ela tem um **hospital** caso seja necessário, ela está **bem localizada** né, ela tá numa situação privilegiada por **tá em volta de várias cidades, em uma rodovia**, então assim, de **mais fácil acesso**, a parte de **telefonia, de internet e aí de lazer**, entendeu, de **ter lugares para almoçar, restaurantes**, ter, como é que eu posso falar?! No caso, ela tem opções pela cidade, entendeu?! **Para sair à noite, de um hotel para poder ficar, então assim, supermercado, farmácia**, então tem fácil acesso a outros tipos de serviço e **principalmente pela localização**. (gestora do município próximo 1)

A existência de instituições de ensino superior de medicina no município Polo Juiz de Fora também foi apontada por gestores. Além disto, a proximidade de alguns municípios com o estado do Rio de Janeiro e suas interferências pôde ser observada pela oferta de médicos que se graduaram em faculdades de medicina ou que residiam nesse estado.

(...) a gente até tem profissional que mora no Estado do Rio, que atende aqui, justamente pela questão da proximidade, assim como tem de Juiz de Fora também, os especialistas, a nossa maioria vem de Juiz de Fora. (gestora do município distante 1)

Entre as características que dificultariam a contratação e a permanência de profissionais foram apontadas a extensão territorial do município ou de sua zona rural que poderia requerer o deslocamento do médico para localidades mais distantes. Somado a isto, a demanda pela existência de mais equipes também representaria maior dificuldade.

(...) era um município super problemático que nós tínhamos também, **tem uma zona rural extensíssima e as unidades assim, lá muito para dentro da zona rural, e aí o médico não ia de jeito nenhum**, você chegava na unidade e você caía para trás, falava assim 'é aqui que o médico atende? Aqui que os usuários são atendidos? Eu não acredito', a gente não acreditava, sabe?! **E lá era um lugar assim que se chovesse você não saía**, então assim, tem dificuldade de todos os sentidos, não é só a dificuldade financeira, **tinha dificuldade também da estrutura da estrada**, por exemplo. Então assim, isso aí era um grande dificultador para eles, entendeu?! (trabalhadora NAPRIS 2)

No município Polo as localidades em que haveria maior dificuldade de contratação e fixação seriam aquelas mais distantes da área central do município, as que possuem características rurais e aquelas em que a população encontra-se em situação de maior vulnerabilidade social com uma presença importante de ocorrências de violência.

5.3 Estratégias utilizadas pela gestão municipal para a contratação e a fixação de médicos:

A partir das entrevistas, foi evidenciada a necessidade de utilização de estratégias de negociação pelos gestores municipais com os profissionais médicos para a contratação e fixação nas equipes de ESF.

Entre as estratégias utilizadas, está o recrutamento de profissionais recém-formados, que, segundo os entrevistados, constituem a maior oferta de força de trabalho na ESF. Uma estratégia relatada por um gestor foi a sua aproximação com uma instituição de ensino superior próxima ao município para a realização de estágios por graduandos em medicina e o incentivo à sua incorporação após a conclusão da graduação.

Também foi mencionado o oferecimento de recursos adicionais aos profissionais para o custeio de gastos com moradia, transporte e alimentação. Um dos superintendentes apontou o incentivo feito pela SRS JF aos gestores para que criassem legislações locais que possibilitassem a garantia de recursos financeiros adicionais destinados a custear a compra de combustível para o carro dos profissionais que

se deslocassem para seus municípios.

Entre as estratégias utilizadas, os entrevistados relataram a existência de situações em que há a oferta de um posto de trabalho na ESF vinculada a possibilidades de trabalho no hospital ou em outros serviços do município sob o argumento de que assim poderiam complementar o salário oferecido. Neste sentido, a existência de hospitais e outros serviços seria um atrativo para médicos na ESF de municípios dadas as possibilidades de estabelecerem múltiplos vínculos. Além desta, também foi reconhecida a possibilidade da existência de contratações combinadas informalmente entre mais de um município.

(...) quase todos os municípios, ‘olha eu posso pagar isso, não posso pagar mais do que isso, e o médico trabalha pra mim, não faz 40h por isso, então eu deixei ele fazendo 20h, ai ele vai e faz essas 20h no município do lado’ (superintendente)

A contratação por 40 horas e a flexibilização do cumprimento da carga horária pelos gestores foi durante algum tempo a principal estratégia utilizada para a garantia da contratação e da permanência de profissionais médicos nas equipes. Além desta, sobressaiu a concessão de um dia de folga (*day off*) destinado a realização de atividades de formação continuada pelo profissional, mas que conforme apontado, em muitos casos era utilizado para a realização de plantões em hospitais.

Cabe destacar a existência de um constante tensionamento na relação entre gestores municipais e médicos para que aqueles aceitassem tais negociações.

(...) para manter o médico ali, o médico chega ‘ó, tudo bem, você vai me contratar para 40h, eu vou fazer 20h, tá? Ou eu vou fazer tantas consultas, depois eu vou embora, porque eu não vou morar aqui, continuo morando em Juiz de Fora, lá eu vou pegar um plantão’(...) (superintendente)

(...) no início **o que me causava maior problema era essa situação do cumprimento de carga horária**, porque eles queriam, porque **determinados municípios davam o *day off*, eles tinham um dia de descanso** e eu não podia fazer isso, porque a gente trabalhava com as agendas (...) (gestora do município próximo 1)

A prática dessas estratégias fez com que no CNES constasse a vinculação de um mesmo profissional a diferentes estabelecimentos de saúde localizados em muitos casos em diferentes municípios da região e com uma carga horária que extrapolava o limite legalmente estabelecido.

Entre as estratégias utilizadas pelo município Polo, foi ressaltada a presença da meta de “déficit zero” de profissionais médicos nas equipes de ESF na agenda de implementação da política de APS do município. Entre as ações que contribuem para o seu alcance foram apontadas a realização de concursos públicos, processos seletivos periódicos e a adesão ao Programa Mais Médicos (PMM) do Ministério da Saúde (MS) em 2013.

Outras estratégias existentes no município Polo são o pagamento atrelado à produtividade

proveniente de recursos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o pagamento de adicionais de 50% do salário dos profissionais que atuam nas zonas rurais do município (o que é estabelecido pela distância e acesso a essas localidades).

Por fim, nas situações em que há a ausência de profissionais médicos em alguma equipe (por absenteísmo ou dificuldade de contratação) foi mencionado pelos gestores a realização de uma escala para que seja feito um rodízio de profissionais de outras unidades de saúde de modo a garantir o atendimento em determinada localidade.

(...) então eu tive que tirar médico daqui, em outros dias porque aqui é plantão, pra ir suprir pelo menos duas vezes na semana atendimento lá, porque é receita, os hipertensos, os grupos de hipertensos e diabéticos e a atenção primária ficar sem médicos é muito ruim porque é a porta de entrada, então é tudo ali. O médico sai, você fica sem, **sobrecarrega** essa unidade de saúde e as outras unidades, entendeu? E lá tem o acompanhamento da família, lá tem o acompanhamento de prontuário, tudo certinho, aqui não, aqui é só atendimento de urgência e emergência, então complicou muito, **a população ficou insatisfeita**, deu um fuxico aí e tudo, mas depois a gente conseguiu colocar outro médico. (gestora do município próximo 2)

Conforme explicitado na fala dessa gestora, a ausência de médicos em equipes de SF também se constitui como um elemento de tensionamento ao gestor na relação com a população, fato também identificado em outras entrevistas.

5.4 Instituições, atores e relações político-institucionais:

Conforme dito, a região de saúde desse estudo compreende a área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS JF) uma estrutura político administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES MG).

As entrevistas possibilitaram a percepção de algumas influências político-partidárias que incidem sobre essas instituições. Durante os mandatos estaduais de Aécio Neves e de seu sucessor Antônio Anastasia, ambos filiados ao PSDB, Marcos Pestana (de 2003 até 2010) e posteriormente, Antônio Jorge (de 2010 até 2014) ocuparam o cargo de secretários estaduais de saúde. Alguns entrevistados salientaram o fato de ambos terem uma trajetória política conformada em grande parte no município de Juiz de Fora e as influências que possuem na região. No mandato estadual de Fernando Pimentel, filiado ao PT, o secretário de saúde Fausto Pereira assumiu o cargo de 2014 até 2016.

A nomeação para o cargo de Superintendente Regional de Saúde ocorre por indicação do governo estadual. Nos dois mandatos estaduais que compreendem o período da pesquisa, de 2011 até 2015, três superintendentes regionais de saúde assumiram esse cargo na instituição e tiveram suas indicações associadas, sobretudo, às ligações político-partidárias que possuíam. Desde 2015, com o início do

mandato estadual exercido por Fernando Pimentel, o cargo de superintendente regional de saúde é ocupado por um membro do PT.

Além da área de abrangência da SRS JF (37 municípios), o superintendente regional de saúde possui responsabilidades e atribuições sobre a macrorregião de saúde Sudeste (abrangendo 94 municípios). Nas entrevistas com superintendentes, destacou-se a necessidade de estabelecer relações e mediações com os gestores municipais (prefeitos, secretários de saúde e coordenadores locais) e os prestadores de serviços e o desafio representado pela diversidade político-partidária existente entre eles.

Especificamente em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) a estrutura administrativa da SRS JF comporta um setor, que é o Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) cuja finalidade é o acompanhamento do desenvolvimento dessa política nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora.

As entrevistas com superintendentes e trabalhadores do setor enfatizaram a autonomia e a atribuição dos entes municipais quanto à execução dessa política, enquanto à SRS JF caberiam as ações de monitoramento, orientações, esclarecimentos, fomento e assessoramentos aos gestores municipais.

De forma semelhante, os processos de gestão do trabalho médico na AB e ESF são compreendidos pelos entrevistados como responsabilidades e autonomia de execução pelos municípios, com isto, os trabalhadores do NAPRIS se percebem com pouca governabilidade e capacidade de intervenção sobre os mesmos.

Em decorrência de uma importante atuação sobre os processos de gestão da AB e ESF dos municípios, o Ministério Público de Minas Gerais (MP MG) sobressaiu durante as entrevistas como um ator institucional de grande importância. Sua atuação no período de estudo ganhou maior destaque a partir de 2013, quando iniciou o funcionamento de uma Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macrorregião Sanitária Sudeste que reuniu institucionalmente as Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde passando a intervir de forma regionalizada.

Dentre os trabalhos desenvolvidos conjuntamente pelas promotorias destacam-se a verificação do cumprimento da carga horária dos médicos na ESF e da prática de acúmulo de vínculos públicos pelos profissionais que produziram interferências importantes na gestão do trabalho médico na ESF da região.

5.5 Presença do tema em espaços institucionais:

Foi possível perceber que as dificuldades com a gestão do trabalho médico nas equipes de SF é um tema bastante presente nas relações informais entre gestores municipais, superintendentes e trabalhadores da SRS JF.

Segundo relatos, é comum a solicitação por gestores municipais à SRS JF de indicações de médicos que possam se interessar pela vaga para a incorporação na ESF dos municípios. Quando há a

existência de currículos deixados na SRS JF, é comum o seu encaminhamento para os municípios solicitantes como forma de auxílio.

Já nas relações entre os gestores municipais foram referidas trocas de informações acerca das formas de contratação, dos benefícios e da remuneração oferecidos aos médicos.

Ressalta-se a presença do assunto em reuniões de conselho de saúde nas ocasiões em que há a ausência de médicos em equipes de Saúde da Família o que teria grande repercussão nesses espaços conforme referido pelo gestor do município Polo.

Os encontros propiciados pelas reuniões do COSEMS foram identificados como oportunidades de diálogos informais sobre o tema. Além disto, foi mencionado que nos grupos de conversação por celular (*whatsapp*) os gestores também manifestam a necessidade de profissionais em suas equipes.

Um dos superintendentes entrevistados ressaltou que a emergência do tema nos espaços institucionais de coordenação regional ocorre somente nas circunstâncias em que há uma maior demanda pelos municípios, salientando uma baixa capacidade institucional da SRS JF para solucionar tais questões.

(...) então nesses espaços institucionais não há muita abertura para esse tipo de debate no espaço institucional, não quando tem uma crise, **agora tem uma crise, ele aparece, mas também nós não temos recursos a mobilizar para resolver nos espaços institucionais**, não sei se eu estou me fazendo entender, então a CIR, que que pode acontecer?! **O representante do COSEMS tomar a palavra e dizer 'superintendente, nós estamos vivendo uma falta, uma dificuldade muito grande, de ter médico no nosso território, o estado tem que pensar sobre isso' e acaba aí.** (superintendente)

No período de estudo, foi notada que a presença do tema em reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) deveu-se em grande parte a um processo de monitoramento contínuo da conformação e da frequência dos trabalhadores das equipes de ESF iniciado pelo NAPRIS aproximadamente em 2012. Tal monitoramento teria sido iniciado por uma chefia do setor a partir de uma reunião ocorrida em âmbito estadual em Belo Horizonte quando conheceu a experiência realizada em outra superintendência.

