

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

MARIA HELLENA DE AZEVEDO LEITÃO

**UMA AVALIAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DA
PROVISÃO DO TRABALHO MÉDICO NO ESTADO DA PARAÍBA**

**RECIFE
2018**

MARIA HELLENA DE AZEVEDO LEITÃO

**UMA AVALIAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DA
PROVISÃO DO TRABALHO MÉDICO NO ESTADO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

L533a Leitão, Maria Hellena de Azevedo.

Uma avaliação do Projeto Mais Médicos no contexto da provisão do trabalho médico no Estado da Paraíba/ Maria Hellena de Azevedo Leitão. — Recife: [s. n.], 2018.

79 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 2. Consórcios de Saúde. 3. Médicos. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Título.

CDU 614

MARIA HELLENA DE AZEVEDO LEITÃO

**UMA AVALIAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DA
PROVISÃO DO TRABALHO MÉDICO NO ESTADO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 10/05/2018

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Ricardo de Souza Soares
Centro de Ciências Médicas/Universidade Federal da Paraíba

Dedico esse trabalho a todos aqueles que necessitam do SUS

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e irmãos, que estão sempre tão presentes. Ao companheiro Gabriel Sollero, por estar ao meu lado e trazer força nos momentos mais difíceis, sem você não teria conseguido! Aos companheiros da Consulta Popular que me apoiaram na realização desse programa de mestrado e me ajudam, diariamente, a ver o mundo com olhos mais solidários. Aos professores e amigos do Departamento de Promoção a Saúde da UFPB, aos quais devo minha formação como médica. Ao André Sassi e Alexandre Melo por ceder o questionário utilizado neste trabalho. A orientadora Sydia, por ser tão leve e forte no processo pedagógico. Ao Semente, pela sua generosidade no cuidado com os alunos. Aos colegas de turma, em especial a Flávia Reis, que tornaram tudo possível. A Professora Idê e todos os outros que contribuíram no aprendizado da turma.

LEITÃO, Maria Hellena de Azevedo. **Uma avaliação do projeto mais médicos no contexto da provisão do trabalho médico no estado da Paraíba**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

A provisão médica tem sido fruto de debates internacionais há décadas, não sendo diferente no Brasil onde há um cenário de déficit e má distribuição de médicos. O Programa Mais Médicos, surge em 2013, com a finalidade prioritária de formar, captar e redistribuir médicos para atuação na Atenção Primária à Saúde. Um dos eixos do Programa, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, é o tema do presente estudo que tem o objetivo de avaliá-lo no contexto da provisão no estado da Paraíba. Para a pesquisa, além de revisão bibliográfica, foram analisadas as respostas às questões sobre a provisão e satisfação ao questionário "Mais Médicos - Formulário de Avaliação do Projeto de Pesquisa Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba", além da base de dados do CNES. Foi possível observar no período estudado que houve um aumento de 34,3% dos médicos na APS nesse estado, dentre eles, 45,5% vinculados ao PMM. O Índice de Gini referente à concentração de médicos da APS variou de 0,478 para 0,356. Os resultados encontrados através da análise dos 272 questionários respondidos descrevem um perfil de médico com média de idade de 38,2 anos, média de anos de formado de 11,4 anos, 89% não tiveram o Mais Médicos como primeiro emprego e 85% já haviam trabalhado na APS. Dado preocupante do perfil mostra que 72% dos pesquisados não possuem Residência Médica ou especialização em Medicina de Família e Comunidade. Quanto à satisfação dos médicos foi possível verificar uma boa avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba (nota média 8,3 em 10). Os fatores mais importantes para a permanência no PMM foram a relação com os pacientes (96%), a afinidade com a APS (95%), o trabalho em equipe (90%) e o apoio da supervisão do Programa (85%). 81% dos entrevistados gostariam de renovar o contrato com o PMM e 85% gostaria de seguir atuando na APS mesmo após o término do Programa. Observa-se que com a implantação do PMM houve uma mudança não apenas no quantitativo de médicos como também no número de postos de trabalho, na relação com as horas trabalhadas, na interiorização e redistribuição desses profissionais. O estudo mostra que é fundamental o papel regulador do Estado sobre o trabalho médico para a provisão desses profissionais nos serviços públicos de saúde em áreas desassistidas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Política de Saúde.

LEITÃO, Maria Hellena de Azevedo. **an assessment of the most medical project in the context of the provision of medical work in the state of Paraíba.** 2018. Dissertation (Master's Degree in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

The medical provision has been in the center of international debates for decades, not being different in Brazil where there is a scenario of deficit and poor distribution of doctors. The Programa Mais Médicos (PMM) emerges in 2013 as the priority objective of training, capturing and redistributing physicians to work in Primary Health Care. One of the axes of the Program, the Projeto Mais Médicos para o Brasil, is the theme of the present dissertation. This study aims to evaluate the PMM in the context of provision and satisfaction in the state of Paraíba. For the research, in addition to a bibliographical review, the answers to the questions on the provision and satisfaction of the questionnaire "More Doctors - Evaluation Form of the Research project: social and political analysis of implantation of the Programa Mais Médicos in the state of Paraíba" were analyzed, besides of the public CNES database. It was possible to observe in the studied period that there was an increase of 34.3% of physicians in PHC in this state, among them, 45.5% related to the PMM. The Gini index for the PHC physician concentration ranged from 0.478 to 0.356. The results obtained through the analysis of the 272 questionnaires answered describe a physician profile with a mean age of 38.2 years, average years of training of 11.4 years, 89% did not have Mais Médicos as their first job and 85% already had worked in the PHC. A worrying profile shows that 72% of those surveyed do not have Medical Residency or specialization in Family and Community Medicine. Regarding the satisfaction of the doctors, it was possible to verify a good evaluation of the Mais Médicos Program in Paraíba (average score 8.3 out of 10). The most important factors for staying in PMM were the relationship with patients (96%), affinity with PHC (95%), teamwork (90%) and support from program supervision (85%). 81% of respondents would like to renew the contract with the PMM and 85% would like to continue working at PHC even after the end of the Program. It is observed that with the implementation of PMM have changed not only in the number of physicians but also the number of jobs places, the number of worked hours, country internalization and redistribution of these professionals. The study shows that the regulatory role of the State over medical work is crucial for the provision of these professionals in the public health services in uninsured areas.

Keywords: Primary Health Care. Public Health. Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Evolução da razão médico/habitante, 1980-2010, Brasil.....	27
Figura 2 - Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões, Brasil, 2011.....	27
Figura 3 - Distribuição de médico na APS por mil habitantes, por município no estado da Paraíba em julho de 2013 e setembro de 2016.	41
Figura 4 - Número de médicos e respectivo tempo de experiência na Atenção Primária a Saúde dentre os médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba*	49
Figura 5 - Número de médicos e respectivo tempo de experiência na Atenção Primária a Saúde dentre os médicos brasileiros do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba*	50
Figura 6 - Número de médicos e respectivo tempo de experiência na Atenção Primária a Saúde dentre os médicos cubanos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba*	50
Figura 7 - Satisfação geral com o Programa Mais Médicos, 2015-2016, Paraíba. ...	51
Figura 8 - Avaliação da satisfação do Programa Mais Médicos por itens, 2015-2016, Paraíba.....	53
Figura 9 - Avaliação da satisfação com os recursos pedagógicos do Programa Mais Médicos por itens, 2015-2016, Paraíba.	54
Figura 10 - Avaliação dos elementos importantes para a permanência do médico no Programa Mais Médicos, 2015-2016, Paraíba.	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Panorama da provisão médica na APS no estado da Paraíba em julho de 2013 e setembro de 2016.	39
Tabela 2 - Médicos do Programa Mais Médicos, nascidos por ano, no período 2015-2016, Paraíba.	44
Tabela 3 - Ano de graduação em medicina dos médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba.	45
Tabela 4 - País onde fez o curso de graduação em medicina por país de nascimento dos médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba. ...	46
Tabela 5 - Respostas sobre se o Programa Mais Médicos é o primeiro emprego dos médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba.	48
Tabela 6 - Comparativo de respostas similares entre pesquisas diferentes.	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS – Atenção Primária à Saúde

AVASUS – Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS

CBO – Classificação Brasileiro de Ocupações

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento

PISUS – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Delimitando o problema	12
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo Geral	18
3.2	Objetivos Específicos	18
4	REFERENCIAL CONCEITUAL	19
4.1	Conceitos introdutórios	19
4.2	O SUS, as políticas de provisão no Brasil e o Programa Mais Médicos	21
4.3	A satisfação enquanto elemento para a provisão	30
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
5.1	Natureza do estudo	32
5.2	Características do caso selecionado.....	32
5.3	Produção de dados.....	33
5.4	Análise de dados	35
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
7	RESULTADOS e DISCUSSÃO	39
7.1	Caracterizando o provimento médico na APS no estado da Paraíba	39
7.2	O perfil dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos	44
7.3	Satisfação dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos	51
8	DISSEMINAÇÃO E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO PRODUZIDO	58
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	ANEXO B – NOTA TÉCNICA	70
	ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	72
	ANEXO E - QUESTIONÁRIO	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitando o problema

A regulação e provisão de profissionais de saúde, em especial médico, é uma preocupação antiga e cada vez mais crescente em todo o mundo. No último relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (2006), que trata sobre a escassez global dos profissionais de saúde, o déficit de médicos e enfermeiros era de aproximadamente 4,3 milhões. Além de uma grave escassez de médicos, ainda há uma má distribuição destes profissionais (OLIVEIRA et al., 2015; ONO; SCHOENSTEIN; BUCHAN, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

A insuficiência global em números absolutos de profissionais ainda é exacerbada por fatores como as mudanças demográficas e epidemiológicas. Observa-se um envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas e suas sequelas de ordem mental ou orgânica. Tais aspectos, acarretam a necessidade de que os sistemas de saúde cheguem às casas e comunidades e demande maior quantidade de serviços e profissionais para garantir a equidade e a universalidade no acesso à saúde (CRISP; CHEN, 2014).

Além da grande diferença na relação médico/habitante entre as nações há também uma desigual distribuição interna em quase todas elas. Acresce a esta caracterização, a baixa capacidade de atração e permanência dos profissionais de saúde nas áreas rurais¹, mais remotas e em locais marcados pelo empobrecimento das populações (CRISP; CHEN, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; SCHEFFER, 2015).

Em resposta a esse quadro, diversos países, a exemplo do México, Indonésia, Tailândia, África do Sul, dentre outros, estão implantando políticas de provimento há algumas décadas, seja por meio de serviço obrigatório para o médico recém-formado, ou por incentivos monetários ou não monetários, como visto de permanência para estrangeiros (LEHMANN; DIEKEMAN; MARTINEAU, 2008). O *Overseas Trained Doctors*, programa do governo Australiano implantado em 1997, convida médicos

¹ “A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial reside em áreas rurais remotas, mas essas áreas são servidas por menos de 25% da força de trabalho médico. Muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da Atenção Básica em áreas vulneráveis atraindo profissionais de saúde para estas regiões. Estudo recente da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição dos médicos mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais” (BRASIL, 2015b, p. 25).

formados no exterior para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) em áreas remotas do país. Esse prevê um contrato de dez anos, com contrapartida financeira que aumenta quanto mais remota for a comunidade que o profissional se fixar. O programa tem apresentado bons resultados de provisão, em especial na zona rural onde vive um terço da população (OLIVEIRA et al., 2015; SCHEFFER, 2015).

Outro exemplo de atração de médicos estrangeiros para provimento imediato são as políticas estadunidenses, que além de incentivos financeiros oferecem vistos de permanência. Estima-se que um quarto dos médicos do território são oriundos de outros países (CRISP; CHEN, 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

Comparando a quantidade de profissionais médicos por habitante verificada no Brasil com países que têm sistemas de saúde considerados desenvolvidos, observa-se que a realidade nacional está muito aquém das suas necessidades de provimento. Segundo a OMS, em 2013 havia 17,6 médicos no Brasil para cada 10 mil habitantes, sendo que a média europeia era de 33,3 para a mesma quantidade de pessoas. Apesar das entidades médicas (conselhos e corporações) afirmarem que a problemática do caso brasileiro se refere à má distribuição dos profissionais, os dados publicados pelo Ministério da Saúde (MS) indicam que, há também, em números absolutos, um déficit, ou seja, um problema de provimento (BRASIL, 2014; GOMES, 2016; OLIVEIRA et al., 2015).

Desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil observa-se uma dificuldade de provisão e fixação de médicos nestes serviços. Esta situação se agrava a depender da localização geográfica das regiões, sendo o Norte e Nordeste do país, cidades pequenas e interiores mais afetados (MACIEL FILHO, 2007; PÓVOA; ANDRADE, 2016). O Norte e o Nordeste brasileiro, regiões mais pobres e com maior vulnerabilidade social, possuem a menor proporção de médicos por habitante, menos da metade do observado nas regiões Sul e Sudeste. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; IBGE, 2013; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010).

Por outro lado, diversos estudos (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; PÓVOA; ANDRADE, 2011) vem tratando da relação da satisfação do trabalho médico como sucesso à provisão e fixação desses profissionais nas áreas ditas de difícil acesso e vulneráveis, seja satisfação por meio de incentivos financeiros, salários elevados, possibilidade de crescimento na carreira através de incentivos de educação permanente, ou apenas melhoria nas condições de moradia. Nesse sentido, deve

haver uma combinação de estímulos para a provisão médica, não havendo uma única solução efetiva.

Iniciativas do Estado brasileiro têm sido realizadas para o provimento emergencial de profissionais de saúde há décadas. Destaca-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) em 2001, e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), iniciado em 2011 (CARVALHO; SOUSA, 2013). Porém, apesar da importância destes programas para atrair profissionais a áreas remotas, nenhum conseguiu fazê-lo na magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios (GIRARDI et al, 2011).

Em 2013, em resposta a pressões sociais e impulsionado pela demanda da Frente Nacional de Prefeitos que reuniu assinaturas de mais de 2,5 mil prefeitos com a campanha “Cadê o médico?” durante o encontro Nacional dos Novos Prefeitos e Prefeitas (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2013) o Governo Federal lança o Programa Mais Médicos (PMM). Intervenção nacional do MS em conjunto com o Ministério da Educação e que vislumbra o provimento e qualificação da carreira médica no país. O Programa divide-se em três eixos: 1. O provimento emergencial, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil, que trata da contratação imediata de médicos brasileiros e estrangeiros para as unidades básicas de saúde (UBS); 2. A educação médica, que discorre sobre a ampliação e redistribuição de vagas na graduação de medicina e dos programas de residência médica; 3. A infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, que se refere à reestruturação e aquisição de insumos para as unidades (BRASIL, 2013a, 2013b).

O PMM ampliou o recrutamento e a alocação de médicos, sendo 14.462 profissionais em 3.785 municípios em 2013, destes, 12.616 médicos eram 15 estrangeiros advindos de 49 países, em especial Cuba. Quantitativo este que aumentou a cada edital lançado pelo Programa, crescendo também a proporção de brasileiros integrantes (OLIVEIRA et al., 2015). O número de médicos participantes foi maior em estados onde a provisão médica era mais problemática, como previsto na Lei (BRASIL, 2013a; PINTO et al., 2017).