Com isto, a cada mês passou a ser exigido aos gestores dos municípios que enviassem documentos contendo a composição de equipes (atestos) e frequências diárias contendo a assinatura dos trabalhadores da ESF e de suas chefias. De posse desses documentos, os trabalhadores do NAPRIS realizavam a conferência com o que constava no sistema de informação do SUS, o CNES o que permitia a verificação de possíveis irregularidades.

De acordo com as entrevistas realizadas, muitas inconsistências eram encontradas entre o que era enviado pelos municípios e os dados que constavam no CNES. Foi relatado que a equipe do NAPRIS fazia constantes solicitações para que os dados fossem atualizados e correspondessem à realidade dos serviços.

Eram também realizadas visitas aos municípios e às unidades de saúde com a finalidade de verificar a existência das equipes e a infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS). Diante da constatação de irregularidades eram confeccionados relatórios posteriormente enviados aos superintendentes regionais de saúde.

Parte do processo de monitoramento da constituição e frequência de trabalhadores da ESF consistia na apresentação das irregularidades constatadas pela equipe do NAPRIS nas reuniões da CIR. A fala de trabalhadores do NAPRIS e de gestores municipais entrevistados, denota que esses processos geravam relações de cobranças quanto à atualização do sistema de informação, à necessidade da composição completa e da frequência das equipes e, sobretudo, a atenção para uma potencial perda de financiamento da ESF pelo Ministério da Saúde. Nessas ocasiões, os municípios colocavam algumas das dificuldades que possuíam, porém segundo relatos, tais diálogos não geravam a proposição de soluções.

Com isto, a preocupação quanto à existência do profissional médico nas equipes de saúde da família era perpassada muitas vezes pelo receio da perda de financiamento da ESF pelo Ministério da Saúde uma vez que essa estava condicionada entre outros elementos, a atualização do sistema de informação (o CNES) e a impossibilidade de ausência de profissionais nas equipes em período superior a 60 dias (BRASIL, 2011).

Percebe-se que as dificuldades de contratação e fixação de médicos ganhou maior proeminência na agenda das reuniões de CIR a partir do momento que o Ministério Público de Minas Gerais (MP MG) passou a atuar de forma conjunta com a SRS JF em 2013. Inicialmente, o monitoramento realizado pelo NAPRIS (SRS JF) foi compartilhado com o MP MG que também realizou um levantamento de informações a partir do CNES.

(...) foram cruzados mais de 9 mil vínculos públicos, sendo os problemas detectados encaminhados às Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde responsáveis pelos municípios de lotação dos servidores, ensejando a instauração de inquéritos civis públicos, ajuizamento de ações por atos de improbidade administrativa e ações criminais. (Promotor de Justiça do MP MG)

Naquele período o MP MG teve participação em reuniões da CIR e reiterava com os gestores municipais o apelo dos trabalhadores do NAPRIS (SRS JF) quanto à importância da regularização das informações no CNES. As questões mais tratadas eram o cumprimento da carga horária de 40 horas pelos profissionais médicos da ESF e as formas de contratação dos mesmos pelos municípios.

Quanto aos desdobramentos da intervenção do MP sobre a gestão do trabalho médico, foram encontradas percepções divergentes. Alguns entrevistados apontaram a produção de tensões que não resultaram em soluções para os problemas, enquanto outros ressaltaram uma melhoria desses processos pelos gestores municipais em função de uma maior capacidade de regulação do trabalho médico.

Nas relações entre os gestores municipais com o MP MG ocorreram muitos embates e tentativas de negociação. Entre os entrevistados foi reconhecido que a intervenção do MP MG intensificou as dificuldades de incorporação de médicos nas equipes de alguns municípios resultando na saída de médicos em algumas localidades. Inclusive, em um dos municípios o assunto precisou ser debatido no conselho municipal de saúde que registrou em ata seu posicionamento e decidiu levar ao conhecimento do MP MG:

(...) aí esse médico aqui, vira pra esse aqui e ‘ó, sinto muito, eu vou largar, e eu não vou correr o risco de ser preso’, aí ele largava aqui e largava aqui, aí **pra ele substituir isso aqui dentro da lógica da lei**, então isso começou a provocar dificuldades, muitas dificuldades... (superintendente)

(...) **diversos municípios se depararam com a saída de profissionais médicos de suas equipes da Estratégia de Saúde da Família**, muitos deles em razão da impossibilidade de cumprimento da jornada laboral preconizada de 40h semanais, conforme Portaria GM/MS 2488/2011. (Promotor de Justiça do MP MG)

(...) o problema maior eu acredito que tenha sido causado por **aqueles municípios de difícil acesso, que às vezes ele não tinha o profissional, e de fato ele podia contar com aquele profissional só três vezes por semana e como sendo incisivo o Ministério Público ele acabou perdendo o profissional**. (gestora do município próximo 1)

Todas **passaram no conselho de saúde**, todos esses problemas que a gente viveu com a **falta de médico, a dificuldade de contratação, ausência até mesmo de profissional, tudo foi feito pelo conselho**, conselho entrevistou também junto com o **Ministério Público** através de uma ata que a gente levou no ministério público, dando ciência ao ministério que **era preferível a gente ter um profissional com uma carga horária menor do que não ter nada, do que ficar desassistido, então o conselho estava ciente, a própria CIR**. (gestora do município distante 1)

Por outro lado, alguns dos gestores entrevistados referiram sentir-se mais respaldados a exigir o cumprimento da carga horária na relação com o profissional médico o que contribuiu para um fortalecimento de sua capacidade de regulação do trabalho desse profissional.

Segundo um superintendente entrevistado, entre 2014 e 2015 foram promovidos encontros com a presença de prefeitos, secretários de saúde, a SRS JF e o MP MG com a finalidade de discutir a problemática e buscar soluções coletivas. Tais encontros teriam sido permeados por muitas “brigas” e conflitos, sobretudo, entre a promotoria de saúde do MP MG e os gestores municipais.

A mediação dessas relações pela SRS JF teria contribuído para a negociação de maior prazo para adequação das irregularidades pelos gestores municipais e para a busca de alternativas. Foram assinados Termos de Ajustamento de Condutas (TAC) com os municípios e o superintendente teria que “prestar contas” ao promotor acerca de seu cumprimento. O TAC assinado juntamente à Juiz de Fora estabeleceu a instalação de controle biométrico nas unidades de saúde para a apuração da frequência e do cumprimento de carga horária pelos trabalhadores das equipes de SF (eSF).

5.6 Iniciativas da coordenação regional

Entre 2011 e 2012, foram desenvolvidas ações de fomento à educação permanente em saúde envolvendo a participação de instituições de ensino superior. Entre as ações, foram implantados equipamentos de videoconferência que permitiriam a comunicação entre profissionais e professores. Na fala de um superintendente essa iniciativa contribuiu para uma maior fixação dos profissionais médicos que se encontram em localidades mais isoladas em virtude de possibilitar uma maior segurança na discussão e condução dos casos clínicos.

Já no período entre 2013 e 2014 foi ressaltado que as reuniões realizadas com a participação do MP MG geraram a tentativa de criar uma forma única para a contratação de trabalhadores da APS que envolvesse o estabelecimento de um determinado padrão na remuneração oferecida pelos municípios.

A gente parte de uma lógica do centro, Juiz de Fora é nossa capital, e começamos a traçar um raio de distância do centro, você tem um município aqui, um município aqui, fiz igualzinho o sol e os planetas girando em elipse, a distância do sol, ‘olha, Juiz de Fora é o sol, todo mundo quer ficar perto do sol’, então se mais simples, então o salário de Juiz de Fora é X, cada X quilômetros, Y quilômetros que a gente passar, a gente põe X+1, X+2, X+3, até o limite, por quê? Porque é **um incentivo financeiro de caráter universal que vai valer pra todos, e nós vamos ter menos médicos brigando, e menos municípios brigando por médicos, por quê? Porque se ele tá aqui em Matias, ele ganha X+1, mas se ele tá lá em Passa Vinte é X+5, ‘ah Passa Vinte é bem mais longe, mas ele ganha cinco vezes mais’, então foi proposto...** (superintendente)

Segundo o superintendente entrevistado, a iniciativa pensada naquele momento se originava da constatação de que o salário que a maior parte dos municípios oferecia aos médicos resultava na recusa de profissionais em cumprir a carga horária de 40 horas e na flexibilização da carga horária pelos gestores para que fosse possível atuar em municípios vizinhos. Tal estratégia, porém, gerava uma inconsistência de carga horária, a qual, conforme dito, o MP MG teve acesso e entendeu.

Com exceção das ações de educação permanente que fazem parte da política do Ministério da Saúde de Educação Permanente em Saúde, a iniciativa de coordenação regional apontada não teve uma forte capacidade institucional e não teria sido implementada em função da ausência de mecanismos jurídico-legais que garantissem o seu cumprimento.

5.7 A implementação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos (PMM) na região de saúde

No período de estudo alguns municípios da região de saúde aderiram ao PROVAB e ao PMM e receberam médicos em suas equipes de ESF. Quanto aos processos de implantação desses programas destaca-se que a SRS JF teve uma participação limitada ao acesso às regras e condições definidas em

edital e ao posterior repasse dessas informações aos gestores dos municípios. A condução da implementação dos programas é realizada por uma referência técnica do Ministério da Saúde lotada em Belo Horizonte e suas relações com os municípios se dão sem a intermediação da SRS JF.

A gente não participa, como é um Programa do Ministério da Saúde e com isto, a SRS ficava um pouco à parte, recebe as Portarias, os editais de abertura de vagas e repassam aos municípios. O município faz ou não a adesão, direto por ele, os profissionais eles se inscrevem para se participar do programa ou não direto por eles também (...) (trabalhadora NAPRIS 2)

Apenas oito municípios da região aderiram ao PROVAB e 26 médicos vinculados a esse programa foram recebidos entre 2014 e 2016.

Tabela 11: Municípios da Região de Saúde que receberam médicos pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), 2011-2016.

Município	Médicos PROVAB 2011	Médicos PROVAB 2012	Médicos PROVAB 2013	Médicos PROVAB 2014	Médicos PROVAB 2015	Médicos PROVAB 2016	Total de médicos recebidos
Bicas	0	0	0	0	3	0	3
Juiz de Fora	0	0	0	6	1	0	7
Mar de Espanha	0	0	0	2	2	0	4
Matias Barbosa	0	0	0	1	0	0	1
Pequeri	0	0	0	1	0	0	1
Rio Preto	0	0	0		1	2	3
Santos Dumont	0	0	0	2	2	1	5
São João Nepomuceno	0	0	0	0	1	1	2
Região de Saúde de JF	0	0	0	12	10	4	26

Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

Dentre os pontos que foram criticados com o PROVAB, estão a sua curta duração (período de 1 ano) e uma maior participação de médicos recém-formados. Essa característica se reflete em uma tendência maior aos profissionais se desligarem do programa pela aprovação em residências gerando maior rotatividade, situação relatada por gestores em algumas experiências.

Outra questão é que nas situações em que há a desistência, desligamento de profissionais ou término de vigência do programa haveria um tempo muito prolongado até que fosse aberto outro edital ou enviado outro profissional para a vaga.

Sobre a implantação do PMM em Minas Gerais seu início teria se realizado por reuniões no Núcleo do Ministério da Saúde em Belo Horizonte com a presença de profissionais do Ministério da Saúde (MS) explicando como seria o seu funcionamento aos secretários municipais de saúde.

Segundo informações, o MS realizou estudos para verificar os critérios de habilitação dos

municípios ao PMM e criou uma lista daqueles que poderiam realizar a adesão. Entre os critérios apontados por entrevistados estão a existência da ESF e a ausência de médicos na equipe.

Para receber médicos pelo PMM, o gestor municipal deveria realizar a adesão de seu município no sistema. De igual modo, os profissionais interessados também realizariam seus cadastros. Haveria no ato da inscrição do médico a possibilidade de apontar localidades de preferência. Após, seria realizada uma triagem pelo Ministério da Saúde e os profissionais selecionados por municípios seriam encaminhados para se apresentarem nas localidades.

Com base nas entrevistas, constatou-se que é comum durante esse processo os médicos entrarem em contato com os gestores municipais para saberem se aqueles municípios estarão incluídos no programa e com isto, registrá-los como possíveis locais de atuação. Segundo alguns gestores, percebe-se uma maior preferência por municípios mais próximos de Juiz de Fora, sobretudo, entre os médicos brasileiros.

Entre 2013 e 2016, dezesseis municípios da região de saúde receberam médicos pelo PMM. Quanto às localidades onde foram alocados os 114 médicos, destacam-se Juiz de Fora com 37,7% dos médicos, Santos Dumont com 23,7%, Mar de Espanha com 9,65% e Bicas com 5,2% dos profissionais.

Tabela 12: Municípios da Região de Saúde que receberam médicos pelo Programa Mais Médicos (PMM), 2013-2016.

Município	Médicos PMM 2013	Médicos PMM 2014	Médicos PMM 2015	Médicos PMM 2016	Total de médicos recebidos
Belmiro Braga	0	0	0	1	1
Bicas	0	0	4	2	6
Juiz de Fora	0	29	1	13	43
Liberdade	0	1	0	1	2
Mar de Espanha	0	3	4	4	11
Maripá de Minas	0	1	0	1	2
Matias Barbosa	0	1	0	2	3
Passa-Vinte	0	1	0	1	2
Pequeri	0	1	1	0	2
Rio Novo	0	3	0	0	3
Rio Preto	0	1	1	2	4
Santa Bárbara do Monte Verde	0	1	0	0	1
Santana do Deserto	0	1	0	1	2
Santos Dumont	3	11	4	9	27
São João Nepomuceno	0	0	2	2	4
Senador Côrtes	0	1	0	0	1
Região de Saúde de JF	3	55	17	39	114

Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

Alguns dos superintendentes entrevistados ressaltaram um posicionamento contrário ao desenvolvimento do PMM e trouxeram como argumento sua percepção quanto à existência de um quantitativo de profissionais suficiente para a demanda existente na ESF.

Sobressaiu na fala de um dos superintendentes entrevistados as relações político partidárias e o impacto político institucional envolvidos na formulação e implementação do PMM.

(...) houve uma interpretação política partidária muito forte do programa, e essa interpretação produziu um, como é que eu diria? Produziu uma tensão, **uma tensão grande na interpretação dos municípios** (...) no âmbito da política partidária tá, porque **ai você tinha uma lógica do PT, que já não era a mesma lógica da implantação do PT, já não era a mesma lógica lá do primeiro governo Lula...** Naquele momento do **Mais Médicos era quase que uma interpretação obrigatória de uma estratégia eleitoreira, ou eleitoral**, como queira, isso trouxe uma **tensão político partidária** (...) (superintendente)

(...) então eu pensava ‘ué, tudo bem, não vou discutir com o governo federal, se eles entendem que o problema é esse, que é falta, que é falta, que é falta, mas vamos legalizar então, que entre com o CRM ou com outra instituição dando o aval’, não aconteceu isso e **ai você imagina o desespero do prefeito, principalmente do prefeito pequeno, aquele que já tinha um alinhamento político partidário, ele vai fazer o que Brasília mandar** e o que não tinha? E ai começa a vir algumas pressões (...) (superintendente)

Foi possível perceber a interferência das relações político-partidárias sobre os processos decisórios que envolveram a adesão dos municípios. Os diálogos entre gestores municipais teriam sido permeados pelo relato de experiências e pelo debate de argumentos, ora em defesa ora contrários ao programa.

Uma das gestoras entrevistadas referiu que inicialmente relutou em receber médicos pelo PMM, pelo fato dos médicos virem de fora e por saber que municípios vizinhos enfrentavam problemas com esses profissionais. Apesar disto, ela optou por aderir e receber médicos, ao contrário de outras localidades.

Em um dos municípios a recusa de profissionais do PMM pelo gestor teria sido atribuída à necessidade de custear o auxílio moradia e a alimentação do profissional. Já em outro, após o deferimento, teria ocorrido uma recusa da vinda do médico e desde então, a adesão do município não vem sendo mais possibilitada pelo sistema. Destaca-se que esse último relato foi dado pela gestora de um município que enfrenta muitas dificuldades com a contratação e a fixação de médicos na ESF.

(...) eu acho que foi porque a gente errou em 2013, porque a gente até ia conseguir ganhar um, mas era muito novo e aí surgiram assim várias colocações, 'você vai perder o dinheiro do PSF, você não vai perder o dinheiro do PSF', 'o médico que vem é cubano, o médico não sei o que', 'não deu certo, ou vai dar certo'... Aí a gente chegou a entrar no sistema para falar que tinha o interesse, mas só que quando eles liberaram, a gente falou que já tinha médico aqui, realmente já tinha e aí a gente ficou sem. E depois disso eu tentei por vários anos e não consigo me credenciar pra falar que meu município tá habilitado, não abre para me habilitar (...) (gestora do município distante 1)

O fato dos profissionais inseridos nos programas serem de nacionalidade brasileira ou estrangeira (especialmente cubanos) parece ter se constituído para alguns gestores como um fator de estímulo ou recusa de recebimento.

(...) mas quando eu entrei no projeto, eu já consegui os médicos que **brasileiros formados lá fora**, então foi mais fácil pra gente poder tá administrando. (gestora do município próximo 1)

Quanto ao local de origem dos médicos atuantes na região de saúde observou-se que 50,8% são provenientes de outros países, sendo Cuba o mais preponderante enquanto 49,2% são brasileiros. Entre os brasileiros, uma grande parte tem como locais de nascimento estados localizados na região Sudeste (43,8%). Entre os estados de nascimento dos médicos, destaca-se que 34,2% cadastraram como origem o estado de Minas Gerais e 9,6% teriam naturalidade no estado do Rio de Janeiro. Já entre os municípios identificados como origem, Juiz de Fora se sobressaiu com 11,4% dos médicos vinculados ao PMM.

Quadro 6: Médicos aderidos ao Programa Mais Médicos (PMM) segundo as localidades de origem, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2013-2016.

Município	Localidade de origem:	Quantidade	Total
Belmiro Braga	Belo Horizonte - MG	1	1
Bicas	Matipo – RJ	1	6
	Miradouro – MG	1	
	Ituiutaba – MG	1	
	Juiz de fora - MG	1	
	Recife – PE	1	
	Carmo – RJ	1	
Juiz de fora	Cuba	19	43
	Juiz de fora - MG	5	
	Venezuela	4	
	Argentina	1	
	Alemanha	1	
	República Dominicana	1	
	Espanha	1	
	Conselheiro Pena - MG	1	
	Sorriso - MT	1	
Boa Esperança - MG	1		

	Montes claros - MG	1	
	Bicas - MG	1	
	Ubá - MG	1	
	Itabirinha - MG	1	
	Senhora dos Remédios - MG	1	
	Carmo do Paranaíba - MG	1	
	Rio de Janeiro - RJ	1	
	Vila Velha - ES	1	
Liberdade	Cuba	2	2
Mar de Espanha	Cuba	3	11
	São Bernardo do Campo - SP	2	
	Ipatinga - MG	1	
	Passa Quatro - MG	1	
	Belo Horizonte - MG	1	
	Santos Dumont - MG	1	
	Ubá - MG	1	
	Varginha - MG	1	
Maripá de Minas	Cuba	2	2
Matias Barbosa	Valença - RJ	1	3
	Ubá - MG	1	
	Três rios - RJ	1	
Passa-Vinte	Cuba	1	2
	Volta Redonda - RJ	1	
Pequeri	Cuba	1	2
	Juiz de fora - MG	1	
Rio Novo	Cuba	3	3
Rio Preto	Valença	3	4
	Rio Preto - MG	1	
Santa Bárbara do Monte Verde	Cuba	1	1
Santana do Deserto	Cuba	1	2
	Rio de Janeiro - RJ	1	
Santos Dumont	Cuba	16	27
	Juiz de Fora - MG	3	
	Argirita - MG	2	
	Barbacena - MG	1	
	Governador Valadares - MG	1	
	Volta Redonda - RJ	1	
	Santos Dumont - MG	1	
	Rio de Janeiro - RJ	1	
Carangola - MG	1		
São João Nepomuceno	Juiz de fora - MG	3	4
	Rancho Alegre - PR	1	
Senador Côrtes	Cuba	1	1

Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

Um aspecto criticado por alguns superintendentes foi a aceitação de profissionais que realizaram a graduação em medicina no exterior. Dos profissionais recebidos na região, 64 médicos (57%) concluíram a graduação em outros países e 48 médicos (42%) foram graduados no Brasil.

Entre os graduados em outros países, 86% completaram a sua graduação em Cuba enquanto todos os concluintes de cursos brasileiros o fizeram em instituições de formação localizadas na região Sudeste. Desses 70,8% graduaram-se em Juiz de Fora e 22,9% em localidades do estado do RJ.

Quadro 7: Médicos aderidos ao Programa Mais Médicos (PMM) segundo as localidades de graduação, Região de Saúde de Juiz de Fora, 2013-2016.

Município	Localidade de graduação	Quantidade	Total
Belmiro Braga	Juiz de Fora - MG	1	1
Bicas	Juiz de Fora – MG	4	6
	Bolívia	2	
Juiz de Fora	Juiz de Fora	7	43
	Teresópolis-RJ	3	
	Petrópolis-RJ	1	
	Vassouras-RJ	1	
	Vitória – ES	1	
	Cuba	23	
	Venezuela	4	
	Bolívia	2	
	Alemanha	1	
Liberdade	Cuba	2	2
Mar de Espanha	Juiz de Fora-MG	7	11
	Cuba	4	
Maripá de Minas	Cuba	2	2
Matias Barbosa	Juiz de Fora-MG	2	3
	Valença-RJ	1	
Passa-Vinte	Duque de Caxias-RJ	1	2
	Cuba	1	
Pequeri	Juiz de Fora-MG	1	2
	Cuba	1	
Rio Novo	Cuba	3	3
Rio Preto	Juiz de Fora-MG	2	4
	Vassouras-RJ	2	
Santa Bárbara do Monte Verde	Cuba	1	1
Santana do Deserto	Rio de Janeiro-RJ	1	2
	Cuba	1	
Santos Dumont	Juiz de Fora-MG	7	27
	Divinópolis-MG	1	
	Ouro Preto-MG	1	

	Teresópolis-RJ	1	
	Cuba	16	
São João Nepomuceno	Juiz de Fora-MG	3	4
	Cuba	1	
Senador Côrtes	Cuba	1	1

Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

Em algumas localidades a presença de médicos inseridos pelo PROVAB ou pelo PMM teria resultado em descontentamentos por parte dos médicos contratados pelos municípios. Segundo os entrevistados, isso se justificaria pela possibilidade dos médicos dos programas terem um dia de folga (destinado à formação continuada) durante a semana e pelas diferenças salariais. A remuneração oferecida aos profissionais pelo PMM foi um ponto destacado por gestores.

A gente não consegue equiparar o valor do Mais Médicos. Sem contar que ali não é nem um salário, é uma bolsa, não tem desconto de impostos, é isento no imposto de renda, então, ou seja, difícil equiparar. (gestora do município próximo 3)

Apesar disto, a maior parte dos entrevistados enfatizou a importância do PMM para o provimento de profissionais médicos nas equipes e para a redução das dificuldades dos municípios com a fixação de profissionais médicos na ESF ressaltando um maior tempo de permanência desse profissional.

(...) só depois que foi essa médica, que inclusive eu acho que ela tá lá até hoje, do Mais Médicos foi que eles conseguiram resolver de vez o problema deles, eles ficavam mais sem médico do que outra coisa, **porque o médico não queria ficar lá por conta do local, o local não tem nenhuma estrutura de vida, assim a estrutura básica da básica**, entendeu?! Então assim, o médico não quer ficar num lugar desse né, **baixos salários** (...) (trabalhadora NAPRIS 1)

O pagamento dos médicos pelo financiamento do MS também foi identificado como uma vantagem importante para os municípios. Neste quesito, alguns entrevistados destacaram como fator negativo a necessidade de custear despesas com moradia e alimentação dos médicos do PMM.

Em algumas entrevistas com gestores municipais foi apontada uma maior garantia do cumprimento de carga horária pelos profissionais inseridos nos programas. Inclusive, uma das entrevistadas ressaltou sentir-se com uma maior autonomia nos processos de gestão do trabalho médico na ESF quando se trata de um médico vinculado ao PROVAB ou o PMM do que na relação com profissionais contratados pelo próprio município. Tal autonomia poderia ser relacionada à intermediação dessa relação por uma referência técnica do Ministério da Saúde.