O estado da Paraíba, por décadas, teve uma quantidade de vagas para entrada no curso de medicina muito baixas e praticamente estagnadas, variando de 164 vagas anuais em 1991 para 180 vagas em 2003. Esse quadro começou a mudar em 2004,

com a criação de 80 novas vagas. Apesar do aumento, ainda era baixo quando comparado a média nacional. No ano de 2010, 337 médicos foram graduados, deixando a razão médico por mil habitante em 1,19, e a Paraíba em 15º lugar do ranking dentre os 27 estados, abaixo da média nacional, 1,86 médicos por mil habitantes. Nos anos subsequentes, com incentivos governamentais as vagas aumentaram consideravelmente, subindo para 1.066 em 2014, sendo parte dessas últimas prevista pelo PMM (BRASIL, 2017b; SISTEMA DE INDICADORES DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE, 2017).

Mesmo diante desta realidade, em 2011, o estado da Paraíba ainda tinha metade da proporção nacional de médicos por habitantes (BRASIL, 2017b) e índices alarmantes em saúde e desigualdades sociais (IBGE, 2013).

Diante desse quadro, o provimento médico permanece como um dilema na realidade brasileira e paraibana. Neste sentido, a seguinte questão norteadora foi proposta para a realização desta pesquisa: Como o trabalho médico vem sendo provido no estado da Paraíba a partir da experiência do PMM?

2 JUSTIFICATIVA

O respeito ao direito à saúde da população brasileira, conforme as garantias constitucionais de 1988 implica, necessariamente, a garantia de equipes de saúde com profissionais e condições de trabalho condizentes com as demandas e de cada território. Neste trabalho, a ênfase está na compreensão da importância da provisão de médicos, por meio do PMM, como uma iniciativa fundamental para a garantia dos compromissos com a saúde da população.

A Paraíba é um estado economicamente vulnerável, o que agrava as inequidades sociais. Na saúde, esse quadro fica evidente quando se compara o percentual de médicos por habitantes. Enquanto a média nacional em 2010 era de 1,86 médicos para cada 1000 pessoas, no estado da Paraíba a média era de apenas 1,19 (BRASIL, 2017b). Além disso, parcela significativa dos médicos prioriza seus vínculos junto ao setor privado e nas regiões metropolitanas ocasionando maior dificuldade de provisão de profissionais nos serviços públicos e no interior (IBGE, 2018; SISTEMA DE INDICADORES DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE, 2018).

Sem dúvidas, o parco percentual de profissionais médicos por habitante no estado da Paraíba e, mais particularmente, no âmbito da saúde pública, dificulta a construção e a afirmação do acesso universal à saúde preconizado e construído diariamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante deste cenário afirma-se a importância de estudos e pesquisas que aprofundem o significado e os impactos do baixo percentual de médicos no estado em tela.

Neste sentido, o PMM tem sido uma iniciativa de relevo e com capacidade de contribuir com os dilemas enfrentados com a ausência de profissionais médicos em vários territórios brasileiros e, em especial na Paraíba. No entanto, tal iniciativa, embora seja um avanço importante, ainda não é suficiente para transformar toda essa realidade que se arrasta no estado.

Também cabe ressaltar que embora se perceba avanços obtidos com o PMM sobre a provisão médica no estado, a produção acadêmica sobre esse tema ainda é bastante escassa. Ao ser consultada a bases de dados do Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde não foi encontrado nenhum trabalho acadêmico acerca da avaliação do PMM na Paraíba. Ainda, sobre a literatura nacional, são poucos os trabalhos que avaliam o PMM enquanto uma política de provisão a exemplo de Oliveira et al. (2015), Pinto et al. (2014, 2017) e Kemper et al. (2016). Dessa forma, é de grande relevância

acadêmica desenvolver uma pesquisa que procura analisar a política de provisão do trabalho médico, a partir do PMM na Paraíba.

Ao aprofundar elementos da provisão médica na APS no estado da Paraíba, em especial do PMM, este estudo tem possibilidades de colaborar para reflexão e discussões acerca desse tema, contribuindo com o seu aprimoramento. Pode contribuir ainda para explicitar elementos do contexto político-social, mais precisamente no campo das políticas públicas de saúde. A realização deste estudo adquire maior viabilidade devido a pesquisadora já desenvolver suas atividades profissionais e acadêmicas neste campo. Dessa forma, pretende-se colaborar com a produção científica acerca desse tema.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o Projeto Mais Médicos no contexto da provisão do trabalho médico no estado da Paraíba.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Compreender o provimento de profissionais médicos na APS no estado da Paraíba com a implantação do Projeto Mais Médicos;
- b) Descrever o perfil dos profissionais inseridos no Projeto Mais Médicos no estado da Paraíba;
- c) Analisar a satisfação como elemento da provisão entre os médicos participantes do Projeto Mais Médicos no estado da Paraíba.

Por fim, para abrir o leque de discussões a serem investigadas formular alguns pressupostos teóricos apresentados abaixo:

- a) É necessário consolidar políticas de provisão do trabalho médico no Brasil;
- b) O Projeto Mais Médicos contribuiu no provimento de profissionais médicos em áreas deficitárias como o estado da Paraíba;
- c) A satisfação do médico contribui para sua permanência no local de trabalho.

4 REFERENCIAL CONCEITUAL

4.1 Conceitos introdutórios

Dialogando com a definição de provisão apresentada pelo dicionário Aurélio como ato de prover, de fornecer, a provisão médica advém do ato de alocar o profissional médico em determinado serviço de saúde (FERREIRA, 1999). Na constituição brasileira de 1988, o direito a saúde é universal e de dever do Estado, assim sendo, é um direito do cidadão brasileiro o acesso a assistência médica quando o for necessário. Dessa forma, considera-se a provisão médica em serviços públicos de saúde um papel eminentemente do Estado brasileiro, representado nos seus entes federais, estaduais ou municipais (BRASIL, 1988). Seja por meio de regulação do mercado de trabalho, políticas públicas de incentivo, ou o que mais possa garantir a chegada de médicos em áreas outrora ausente. Para aprofundar o debate de provisão, resgatar-se-á previamente regulação do mercado de trabalho e políticas públicas de incentivo.

O termo regulação é amplamente discutido na literatura, tendo sua definição atravessando diversas áreas do conhecimento. Num debate mais semântico, a língua inglesa trata regulamentação e regulação como o mesmo conteúdo, dito **regulation**, mudando apenas o sentido a partir da frase comunicada. Já a língua latina delimita regulamentação e regulação como conteúdos diferentes, sendo o primeiro, utilizado para se referir a normas, regras e leis e a segunda, a ação de sujeitar a ação humana a esses regulamentos. A regulação compreende todos os aspectos da regulamentação e amplia para um controle mais geral (GIRARDI, 1994).

Numa visão mais econômico-jurídica, o termo regulação em geral carrega como significado um conjunto de normas, regras, fiscalização e controle de uma determinada atividade, ocupação, mercado ou um determinado setor, como o “setor saúde” por exemplo (GIRARDI, 1994).

Mas, existe ainda uma gama de definições do termo regulação. Neste trabalho adota-se uma definição advinda da teoria político-econômico do “Estado de Bem-Estar Social” de John Maynard Keynes. Assim sendo define-se regulação como uma intervenção programada/organizada/consciente do Estado sobre o mercado e serviços (GIRARDI, 1994).

John Maynard Keynes (1883-1946), teórico Inglês, conviveu com duas grandes crises capitalistas durante a primeira e segunda guerra mundial, tendo sua teoria voltada para o enfrentamento e superação da crise do capital. Seu pensamento considera o papel do Estado como mantedor da ordem capitalista diante das suas deficiências naturais e, assim, coloca o Estado como instrumento regulatório e intervencionista a serviço da economia. Considerado um teórico liberal não ortodoxo, Keynes vê no estado um papel regulador também para garantir alguns direitos sociais básicos a fim de minimizar os efeitos deletérios do capital, chegando então ao “Estado de Bem-Estar Social”. Para Keynes, a garantia da cidadania, dos direitos sociais básicos e da diminuição das desigualdades à grande massa trabalhadora era uma forma não só de conservação, mas de evolução do capital. Desta forma, cabe ao Estado manter a ordem e as condições materiais para produção e reprodução do trabalho (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Assim, a emergência de políticas públicas está atrelada às necessidades de mediação da relação entre classes sociais. Tendo em vista que a assistência à saúde se constitui como um serviço fundamental, tanto no âmbito da produção, pois a mercantilização deste serviço é altamente rentável quanto pelas necessidades de construção de certa legitimidade uma vez que as mazelas individuais e epidemias não assistidas geram desordem, comprometimento social e revolta popular, o Estado torna-se cada vez mais responsável por prover e organizar ações e serviços que podem vir a configurarem-se como políticas públicas.

O pensamento liberal, obstante disso vê o Estado como algo neutro e autônomo, independente de interesse de grupos sociais. Consiste numa tradição centrada no conceito de liberdade como a ausência de impedimentos ou restrições, ausência de interferência externa, como o estado, que limita pessoas, organizações, empresas, comércios ou serviços (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Constata-se no pensamento liberal os fundamentos: i) a igualdade dos indivíduos perante a lei e, ii) a igualdade de direitos, diga-se os direitos básicos garantidos constitucionalmente (BOBBIO, 1994).

Ao tratar esta esfera apenas no âmbito formal, a teoria difundida pelo liberalismo clássico procura reduzir o compromisso do Estado no âmbito da proteção social e dar ênfase ao papel do mercado e dos indivíduos na resolução dos seus conflitos e necessidades (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Essa breve retomada do papel do Estado busca compreender melhor todo o processo histórico de pactuação de direitos disputados entre classes sociais, na Constituição Federal de 1988. A luta pela ampliação da esfera pública e da responsabilidade estatal sempre se colocou numa tensão explícita com a concepção liberal de que cabe ao Estado apenas uma função secundária na regulação e no provimento dos direitos sociais fundamentais (OCKÉ-REIS, 2014).

Dessa forma, todo o processo de idealização e construção do sistema público de saúde tem sido fortemente pressionado por estas disputas. A construção do SUS expressa esse campo de tensões e contradição. Os dilemas entre a garantia da universalidade e a seletividade reiteram que também nesta política pública há uma disputa entre concepção que repercutem diretamente na vida dos usuários e profissionais da saúde (OCKÉ-REIS, 2014).

4.2 O SUS, as políticas de provisão no Brasil e o Programa Mais Médicos

A origem dos sistemas públicos de saúde, assim como a noção de proteção social dá-se no início do capitalismo quando a força produtiva migra massivamente do campo para a cidade. Este processo produz um aumento do índice de miséria explícita com as precárias condições de moradia, ausência de saneamento básico, aumento da violência, dentre outros. Neste cenário, cresce o número de epidemias por doenças infectocontagiosas e surgem as primeiras intervenções do Estado que busca construir ações de controle epidemiológico. A industrialização, tanto na Europa quanto posteriormente no Brasil, e a emergência de uma classe operária urbanizada acirraram os conflitos e explicitaram a necessidade da luta das classes subalternas pelo direito a condições mínimas de vida. É neste contexto que ocorreram acontecimentos fundamentais para a generalização das políticas públicas. No âmbito da luta da classe trabalhadora pode-se destacar a Revolução Russa de 1917 e no âmbito econômico a crise capitalista de 1929. Soma-se a estes acontecimentos a segunda Guerra Mundial e todos seus impactos na Europa produzindo um período de sofrimento e miséria. Estes fatos ampliaram o debate sobre proteção social na Europa e, conseqüentemente, sobre os sistemas universais de saúde (PAIM, 2013).

Este momento foi sucedido pela hegemonia norte americana e sua visão liberal ortodoxa das políticas sociais focada no combate à pobreza como forma de contenção social. Este modelo foi proposto e difundido em todo o mundo pelo Banco Mundial e

norteou o desenvolvimento de diversos serviços públicos como, por exemplo, a saúde, a previdência e a educação (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

O Brasil, diante do contexto internacional caracterizado anteriormente, também passava por mudanças. A luta por direitos básicos e as greves dos operários no final do século XIX e início do século XX que eram violentamente repreendidas pelo aparato militar, alcançou algumas concessões com o governo de Getúlio Vargas. Diferente do liberalismo americano clássico, o Brasil no governo Vargas adotou uma política de Estado desenvolvimentista, onde no âmbito das políticas sociais de previdência e saúde destacam-se os “Institutos de Aposentadorias e Pensões” para os trabalhadores formais e a “Legião Brasileira de Assistência” para os não incluídos no mercado de trabalho, sendo este um início das políticas públicas de assistência à saúde no Brasil (MACIEL FILHO, 2007).

Durante o período de ditadura militar (1964-1985) observa-se um novo modelo político-econômico no Brasil que altera as ações de assistência social, aproximando-se mais do liberalismo americano, com redução do financiamento público e privatização de serviços estatais. Após 1974, os movimentos sociais, sindical, partidos, organizações populares de saúde em conjunto com a luta pela queda da Ditadura Militar também reivindicavam a ampliação das políticas públicas sociais, direito ao acesso e cidadania. Neste contexto foi formulada a proposta do SUS (PAIM, 2013).

O SUS foi institucionalizado na Constituição Federal de 1988, nesse momento, o acesso universal a saúde passava a ser um direito constitucional para toda a população Brasileira e o Estado, a partir de então, teria o dilema de como garantir a universalização do acesso à saúde (BRASIL, 1988; PAIM, 2013).

No ano de 1990 são publicadas as Leis Orgânicas que regulamentam o SUS, a Lei nº 8080 discorre sobre a organização e o funcionamento dos serviços do sus e a Lei nº 8142 sobre a transferência de recursos financeiros, entre outros temas. Após as Leis Orgânicas o MS lança o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, orientando de forma sistemática a saúde pública brasileira para a APS (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

O PSF, depois foi intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tratar de uma estratégia que se tornou o eixo central da reorientação do modelo assistencial à

saúde pública Brasileira. Priorizando a Atenção Básica como coordenadora do cuidado em saúde (CASTRO; MACHADO, 2012; CONILL, 2007).

Embora os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, tenham sido bastante diferenciados na década de 90, como diversos autores já vem considerando-os como sinônimo, neste trabalho serão considerados como tal (CASTRO; MACHADO, 2012). A AB assim pode ser definida como:

um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012 p.19).

Apesar do exposto, a Estratégia de Saúde da Família vinha crescendo em cobertura 1,5% ao ano até 2013 (ano de criação do PMM), sendo um dos grandes motivos desse baixo crescimento a escassez de profissionais médicos (PINTO et al., 2014). Este panorama nos direciona a crer na construção de uma política de regulação e provimento do trabalho médico como algo fundamental para efetivação do acesso à saúde e consolidação da APS no país.

O debate da provisão médica por parte do Estado brasileiro é antigo e constante, no ano de 1979, o extinto Conselho Federal de Educação² já discursava em seus documentos da necessidade não só de formar mais médicos, com a ampliação das vagas de graduação em medicina, mas distribuí-los conforme a necessidade de cada região (MACIEL FILHO, 2007). Esse tema também é uma pauta comum de discussão e reivindicação entre movimentos populares, acadêmicos pensadores da saúde coletiva e gestores (GIRARDI et al., 2011).