Eu acho que é diferente de fazer o contrato, que quando é contrato ele começa a querer inverter, querer ser meu chefe, 'eu mando em você, porque se eu for embora o povo vai brigar'. (gestora do município próximo 3)

A gente tem a coordenação que tá sempre vindo saber? 'e aí como é que tá o trabalho' (...) com o ponto eletrônico, eu posso mostrar pra coordenação eles não tão cumprindo a carga horária, vai caber a eles se eles querem cumprir ou não. Se não cumprir é descontado (...) (gestora do município próximo 3)

Dois gestores municipais referiram uma dificuldade do profissional médico inserido no PROVAB ou no PMM quando esses residem no mesmo município em que trabalham na ESF. A relação de proximidade que se estabelece com a população repercutiria na dificuldade de limitar tais relações aos momentos laborais. Ambas as situações relatadas tiveram como desfecho a mudança do médico para outras localidades.

(...) você sabe, pessoa da cidade, paciente começa a querer abusar do médico, aí então ele começou achar esse negócio uma certa liberdade do pessoal com ele (...) (gestor do município distante 2)

Uma importante interferência frequentemente citada com o recebimento de médicos pelo PMM foi a melhoria de alguns processos de trabalho na ESF percebida na realização dos atendimentos e na realização de visitas domiciliares. Foi ressaltado por entrevistados um maior tempo dispensado pelos médicos do PMM para a escuta dos usuários.

6. DISCUSSÃO

A localização da região de saúde no Sudeste do país e na Zona da Mata de Minas Gerais traz especificidades à sua caracterização. Diversas dinâmicas se conformaram em seu território em função de processos históricos e ciclos econômicos ali constituídos.

O fato de encontrar-se na região de influência compartilhada entre duas metrópoles nacionais teve como um dos desdobramentos a constituição de uma densa malha de transportes. Atualmente, fluxos e ligações de pessoas, bens e serviços se constituem na região sob a centralidade exercida por Juiz de Fora.

Sobressaiu como um desafio à gestão regional da política de saúde a presença de um município Polo altamente concentrador. A proeminência de Juiz de Fora pôde ser percebida em todas as variáveis selecionadas para caracterizar a região.

Nos aspectos demográficos, todos os municípios, com exceção de Juiz de Fora, possuíam em 2010 até 50.000 habitantes, caracterizando-se como pequeno porte populacional. Enquanto isso, somente Juiz

de Fora possuía no mesmo ano, uma população maior do que 500.000 habitantes, concentrando 68,2% de toda a região. Em termos populacionais, há semelhança com a maior parte dos municípios brasileiros (aproximadamente 88%) que são compostos por até 50.000 habitantes.

Tal como o país e o estado de Minas Gerais, grande parte dos municípios da região foi considerada rural adjacente, embora a sua população esteja altamente concentrada nas localidades urbanas, em especial, em Juiz de Fora.

No que diz respeito à capacidade econômica e produtiva, a iniquidade entre os municípios é produzida pela presença do Polo Juiz de Fora que concentrava em 2015 em torno de 79,4% do PIB de toda a região. Enquanto isso, no mesmo ano, mais da metade dos municípios permanecia no grupo cujos valores do PIB eram os mais baixos (até R\$ 50.000).

Quanto à distribuição de renda pela população, a maior parte dos municípios (78,4%) teve valores abaixo de 0,50 em 2010. Depreende-se daí, uma maior prevalência de equidade na distribuição de renda de suas populações. Recordando, no entanto, que uma grande parte desses municípios possui um baixo PIB (de até R\$ 50.000), isso significa que há neles uma baixa renda distribuída de forma mais homogênea entre seus habitantes.

Quanto ao IDHM, os municípios encontravam-se em 2010 nas faixas classificadas como médio ou alto desenvolvimento humano. Destacam-se, no entanto, os baixos valores obtidos com o IDHM educação cujos resultados foram os mais destoantes entre eles. O único a obter um alto IDHM nas três dimensões: longevidade, educação e renda foi o município de Juiz de Fora.

Por fim, no que tange à capacidade de oferta de atenção à saúde foi observado um elevado quantitativo de estabelecimentos de saúde concentrados nos Polos e, sobretudo, em Juiz de Fora. Já a importância da AB e da ESF foi percebida pela presença desses serviços em todos os municípios da região.

A relação entre as características territoriais dos municípios e a distribuição de médicos na região de saúde, a partir de seus vínculos de trabalho nos estabelecimentos de saúde (dados obtidos a partir do cadastro no CNES) trouxe alguns pontos para debate.

Significativas e crescentes taxas de médicos por mil habitantes foram obtidas nessa região, em 2011 com 2,73 e em 2016 quando chegou a 3,19 médicos por mil habitantes. Destaca-se que a maior concentração de vínculos médicos em relação à população encontra-se no município de Juiz de Fora (3,54 em 2011 e 4,16 em 2016) que apresentou uma tendência crescente em todo o período do estudo.

Com base em estudo que considerou os registros de médicos no Conselho Federal de Medicina (CFM), observa-se que as razões encontradas na região de saúde e no Polo no período são superiores àquelas encontradas no Sudeste, cuja razão de médicos por mil habitantes é a maior entre as regiões

brasileiras (com 2,75 em 2015) e também ao Brasil (com 1,95 naquele mesmo ano) (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Por outro lado, ainda com base em Scheffer *et al.* (2015) é significativo o percentual dos municípios da região de saúde (67,5%) que em 2016 possuíam uma razão de médicos por mil habitantes menores do que aquelas obtidas na região Nordeste (com 1,3 em 2015).

Destaca-se que a população de Juiz de Fora correspondia em 2010 a 68,2% de toda a população da região de saúde enquanto essa mesma localidade concentrava 89% de todos os vínculos médicos constantes no CNES nessa região em 2011 e 90% em 2016.

A concentração exercida por Juiz de Fora em relação à oferta de médicos também pode ser atribuída ao fato de ser a localidade em que estão inseridas as únicas instituições de graduação de medicina da região de saúde e como consequência, a sua preponderância na formação profissional de maior parte dos médicos do território.

Além disto, segundo dados do CRM MG, a quase totalidade dos médicos da região possui como local de moradia a cidade de Juiz de Fora (94%), o que faz com que as distâncias e o acesso rodoviário aos municípios constituam aspecto demarcador de diferenças nos processos de gestão do trabalho médico na ESF. Nas entrevistas foi relatado que as localidades mais distantes enfrentariam maiores dificuldades com a contratação e a fixação de médicos na ESF, em função da impossibilidade dos profissionais conciliarem o trabalho com a moradia, outros postos de trabalho e/ou outras atividades em Juiz de Fora.

Apesar disto, ao considerar os municípios agrupados segundo a distância até Juiz de Fora, observou-se um maior quantitativo de vínculos médicos por mil habitantes nas localidades mais distantes de 2012 até 2014, situação inversa àquela encontrada em 2011 e em 2015, quando havia um maior quantitativo de vínculos profissionais segundo a população entre aqueles que se encontram mais próximos ao Polo.

Causa estranhamento o fato das localidades mais distantes terem obtido, durante um período do estudo, um maior quantitativo de profissionais vinculados em relação às suas populações quando comparados aos demais grupos.

A “circularidade médica” ou deslocamento entre municípios no cotidiano de trabalho para o exercício profissional devido ao estabelecimento de múltiplos vínculos é uma prática comum, sobretudo, na região Sudeste do país e é maior nas localidades do entorno dos grandes centros urbanos (SCHEFFER *et al.*, 2015; SEIXAS *et al.*, 2015; SEIXAS *et al.*, 2017). As localidades mais distantes e com grandes extensões territoriais tenderiam a possuir maior dificuldade de contratação e fixação em função de inviabilizarem tais deslocamentos.

Era de se esperar que houvesse um maior quantitativo de vínculos médicos por mil habitantes nas

localidades mais próximas ao Polo durante todo o período quando comparado àquelas de difícil acesso ou com maiores distâncias.

A partir das entrevistas foi percebido que as localidades mais distantes podem ter se beneficiado naquele momento da oferta de profissionais de outras regiões, das negociações entre gestores e profissionais médicos para a manutenção do vínculo médico no cadastro do CNES e também da adesão de alguns desses municípios ao PROVAB e ao PMM.

Além disto, outro fator a ser considerado, de acordo com as entrevistas, é que os municípios que dispõem de maior capacidade de oferta de atenção à saúde pela existência de estabelecimentos de saúde em seu território (ou em localidades vizinhas) exercem uma maior atratividade aos profissionais médicos. Isto se daria em função da possibilidade de exercerem múltiplos vínculos de trabalho e também por garantir uma maior segurança ao profissional quando necessário acionar outros pontos da rede de atenção à saúde para o atendimento do usuário.

Tanto os gestores de municípios mais próximos ao Polo quanto os mais distantes relataram dificuldades com a fixação de médicos tendo em vista os profissionais receberem propostas de trabalho com maior remuneração em localidades vizinhas ou ainda, pelo fato de serem aprovados em programas de residência em outras localidades.

É comum a relação de concorrência entre municípios para a contratação de médicos, o que repercute em alguns casos, na elevação da remuneração oferecida como forma de concorrência pelo profissional.

De acordo com Stralen *et al.* (2017) o salário foi apontado por médicos pesquisados como um elemento de atração e permanência em localidades mais distantes e remotas. Por outro lado, diversos estudos apontam que embora seja um fator de atratividade, por si só o salário não garante a fixação de profissionais (CAMPOS E MALIK, 2008 apud STRALEN, 2017; RODRIGUES; SILVA; ROCHA, 2010 apud STRALEN, 2017).

A oferta de salários crescentes como forma de atração, constitui uma limitação às localidades menores pelas dificuldades financeiras e impossibilidade de equiparação salarial (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Na análise da distribuição de médicos segundo o tamanho da população dos municípios (censo de 2010), com exceção de Juiz de Fora, destacou-se o período de 2012 até 2015. Nele, foi percebida uma maior oferta de médicos por mil habitantes nos municípios com população de até 5.000 habitantes quando comparado aos outros grupos, caracterizando uma maior atração de médicos para postos de trabalho nessas localidades naquele período.

Alguns entrevistados ressaltaram que nos municípios com populações um pouco maiores haveria maior dificuldade para a contratação de médicos para a ESF em virtude de uma maior demanda pela

implantação de equipes, como também pela limitação dos recursos financeiros a eles disponibilizados pelo Fundo de Participação dos Municípios (FPM) de acordo com parâmetros populacionais que os enquadrariam juntamente às localidades menores.

Estudos constataram que municípios com menor porte populacional obtiveram uma menor razão de médicos por mil habitantes quando comparados aos de médio e grande porte (SCHEFFER *et al.*, 2015). O resultado dessa pesquisa demonstrou que, considerando o contexto investigado, no qual todos os municípios com exceção do Polo são de pequeno porte populacional (até 50.000 habitantes), aqueles que possuíam populações menores obtiveram durante determinado período os maiores índices frente aos demais.

Segundo a tipologia urbano-rural, em 2011 e 2015 as localidades urbanas (excetuando Juiz de Fora) possuíam mais médicos por mil habitantes do que as demais. Embora as diferenças entre os grupos sejam pequenas, observa-se que de 2012 a 2014 ocorreu um aumento nas razões dos municípios rurais adjacentes o que fez com esses possuíssem mais médicos por mil habitantes do que os demais.

As localidades urbanas tendem a oferecer maior atratividade aos profissionais médicos, ao passo que há maiores dificuldades de provimento e fixação em localidades mais afastadas, mais vulneráveis, pobres e com características rurais constituindo-se como um problema nos sistemas de saúde do Brasil e do mundo (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

A preferência dos profissionais pelos centros urbanos é atribuída entre outros fatores à maior oferta de educação continuada, às maiores possibilidades do uso de tecnologias e uma maior proximidade à sociedade de consumo e à opções de lazer (MACHADO, 1997; MACHADO; GIRARDI, 2009; MENDONÇA *et al.*, 2010; STRALEN *et al.*, 2017).

A opinião dos gestores municipais e superintendentes entrevistados corroborou com a influência dessas características sobre as dificuldades de incorporação e fixação dos profissionais na ESF pelas localidades rurais. Contudo, na distribuição de vínculos médicos segundo a população pela tipologia urbano-rural, ora essa relação não apresentou grandes diferenças entre os grupos, ora os valores demonstraram um leve distanciamento em favor das localidades rurais adjacentes.

Quanto à distribuição de médicos segundo as capacidades econômicas e produtivas dos municípios agrupados por valores do PIB, foi percebido que aqueles que estavam no grupo com os menores PIB da região (até R\$ 21.271) apresentaram os maiores valores na relação de médicos por mil habitantes, de 2012 até 2015, com uma leve queda somente em 2016. Enquanto isso, as localidades cujo PIB eram os mais altos na região (excetuando-se Juiz de Fora) tiveram redução de médicos por mil habitantes de 2011 até 2014.

Quanto à distribuição de renda, destaca-se que nos municípios mais desiguais foram notadas maiores concentrações de médicos por mil habitantes com um aumento de 2013 até 2015. Já a oferta de

médicos segundo o IDHM permitiu observar uma maior disparidade entre os grupos de 2012 até 2015, período em que os municípios com o IDHM médio obtiveram maiores quantitativos de médicos por mil habitantes do que os de alto IDHM. Já em 2016, ocorreu uma nova aproximação dos valores obtidos pelos grupos.

É reconhecido na literatura haver a maior presença de médicos nas grandes capitais, em centros urbanos e nas regiões com maior desenvolvimento socioeconômico em detrimento de localidades rurais, periferias urbanas ou áreas de difícil acesso (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; MACHADO, 1997; GIRARDI *et. al.*, 2010; DAL POZ, 2013; VIANA *et al.*, 2015; NOGUEIRA *et al.*, 2016)

O fato de nessa região de saúde entre 2012 e 2015, os municípios com menor quantitativo de habitantes, classificados como rurais adjacentes, com os menores valores do PIB, com maior desigualdade na distribuição de renda e o IDHM médio obterem relações de médicos por mil habitantes superiores aos demais denota que as ações ocorridas nesse período e a presença de políticas públicas trouxeram interferências na região. Apesar disto, conforme já referido, se manteve crescente e mais concentrada a relação de médicos por mil habitantes no Polo Juiz de Fora.

Há uma relação estreita entre a distribuição dos vínculos de trabalho médico nos municípios e os processos de gestão do trabalho médico na ESF pelos gestores municipais. Outro aspecto a considerar são as diferentes capacidades de gestão da política de saúde pelos municípios.

Com exceção de Juiz de Fora, foi comum entre os gestores o relato de formas de recrutamento e seleção de médicos realizados de maneira informal. A contratação por sua vez consistia frequentemente em contratos temporários estabelecidos com as prefeituras municipais. As dificuldades relativas à insuficiente oferta de médicos e à baixa permanência nas equipes parecem interferir nesses processos.

Há maior oferta de profissionais no Polo e uma maior formalização dos vínculos e dos processos de gestão do trabalho, por exemplo, com a realização de concursos públicos e processos seletivos com ampla divulgação. Ainda assim, o município enfrenta dificuldades com a alocação de médicos em localidades periféricas e com constantes ocorrências de violência. No entanto, lança mão de estratégias institucionalizadas como incentivos financeiros àqueles que trabalham em localidades distantes e acréscimos na remuneração a partir da avaliação de desempenho por meio de recursos do PMAQ.

Corroborando com essa compreensão, estudo revelou uma maior prevalência do trabalho médico protegido na ESF nas capitais, regiões metropolitanas e em municípios com mais de 100 mil habitantes quando comparados aos de menor porte populacional (MAAS *et al.*, 2014).

De acordo com Stralen *et. al.* (2017) a contratação temporária foi identificada por médicos como um fator que favorece a atratividade do profissional para localidades remotas em função de permitir a flexibilidade na carga horária e facilitar a mudança de municípios pelo aceite de outras propostas de trabalho. Por outro lado, os vínculos estatutários tendem a garantir uma maior permanência de médicos

nas equipes (RODRIGUES, SILVA E ROCHA, 2010 apud STRALEN *et. al.*, 2017).

Enquanto os maiores índices médios de rotatividade de médicos foram encontrados nos municípios de pequeno porte populacional, os menores índices estavam em municípios de grande porte (acima de 500 mil habitantes segundo estratificação por porte populacional) (MAAS *et al.*, 2014; PIERANTONI *et al.*, 2015). Além disto, os menores índices de rotatividade foram obtidos nos agrupamentos de municípios com indicadores econômicos maiores, tais como o Produto Interno Bruto (PIB) e a Taxa de Emprego Formal (TEF) e uma maior rotatividade foi identificada em localidades com menores indicadores sociais e econômicos.

Alguns limites nas capacidades de gestão da saúde pelos municípios e suas interferências nos processos de gestão do trabalho médico na ESF foram identificados nas entrevistas. Foi dado destaque a limitação da remuneração oferecida aos profissionais que deve ser compatível com o teto do executivo municipal, o que repercutiria em um menor potencial de atratividade de médicos pelas localidades menores frente à concorrência com outras oportunidades de trabalho no mercado privado ou em localidades com maior aporte financeiro.

As limitações dos entes municipais, em especial suas restrições financeiras são identificados como importante impeditivo ao desenvolvimento de uma política de pessoal apropriada para a Atenção Primária (CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Um agravante nas localidades com menos do que 50 mil habitantes é, de um modo geral, sua baixa capacidade de gestão dos recursos humanos em saúde em função de deficiências ou inexistência da estrutura de RH nas secretarias de saúde e também da baixa qualificação e autonomia dos profissionais responsáveis pela função (SILVA, 2007).

Na região de saúde, com exceção do Polo, foram percebidas fragilidades na capacidade de regulação do trabalho médico pelos municípios no período. Foi relatada uma tendência de médicos estabelecerem determinada forma de trabalho (carga horária reduzida e dias de folga) no ato da contratação. As dificuldades com a contratação e a fixação de médicos contribuíram para que os gestores municipais se sentissem pressionados a aceitarem tais condições com a finalidade de terem ou manterem esses profissionais em suas equipes.

A negociação informal quanto à possibilidade de flexibilização da carga horária sobressaiu como uma das principais estratégias utilizadas para garantir a existência de médicos nas equipes e no cadastro do CNES. Tal achado corrobora com estudo recente no qual tal flexibilização e a obtenção de folgas durante a semana foram apontadas por médicos como estímulos a sua inserção e permanência em localidades remotas e desassistidas (STRALEN *et. al.*, 2017).

Apesar do reconhecimento da existência de dificuldades em processos como a contratação e a permanência de médicos na ESF, poucas iniciativas foram pensadas em âmbito regional e nenhuma das

que foram identificadas no estudo foi de fato concretizada.

Recorda-se que o tema do provimento e fixação de médicos na ESF adquiriu especial importância na agenda da política de saúde em âmbito federal a partir de 2011, tendo se desdobrado em diversos movimentos e iniciativas, dentre elas a implementação do PROVAB (2011) e do Programa Mais Médicos (2013) (CARVALHO; SOUZA, 2013; BRASIL, 2013; JESUS; MEDINA; PRADO, 2017).

Na região de saúde, no período de estudo, o assunto reverberou com grande frequência nas relações informais entre os diferentes atores institucionais. Contudo, sua presença formal na agenda de discussões em âmbito regional sobressaiu em dois momentos, o primeiro a partir de 2012, nas ocasiões em que as irregularidades constantes no CNES eram levadas às reuniões de CIR pela equipe do NAPRIS (SRS JF) e o outro a partir de 2013, quando iniciou uma atuação conjunta da SRS-JF com o MP MG.

No primeiro momento, foram evidenciadas as relações de cobrança para a atualização e regularização das informações no sistema que atentavam para a possibilidade de perda de recursos da ESF pela gestão municipal. Essas ocasiões produziram tensionamentos entre trabalhadores da SRS-JF e gestores municipais que verbalizavam algumas das dificuldades pelas quais passavam.

No entanto, com base nas entrevistas, tais momentos não geravam proposições coletivas de alternativas e soluções, muito provavelmente por esses processos serem percebidos como responsabilidade de execução municipal pela instância regional que não se percebia com governabilidade para uma modificação daquele cenário.

A atuação incisiva do MP MG, a partir de 2013 constitui outro momento de emergência do tema na agenda da política de saúde regional. Sua finalidade foi uma maior regularização do trabalho médico na ESF. Mas, teria gerado tensão nas relações da promotoria da saúde com gestores municipais e médicos e agravado as dificuldades de fixação de médicos em algumas localidades.

Um dos elementos legais de respaldo ao MP MG consiste na PNAB (BRASIL, 2011). Nela, a flexibilização das 40 horas semanais dos médicos na ESF é condicionada a contratação de um maior quantitativo de médicos cumprindo jornadas de trabalho de 20 ou 30 horas semanais, o que por sua vez distinguia as modalidades de equipe e poderia interferir no percentual de recursos transferidos do governo federal aos municípios para o fomento e a indução da ESF. A PNAB (BRASIL, 2011) também possibilitava que, mediante a autorização do gestor, oito das 40 horas fossem cumpridas na urgência hospitalar ou com atividades de formação (especialização e/ou residência).

Segundo entrevistados, a intervenção do MP MG conferiu argumento de autoridade aos gestores municipais na relação com os médicos quanto à impossibilidade de flexibilizar a carga horária. Percebe-se assim, que a presença de outros atores intermediando a relação teria representado um maior respaldo aos gestores municipais.

A presença do MP MG teria, inclusive, desencadeado a promoção de encontros entre gestores

municipais e a SRS JF com a finalidade de discutirem os problemas com a incorporação e a fixação dos médicos na ESF em âmbito regional. Destaca-se como resultado a proposição de uma medida de abrangência regional pautada pela definição de salários aos médicos em consonância à delimitação do território pelas distâncias dos municípios ao Polo. A impossibilidade de concretização dessa medida denota uma fraca capacidade da instância estadual e regional para intervir e implementar tais processos.

O posicionamento dos entes no que tange à AB e ESF e por consequência nos processos de gestão do trabalho médico na ESF remete a alguns marcos da trajetória do SUS. Recorda-se que nos anos 90 os processos de descentralização enfocaram a transferência de recursos e responsabilidades aos entes municipais. Tais processos resultaram na assunção de responsabilidades dos municípios no que tange a política de AB e ESF e na indução dessas políticas pela transferência de recursos da União aos municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; DOURADO; ELIAS, 2011; CASTRO; FAUSTO, 2012; LIMA *et. al.*, 2012; LIMA; QUEIROZ, 2012; LIMA, 2015).

De acordo com Campos e Júnior (2016), a indução financeira da AB e ESF pelo Ministério da Saúde e a atribuição de responsabilidade de sua execução pelos municípios teria reduzido o envolvimento do primeiro com a gestão dessas políticas.

As diferentes capacidades de gestão pelos entes municipais se constituíram como importante desafio. Além disto, o fato da descentralização ter se apartado do fomento à regionalização em saúde contribuiu para que os estados tenham enfraquecido a sua atuação sobre a política de saúde e em especial sobre a AB e ESF. O maior fomento aos processos de regionalização da saúde, nos anos 2000, teve como resultados a instituição de mecanismos de coordenação federativa em âmbito nacional.

Em MG a regionalização da saúde ganhou maior importância a partir de 1999, momento anterior à instituição da NOAS (2001), quando foi proposta a construção de um Plano Diretor de Regionalização (PDR). Em decorrência desses processos, a secretaria estadual de saúde de MG (SES MG) exerceu importante papel regulador junto aos gestores municipais expressando assim uma forte capacidade político e institucional (PEREIRA, 2009).

Conforme percebido neste estudo, a SRS-JF através do NAPRIS possui atuação ativa junto aos gestores municipais da região de saúde para a execução da AB e da ESF. O monitoramento da composição e da frequência das equipes de Saúde da Família e a conferência e atualização dos dados no CNES expressam suas interferências sobre os processos de gestão do trabalho médico na ESF tendo, conforme referido, repercutido como pauta de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Apesar disto, foi observada uma fraca capacidade de articulação de interesses e necessidades pela SRS JF nas instâncias de pactuação e coordenação regional. No que tange aos processos de gestão do trabalho médico na ESF isto pode ser atribuído à percepção da exclusiva responsabilidade e autonomia dos entes municipais e de uma baixa capacidade jurídico-legal do âmbito regional para instituir e regular

a implementação de iniciativas intergovernamentais.

A incipiente participação da instância regional também pôde ser percebida nos processos de implantação e implementação do PROVAB e PMM cuja atuação esteve limitada ao repasse de informações constantes em editais aos municípios. Embora essa fraca presença possua intrínseca relação com o desenho desses programas, considera-se que uma participação mais incisiva da SRS JF nesses processos poderia ter contribuído para um maior quantitativo de municípios aderidos ao PROVAB e para um monitoramento da adesão ao PMM pelos municípios que enfrentam maior dificuldade com o provimento e a fixação de médicos.

Conforme Carvalho e Souza (2013), inicialmente o PROVAB teve sua condução centralizada na União e aos municípios coube a responsabilidade pela contratação dos profissionais. A ausência do estado nesse processo teria sido superada ao longo do tempo em função de repactuações entre os entes federativos e universidades (CARVALHO; SOUZA, 2013).

A abrangência do programa foi destacada tendo em vista a possibilidade de todos os municípios brasileiros realizarem a adesão (CARVALHO; SOUZA, 2013). No entanto, na região de saúde apenas sete municípios aderiram ao PROVAB entre 2014 e 2016 o que repercutiu na oferta de 26 médicos. Alguns dos entrevistados criticaram o programa por ter atraído profissionais recém-formados que desistiram em virtude da aprovação em provas de residência médica em outras localidades.