Apresenta-se a seguir as principais tentativas governamentais de se estabelecer programas de provisão na saúde, em especial para regiões interioranas.

O Projeto Rondon, lançado em 1968, através do decreto nº 62.927, de início foi um projeto de extensão universitária, o primeiro de alcance nacional, que englobava além de estudantes de medicina acadêmicos de engenharia, geociências,

² O conselho Federal de Educação foi estabelecido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de nº 4024/61 em 1961, trata-se de um conselho com 24 membros nomeados pela Presidência da República que tinha como atribuição decidir sobre o funcionamento dos estabelecimentos isolados de nível superior federais e particulares. Além de decidir sobre o reconhecimento das universidades, atuar sobre a grade curricular e a abertura de novos cursos de graduação.

documentação e comunicação. Previa estágios de vivência, a princípio, na região Norte do país (LOPES, 2013).

Uma década depois, já intitulado Fundação Projeto Rondon, com atuação no Norte, Nordeste e Centro-oeste do país, pesquisas desenvolvidas na área de recursos humanos e autonomia financeira, o projeto Rondon inicia contratos assalariados de serviços temporários (por até 12 meses) com profissionais liberais e servidores públicos para os interiores. Esta se tornou a primeira ação de provimento médico para interiores a nível nacional. Este programa foi diminuindo as suas atividades com a queda da ditadura militar e redemocratização (MACIEL FILHO, 2007).

Naquele mesmo período havia ainda uma intenção por parte do Conselho Federal de Educação de criar um serviço social obrigatório, aos moldes do serviço militar, a fim de prover a força de trabalho necessária para suprir a demanda dos interiores por profissionais de nível superior, porém esta proposta não foi efetivada (MACIEL FILHO, 2007).

No ano de 1975, dois eventos impulsionaram a ampliação da cobertura em saúde pública, a criação do Sistema Nacional de Saúde (por meio da Lei nº 6229) e a realização da V Conferência Nacional de Saúde que traz como um dos temas centrais no seu relatório final a extensão dos serviços de saúde a população rural. (BRASIL, 1975; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975).

No ano seguinte, em 1976, através do Decreto de nº 78.307 é lançado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, desta vez um programa de provisão exclusivo a assistência à saúde. Porém, ao contrário do Rondon este priorizava a assistência por profissionais de nível auxiliar, não de nível superior. O PIASS é lançado como uma tentativa do Ministério da Saúde de estruturar os serviços básicos de saúde em comunidades de pequeno porte, tendo privilegiado inicialmente o Nordeste e depois nacionalizando-se (SCOREL, 1999).

O PIASS foi criado com a duração prevista de quatro anos e posteriormente renovado até o ano de 1985, ele previa a implantação de Unidades Básicas de Saúde e tinha ênfase prioritária em prevenção, especialmente em doenças transmissíveis. A grande limitação do PIASS era que ao passo que ampliava a cobertura da rede de serviços básicos tinha um sério limite na qualidade da atenção à saúde, uma vez que era composto por auxiliares. Não era um programa de provisão médica, e sim de provisão em saúde. O programa acaba com uma tentativa de integrá-lo como uma

fase do recém-criado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde que não foi efetivado (ESCOREL, 1999).

No ano de 1993, pós Constituição de 1988 e criação do SUS, o MS propõe o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS). A intenção era de uma ação grande, de abrangência inicial na Região Norte, porém com pretensão de nacionalização após seis meses, sempre priorizado municípios com nenhum ou apenas um médico. Seria uma estratégia de cooperação entre Governo Federal e estados, sendo a contrapartida financeira federal e a gestão dos recursos estadual. O PISUS previa dois eixos, o estrutural, que se dispunha a construir e equipar uma unidade de saúde para cada município aderido e o eixo de provisão imediata de profissionais, com a contratação de médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. Porém, menos de um ano depois, com a mudança presidencial no Brasil o programa foi extinto, ainda antes de ser efetivamente implantado (MACIEL FILHO, 2007).

Dentre os programas brasileiros anteriores ao PMM, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), criado em 2001 é o que mais se assemelha a este. O PITS é instituído pelo Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, sendo posteriormente regulamentado pela Portaria nº 227 de 16 de fevereiro de 2001 (BRASIL, 2001a, 2001b). Foi fruto de um grupo de trabalho interinstitucional formulado meses antes, composto por conselhos de secretários de saúde, organização Pan-Americana de saúde, entidades médicas e de enfermagem, representantes de movimentos populares e movimento estudantil de medicina (MACIEL FILHO, 2007).

Este programa previa a vinculação de médicos e enfermeiros, através de bolsas, financiadas pelo governo federal, sendo os médicos com valores entre quatro mil a quatro mil e quinhentos reais e enfermeiros no valor de dois mil e oitocentos a três mil cento e cinquenta reais a depender da sua localização. Além disso contava com um curso introdutório, curso de especialização de 360 horas e o apoio de tutoria e supervisão continuadas. A estrutura para garantir a estadia dos profissionais como moradia, alimentação e transporte era financiada pelos gestores municipais (BRASIL, 2001a, 2001b). Contudo, o PITS ofertava um número reduzido de vagas, sendo 300 para médico e 300 para enfermeiro, nunca tendo atingido esse total de médicos em atuação. Após um seminário nacional de avaliação, em junho de 2003, o programa passou por uma reformulação que teve como objetivo integrá-lo as estruturas do SUS,

a partir daí suas atividades foram parando paulatinamente até serem encerradas em julho de 2004 (MACIEL FILHO, 2007).

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), é mais um programa de provisão para a APS, foi lançado em 2011 através da Portaria MS nº 2.087. Entretanto, neste está inserido além do profissional médico o enfermeiro e o dentista. O profissional que a ele adere recebe o incentivo de uma bolsa do governo federal no valor de dez mil reais. Além disso, o PROVAB tem incentivos educacionais, prevê um curso de especialização em saúde da família e 10% sobre a nota nas provas de Residência de acesso direto. A partir de 2014, o MS regulamenta que os profissionais médicos atuantes no PROVAB podem migrar para o Programa Mais Médico no final do seu contrato, de dois anos. Até o presente momento o PROVAB ainda não encerrou suas atividades, porém encontra-se com um número reduzido em relação ao original e seleção unificada com o PMM (ARAÚJO, MICHELOTTI; RAMOS, 2017).

Como pode-se observar o Brasil já teve em sua história diversos programas de provisão, porém nenhum deles conseguiu a amplitude do PMM no que diz respeito a cobertura da população assistida, ao número de profissionais médicos atuantes e ao tempo de duração (OLIVEIRA, 2015).

O déficit na provisão médica no Brasil tem facetas que vão para além da proporção de profissionais por habitantes ser menor que as necessidades da população. Observa-se ainda uma desigual distribuição regional e entre o serviço público e o privado. Esses profissionais estão fortemente concentrados em grandes centros e municípios mais ricos, deixando as áreas com a população mais pobre ainda mais desassistida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; IBGE, 2009; PINTO et al., 2014).

Em relatório de pesquisa publicado em 2011 intitulado “Demografia médica no Brasil” o Conselho Federal de Medicina (CFM) traz o perfil dos médicos com registro no país, abordando também dados como médicos por habitantes e alocação segundo regiões. As duas figuras 1 e 2 foram apresentadas neste artigo e mostram a proporção de médicos por mil habitantes de 1980 a 2010 e sua respectiva distribuição geográfica. Na primeira figura fica explícito que em 2010 haviam no país um percentual de 1,91 médico para cada mil habitantes. Na segunda figura pode-se observar que as regiões mais pobres e com maior vulnerabilidade social (Norte e Nordeste) possuem a menor proporção de médicos por habitante, chegando a 0,98 na região Norte e 1,19 no

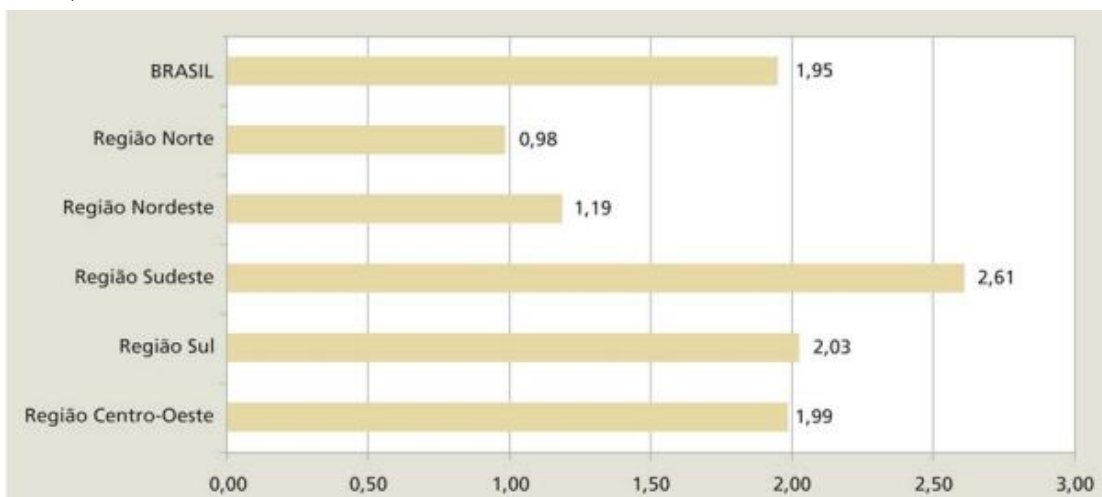
Nordeste, perfazendo menos da metade do observado nas regiões Sul e Sudeste. Este mesmo estudo aponta o Estado da Paraíba com a razão de 1,3 médico por mil habitante em 2010, sendo o décimo quinto do ranking de 27 estados. Além da má distribuição entre as unidades federativas o estudo também evidencia uma má distribuição entre as capitais e o interior, com prejuízo para este último (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Figura 1 - Evolução da razão médico/habitante, 1980-2010, Brasil.



Fonte: Conselho Federal de Medicina (2011)

Figura 2 - Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões, Brasil, 2011.



Fonte: Conselho Federal de Medicina (2011)

O estudo chama atenção ainda para a relação entre postos de trabalho médico ocupados nos setores público e privado no ano de 2011, sendo essa relação sempre desfavorável para o setor público. Em números absolutos, os postos de trabalho médico é 26% maior para os clientes dos planos de saúde quando comparados aos do SUS. Aprofundando essa realidade, a população que depende exclusivamente do serviço público é 3,25 vezes maior que aquela que pode usar o serviço privado, trazendo uma relação final de 3,9 vezes mais postos de trabalho disponíveis para a clientela da saúde privada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Ao analisar os dados dessa pesquisa constata-se que na região nordeste a disponibilidade de postos médicos na rede privada era sete vezes superior ao público em 2011.

Esse relatório publicado pelo CFM serve de bom parâmetro para o presente estudo uma vez que traz a fotografia da distribuição médica no país em de 2010, ano pouco anterior ao lançamento do PMM. O Programa Mais Médicos nasce em resposta a essa necessidade de prover médicos na atenção primária dos serviços públicos de saúde. É uma política pública que foi instituída por meio da Medida Provisória (MP) Nº 621 em oito de julho de 2013, e em outubro do mesmo ano convertida na Lei 12.871 (BRASIL, 2013a, 2013b). O texto da MP apresenta como finalidade do PMM formar recursos humanos na área médica para o SUS. A medida traz ainda oito objetivos do programa que buscam reduzir o déficit médico em áreas prioritárias para o SUS, diminuir as desigualdades regionais na assistência médica e direcionar o eixo central da assistência em saúde para a APS. Para isso, o Programa indica a ampliação e redirecionamento da formação médica no país, com uma maior inserção dos cursos de graduação nos cenários de prática da APS, a educação permanente para os profissionais que aderiram ao programa e um estímulo a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013a).

Em seu primeiro capítulo, “das disposições gerais”, a MP discorre, no artigo segundo, sobre as ações que devem ser efetivadas no programa:

Art. 2º. Para consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

- I - reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013, p.1).

Além do fomento e reformulação dos cursos de graduação e pós-graduação na área médica a MP abrange ainda a provisão imediata de médicos nas áreas desassistidas na APS. Intitulado “Do Projeto Mais Médicos para o Brasil”, o capítulo IV da MP 621 dispõe sobre a organização e coordenação dessa provisão imediata (BRASIL, 2013b).

O Projeto Mais Médicos prevê a participação de médicos formados no Brasil e com diploma revalidado, além dos médicos intercambistas, aqueles com graduação fora do Brasil, sem revalidação do diploma, e que cumpram os critérios de participação dispostos na lei. Para os médicos intercambistas é previsto um registro temporário a ser emitido pelos Conselhos Regionais de Medicina e a eles fica vetado o exercício profissional da medicina fora do PMM. O Projeto dispõe ainda sobre a seleção e ocupação de vagas ofertadas, priorizando os médicos formados ou revalidados no Brasil e em seguida os brasileiros formados no exterior. Abre-se então edital de seleção para médicos estrangeiros apenas quando as vagas não são preenchidas. Trata ainda do aperfeiçoamento dos médicos participantes, prevendo cursos de especialização, avaliação periódica e o apoio de um Supervisor e Tutor, diga-se: “II- o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e III- o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica” (BRASIL, 2013a, art. 9).

Os profissionais ligados ao PMM não possuem vínculo empregatício e são remunerados através de três tipos de bolsas: Bolsa Formação, Bolsa Supervisão e Bolsa Tutoria, que são garantidas pela União, sendo seus valores decididos em conjunto pelo Ministério da Saúde e da Educação (BRASIL, 2013a).

Em 22 de Outubro de 2013 a MP 621 é convertida para a Lei nº 12.871, mantendo os itens acima descritos, e trazendo novas normas sobre os programas de residência médica e alterações pontuais no capítulo referente ao Projeto Mais Médicos. Um acréscimo destacável na lei é o inciso 2º do artigo 30, que prevê uma melhoria na qualidade de equipamento e infraestrutura das unidades básicas de saúde através de planos plurianuais, dando um prazo de cinco anos ao SUS para adequar-se. O eixo de melhoria na estrutura das unidades até então não havia sido prevista na MP.

4.3 A satisfação enquanto elemento para a provisão

A categoria satisfação no trabalho vem sendo debatida há décadas, dada a sua importância para o comportamento em relação ao ambiente de trabalho e a escolha deste (MARQUEZE; MORENO, 2005).

Barbosa et al. (2016) trazem que as décadas de 60 a 80, período de difusão das ideias liberais no ocidente, teve grande referência para estudos de satisfação no trabalho, sendo as compreensões da definição de satisfação diversas. Uma ideia amplamente difundida nesta época é a de satisfação como uma atitude. Alguns a definiam como uma capacidade de enfrentamento de situações adversas, outros correlacionam satisfação com produção (MARQUEZE; MORENO, 2005). Porém, a ideia de satisfação correlacionada a algo emocional, uma sensação de bem-estar, surgida também nessa época, foi mais difundida nas décadas seguintes (BARBOSA et al., 2016).

Em 1969, em sua publicação intitulada “O que é satisfação no trabalho”, Locke já a tratava como o resultado de uma avaliação feita pelo trabalhador, um fenômeno individual. Porém, correlacionado a condições específicas do trabalho (como função exercida, condições de contratação e pagamento), assim como o que ele chama de agentes do trabalho (seja colegas, supervisores ou relações locais). Sendo que nesse conjunto importa a realização dos seus valores (LOCKE, 1969). Fraser (1996) corrobora com essa ideia quando traz a satisfação no trabalho como algo subjetivo, individual, contudo, modificado por questões internas e externas, referentes ao próprio indivíduo ou ao trabalho.

Desde o início do século XX estudos vem aprofundar as diversas dimensões, causas e efeitos da relação de satisfação com o trabalho (BARBOSA et al., 2016), assim, motivos de satisfação e insatisfação para as mais diversas categorias e postos de trabalho são comumente pesquisados. Bauk (1985) traz como motivos de insatisfação no trabalho a falta de ascensão na carreira, ou a falta de perspectiva para esta, e a avaliação da performance do trabalhador, carga horária excessiva e a interferência do trabalho na vida particular.

Por outro lado, a natureza do trabalho, autonomia do trabalhador, bons salários, bom relacionamento com colegas e chefia, e possibilidade de promoção vem sendo descrito como motivos para satisfação (BARBOSA et al., 2016; ESTEFANO, 1996; SNEED; HERMAN, 1990).

Para fins dessa dissertação será adotado o conceito de satisfação no trabalho como uma avaliação do trabalhador sobre o trabalho em si, as relações de trabalho, o ambiente do trabalho e seu estado de bem-estar e realização pessoal. Neste caso, em se tratando da participação específica no PMM, a satisfação no trabalho é também uma avaliação do próprio Programa.

No que diz respeito às especificidades do trabalho na atenção primária à saúde, autores vem correlacionando a provisão e fixação dos profissionais no ambiente de trabalho com a satisfação (CAMPOS; MALIK, 2008; CAPOZZOLO, 2003). No que diz respeito a provisão médica na APS, Malik (2018, p. 350), discorre que:

a necessidade de tornar o programa atraente para os médicos levou alguns gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação desses profissionais no trabalho. Algumas das estratégias utilizadas foram melhorias salariais e capacitações dos profissionais.

Essa autora traz ainda a insatisfação com a função que desempenha como principal fator de saída do trabalho. A insatisfação no local de trabalho tem sido considerada a principal causa de rotatividade entre profissionais da saúde do nível primário (HALL et al., 2010).

Capozzolo (2003), em pesquisa com médicos da APS no município de São Paulo, traz como motivos para satisfação em sua atuação o salário, as condições de trabalho e a possibilidade de exercer uma medicina mais integral e humanizada.

Stralen et al. (2016), relata que a satisfação com a proposta salarial desponta como um dos principais fatores de atração para um médico assumir um posto de trabalho em áreas remotas. Diz ainda que o fator salário torna-se ainda mais importante para a captação de médicos quando o município oferece poucas opções de serviço ou lazer. Outros fatores que seus estudos apontam como importante para a atração de profissionais foram a forma do vínculo do trabalho, jornadas de trabalho menores e possibilidade de folgas.

Dessa forma, diversos autores têm relacionado a satisfação como elemento importante para a atração ou provisão de profissionais médicos. Tendo esse elemento particular importância quando se trata de áreas remotas ou pouco atrativas como pequenos municípios, interiores e zona rural (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; STRALEN et al., 2016).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma avaliação de política pública, uma vez que se baseia em uma coleta sistemática de informações seguido de um julgamento, um juízo de valor sobre os dados pesquisados, tendo como finalidade melhorar sua eficácia, apoiar e orientar decisões para ações futuras (BROUSSELLE et al., 2013).

Enquadra-se em um estudo de caso por se tratar de uma investigação empírica que estuda particularidades e complexidades de um caso singular e que busca compreender o objeto de estudo dentro de determinadas circunstâncias (MINAYO, 2010). O estudo de caso se debruça sobre uma situação, um fenômeno particular, o que o faz um tipo de estudo adequado para investigar problemas práticos (DEUS et al., 2014). Para André (2005), o uso da técnica de estudo de caso permite uma pesquisa mais contextualizada e baseada em populações de referência, delimitadas pelo autor para buscar determinadas características expansíveis para amostras maiores.

O tipo de estudo de caso em questão é caracterizado por André (2005) como *instrumental*, pois o interesse da pesquisadora é compreender uma questão que o caso específico vai ajudar a entender. Ao mesmo tempo, a mesma autora qualifica este tipo de estudo de caso como *avaliativo*, pois aprofunda num determinado caso com o objetivo de contribuir para avaliar, julgar méritos, de políticas e programas.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa está sustentada numa abordagem quantitativa, valendo-se da técnica de questionário estruturado, além de uma revisão de literatura e de fontes documentais. Os aspectos quantitativos da pesquisa estão relacionados à exposição numérica dos dados obtidos, bem como sua organização em formato estatístico. Segundo Richardson, esse método se caracteriza “pelo emprego da quantificação tanto na modalidade de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas” (RICHARDSON, 2012, p. 70). Será avaliado o Projeto Mais Médicos no contexto da provisão e satisfação do trabalho médico no estado da Paraíba, apoiado em referências de avaliação em saúde.

5.2 Características do caso selecionado

O estudo tem como foco o estado da Paraíba, por tratar-se de um estado com alto índice de vulnerabilidade socioeconômica, questão está que agrava as inequidades em saúde, dificulta o acesso e a ampliação de serviços do SUS. (IBGE, 2013). Nos últimos três levantamentos do índice de Desenvolvimento Humano - IDH, a Paraíba oscilou entre o 23º e 24º lugar dos 27 estados do país. Tem um rendimento médio mensal per capita de R\$ 433 sendo a 18ª posição no Brasil. É ainda o sétimo pior estado em concentração de renda com Índice de Gini de 0,508 em 2013 e 8,11% da população vivendo abaixo da linha da pobreza. Em 2010, o estado apresentava o terceiro maior índice de analfabetismo, atingindo 20,2% da população com idade acima de 10 anos, enquanto a média brasileira era 9% (IBGE, 2004, 2013; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010).

No que se refere à saúde, apesar de possuir o segundo maior percentual de domicílios cadastrados nos serviços de atenção básica (78,6% em 2013), está apenas na 16ª posição entre os estados em se tratando de consulta com médico nos últimos 12 meses (66,4% da população teve acesso a consulta com médico). Outros indicadores da condição de saúde no estado são: internação em hospitais por 24h ou mais (6,2%, 12º no país), abortos espontâneos entre mulheres de 18 a 49 anos (16,1%, 17º no país), AVC com diagnóstico médico em pessoas com mais de 18 anos (1,8%, 8º maior no país), mortalidade infantil (17,52 por mil nascidos vivos, 17º no país), perda de 13 ou mais dentes em maiores de 18 anos (28,7%, atrás apenas do Ceará) (BRASIL, 2013, 2017b).

5.3 Produção de dados

A atualidade do tema traz consigo o desafio de abarcar diferentes dados da realidade, nesse sentido a pesquisa está estruturada, na perspectiva de abordar a totalidade do problema exposto. O recorte temporal para empreendimento da presente pesquisa compreende o período situado entre o ano de 2013, quando foi criado o Programa Mais Médicos, ao ano de 2016, com a suspensão do governo Dilma Rousseff. Entendendo que com esta mudança governamental também houve mudanças ministeriais e dos quadros técnicos, assim sendo mudanças no programa.

Para tal, fez-se uso de uma revisão bibliográfica de publicações científicas acerca do tema, além do estudo de documentos oficiais de domínio público, em

especial a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que institui o Programa Mais Médicos.

A coleta de dado respondeu a cada objetivo que buscou-se alcançar.

Para compreender o provimento de profissionais médicos na APS no estado da Paraíba com a implantação do Projeto Mais Médicos (objetivo específico 1) utilizou-se informações solicitadas ao Ministério da Saúde sobre a quantidade de médicos vinculados ao PMM e dados extraídos do CNES/Datasus.

Para obter informação referente ao número total de médicos participantes do PMM entre junho de 2013 a setembro de 2016 no estado da Paraíba, apoiou-se na Lei nº 12.527/2011 (Lei do Acesso à Informação) que regulamenta o direito ao acesso por qualquer cidadão a informações de órgãos e entidades públicos, de todos os entes e Poderes, por eles produzidas ou custodiadas. A solicitação da informação foi realizada ao MS através do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (eSIC), com a seguinte questão: “Quantos médicos estavam atuando no Programa Mais Médicos no estado da Paraíba nos meses de dezembro de 2015 e de setembro de 2016?”. A Nota Técnica nº 37/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS em que o MS responde a questão encontra-se no Anexo A.

Além disso, a fim de ter uma compreensão quantitativa do panorama geral de médicos atuantes na APS no estado da Paraíba, foi realizada uma pesquisa por extração de dados de profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde entre os dois momentos de observação desse estudo – julho de 2013 e setembro de 2016. Para tal, foram selecionados aqueles profissionais médicos que se encaixavam na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como “Médico de família e comunidade” (225130) e “Médico da estratégia de saúde da família” (225142).

Para descrever o perfil dos profissionais inseridos no Projeto Mais Médicos no estado da Paraíba (objetivo específico 2) e analisar a satisfação como elemento da provisão entre os médicos participantes do Projeto Mais Médicos no estado da Paraíba (objetivo específico 3) optou-se pela utilização do questionário intitulado “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”³ (Anexo B) que é parte do Projeto de Pesquisa, “Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba”. A escolha pelo questionário justifica-se por ser uma:

³ O questionário foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em 22 de outubro de 2015, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188. O documento de aprovação encontra-se no Anexo 3.

[...] técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento, presente ou passado, etc. (GIL, 2008, p. 121).

Os dados resultantes das respostas dos questionários foram cedidos para esta pesquisadora após assinatura de Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Anexo C). O questionário foi respondido através de formulário eletrônico na internet disponibilizado via convite individual para todos os médicos participantes do programa no período de dezembro de 2015 a setembro de 2016. Sendo um universo total de 398 médicos nesse primeiro mês e 381 no segundo. Apesar desse universo, foram respondidos e validados 272 questionários.

Contudo, para esta pesquisa se debruçou sobre os dados elucidados a partir de quinze questões escolhidas a fim de atingir os objetivos específicos dessa pesquisa. O primeiro bloco, referente ao perfil do médico (questões 2, 5, 10, 11, 13, 14,19, 20, 21), foi necessário para compreender as características dos profissionais inseridos no Programa, compreendendo que são fatores que implicam na qualidade da provisão. O segundo bloco, que trata da satisfação do médico (questões 114, 115, 116, 117, 118 e 119), foram escolhidas por entender a satisfação profissional como um elemento de avaliação do programa assim como fator importante para expectativa de permanência do médico na APS, contribuindo para efetivação da política provisão.

A íntegra dos enunciados das questões utilizadas e as alternativas de respostas está no Anexo D.

5.4 Análise de dados

Os dados do CNES referentes ao quantitativo de médicos efetivos na APS no estado da Paraíba e do MS referente ao número total de médicos participantes do PMM na Paraíba foram analisados com o programa Microsoft Excel. Foram calculados os números de médicos (das duas CBOs utilizadas nesse estudo) por habitantes para cada município do estado da Paraíba nos meses de julho de 2013 e setembro de 2016. Esses resultados foram espacializados no programa QGIS v. 2.18.16 e gerados mapas dos dois momentos observados. Os mapas receberam legendas com cores graduadas em cinco classes divididas em quantis (quintis). Para comparação visual da evolução dos resultados, adotou-se as mesmas classes de legenda do primeiro

(julho/13), no segundo (setembro/16) mapa. Para verificar se as médias dos valores de médicos/mil habitantes eram ou não significativas, aplicou-se o Teste-T no programa IBM SPSS v. 22.0. Também foram calculadas a desigualdade da distribuição de médicos/mil habitantes nos municípios da Paraíba nos dois momentos da pesquisa. Para isso, calculou-se o Índice de Gini a partir dos dados extraídos do CNES. Os dados populacionais dos municípios foram extraídos da base de dados do IBGE de sua publicação anua de Estimativa de População.

Foram ainda extraídos do CNES, dados referentes ao número de Profissionais e de Ocupações (vínculos) para as duas CBOs verificadas neste estudo. Com esses dados foi construída uma razão de proporção Profissionais/Ocupações para o julho de 2013 e setembro de 2015. Por fim, foram extraídos também o número de Unidades Básicas de Saúde e Unidades Mistas na Paraíba, no início e fim do estudo.

Os dados do questionário “Mais médicos - Formulário de avaliação” foram analisados com o programa estatístico IBM SPSS v. 22.0.

Foram avaliadas as respostas referentes a 296 questionários, todos completamente preenchidos. Ao tabular os dados, foram observados onze questionários respondidos repetidamente, ou seja, pelo mesmo profissional médico, em datas diferentes. Nestes casos, foi considerada apenas a resposta mais recente. Foram encontrados ainda dez questionários respondidos de forma duplicada e um, triplicada, porém em mesmo dia e horário de envio e com respostas idênticas, por isso foram consideradas únicas. Um dos questionários respondidos estava identificado como “teste” e foi desconsiderado. Ao final dessa análise prévia, restaram, portanto, um total de 272 questionários respondidos válidos (N = 272).

As questões foram analisadas utilizando parâmetros básicos da estatística descritiva e, eventualmente, agrupadas em classes para melhor visualização e interpretação dos resultados. Algumas informações foram ainda tratadas em grupos de dados para permitir a visualização de cruzamento de variáveis, como por exemplo, ao se estratificar por país de nascimento, a questão de ser ou não o PMM o primeiro emprego.

Considerando que quanto a nacionalidade, os entrevistados eram divididos majoritariamente entre brasileiros e cubanos, também optou-se por explorar algumas análises agrupando os participantes em grupos de nacionalidade.

Para os itens das questões 114 e 115 foram dadas as opções de resposta: “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Nem concordo, nem discordo”,

“Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente”. Para efeito de debate dos resultados, considerou-se como respostas discordantes o somatório das duas primeiras opções e respostas concordantes o somatório das duas últimas opções. Para os cálculos de correlação e de evidência de associação foram atribuídos scores de 0 a 4 para as opções de resposta, na sequência como expostas nesse parágrafo.

As respostas 115 e 116 foram correlacionadas utilizando o Teste de correlação de Pearson. As respostas da questão 117 foram correlacionadas com as respostas dos itens da questão 118 para buscar de evidência de associação entre as variáveis. O método utilizado foi o Teste Exato de Fisher que se aplica para estabelecer significância estatística entre dados categóricos com amostras pequenas.

O quadro do Anexo D resume o procedimento metodológico adotado no presente estudo a partir de cada objetivo da pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo esteve em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Não haverá submissão ao Comitê de Ética uma vez que o questionário usado como base de dados, intitulado "Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba", já foi aprovado, no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188. Foi garantindo a confidencialidade dos dados e o anonimato todos os participantes da pesquisa que responderam ao questionário online. Não houve riscos de causar constrangimento aos participantes.

Como principal benefício deste estudo, ao término, seus resultados serão disponibilizados para a coordenação estadual do Programa Mais Médicos, bem como para o Ministério da Saúde, para que possam subsidiar avanços na política.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Caracterizando o provimento médico na APS no estado da Paraíba

A fim de compreender os possíveis impactos do PMM na provisão médica no estado da Paraíba optou-se por apresentar um cenário geral da atuação destes profissionais na APS.