Segundo Feuerwerker (2013) um dos aspectos críticos envolvendo o PROVAB consiste no fator de atração aos profissionais dado pela possibilidade de obtenção de 10% na pontuação das provas de residência médica especializada o que repercute na ida desses profissionais para outras localidades para cursarem outras especialidades e não contribuiu na prática com a “valorização da Atenção Básica” tal como é proposto.

Com relação ao PMM foi possível perceber entre os entrevistados posicionamentos bastante distintos e antagônicos acerca do programa. Acredita-se que esse resultado reflita o contexto de formulação e implementação do PMM. Nas três esferas de governo, tais processos foram permeados por conflitos de interesses, ideológicos e político-partidários envolvendo, sobretudo, governos, profissionais e entidades médicas (CAMPOS; JÚNIOR, 2016; ALESSIO; SOUSA, 2017; JESUS; MEDINA; PRADO, 2017).

Entre os pontos criticados pelas corporações médicas, destacam-se a possibilidade de atuação de profissionais estrangeiros sem a necessidade de revalidação do diploma, a abertura de faculdades de medicina e ampliação de vagas naquelas que já existem, a ausência de plano de carreira para o médico no SUS e a afirmação de que o quantitativo de médicos existentes no país é o suficiente para suprir as necessidades e que o problema seria a sua má distribuição (ALESSIO; SOUSA, 2017).

Na pesquisa, todos esses aspectos foram em alguma medida, abordados por entrevistados, tendo

maior destaque a possibilidade de atuação de profissionais estrangeiros sem a necessidade de revalidação de diplomas e o argumento em defesa da existência de um quantitativo suficiente de médicos para a demanda existente na ESF.

Na região de saúde, praticamente a metade dos profissionais do PMM era brasileira e uma parcela significativa concluiu a graduação no Brasil embora a maior parte fosse constituída por graduados em outros países. Entre os médicos brasileiros, uma grande parcela tem a sua origem na região Sudeste. Além disto, todos os concluintes de cursos brasileiros o fizeram em instituições de formação localizadas nessa região.

Ao contrário do posicionamento de alguns atores, o fato de um profissional ser estrangeiro ou graduado em outro país não foi percebido como algo negativo para outros entrevistados. Inclusive, segundo eles, há a interferência da presença dos médicos do PMM, principalmente, cubanos para a melhoria dos processos de produção do cuidado na ESF, com a realização de visitas domiciliares e a oferta de um maior tempo de escuta aos usuários algo que é confirmado em algumas publicações (CONASS apud CAMPOS; JÚNIOR, 2016; HERVAL; RODRIGUES, 2017).

Percebe-se ainda que nessa região de saúde a adesão ao PMM entre médicos brasileiros, não demandou grandes deslocamentos dos municípios, estados ou regiões geográficas em que os mesmos nasceram e/ou se graduaram. Salienta-se a realização de um contato prévio dos profissionais com os gestores municipais para saberem entre suas localidades de interesse aquelas que fizeram a adesão ao programa e assim o priorizarem no ato das inscrições. Corroborando com a pesquisa de Nogueira *et al.* (2016) é frequente no PMM uma maior preferência dos médicos brasileiros por localidades mais próximas aos grandes centros urbanos.

Os posicionamentos assumidos pelos diferentes atores acerca do PMM parecem ter produzido interferências nas decisões de adesão e recebimento de médicos por gestores municipais, posto que alguns deles revelaram arrependimento pela recusa do profissional feita à época por si próprios ou por gestores anteriores.

De acordo com Nogueira *et al.* (2016), o fato da adesão ao PMM depender da decisão voluntária dos gestores municipais pode constituir como um obstáculo ao programa e prejuízo à saúde da população, posto que assim, a vontade e o posicionamento político-partidário dos atores se sobrepõem às reais necessidades dos municípios. Além disto, pode ocorrer um favorecimento das localidades com maior capacidade de planejamento e gestão da política de saúde em virtude de terem uma maior facilidade em organizar os processos de trabalho e aderirem ao programa (BRASIL, 2015 apud OLIVEIRA; SANCHES; SANTOS, 2016).

Entre alguns entrevistados a importância do PMM para o provimento e a fixação de médicos em equipes de Saúde da Família foi bastante ressaltada com um maior destaque para as localidades com

grandes dificuldades. Em suma, como aspectos positivos foram apontados a ampliação da oferta de médicos nos municípios, a oferta de remuneração custeada pelo Ministério da Saúde, um maior tempo de permanência nas equipes (com a redução da rotatividade) e uma maior garantia do cumprimento da carga horária pelos profissionais.

Tais percepções corroboram com produções que ressaltam o aumento de médicos na ESF em virtude do PROVAB e, sobretudo, do PMM (MAAS *et al.*, 2014). A redução da escassez de médicos na ESF dos municípios constitui importante desdobramento desse programa (GIRARDI *et al.*, 2016).

No entanto, ainda que a implantação do PMM tenha gerado impacto importante na ESF, ainda persistem as desigualdades na distribuição de profissionais pelas regiões do país, entre municípios com distintas populações, localizações e condições socioeconômicas (GIRARDI *et al.*, 2016).

É identificado como aspecto positivo uma maior interferência do Ministério da Saúde sobre a execução da AB pelos municípios, em especial, sobre os processos de recrutamento, distribuição, remuneração e formação dos profissionais médicos na ESF (CAMPOS; JÚNIOR, 2016).

Mas, o fato dos médicos do programa serem providos e remunerados por uma bolsa custeada pelo governo federal pode gerar uma relação de dependência da gestão municipal (DUNCAN; TARGA, 2014; GIRARDI *et al.*, 2016). Tal dependência pode se constituir tanto em relação aos recursos financeiros como também por processos de gestão do trabalho médico na ESF executados pelo governo federal. Observa-se, inclusive, a frequente substituição da oferta regular de médicos contratados pelos municípios pela oferta de médicos vinculado ao PMM (GIRARDI *et al.*, 2016).

Sendo assim, considera-se um aspecto a superar nos processos de implementação do PMM a relação direta que se constituiu entre o MS e os municípios. Uma maior participação do estado e das instâncias regionais na intermediação desses processos poderá se desdobrar, entre outras contribuições, na possibilidade de diagnosticar a real necessidade de médicos dos municípios da região de saúde e apoiar a implementação do PMM naqueles que possuem maior dificuldade com o provimento e a fixação.

De forma semelhante, é fundamental que os processos de gestão do trabalho médico na ESF sejam percebidos como responsabilidade partilhada pelos entes e que com isto, haja o fomento de trocas e discussões sobre o tema nas instâncias de negociação e pactuação regional.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como um dos principais fatores de estímulo a busca por considerar as características territoriais de uma região de saúde na descrição da distribuição de médicos nessa localidade. Tal exercício teve como pressuposto a percepção de que a distribuição dos vínculos de trabalho dos médicos entre os municípios possui uma relação intrínseca com características territoriais. Acredita-se ainda que há influência mútua entre a dinâmica de trabalho desses profissionais no território e os processos de gestão do trabalho médico na ESF por gestores municipais.

A desigualdade na distribuição de médicos nesse território se expressou mais fortemente no contraste entre o Polo concentrador e os demais municípios, refletindo também a caracterização do território segundo as variáveis selecionadas.

As dificuldades relativas à oferta de profissionais em determinadas localidades produzem interferências nos processos de gestão do trabalho médico na ESF pelos municípios. Além disto, tais processos são também determinados pelas diferentes (e em muitos casos baixa) capacidades de gestão da política de saúde (e de gestão do trabalho) entre municípios.

Em muitos casos, as dificuldades dos gestores municipais com os processos de incorporação e fixação de médicos nas equipes de Saúde da Família acarretam o uso de estratégias informais de recrutamento, contratação e negociação para a realização e manutenção do vínculo do profissional à ESF. Entretanto, tais práticas podem contribuir para uma maior rotatividade e significar um menor tempo dedicado ao trabalho na ESF em função da concomitância com outros vínculos de trabalho.

O PROVAB e PMM representam importante avanço no país que diz respeito à busca pela distribuição mais equitativa de médicos no território. Ainda assim, há obstáculos a serem superados em sua operacionalização. Na região de saúde de Juiz de Fora, o critério de adesão voluntária pelos municípios e uma fragilidade na intervenção do estado e da instância regional sobre a sua condução, podem ter influenciado na existência de localidades que apesar da necessidade de médicos na ESF, não aderiram ou recusaram o seu recebimento.

A ausência ou a fraca participação do estado e da instância regional nos processos de gestão do trabalho médico na ESF constitui um aspecto crítico identificado com o desenvolvimento da pesquisa. Ressalta-se a concordância com a compreensão de que não é possível solucionar as dificuldades de provimento e fixação de médicos na ESF por meio de processos que fiquem somente sob a responsabilidade dos municípios ou que se constituam a partir da relação direta entre o Ministério da Saúde e os municípios. Ainda que a execução da AB seja uma atribuição dos municípios e seja necessário resguardar a sua autonomia, é fundamental o envolvimento articulado dos demais entes na condução dessa política.

A atuação articulada dos entes justifica-se pela diversidade na dinâmica territorial dos municípios e regiões brasileiras e, sobretudo, dadas as desigualdades existentes que conforme abordado neste estudo, possuem associação com o estabelecimento de diferentes graus de dificuldade para a incorporação e fixação de médicos na ESF.

Depreende-se daí que olhar sob a perspectiva regional para a formulação e a implementação de ações e políticas em saúde, em específico para os processos que envolvem a gestão do trabalho médico na ESF é fundamental para reduzir a iniquidade presente no território. Para isto, é necessário que os processos de planejamento e gestão em saúde levem cada vez mais em conta o território e as influências das dinâmicas regionais na saúde.

É também essencial que as relações entre os entes não sejam estritamente verticalizadas ou pautadas por cobranças quanto às adequações às regras e diretrizes preconizadas, posto que os tensionamentos assim causados tendem a intensificar as dificuldades e gerar poucas construções que beneficiem o coletivo.

Do ponto de vista institucional, destaca-se a necessidade de fortalecimento de instâncias de articulação intergovernamental no SUS como as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) constituídas como desdobramentos dos processos de descentralização e principalmente do fomento à regionalização em saúde nos últimos anos.

Nesses espaços, o fomento à coordenação federativa pelo ente estadual e o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas entre os municípios pode gerar pactuações e decisões compartilhadas que favoreçam processos mais solidários de contratação e fixação de médicos na ESF entre municípios.

Destacam-se como limitações do estudo a complexidade do território e o processo de escolha de variáveis para descrevê-lo. Além desta, outra limitação foi a descrição da distribuição dos vínculos de trabalho médico no território baseada na coleta de dados secundários no CNES. Em virtude do financiamento das equipes de SF ser baseado no CNES e haver a possibilidade de suspensão do recurso em caso de ausência do profissional nas equipes, muitas vezes isto pode significar a distorção dos dados para um maior quantitativo de vínculos na ESF do que a situação real dos municípios. Conforme percebido na pesquisa, a relação com os órgãos fiscalizadores também interfere nos dados que são lançados no CNES.

Por fim, dada a limitação do tempo e a necessidade de definição de recortes para o desenvolvimento da pesquisa, não foi possível abarcar toda a complexidade que envolve a temática analisada. Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros que possam abranger outras regiões de saúde em perspectiva comparada como também a produção de análises acerca das modificações da PNAB (2011) e suas repercussões na gestão do trabalho médico na AB e ESF.

A importância da permanência desse tema na agenda de pesquisas se faz cada vez mais presente. Em virtude do contexto político-institucional mais recente, o percurso da AB e ESF foi negativamente marcado pela reforma da PNAB de 2011 em função da aprovação da Portaria 2.436 de 21 de Setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Destaca-se que a “nova” PNAB (2017) abriu prerrogativas para o financiamento pelo Ministério da Saúde de outras modalidades de equipes, isto é, com outras possibilidades na composição, na carga horária e na vinculação de trabalhadores (inclusive, médicos).