Tabela 1- Panorama da provisão médica na APS no estado da Paraíba em julho de 2013 e setembro de 2016.

	Jul/13	Set/16
Profissionais saúde da família	623	837
Ocupação saúde da família	1392	1482
Relação Profissionais/Ocupação	0,447	0,565
Número de UBS + Unidade Mista na PB	1216	1342
Média médicos por município	2,794	3,753
Maior número de médicos em um município	133 (João Pessoa)	163 (João Pessoa)

Fonte: Autora, a partir da elaboração do CNES (UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2017).

A Tabela 1 sintetiza as informações de números de médicos na APS no estado da Paraíba, bem como o número de postos de trabalho. Pode-se observar que entre julho de 2013 e setembro de 2016, houve um aumento de 34,3% dos médicos da APS nesse estado. Neste último período, dos 837 médicos que estavam atuando na APS 381 eram vinculados ao PMM, representando 45,5%. Além desse aumento no número de médicos, houve também um aumento dos postos de trabalho. Observa-se que na categoria Ocupação, o número de postos de trabalho foi aumentado de 1392 para 1482, simbolizando 6,5% do total.

Nesse estudo observa-se que o número de profissionais que excediam a carga-horária de 40 horas semanais, chegando ao extremo de 80 horas, em unidades básicas de saúde reduziu de 4,0% em julho de 2013 para 1,4% em setembro de 2016. Considerando que os profissionais atuantes nas Unidades de Saúde da Família não conseguem se vincular nestes serviços com uma carga-horária tão maior que 40 horas semanais, uma vez que estes funcionam em regime de horários diurnos em dias úteis, estando abertas de 40 a 50 horas semanais. Cumprir uma jornada de 60 a 80 horas semanais em UBS diferentes não é uma realidade possível na prática, ou seja, esses profissionais não conseguiriam cumprir efetivamente essas horas de trabalho. A relação Profissionais/Ocupação, explicitada na Tabela 1 corrobora com essa ideia,

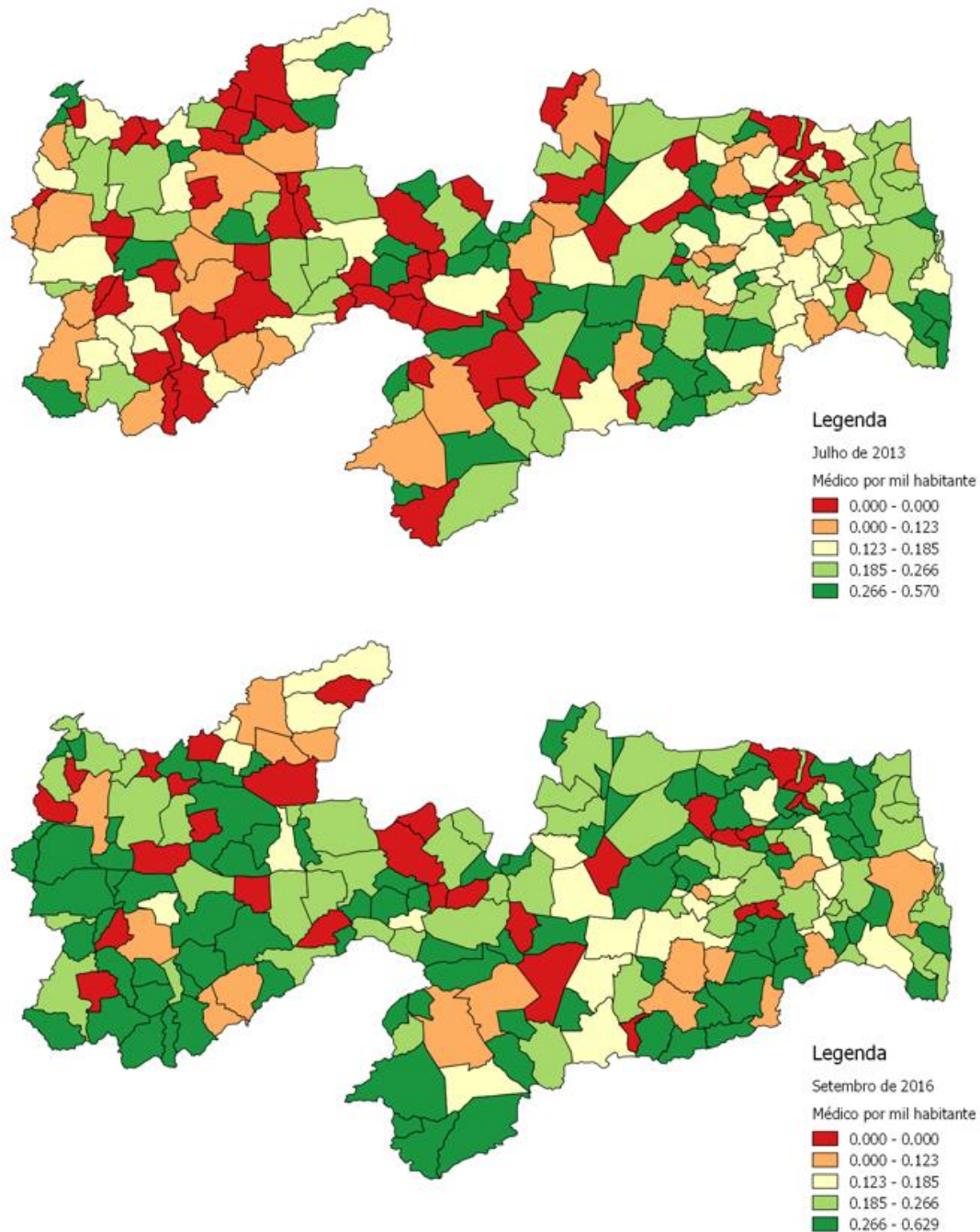
quando foi dividido o número de profissionais pelo número de postos de trabalho pode-se observar que essa relação aumenta, ou seja, aumenta o número de médicos que ocupa apenas uma vaga.

Maciel, Santos e Sales et al. (2010) apontam como comum a multiplicidade de vínculos no Nordeste brasileiro, sejam eles público com público ou público com privado. No estado do Ceará, o número de médicos que possuíam de dois a quatro vínculos chegava a 53,5%, e 0,6% de onze a vinte vínculos, sendo esse quadro justificado pela tentativa de aumentar a renda. Porém, esses múltiplos empregos e excesso de carga-horária comprometem o desenvolvimento do trabalho e a qualidade dos serviços ofertados, sendo um fator de precarização do SUS. Os autores apresentam que esses múltiplos vínculos muitas vezes se encontram em locais tão distantes que inviabilizariam o cumprimento da carga-horária, pois o médico precisaria estar em dois lugares ao mesmo tempo (MACIEL et al., 2010). Nesse sentido Campos et al. (2009) aponta que muitos municípios por não conseguirem fixar os médicos, acabam por fazer concessões que chegam a prejudicar a qualidade da assistência a saúde.

Em contraposição ao quadro exposto, a Lei que institui o PMM proíbe que o médico tenha vínculo empregatício em paralelo ao programa, além de prever fiscalização para o cumprimento efetivo da carga-horária, sendo este papel destinados aos supervisores e referências técnicas do ministério da saúde (BRASIL, 2013). Kemper et al. (2016) aponta que um dos fatores para o PMM ter uma cobertura qualificada é o cumprimento da carga-horária preconizada por parte dos profissionais.

A fim de analisar se a atuação desse programa vem contribuindo com a redistribuição da concentração dos médicos no estado da Paraíba trabalhou-se com os mapas representados na Figura 3.

Figura 3 - Distribuição de médico na APS por mil habitantes, por município no estado da Paraíba em julho de 2013 e setembro de 2016.



Fonte: Autora, a partir da elaboração de Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (2017); IBGE (2013b).

A primeira parte da Figura 3 representa a distribuição de médicos na APS por mil habitantes em julho de 2013. Nela observa-se que existiam 59 municípios sem nenhum médico, enquanto que na segunda parte da mesma figura, em setembro de 2016, esse número havia baixado para 31.

Verifica-se que houve redução de municípios sem médicos em todo o estado, mas, especialmente nas Mesorregiões do Sertão e da Borborema. Além disso, a proporção de médicos por mil habitantes foi redistribuída em todo o estado, simbolizada em especial pela interiorização. Considerando que a concentração desigual de profissionais médicos privilegiando as capitais e regiões culturalmente e economicamente mais atrativas vem sendo tratada como um fator importante para limitação da assistência em todo o Brasil (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; PAVOA; ANDRADE, 2006; SCHEFFER et al., 2015), aponta-se o dado da interiorização médica como um impacto positivo do programa.

A Lei do PMM tem como primeiro objetivo reduzir a carência de médicos nas áreas prioritárias para o SUS a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (BRASIL, 2013). Dessa forma, os municípios priorizados para oferta de vagas foram aqueles com maior vulnerabilidade social e carência de cobertura pela atenção básica, além de grupos especiais como indígenas (BRASIL, 2015a; PINTO et al., 2017). A interiorização da força de trabalho médica vem sendo averiguada em todo o território nacional, Kemper et al. (2016) aponta uma redução de 53,5% dos municípios com escassez desses profissionais entre 2013 e 2014.

O Índice de Gini que é utilizado para medir a desigualdade de um dado fator em uma determinada população, foi calculado para o total de médicos da APS por mil habitantes de cada município nos dois momentos avaliados na pesquisa. Os valores encontrados foram 0,478 em julho de 2013 e 0,356 em setembro de 2015. Percebe-se que houve uma redução do Índice, a razão entre médicos na APS/mil habitantes do conjunto de municípios da Paraíba tornou-se melhor distribuída, isto é, menos desigual, entre os dois períodos avaliados.

O Índice de Gini é uma grandeza adimensional que varia de “zero” a “um” sendo que, “zero” representa uma igualdade perfeita e “um” representa a desigualdade absoluta. Esse índice vem sendo objeto de estudo para aferir concentração ou distribuição de médicos e serviços de saúde em diversos territórios e países (KUNISAWA et al., 2017).

Alguns autores (HARA et al., 2017; RAMANDI et al., 2016) chegam a graduar esse índice numa escala de cinco níveis, sendo: valores menores que 0,2 “total igualdade na distribuição”, entre 0,2 e 0,3 “muita igualdade na distribuição”, entre 0,3 e 0,4 “desigualdade na distribuição”, entre 0,4 e 0,6 “grande desigualdade na distribuição”, já os valores maiores que 0,6 “desigualdade completa”. Com esses

dados observa-se que se deixou o patamar de “grande desigualdade na distribuição” para “desigualdade na distribuição”.

Em pesquisa sobre a Implantação do PMM no território Brasileiro (PINTO et al., 2017) apontam que os estados do Norte e Nordeste, com exceção de Pernambuco, tiveram um crescimento no número total de médicos por unidade da federação entre os anos de 2012 a 2015 acima de 10%, quando a média nacional foi de 10,7%. O mesmo autor aponta o estado da Paraíba com um aumento de 21% de médicos, destes, atribui 3% sob responsabilidade do PMM. Mostrando que este estado se beneficiou com o programa tendo um crescimento acima da média nacional.

Confrontando os dados acima com os apresentados no presente estudo, percebe-se que o número total de médicos no estado em 2013 eram 4.704 em 2016 esse valor era de 5.532, tendo crescido 17,6%. Mostrando uma similaridade entre os estudos.

Ainda sobre a redistribuição de médicos, observa-se que quando confrontado os dados de crescimento total de médicos no estado, 17,6%, com os 34,3% da APS, pode-se afirmar que o crescimento na atenção básica foi maior que o crescimento total, ou seja, houve redistribuição da força de trabalho médica, priorizando a APS e o SUS.

No final de 2015 todos os municípios que solicitaram vagas ao programa e que preenchem os critérios de adesão, tiveram suas demandas atendidas segundo o MS (PINTO et al., 2017), o que nos faz refletir a razão de ainda haver 31 municípios sem profissionais médicos na APS. Aponta-se como possíveis razões a ausência de solicitação por parte da gestão municipal para adesão ao Programa, o município não encaixar-se nos critérios ou no momento do corte da pesquisa ter havido desligamento de médicos ainda não substituído. Vale destacar que nove desses municípios sem médicos em setembro de 2016 não atingiam 3450 habitantes, número referente a cobertura populacional média de uma equipe de saúde da família, previsto pela resolução da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos que (BRASIL, 2015b). Apenas três deles tem mais que 10 mil habitantes.

Pontua-se ainda que no período posterior ao recorte desse estudo o número de médicos foi crescente, sendo o edital de abertura de vagas para o programa lançado a cada três meses.

Observa-se que com a implantação do PMM houve uma mudança não apenas no quantitativo de médicos como também no número de postos de trabalho, na relação

com as horas trabalhadas, na interiorização e redistribuição desses profissionais. Nesse sentido, o próximo tópico trabalha com aspectos referentes natureza desses profissionais.

7.2 O perfil dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos

É necessário conhecer as características dos profissionais inseridos no Programa para avaliar a qualidade do provimento. As questões verificadas a seguir tratam da idade, tempo de formado, níveis de formação e vínculos profissionais. Estes são fatores indicadores de experiência e capacitação profissional, fatores que implicam na qualidade da provisão.

Tabela 2 - Médicos do Programa Mais Médicos, nascidos por ano, no período 2015-2016, Paraíba.⁴

Anos	Número de nascidos	Porcentagem de nascidos
1940 a 1949	12	4,5
1950 a 1959	16	6,0
1960 a 1969	40	15,0
1970 a 1979	41	15,4
1980 a 1989	141	53,0
1990 a 1992	16	6,0
Total*	266	100

Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Sobre os dados referentes a “Data de nascimento” pode-se observar que, na data de resposta dos questionários, mais da metade dos médicos apresentavam idade entre 27 e 36 anos, e 30% dos profissionais tinham entre 37 e 56 anos. Já as faixas etárias extremas (mais jovens, 24 a 26 anos, e mais velhos, 67 a 76 anos) somavam apenas 11%. A idade média entre os médicos consultados foi de 38,2 anos. Entre os brasileiros, a média de idade foi de 36 anos com desvio padrão de 13,5. Entre os 72 cubanos, a média de idade foi de 43 anos com desvio padrão de 6,9.

Organização Pan-Americana de Saúde (2018) fez agrupamento de faixa de idade de médicos cubanos atuando no PMM que mostrou que 22,0% destes possuíam entre 35 e 39 anos, 52,0% entre 40 e 45 anos e 26,0% mais que 45 anos. Na amostra observada nesta dissertação, os valores respectivos agrupados são 22,2% entre 35 e 39 anos, 19,4% entre 40 e 45 anos e 48,6% mais que 45 anos, sugerindo que os

⁴ Por erro de preenchimento do campo “data de nascimento”, diversas respostas tiveram que ser corrigidas manualmente (inversão do mês e dia) e 6 respostas foram desconsideradas por fazerem referência ao ano de 2016 como ano de nascimento.

médicos cubanos participantes do PMM no estado da Paraíba possuem mais idade que a média nacional.

As faixas etárias extremas, diga-se, os mais jovens, recém-formados e os mais velhos, aposentados, podem ter correlação positiva com a alta rotatividade no serviço de saúde. Isso se explica, pois, os mais jovens tendem a buscar cursos de pós-graduação, como residência médica ou empregos melhores e, os mais velhos, por dificuldade de adaptação ao novo trabalho, levando à desistência (GUARDA, 2009). O fato de os dados levantados por esta pesquisa no estado da Paraíba ter encontrado quantidades totais de médicos pequenas nas faixas etárias extremas, fala a favor de uma maior continuidade no trabalho.

Tabela 3 - Ano de graduação em medicina dos médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba.

	Número de profissionais	%
Até 1 ano	4	1,5
De 1 a 5 anos	139	51,1
De 6 a 10 anos	31	11,4
Mais que 10 anos	98	36,0
Total	272	100,0

Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Quando se atenta ao ano de formação em medicina de cada profissional, constata-se que apenas 4 destes tinham menos de um ano de formado, aproximadamente metade deles tinham entre 1 e 5 anos de formado e a outra metade tinham mais de 5 anos de formado.

Machado (1997), propõe cinco fases para a vida profissional do médico, são elas: 1) iniciando-se na vida profissional; 2) afirmando-se no mercado; 3) consolidando-se na vida profissional; 4) desacelerando as atividades médicas; e 5) paralisando a vida profissional. A fase referente ao tempo de consolidação na vida profissional diz respeito a médicos com 10 a 24 anos de formado. Essa etapa do desenvolvimento da profissão, pressupõe um perfil de médico mais bem preparados, mais seletivos com relação aos seus vínculos trabalhistas e que, em geral, trabalha menos no setor público que os recém-formados, priorizando vínculos privados. Correlacionando-se com a presente pesquisa, onde é encontrada a média de anos de formado em 11,4 anos, avaliada como uma boa média geral.

Apesar de a média ser de 11,4 anos de formado, a maioria dos médicos tem até 5 anos de formado, se encaixando na categoria 1) de Machado (1997). Sendo

essa fase marcada pela busca profissional para entrar no mercado de trabalho e garantir uma continuidade da formação via pós-graduação, o PMM apresenta-se como uma política pública atrativa uma vez que, além de inserir o profissional no mercado de trabalho, garante uma especialização e geram a oportunidade de o médico ter contato com a APS.

Tabela 4 - País onde fez o curso de graduação em medicina por país de nascimento dos médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba.

País de nascimento	País onde fez o curso de graduação em medicina							Total
	Bra.	Cub.	Bol.	Ven.	Arg.	Esp.	Equ.	
Brasil	177	10	4	1	1	1	1	195
Cuba		72						72
Venezuela				2				2
Uruguai		1						1
Argentina					1			1
Espanha						1		1
Total	177	83	4	3	2	2	1	272

Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Com relação ao país de nascimento observa-se que quase três quartos dos médicos participantes do programa eram brasileiros (71,4%). Pouco mais de um quarto dos médicos eram cubanos (26,5%) e apenas 5 de outros países (1,8%). Quando se verifica o país onde fez o curso de graduação em medicina, com exceção de um médico uruguaio que estudou em Cuba, apenas os brasileiros fizeram curso de graduação fora de seu país, sendo 18 no total (Tabela 4). O total, portanto, é de 65,1% de médicos formados no Brasil e 34,9% graduados no exterior.

No programa australiano de recrutamento de médicos estrangeiros, o *Overseas Training Doctor*, verifica-se que após 12 anos de implantação, preencheu 24,5% das vagas médicas da atenção primária com médicos graduados em outros países. Se comparado com o quadro do PMM e da APS na Paraíba, haviam em 2013, 95 médicos estrangeiros dentre um total de 1.319 médicos (7,2%). Apesar de se tratarem de programas diferentes, é fácil observar que o caso da força de trabalho médica na atenção primária australiana tem uma ocupação por médicos estrangeiros ainda muito distante do caso observado no estado da Paraíba (AUSTRALIAN, 2013).

No que diz respeito a pós-graduação foram separadas em duas questões: se é Médico de Família e Comunidade ou se tem alguma outra Residência Médica. Verifica-se que 72% não tem Residência Médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC) contrastando com 25% que tem Residência em

Medicina de Família e Comunidade e outros 3% que possuem título de especialista. Vale destacar que essa questão faz referência aos médicos que já possuíam Residência ou especialização em MFC antes de entrarem no programa. Já sobre ter outra Residência Médica 232 responderam que não, os outros 30 tiveram respostas diversas. Quando os dados de quem é MFC são cruzados com qual a sua nacionalidade o resultado é que dos 76 médicos apenas 5 são brasileiros, sendo 70 cubanos e 1 argentino. Um dado relevante é que todos os médicos cubanos participantes do PMM disseram possuir residência em MFC. Esse último dado é corroborado por pesquisa nacional sobre o PMM realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (2018).

Percebe-se então que o dado vai além da maioria simples dos médicos participantes do programa não terem nenhuma Residência Médica, eles nos trazem o panorama de que apenas 2,5% dos brasileiros inseridos possuem esse tipo de pós-graduação, considerado padrão ouro na formação médica. Contrastando com os dados das questões anteriores, tempo de graduado, idade do médico e do primeiro emprego, que falam favoráveis a um profissional mais velho e com alguma experiência. Questiona-se se isso seria um problema estrutural referente a educação médica no país, em especial na região Nordeste, com a quantidade de vagas de residência reduzidas, bem aquém do número de graduandos, as condições de trabalho do médico residente, com carga-horárias excessivas e salários baixos, a expectativa pessoal de carreira do médico formado no Brasil ou simplesmente pelo perfil de médicos que esse programa atrai (CHAVES et al., 2013).

No ano de 2015, no Brasil, dentre os médicos em exercício, 58,9% tinha um ou mais títulos de especialista (adquiridos por conclusão de residência médica ou prova de título prestadas as Sociedades de Especialidade Médica), contra 41,1% não tinha título algum. Esse panorama oscila em cada região do país, sendo a Região Sul, onde tem o melhor índice, com 2,11 especialistas para cada generalista, já no Nordeste essa razão é de 1,17, ficando atrás apenas da região norte com a razão de 0,94 (SCHEFFER et al., 2015). Dados estes que mostra que a deficiência de profissionais especialistas no Programa, no estado da Paraíba, está acima da média nacional. Para enfrentar essa realidade, a Lei que institui o PMM prevê a ampliação de vagas em Residência Médica, em especial as de áreas ditas gerais (como pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria e MFC) em especial em áreas onde tem proporcionalmente menos vagas como as regiões norte e nordeste. Além de garantir

que todo médico participante faça uma especialização em MFC ofertada pelo programa. Os médicos que não tenham participação adequada nesta especialização são desligados do PMM (BRASIL, 2013a).

Tabela 5 - Respostas sobre se o Programa Mais Médicos é o primeiro emprego dos médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba.

Rótulos de Linha	O Programa Mais Médicos é seu primeiro emprego como médico?
Não	243
Argentina	1
Brasil	167
Cuba	71
Espanha	1
Uruguai	1
Venezuela	2
Sim	29
Brasil	28
Cuba	1
Total	272

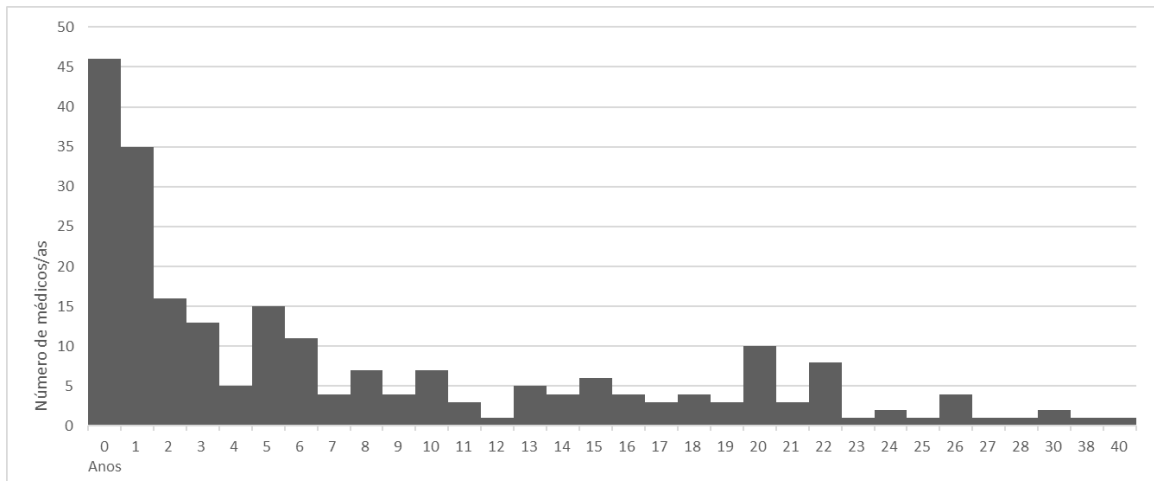
Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

No que diz respeito às experiências de trabalho anterior à inserção no PMM, 89% afirmaram que não estavam em seu primeiro emprego e apenas 11% disseram se tratar do primeiro emprego (

Tabela 5). Estes que responderam ser o primeiro emprego, compreendem 29 médicos, sendo um cubano e 28 brasileiros. Quando cruzado com o dado “tempo de formado” verificou-se que o cubano tinha 23 anos de formado, considerou-se, portanto, que a resposta negativa era um erro de preenchimento no formulário. Já entre os médicos brasileiros, quatro tinham menos de um ano de formado, porém os demais tinham entre dois e três anos de formado.

Isso nos traz uma reflexão acerca do mercado de trabalho do profissional médico no Brasil, com muitas vagas, alta rotatividade e em grande parte com vínculos frágeis (como contratos temporários, vagas informais ou de horistas) (MACIEL FILHO, 2007). Diante desse panorama questiona-se se o PMM foi considerado o primeiro emprego porque realmente é a primeira experiência de trabalho ou porque os médicos tiveram outras formas de trabalho que eram vínculos frágeis ou inseguros ao ponto de não considerarem como um emprego.

Figura 4 - Número de médicos e respectivo tempo de experiência na Atenção Primária a Saúde dentre os médicos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba*



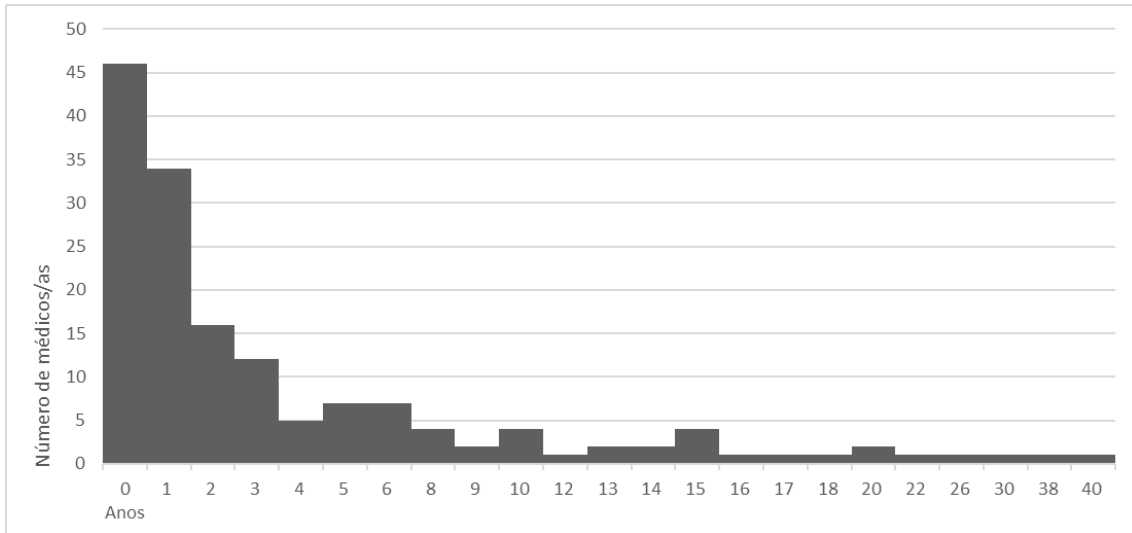
Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”

Nota: * Resposta “sim, já atuei como médico na atenção primária” cruzada com “quantos tempo já atuou (anos)”.

Quando questionado se já trabalhou na Atenção Primária a Saúde (APS) 85% dos médicos responderam que sim, contra apenas 15% de não, e ainda, considerando apenas os médicos que declararam já ter experiência anterior de emprego, esse valor sobe para 94%. Dentre os médicos que responderam que já havia trabalhado na APS, quando questionados sobre os anos de experiência nela, 20% tinham menos de um ano, 36% tinham de 1 a 5 anos, 14% de 6 a 10 anos e 30% mais de 10 anos de experiência, a distribuição completa pode ser observada na Figura 4.

Entendendo que o universo de médicos cubanos é o segundo maior grupo entre os médicos pesquisados e que a realidade do mercado de trabalho no país destes médicos cooperados é diferente do médico brasileiro, optou-se por separar os dados referentes aos médicos brasileiros dos cubanos, o que nos gerou a Figura 5 e a Figura 6.

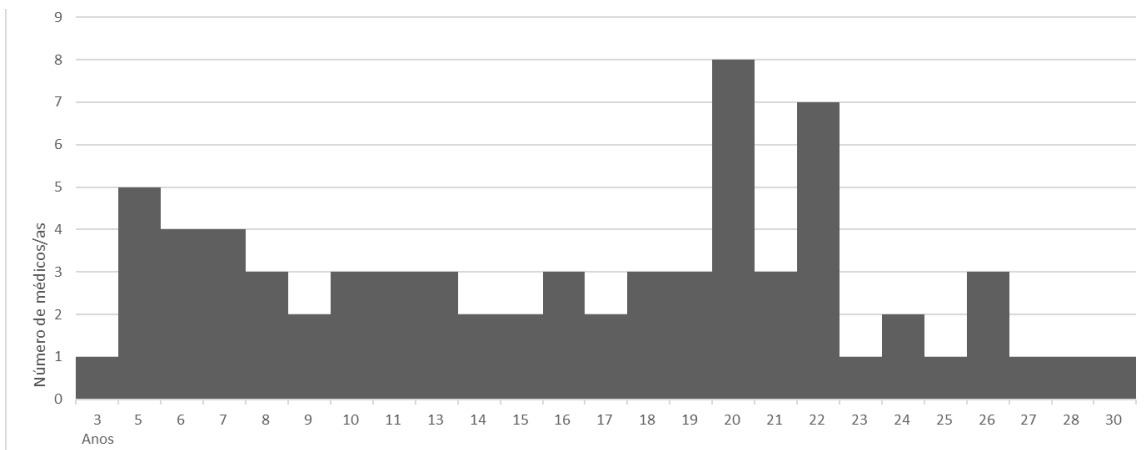
Figura 5 - Número de médicos e respectivo tempo de experiência na Atenção Primária a Saúde dentre os médicos brasileiros do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba*



Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Nota: * Resposta “sim, já atuei como médico na atenção primária” cruzada com “quantos tempo já atuou (anos)”.