Diante desse cenário, a contribuição dessa produção vai ao encontro da necessidade de compreender a forma como se distribuíram os vínculos médicos no território e como se constituíram os processos de gestão do trabalho médico na ESF em uma região de saúde em determinado período. Tal compreensão poderá subsidiar intervenções em âmbito regional que favoreçam um maior envolvimento e regulação intergovernamental, o que por sua vez poderá fomentar o aperfeiçoamento do PMM e contribuir com uma distribuição mais equitativa de médicos no território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: Elementos de Tensão entre Governo e Entidades Médicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. suppl 1, p. 1143–1156, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501143&lng=pt&tlng=pt>.
- ANDRADE, C. D. 1902-1987 Menino Drummond / Carlos Drummond de Andrade; ilustrações: Ângela-Lago . — 1a ed. — São Paulo: Companhia das Letrinhas, 2012.
- ANGELO, J. R. (2008) (Re)produção do Espaço Urbano de Juiz de Fora-MG e Distribuição Espacial da Tuberculose, Dissertação de mestrado, ENSP/FIOCRUZ.
- BANCO DE DESENVOLVIMENTO DE MINAS GERAIS (BDMG). Zona da Mata – Diagnóstico e Indicações de Ações Prioritárias para seu Desenvolvimento. Belo Horizonte: BDMG, 2000.
- BARDIN, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- BARROS *et al.*. Trabalho Médico e Regulação. In: FOGUEL, M.; ULYSSEA, G.; CORSEUIL, C. H. Salário mínimo e mercado de trabalho no Brasil. 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3590>>. Acesso em: março 2017.
- BASTOS, S. Q. A.. Disritmia Espaço - Tempo: a Análise das estratégias de Desenvolvimento Adotadas em Juiz de Fora, pós anos 70. Rio de Janeiro: IPPUR/UFRJ. 264 p., (Tese de Doutorado). 2004. Disponível em: http://edi.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/mesa4_texto1.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Seminário Nacional Sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS. Relatório. Brasília; Ministério da Saúde; s.d. 1v p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_desprecarizacao.pdf . Acesso em: setembro 2016
- BRASIL (Org.). *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001/2002*. Brasília, DF: Editora MS, 2004. (Série C--Projetos, programas e relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

BRASIL. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2013a. Disponível em: <<http://goo.gl/9f2LLo>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, G. W. S.; JÚNIOR, N. A P.. Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: abr. 2017.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação Saúde em Debate*, 2009. Disponível em http://cnts.net.br/admin/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf

CARVALHO, M. S., SOUZA, M. F.. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface*, 17 (47). Botucatu; 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 22, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnI=01037331&AN=83141796&h=Q%2Fw4kx%2FJK4WnaYDCdzzSDsC6j8lJW50UZtdeK8x6wPOdGn8F1%2BLdM1YcArWSLXnIJSdityJHEWRfKtXEQtnBJQ%3D%3D&crl=c>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R.. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. DE F.; LIMA, L. D. DE (Org.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.29, n.10, pp. 1924-1926, 2013. ISSN 0102-311X.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M.. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 204-211. ISSN 0034-8910.

DUNCAN, M. S.; TARGA, L. V. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 30, p. 233, 3 set. 2014. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1004>>.

FEUERWERKER, L. C. M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 47, p. 929–930, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400014&lng=pt&tlng=pt>.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA, M.H. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545. (Cap. 16)

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). Observatório de recursos humanos no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GIRARDI, S. N. *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia de Saúde da Família. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n.45, p. 11-23, maio 2010.

GIRARDI, S. N. *et al.* Evolução do emprego na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *ANAIS DO CBMFC*, n. 12, p. 180, 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1234>>. Acesso em: 5 maio 2017.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 12 mar. 2017.

HERVAL, Á. M.; RODRIGUES, E. T. Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. suppl 1, p. 1325–1332, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501325&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 de janeiro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). *Regiões de influência das cidades 2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mapa Político do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://mapas.ibge.gov.br/politico-administrativo/estaduais>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Ligações rodoviárias e hidroviárias, 2016: redes e fluxos do território*. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. (Estudos & pesquisas, informação geográfica, número 11).

JESUS, R. A. DE; MEDINA, M. G.; PRADO, N. M. DE B. L. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. suppl 1, p. 1241–1256, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501241&lng=pt&tlng=pt>.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012.

LIMA, L. D. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil : desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

MAAS, L. W. D. *et al...* Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em Atenção Básica em Saúde. 2014. (Relatório de pesquisa).

MACHADO, M. H. (Coord.) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://goo.gl/bAmMAo>>.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, Nisia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, (257:284), Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. DOS S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. 2011, [S.l: s.n.], 2011. Disponível em: <<http://www.ensofiocruz.br/observarh/arquivos/Tendencias%2520de%2520Mercado%2520de%2520Trabalho.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

MACHADO, M. H.. Trabalho e Emprego em Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F.. Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. 01. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 205p.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R.. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Cereus*, Gurupi, v.6, n. 1, p. 3-18, jan./abr. 2014.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARTINS, M.I.C., MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(6): 1667-1676, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/18.pdf>. Acesso em: ago 2016. (pdf)

MENDONÇA, M. H. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*, v. 15, n. 5, p. 2355–2365, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/DesafiosGest%C3%A3o.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

NEY, M.s.; RODRIGUES, P. H. A.. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnI=01037331&AN=91633613&h=0E7ZBzdB61GzaK7mJcmmy2SORxRbRzQbbrkKKDmaRZ6LK7pgd%2F3dq0FHPrE5sMhSxTID%2BeSOS9eRCnyXKmOLfg%3D%3D&crl=c>. Acesso em: 18 mar. 2017.

NOGUEIRA, P. T. A. *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2889–2898, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902889&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 janeiro 2018.

OLIVEIRA, J. P. A; SANCHES, M. N; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*. Brasília. V. 21 n.9 p.2719-2727, 2016.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil . In: GIOVANELLA, L, et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, CEBES, 2008, p. 547-573.

PEREIRA, A. M. M. Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PERPÉTUO, I. H. O. A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes de sua atração e fixação na atenção primária à saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2009. 96p

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 106, p. 637–647, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300637&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 18 mar. 2017.

BICAS, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD, 2010.

RODRIGUES, P. H. A. *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis* [online]. 2013, vol.23, n.4, pp.1147-1166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400007>.

SEIXAS, P. H. D. *et al.* Movimentação Médica no Brasil. *Nota técnica*, v. 2, 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/04/MovimentacaoMedica.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SEIXAS, P. H. *et al.* Circularidade dos Médicos nas Regiões de Saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. suppl 1, p. S199–S208, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600009&lng=en&tlng=en>.

SILVA, T. C.. Limitações à Gestão de Recursos Humanos em Saúde no Nível Municipal. 2007. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SCHEFFER, M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas.

STRALEN, A. C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 1, p. 147–172, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100147&lng=pt&tlng=pt>.

TEIXEIRA M., OLIVEIRA, R.G., ARANTES, R.F. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. DE F.; LIMA, L. D. DE (Org.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012.

TEIXEIRA, M. ; MARTINS, M. I. C. ; SILVA, V. M. . Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. In: MARTINS, M. I. C., *et al.* (Org.). *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*. 1ed. Braga Portugal: CICS - Publicações, 2014, v. v.1, p. 51-61.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 255-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf> Acesso em: 20 nov. 2016.

VIANA, A.L.D. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413–422, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 20 nov. 2016.

VIANA, A.L.D., MACHADO, C.V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*, 18(4): 545-684, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600010&script=sci_arttext. Acesso ago. 2016.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre (RS): Bookman, 2010.

Lista de sítios eletrônicos consultados:

Mapa das rodovias:

Sítio: http://www.der.MG.gov.br/mapa_internet/download/poster_2017.pdf

Atlas do Desenvolvimento Humano.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD.

Sítio: <http://www.pnud.org.br/idhm>.

Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES MG).

Sítio: www.saude.mg.gov.br

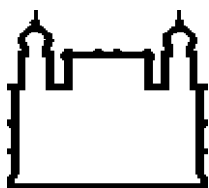
Consórcios Intermunicipais de Saúde:

Sítios: <http://www.ciesp.mg.gov.br/>

www.acispes.org.br/

<http://cismarg.org.br>

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prezado participante, o(s) Sr(a). está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **“Dificuldades de Incorporação e Gestão do Trabalho Médico nas Equipes de Saúde da Família em Âmbito Regional”**, desenvolvida por **Isabel Domingos Martinez dos Santos**, discente do Programa de Pós-graduação *Latu sensu* em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras e pesquisadoras **Luciana Dias de Lima** e **Márcia Teixeira**, também da ENSP/FIOCRUZ. A pesquisa originará a dissertação a ser apresentada à ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O objetivo central desse estudo é analisar os condicionantes territoriais da gestão do trabalho médico nas equipes de saúde da família na região de saúde de Juiz de Fora, no período de 2011 a 2015. Para isto, os procedimentos metodológicos utilizados serão a coleta de dados secundários, a análise documental, a observação participante e a entrevista com informantes-chave.

O(A) Sr(a). está sendo convidado(a) por uma relevante participação no tema da pesquisa. Sua participação consistirá em conceder entrevista com duração prevista em aproximadamente 40 minutos e fornecer informações referentes a projetos e documentos relacionados ao tema.

Sua participação é voluntária, por isso, o(a) Sr(a). tem plena autonomia para decidir se quer ou não fazer parte, bem como poderá desistir a qualquer momento e não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso opte por essa decisão. Não há benefícios diretos relacionados com a sua participação. Contudo, o(a) Sr(a). poderá contribuir para uma ampliação do conhecimento a respeito das dificuldades de incorporação e gestão do trabalho médico em âmbito regional.

Caso o(a) Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior. As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes. Entre eles, um possível cansaço com a realização da entrevista, um desconforto com a realização da gravação, mudanças de valores e concepções acerca dos temas levantados em função da reflexão sobre eles e uma eventual quebra de sigilo ou anonimato.

Serão tomadas as medidas cabíveis visando a sua proteção e a minimização de riscos com a participação na pesquisa. Dentre elas, as informações obtidas com a pesquisa serão divulgadas sem a sua identificação de modo a garantir a sua confidencialidade e o seu anonimato. Porém, caso seja necessário para a compreensão da conjuntura, o(a) entrevistado(a) poderá ser identificado(a), desde que previamente consultado e esteja de acordo com o material de publicação. Com o término do estudo, todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP). Os dados e materiais coletados para a análise ficarão sob a inteira responsabilidade da pesquisadora responsável e somente ela e suas orientadoras terão acesso aos mesmos.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Este TCLE é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora responsável. Todas as páginas do termo deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável (ou pessoa por ela delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

O(A) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do Comitê de Ética e das pesquisadoras. Durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua

Rubrica da Pesquisadora

Rubrica do Participante

participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Em caso de dúvidas quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Informações para contato com Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

- Tel: (21) 2598-2863
- E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
- <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
- Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Informações para contato com as pesquisadoras:

- Nome: Isabel Domingos Martinez dos Santos (discente da ENSP/FIOCRUZ)
- Tel: (21) 98469 – 0967 / (32) 99109 - 9321
- E-mail: isabeldomingos.sp@gmail.com
- **DAPS** - TEL.: (21) 2598-2863. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Isabel Domingos M. dos Santos
Pesquisadora responsável

LOCAL E DATA: _____

() Autorizo a gravação da entrevista. () Não autorizo a gravação da entrevista.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante: _____

Nome do participante: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À SRS JF

Data de realização: ___/___/___.

Local: _____.

Apresentação:

- Nome: _____.
- Formação (escolaridade): _____.
- Cargo ou função que ocupa(ou): _____.
- Período em que exerce(u) esta função _____.
- Aspectos de destaque da trajetória profissional:

Implantação e a expansão da ESF e incorporação de médicos nas equipes de SF:

1. Que aspectos você teria a destacar sobre o processo de implantação e/ou a expansão da ESF nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora no período de 2011 até 2015?
[abordar sobre o período]

2. Naquele período vocês chegaram a acompanhar como foi o processo de contratação de médicos para compor as equipes de saúde da família pelos municípios? [como foi realizado - indagar sobre os meios utilizados para recrutamento, os critérios para seleção de profissionais, as formas de contratação, a jornada de trabalho, a remuneração, os benefícios oferecidos, entre outros aspectos]

Dificuldades de contratação e fixação de médicos nas equipes de Saúde da Família

3. Recorda-se se em algum momento os municípios tiveram dificuldades para contratar, fixar profissionais ou tiveram de lidar com a falta de médicos nas equipes de Saúde da Família?

3.1 Se sim, saberia dizer quais municípios (em que é mais comum), os momentos (em que isso ocorreu) e qual(ais) foram os motivo(s) para essas dificuldades à época?

3.2 Tais situações perduraram por muito tempo (quanto tempo em média)? Como buscaram resolver a questão à época?

3.2 Como essas situações chegam ao conhecimento da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora?

3.3 Nessas ocasiões precisou haver alguma interferência de outras instâncias [por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde, o COSEMS MG, os Conselhos de Saúde, entre outras]? Se sim, como ocorreu?

4. Quais estratégias costumam ser utilizadas pelos municípios da região de saúde de Juiz de Fora para atrair e/ou manter os profissionais nas equipes de saúde da família?