Figura 6 - Número de médicos e respectivo tempo de experiência na Atenção Primária a Saúde dentre os médicos cubanos do Programa Mais Médicos no período 2015-2016, Paraíba*



Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Nota: * Resposta “sim, já atuei como médico na atenção primária” cruzada com “quantos tempo já atuou (anos)”.

Observa-se que entre os cubanos o tempo de experiência na APS é significativamente maior que entre os brasileiros. Entre os brasileiros, 29,5% tinham menos de um ano na APS, 47,5% tinham de 1 a 5 anos, 11% tinham de 6 a 10 anos e 12% tinham mais que 10 anos de experiência na APS. Entre os cubanos, nenhum tinha menos de um ano na APS, 8,5% tinham de 1 a 5 anos, 22,5% tinham de 6 a 10 anos e 69,0% tinham mais que 10 anos de experiência na APS. Para fins de comparação com outro estudo, fez-se a classificação do tempo de experiência na APS

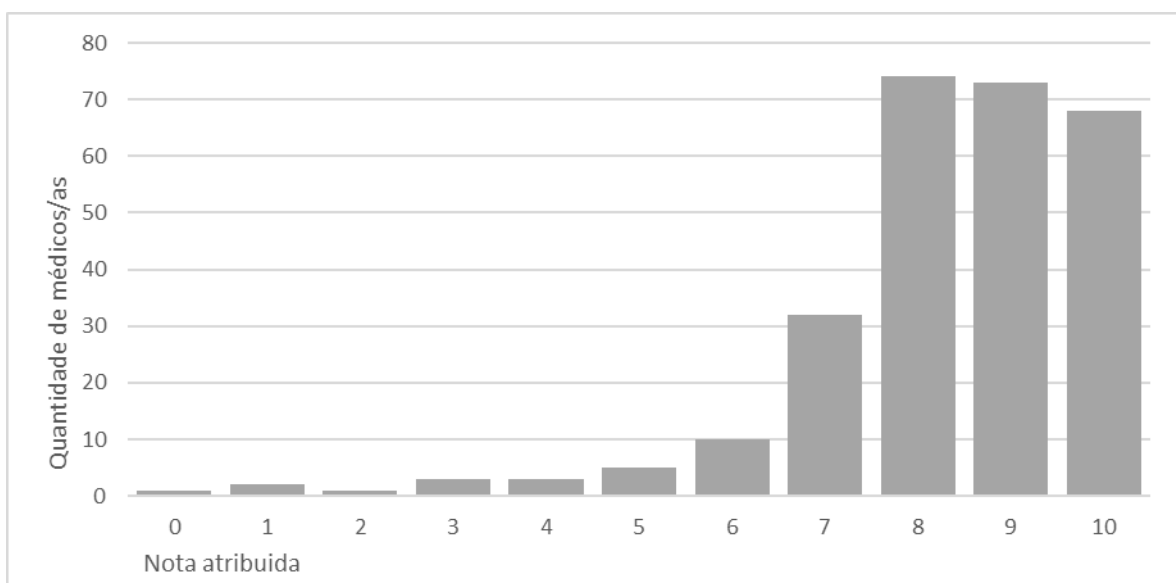
para os/as médicos/as cubanos/as nas faixas “até 5 anos” (1,5%), “de 5 a 10 anos” (29,5%) e “mais que 10 anos” (69,0%).

Os valores encontrados em pesquisa de abrangência nacional considerando apenas os/as médicos/as cubanos/as foram, “até 5 anos” (29,0%), “de 5 a 10 anos” (56,0%) e “mais que 10 anos” (15,0%) o que nos permite inferir que no estado da Paraíba, no período estudado, os/as médicos/as cubanos/as participantes do PMM eram consideravelmente mais experientes que a média nacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

7.3 Satisfação dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos

Entende-se a satisfação do médico participante do programa como um elemento importante de avaliação deste. Assim como reconhece-se como fator correlacionado a expectativa de permanência do médico na APS, o que contribui para a efetivação da política provisão. A satisfação possui forte correlação inversa com a rotatividade e, portanto, correlação direta com a permanência: quanto mais satisfeito o profissional, mais tende a permanecer no seu trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

Figura 7 - Satisfação geral com o Programa Mais Médicos, 2015-2016, Paraíba.



Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Quando avaliada a satisfação geral do Programa Mais Médicos, os 272 médicos consultados responderam imputando uma nota de 0 (muito insatisfeito) a 10

(muito satisfeito). A média geral das respostas foi 8,3 com um baixo desvio padrão (1,7). A distribuição das notas atribuídas está representada na Figura 7.

Em pesquisa avaliativa realizada pela UFMG/IPESPE, entre os médicos participantes, a média nacional de avaliação do programa fica em 9,1, estando superior ao encontrado na Paraíba (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS apud PINTO, 2017).

No que diz respeito a satisfação por itens específicos relacionados à remuneração, ao trabalho, à gestão e ao acompanhamento, pode-se observar uma boa avaliação em todos os itens. Assim sendo, pode-se observar que os itens que tiveram melhor avaliação foram os referentes ao processo de trabalho na APS, sendo o item “Estou satisfeito com minha equipe de trabalho” com 93% de concordância e o item “Estou satisfeito com o trabalho realizado na Atenção Primária” com concordância de 92%. O item mais mal avaliado foi “Estou satisfeito com a gestão do município no qual trabalho” com 70% de concordância contra 21% de discordância. Esses três itens tem uma relação maior com o processo de trabalho na APS.

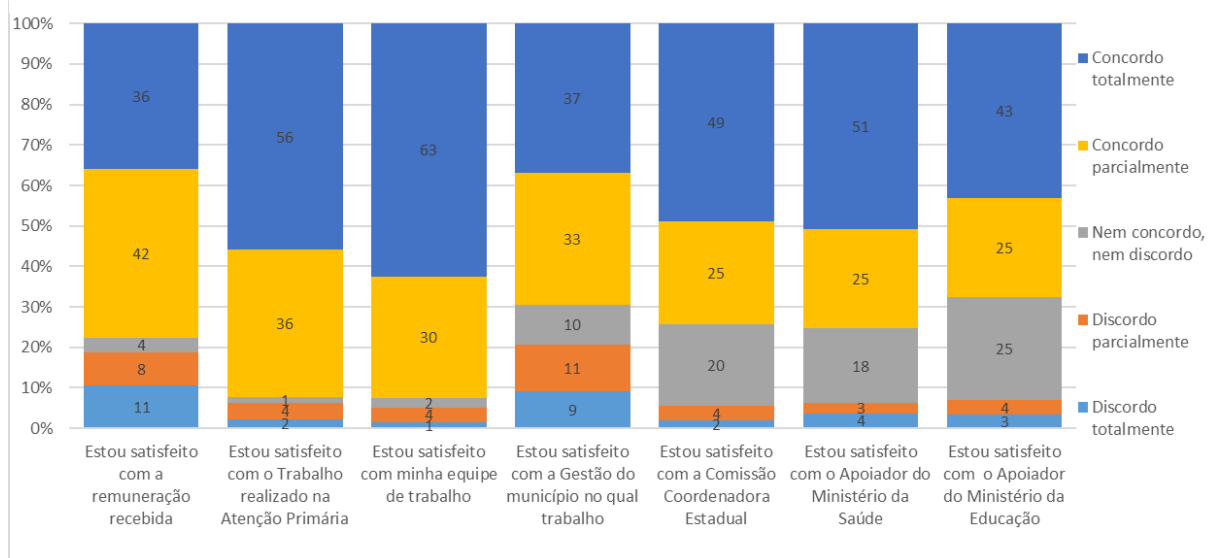
Quando questionados sobre a remuneração recebida com a pergunta “Estou satisfeito com a remuneração recebida”, 78% disseram concordar e 19%, discordar. Da criação do Programa até o presente momento, o valor da Bolsa Formação, aquela proporcionada ao médico participante, é dez mil reais, acrescido de auxílio moradia e alimentação, a serem pactuados e pagos pelos municípios que contratam os médicos (BRASIL, 2013). Esta questão certamente aponta para uma maior possibilidade de fixação do profissional no local de trabalho.

Os itens que tiveram maior número de respostas “Nem concordo, nem discordo” foram aqueles relacionados aos cargos de gestão local do Programa. Quando perguntados “Estou satisfeito com a Comissão Coordenadora Estadual⁵”, 20% não opinaram se concordam ou discordam enquanto 74% responderam concordar e 6% discordam. Em relação a questão “Estou satisfeito com o apoiador do Ministério da Saúde, 18% não opinaram se concordam ou discordam enquanto 76% responderam concordar e 7% discordam. Por fim, sobre a questão “Estou satisfeito

⁵ A função e composição da Comissão Coordenadora Estadual foi regulamentada pela Portaria nº 2.921, de 28 de novembro de 2013. Deve ser composta minimamente por: representação do Ministério da Saúde, representação da Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde e representação das instituições supervisoras do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Tem como função atuar nas ações de implementação, execução, acompanhamento e fiscalização do Projeto. (BRASIL, 2013)

com o apoiador do Ministério da Educação, 25% não opinaram se concordam ou discordam enquanto 68% responderam concordar e 7% discordam. Esse alto índice de incerteza se concorda ou discorda deve-se, provavelmente, ao desconhecimento dos médicos pesquisados sobre os cargos de gestão do Programa. Vale destacar que havia a opção “Não tenho dados suficientes para responder” em todas as questões, porém, não foi escolhida por nenhum médico. A Figura 8 representa a comparação entre os itens descritos a cima.

Figura 8 - Avaliação da satisfação do Programa Mais Médicos por itens, 2015-2016, Paraíba.

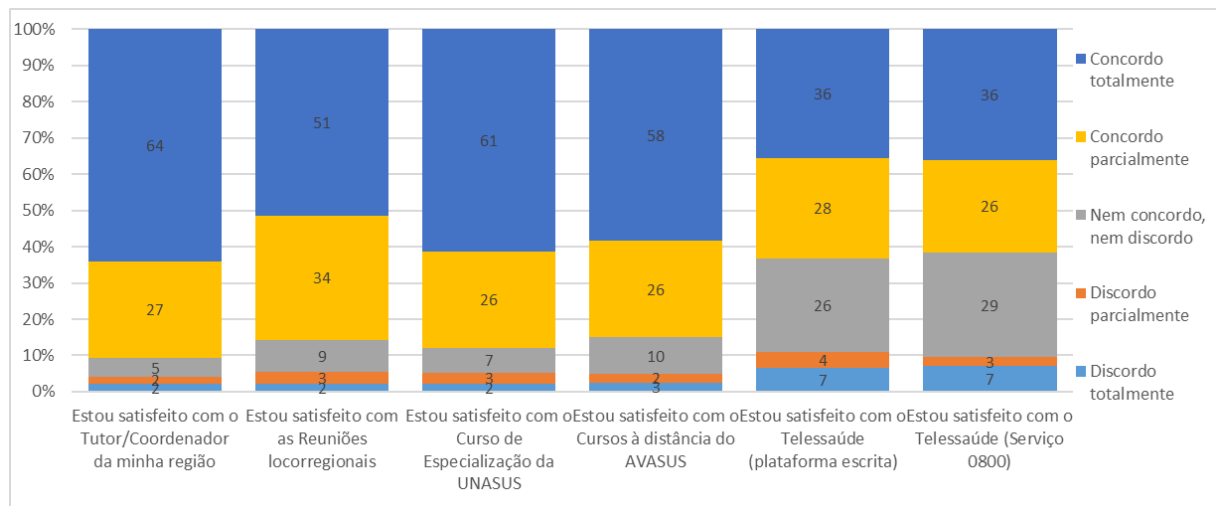


Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Ao serem questionados a respeito dos recursos pedagógicos que são ofertados exclusivamente aos médicos participantes do PMM nota-se a mesma tendência de avaliações majoritariamente positivas das respostas anteriores. Quanto ao Tutor/Coordenador da região, o docente médico responsável pela orientação acadêmica, a pergunta “Estou satisfeito com o Tutor/Coordenador da minha região”, teve o maior índice de concordância com 91% contra apenas 4% que discordaram. Quanto à questão “Estou satisfeito com as Reuniões Locorregionais”, 85% concordam e 5% discordam. Sobre o quesito “Estou satisfeito com o Curso de Especialização da UNASUS”, 87% afirmaram concordar contra 5% de discordância. Já no quesito “Estou satisfeito com o Curso à distância do AVASUS”, 84% estão de acordo e 5%, discordam.

No que se trata nas questões sobre o Telessaúde, que é um recurso mais amplos direcionados a todos os profissionais da APS, os médicos questionados têm um menor nível de concordância que os observados nos quesitos anteriores. Responderam à pergunta “Estou satisfeito com o Telessaúde (plataforma escrita)”, 64% disseram concordar contra 11% discordar. À pergunta “Estou satisfeito com o Telessaúde (serviço 0800)”, 62% concordaram e 10% discordaram. Nesses dois tópicos observa-se uma porcentagem alta de “Nem concordo, nem discordo”, destoando dos demais, sendo 26% para a plataforma escrita e 29% para o serviço 0800. A isso é atribuído, possivelmente, o pouco conhecimento ou uso desses serviços. A figura abaixo demonstra os últimos itens comentados.

Figura 9 - Avaliação da satisfação com os recursos pedagógicos do Programa Mais Médicos por itens, 2015-2016, Paraíba.



Fonte: A autora a partir do “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Quando questionados sobre quais os elementos importantes para a permanência no programa até aquele momento, como as respostas foram apenas “sim” e “não”, foi possível ranquear as opções. As questões relativas ao processo de trabalho na APS tiveram destaque como elemento mais importante para a permanência no programa. “Relação com os pacientes” foi o elemento com maior número de “sim” com 96%, seguido de perto por “Afinidade com o trabalho na Atenção Primária” com 95% e “Trabalho em equipe” com 90%. Os três seguintes com maior opção de “sim”, possuem relação direta com o Programa. 85% disseram que o “Apoio da supervisão” é elemento importante para a permanência no Programa, 74%

disseram ser importante o “Vínculo diretamente com o governo federal” e também 74% disseram que o “Valor da remuneração” é elemento para a permanência.

Questões relacionadas à situação do município de atuação foram respondidas da seguinte forma quando perguntadas se são importantes para a permanência no Programa: 61% consideram importante a “Valorização pela gestão municipal”, 57% citaram a “Condição de vida do município” e 44% fizeram referência à “Atuação em grande centro ou na proximidade”.