5. Na perspectiva de vocês aqui da SRS-JF, o que mais dificulta à incorporação e a

fixação de médicos nas ESF [*indagar sobre formas de contratação, limites orçamentários do município, baixa oferta de profissionais, disponibilidade de carga horária, salários pouco atrativos, etc*].

A gestão do trabalho médico nas equipes de SF e as relações intergovernamentais:

6. Com relação a essas dificuldades de contratação, fixação e falta de médicos em equipes de Saúde da Família recorda-se se em algum momento esses assuntos foram abordados em espaços de reunião em que estivesse presente [*por exemplo, CIR, CIB, reuniões do conselho de saúde, entre outros*]?

6.1 [*caso a resposta anterior seja afirmativa*] Relate um pouco sobre o(s) momento(s), o(s) espaço(s), quem eram os atores presentes e como o assunto foi tratado [*era pauta de reunião ou surgiu espontaneamente*].

6.2 [*caso a resposta anterior seja afirmativa*] Em sua percepção, esse(s) debate(s)/diálogo(s) teve/tiveram algum desdobramento? Se sim, quais medidas foram tomadas à época?

7. Em sua opinião as diretrizes e ações do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais interferem nos processos de gestão do trabalho médico na ESF dos municípios? Se sim, procure explicar como percebe essa interferência nos municípios da região de saúde Juiz de Fora.

Dinâmica territorial do Trabalho Médico:

8. Com base em suas experiências aqui nos municípios da região de saúde Juiz de Fora percebe alguma interferência de características territoriais na incorporação e na fixação de médicos nas equipes de SF? [*como exemplo, a localização do município e unidades de saúde – proximidade com o Polo, o porte populacional, as condições socioeconômicas, o grau de urbanização, etc.*]

8.1 Se sim, poderia exemplificar algumas características dos municípios da região de saúde de Juiz de Fora e explique brevemente como essas interferências se expressam nessa realidade [*indagar sobre aspectos da contratação, alocação, movimentação e rotatividade de profissionais*].

8.2 [*Caso considere fatores dificultadores*] Existem iniciativas por parte dos municípios ou da SRS para lidar com essas questões relacionadas ao território? [*Como exemplo, incentivos para que os profissionais médicos atuem em determinada(s) localidade(s)*].

Implantação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde:

9. A SRS participou do processo de implantação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora?

9.1 [*Em caso positivo*] Como se deu esse processo à época? [*Indagar sobre a realização de reuniões e debates, processo de escolha de municípios participantes, condução dos diálogos e negociações*]

10. Considera que a oferta de médicos pelo PROVAB e PMM interferiu nas equipes de SF do município? Se sim, de que forma?

11. [*Caso tenham ocorrido desistência de médicos do PROVAB ou do PMM*] Tomou conhecimento de desligamentos ou da desistência de profissionais do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora à época?

11.1 Se sim, quais os motivos atribuídos para a(s) desistência(s)/ o(s) desligamento(s)?

12. Em sua opinião, quais os principais benefícios obtidos com a implementação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora? Por outro lado, que aspectos negativos destacaria?

13. Gostaria de acrescentar algum comentário sobre os temas abordados?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AOS GESTORES MUNICIPAIS

Data de realização: ___/___/___.

Local: _____.

Apresentação:

- Nome: _____.
- Formação (escolaridade): _____.
- Cargo ou função que ocupa(ou): _____.
- Período em que exerce(u) esta função _____.
- Aspectos de destaque da trajetória profissional:

Implantação e a expansão da ESF e incorporação de médicos nas equipes de SF:

1. Que aspectos você teria a destacar sobre o processo de implantação e/ou a expansão da ESF em seu município no período de 2011 até 2015?

2. Como foi o processo de contratação de médicos para compor as equipes de saúde da família pelo município? [*como foi realizado - indagar sobre os meios utilizados para recrutamento, os critérios para seleção de profissionais, as formas de contratação, a jornada de trabalho, a remuneração, os benefícios oferecidos, entre outros aspectos*]

Dificuldades de contratação e fixação de médicos nas equipes de Saúde da Família

3. Recorda-se se em algum momento tiveram dificuldades para contratar, fixar profissionais ou tiveram de lidar com a falta de médicos nas equipes de Saúde da Família?

3.1 Se sim, saberia dizer qual(ais) foram os motivo(s) para essas dificuldades à época?

3.2 Tais situações perduraram por muito tempo (quanto tempo em média)? Como buscaram resolver a questão à época?

3.3 Nessas ocasiões precisou haver alguma interferência de outras instâncias [*por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde, o COSEMS MG, os Conselhos de Saúde, entre outras*]? Se sim, como ocorreu?

4. Quais estratégias costumam ser utilizadas pelo município para atrair e/ou manter os profissionais nas equipes de saúde da família?

5. Na perspectiva da gestão municipal, o que mais dificulta à incorporação e a fixação de médicos nas ESF [*indagar sobre formas de contratação, limites orçamentários do município, baixa oferta de profissionais, disponibilidade de carga horária, salários pouco atrativos, etc.*].

A gestão do trabalho médico nas equipes de SF e as relações intergovernamentais:

6. Com relação às dificuldades de contratação, fixação e falta de médicos em equipes de Saúde da Família recorda-se se em algum momento esses assuntos foram abordados em espaços de reunião em que estivesse presente [*por exemplo, CIR, CIB, reuniões do conselho de saúde, entre outros*]?

6.1 [*caso a resposta anterior seja afirmativa*] Relate um pouco sobre o(s) momento(s), o(s) espaço(s), quem eram os atores presentes e como o assunto foi tratado [*era pauta de reunião ou surgiu espontaneamente*].

6.2 [*caso a resposta anterior seja afirmativa*] Em sua percepção, esse(s) debate(s)/diálogo(s) teve/tiveram algum desdobramento? Se sim, quais medidas foram tomadas à época?

7. Em sua opinião as diretrizes e ações do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais interferem nos processos de gestão do trabalho médico na ESF dos municípios? Se sim, procure explicar como percebe essa interferência nos municípios da região de saúde Juiz de Fora.

Dinâmica territorial do Trabalho Médico:

8. Com base em suas experiências aqui no município da região de saúde de Juiz de Fora percebe alguma interferência de características territoriais na incorporação e na fixação de médicos nas equipes de SF? [*como exemplo, a localização do município e unidades de saúde – proximidade com o Polo, o porte populacional, as condições socioeconômicas, o grau de urbanização, etc.*]

8.1 Se sim, poderia exemplificar algumas características do município e explique brevemente como essas interferências se expressam nessa realidade [*indagar sobre aspectos da contratação, alocação, movimentação e rotatividade de profissionais*].

8.2 [*Caso considere fatores dificultadores*] Existem iniciativas por parte dos municípios ou da SRS para lidar com essas questões relacionadas ao território? [*Como exemplo, incentivos para que os profissionais médicos atuem em determinada(s) localidade(s)*].

Implantação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde:

9. Como foi o processo de implantação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora?

10. Considera que a oferta de médicos pelo PROVAB e PMM interferiu nas equipes de SF de seu município? Se sim, de que forma?

11. [*Caso tenham ocorrido desistência de médicos do PROVAB ou do PMM*] Tomou conhecimento de desligamentos ou da desistência de profissionais do PROVAB e PMM em municípios da região de saúde de Juiz de Fora à época?

11.1 Se sim, quais os motivos atribuídos para a(s) desistência(s)/ o(s) desligamento(s)?

12. Em sua opinião, quais os principais benefícios obtidos com a implementação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora? Por outro lado, que aspectos negativos destacaria?

13. Gostaria de acrescentar algum comentário sobre os temas abordados?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS

Data de realização: ___ / ___ / ____.

Local: _____.

Apresentação:

- Nome:
- Formação (escolaridade):
- Cargo ou função que ocupa(ou):
- Período em que exerce(u) esta função:
- Aspectos de destaque da trajetória profissional:

Processos de implantação e expansão da ESF e a incorporação de médicos nas equipes de SF:

1. No período de 2011 a 2015, como se desenvolveu a atuação do Ministério Público (MP) no que concerne à Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora?

2. Com base nessa atuação, que aspectos destaca sobre o processo de implantação e/ou expansão da ESF nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora nesse período [*pontos fortes, limitações e desafios*]?

3. Durante o período, vocês chegaram a acompanhar como foi o processo de contratação de médicos para compor as equipes de saúde da família nos municípios? [*indagar sobre os meios utilizados para recrutamento, os critérios para seleção de profissionais, as formas de contratação, a jornada de trabalho, a remuneração, os benefícios oferecidos, entre outros aspectos*]

4. Sobre a regularização de vínculos públicos e o cumprimento da jornada de trabalho pelos médicos, poderia relatar como iniciou e como vem se desenvolvendo o trabalho do MP nestes quesitos [*se possível, abordar como se deu a conformação da Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macrorregião Sanitária Sudeste*]?

Dificuldades de contratação e fixação de médicos nas equipes de Saúde da Família

5. As dificuldades de contratação, fixação de profissionais médicos e/ou a falta de médicos nas equipes de Saúde da Família nos municípios da região chegam até vocês? Se sim, de que forma [*quem costuma trazer essas informações e em que canais de comunicação*]?

5.1 Se sim, poderia dizer quais municípios (em que é mais comum) ou os momentos (em que isso ocorreu) e/ou qual(ais) foram os motivo(s) atribuídos a essas dificuldades à época?

5.2 Nestes casos, como se deu a intervenção do MP [*se possível, abordar a relação com os gestores municipais e/ou estaduais*]?

5.3 Nessas ocasiões houve alguma interferência/envolvimento de outras instâncias [*por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde, o COSEMS MG, os Conselhos de Saúde, entre outras*]? Se sim, como ocorreu?

6. Na perspectiva de vocês do MP, o que mais dificulta à contratação e a fixação de médicos nas ESF [*indagar sobre formas de contratação, limites orçamentários do município, baixa oferta de profissionais, disponibilidade de carga horária, salários pouco atrativos, etc*].

A gestão do trabalho médico nas equipes de SF e as relações intergovernamentais:

7. Com relação às dificuldades de contratação, fixação e falta de médicos em equipes de Saúde da Família recorda-se se em algum momento esses assuntos foram abordados em espaços de reunião em que estivesse presente [*por exemplo, CIR, CIB, reuniões do conselho de saúde, entre outros*]?

7.1 [*caso a resposta anterior seja afirmativa*] Relate um pouco sobre o(s) momento(s), o(s) espaço(s), quem eram os atores presentes e como o assunto foi tratado [*era pauta de reunião ou surgiu espontaneamente*].

7.2 [*caso a resposta anterior seja afirmativa*] Em sua percepção, esse(s) debate(s)/diálogo(s) teve/tiveram algum desdobramento? Se sim, quais medidas foram tomadas à época?

8. Em sua opinião diretrizes e ações do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais interferem nos processos de gestão do trabalho médico na ESF dos municípios?

8.1 Se sim, procure explicar como percebe essa interferência nos municípios da região de saúde Juiz de Fora.

Dinâmica territorial do Trabalho Médico:

9. Com base em suas experiências nos municípios da região de saúde Juiz de Fora percebe alguma interferência de características territoriais na incorporação e na fixação de médicos nas equipes de SF? [*como exemplo, a localização do município e unidades de saúde – proximidade com o município Polo, o porte populacional, as condições socioeconômicas, o grau de urbanização, etc.*]

9.1 Se sim, poderia exemplificar com características dos municípios da região de saúde de Juiz de Fora e explicar brevemente como percebe suas interferências nessa realidade [*indagar sobre aspectos da contratação, alocação, movimentação e rotatividade de profissionais*].

9.2 Vocês tomara conhecimento de alguma iniciativa por parte dos municípios para lidar com as dificuldades relacionadas ao território? [*Como exemplo, incentivos para que os profissionais médicos atuassem em determinada(s) localidade(s)*].

Implantação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde:

10. Vocês tiveram acesso ao processo de implantação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora?

10.1 [*Em caso positivo*] Como se deu esse processo à época? [*Indagar sobre a realização de reuniões e debates, processo de escolha de municípios participantes, condução dos diálogos e negociações*]

11. Considera que a oferta de médicos pelo PROVAB e PMM interferiu nas equipes de SF do município? Se sim, de que forma?

12. [*Caso tenham ocorrido desistência de médicos do PROVAB ou do PMM*] Tomou conhecimento de desligamentos ou da desistência de profissionais do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora à época?

12.1 Se sim, quais os motivos atribuídos para a(s) desistência(s)/o(s) desligamento(s)?

13. Em sua opinião, quais os principais benefícios obtidos com a implementação do PROVAB e PMM nos municípios da região de saúde de Juiz de Fora? Por outro lado, que aspectos negativos destacaria?

Comentários Finais:

14. Gostaria de acrescentar algum comentário sobre os temas abordados?