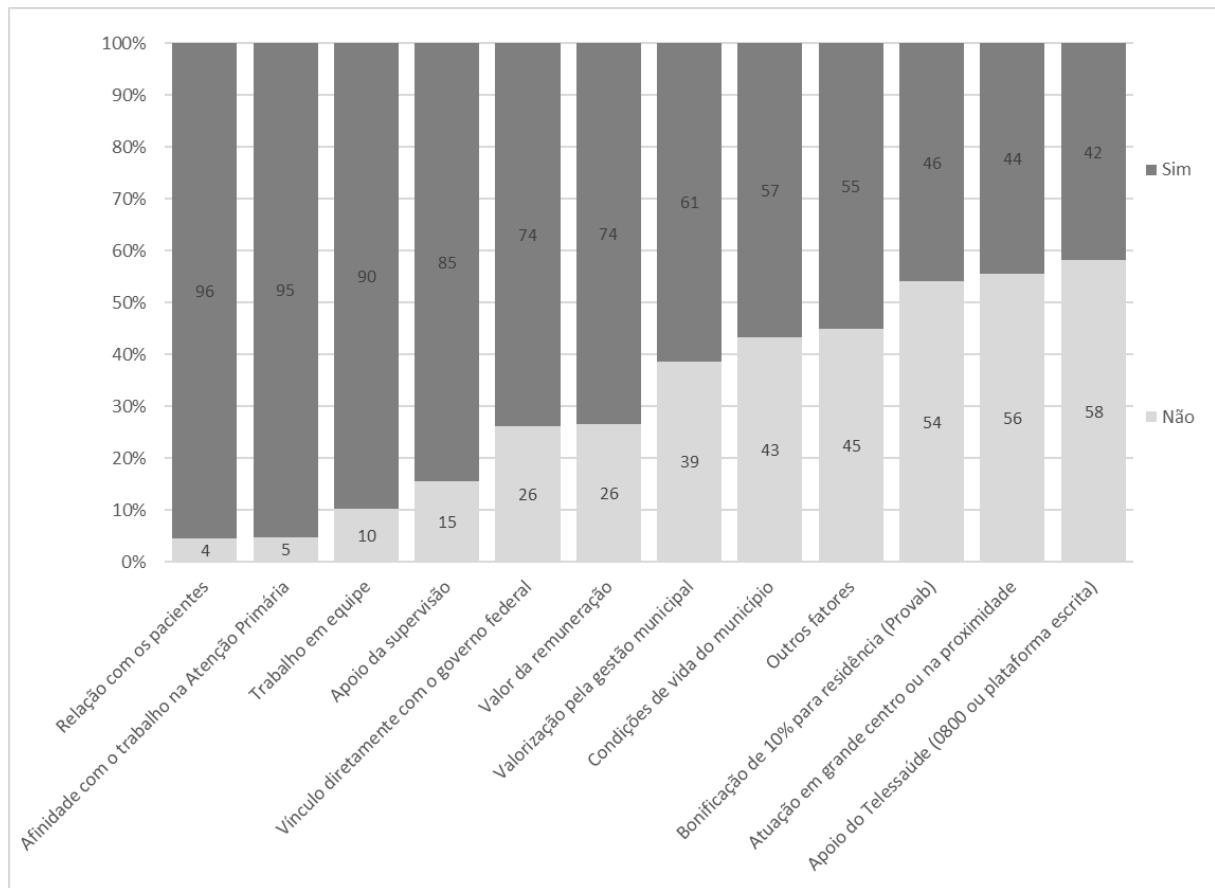
A “Bonificação de 10% para residência (Provab)” foi considerada por 46% como fator importante para a permanência no Programa. O elemento com menor índice de respostas “sim” quanto à importância para a permanência foi quanto ao “Apoio do Telessaúde (0800 ou plataforma escrita)” que recebeu 42%. Houve ainda uma questão que perguntou sobre “Outros fatores” (55% sim), mas que não era possível identificar quais seriam esses fatores. O gráfico abaixo retrata as respostas de todos os elementos presentes no questionário. Apesar do baixo índice de concordâncias com o Telessaúde, Scheffer (2016), aponta que o isolamento profissional é um fator que dificulta a fixação do médico. Políticas de provisão em sistemas de saúde internacionais tem vislumbrados pelo menos três tipos de estratégias, que são: incentivos desde o período da graduação; incentivos financeiros e regulatórios; provisão de alternativas que envolvam outros profissionais de saúde como telemedicina e assistência à distância. Campos e Malik (2008) verificaram alguns indicadores próximos aos encontrados na presente pesquisa (Figura 10).

Tabela 6 - Comparativo de respostas similares entre pesquisas diferentes.

	CAMPOS e MALIK, 2008		Este estudo
Identidade com a tarefa (PSF)	87%	95%	Afinidade com o trabalho na APS
Confiança nas relações de equipe	81%	90%	Trabalho em equipe
Relacionamento intra-equipe	93%	85%	Apoio da supervisão

Fonte: Autora a partir de Campos e Malik (2008).

Figura 10 - Avaliação dos elementos importantes para a permanência do médico no Programa Mais Médicos, 2015-2016, Paraíba.



Fonte: A autora a partir de “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

As últimas questões do questionário tratadas neste trabalho, dizem respeito à pretensão de continuidade dos profissionais médicos no PMM e na APS após o término do Programa, respectivamente. Quando perguntados se “Você gostaria de renovar seu contrato com o Programa Mais Médicos caso seja possível ao final do contrato vigente?”, 81% responderam afirmativamente, 8% negativamente e 11% condicionaram à mudança do município de trabalho. Já para a pergunta “Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos?”, 85% responderam que sim e 15%, que não.

A correlação existente entre a avaliação geral com o PMM (questão 116) e alguns itens levados em conta para definir a satisfação (questão 115), as maiores correlações significativas encontradas foram atribuídas à satisfação com o trabalho na atenção primária (0,37) e à satisfação com o apoio do Ministério da Educação (0,36). Quando verificadas a evidência de associação entre o desejo de renovar o

contrato com o PMM (questão 117) e quais elementos foram importantes para a permanência no programa até então (questão 118), houve evidência de associação significativa com a Valorização pela gestão municipal (27,99), Trabalho em equipe (16,82), Vínculo diretamente com o governo federal (14,57), Atuação em grande centro ou na proximidade (14,19), Condição de vida no município (9,9) e Afinidade com o trabalho na Atenção Primária (8,50).

Maciel Filho (2007) constata que a dificuldade de fixação de médicos na APS extrapola a insuficiência de profissionais. Esta constatação requer que se compreenda as condições e relações de trabalho estabelecidas que pode ser traduzida nos salários melhores na atenção secundária e terciária, maior valorização da carreira dos médicos especialistas em detrimento aos profissionais generalistas, a melhor remuneração em algumas formas de serviços privados. Essa realidade parece estar mudando com o desenvolvimento do PMM e uma maior valorização da APS. As correlações e evidências de associação da avaliação do PMM e do desejo de continuar no PMM nos mostra que a remuneração não está entre os primeiros elementos que definem a satisfação, mas sim, aspectos relacionados às relações de trabalho e à condição de vida no município de atuação. Campos e Malik (2008) também verificaram resultados parecidos quando observando a APS do município de São Paulo. Confirmaram sua hipótese de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no PSF e apontam como fatores de satisfação questões relacionadas às relações de trabalho e à distância entre a casa e o local de trabalho (condição de vida no município de atuação). As autoras ainda verificaram que a remuneração está associada à atração dos profissionais, mas não à sua fixação.

Apenas como uma constatação geral, foi verificada dificuldade de comparação de dados para avaliação da satisfação do médico participante do Programa com informações de outros estados ou mesmo nacionais. Não só o baixo número de pesquisas quantitativa sobre o tema, mas a não semelhança entre os instrumentos de coleta de dados, foram limites verificados nesse trabalho.

8 DISSEMINAÇÃO E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO PRODUZIDO

Como trabalho de intervenção sobre o objeto de estudo será organizado um relatório final a ser apresentado aos gestores em um seminário de avaliação do programa.

O Programa Mais Médicos conta com Oficinas Locorregionais, que são encontros trimestrais onde estão presentes os médicos participantes do Programa, gestores municipais de saúde, gestores estaduais, supervisores e tutores do programa, além das referências do Ministério da Saúde e Educação no estado. Essas oficinas ocorrem nas macro-regiões do estado e tem como funções a discussão de eventos relacionados ao programa, de processo de trabalho, da relação entre os entes participantes e as gestões municipais que aderiram ao PMM, assim como do cumprimento das responsabilidades de cada ator. Funciona ainda como um momento de educação continuada para qualificação dos médicos e gestores.

As Oficinas Locorregionais serão aproveitadas pela pesquisadora para organização de seminários a fim de apresentar resultados desse trabalho e fomentar o debate de avaliação do programa no estado. Pretende-se com isso aperfeiçoar as ações do programa e contribuir para o planejamento anual deste.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo realizado pode-se concluir que o Programa Mais Médicos teve real impacto na provisão médica em áreas deficitárias no Estado da Paraíba, acrescentando não só quantitativamente o número de médicos, mas também os redistribuindo, redefinindo o formato dos vínculos, interiorizando-os e diminuindo significativamente o número de municípios desassistido por completo desse profissional. O PMM se mostrou uma política de provisão de qualidade ao garantir o cumprimento da carga-horária pelos profissionais.

Considera-se um programa com perfil de médicos majoritariamente jovens na profissão, sendo a maioria dos médicos brasileiros ainda sem residência médica. O que reafirma a importância de o PMM conta com a preocupação educacional, garantindo formação voltada para a atuação na AB em forma de especialização.

Constatou-se que o programa não foi o primeiro emprego da maioria dos médicos que responderam o questionário, o que sugere que esses médicos foram redistribuídos para áreas onde o Ministério da Saúde avaliou como de maior necessidade, sendo este um importante papel de um programa de provisão. Ainda assim o componente de médicos Cubanos foi fundamental para consolidação do programa naquele momento, uma vez que o número de brasileiros inscritos não preencheu as vagas do edital. Um dado importante a ser dito é que nos editais mais recentes chegou a cem por cento das vagas preenchidas por brasileiros.

Ainda com relação à caracterização do provimento médico no estado houve dificuldades de acesso a informações gerais sobre o PMM em veículos públicos, sendo disponível apenas via Lei de Acesso à Informação. Diante do exposto, recomenda-se que as informações sejam disponibilizadas a todos no intuito de dar transparência aos processos e ratificar a Lei.

Aponta-se como limitações encontradas no desenvolvimento deste estudo, a dificuldade de comparação de dados para avaliação da satisfação do médico participante do Programa com informações de outros estados ou mesmo nacionais, uma vez que não há semelhança nos instrumentos de coleta de dados para pesquisa quantitativa. A maioria se trata de pesquisas qualitativas.

Considera-se que o PMM foi bem avaliado no estado da Paraíba, sendo a média da avaliação geral 8,3. Destacando-se nos itens de avaliação da satisfação os

cursos de Especialização da UNASUS e Cursos à distância do AVASUS como ofertas educacionais onde a maioria está totalmente satisfeito.

Considera-se as questões referentes aos elementos de importância para permanência no programa com a devida relevância uma vez que elas têm relação direta com o elemento fixação do profissional no local de trabalho, sendo mais bem avaliadas as categorias que apontam para relação com os pacientes, equipe de trabalho e afinidade com o trabalho. O que nos chama atenção para o quão é importante a possibilidade de vivência desses médicos em serviços da APS. O Apoio da supervisão foi outro ponto que se destacou, com 85% de qualificação positiva, o que nos leva a pensar na importância desse papel.

Diante do exposto, é imprescindível o papel regulador do Estado sobre o trabalho médico e com isso a execução de políticas de provisão desses profissionais para os serviços públicos de saúde em áreas desassistidas. Sendo necessário a avaliação periódica e aperfeiçoamento dessas políticas, assim como a formulação de estratégias para manutenção desses profissionais nos serviços.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

ARAUJO, C. A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1217-1228, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0607>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

AUSTRALIAN. Department of Health. **Review of Australian Government Health Workforce Programs**. 2013. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-2-health-workforce-context~chapter-2-current-status-australian-health-workforce>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

BARBOSA, F. L. S. et al. Visão multidimensional da satisfação do trabalho: um estudo em um hospital público piauiense. **Revista de Gestão**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.99-110, 2016.

BAUK, D. A. Stress. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 28-36. 1985. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2050/V13%20n50-05.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.

BOBBIO, N. **Liberalismo e democracia**. 6. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 6.229 de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: <[www.https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Constitui%C3%A7%C3%A3o+\(1988\).Constitui%C3%A7%C3%A3o+da+Rep%C3%BAblica+Federativa+do+Brasil&publication_year=1988&pages=292%20p-292%20p](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Constitui%C3%A7%C3%A3o+(1988).Constitui%C3%A7%C3%A3o+da+Rep%C3%BAblica+Federativa+do+Brasil&publication_year=1988&pages=292%20p-292%20p)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 3.745 de 5 de fevereiro de 2001**. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília: Imprensa Nacional, 2001a. disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3745.htm>. Acesso em: 20 jan.,2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial n. 227 de 16 de fevereiro de 2001**. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **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: Imprensa Nacional, 2013a. disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória 621 de 8 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília: Imprensa Nacional, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.921, de 28 de novembro de 2013**. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Brasília: Imprensa Nacional, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2921_28_11_2013.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 1 da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Dispõe sobre a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do projeto mais médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acessado em: 14 abr. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>>. Acesso em: 1 abr.

2017a.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Indicador de Recursos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def>>. Acesso em: 12 set. 2017b.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

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

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

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos só Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. 2003. 299f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913–926, 2013.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2018.

CHAVES, H. L. et al. Vagas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado. **Revista brasileira educação medicina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 557-565, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <[www.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/an5conf_nac.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/an5conf_nac.pdf)> Acesso em: 20 jan. 2018.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde:

desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, suppl. 1, p. 7-16, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Demografia médica no Brasil: Dados gerais e descrições de desigualdades**. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 370, n. 23, p. 950–957, jun. 2014.

DEUS, A. M.; CUNHA, D. E. S. L.; MACIEL, E. M. **Estudo de caso na pesquisa qualitativa em educação: uma metodologia**. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2014.

SCOREL, S. O programa de interiorização de ações de saúde e saneamento (Piass). In: _____. **Reviravolta na saúde: origem e articulações do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 199. p. 161-178. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qxhc3/11>>. Acesso em: 3 set. 2017.

ESTEFANO, E. V. V. **Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina**. 1996. 153f. Dissertação (Mestre em Engenharia) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRASER, T. M. Work, fatigue, and ergonomics. In: _____. **Introduction to industrial ergonomics: a textbook for students and managers**. Toronto: Wall and Emerson, 1996. p. 1-10. Disponível em: <<https://goo.gl/wnHYsS>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Petição cadê o médico?** Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDI, S. N. Aspectos gerais da regulação - notas em torno do estado da arte. In: _____. **Regulação do trabalho em saúde**. Brasília: OPAS, 1994. p. 50–62. (Série desenvolvimento de recursos humanos, 6).

GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de

Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ, ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GOMES, L. B. **A atual configuração política dos médicos brasileiros**: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. 2016. 298f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2016.

GUARDA, F. R. B. **Perfil sócio-demográfico e motivação dos médicos que compõe equipes de saúde da família na região metropolitana de Recife**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

HALL, C. B. et al. Organizational Culture, Job Satisfaction, and Clinician Turnover in Primary Care. **Journal of Primary Care and Community Health**, New York, v. 1, n. 1, p. 1-29, 2010.

HARA, K. et al. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. **BMJ Open**, London, v. 7, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e013922>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese dos Indicadores de 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

IBGE. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde**: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese dos Indicadores de 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2018.

LEHMANN, U.; DIELEMAN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle - and low - income countries: A literature review of attraction and retention. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, p. 19, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

LOCKE, E. A. What is job satisfaction? Discurso apresentado na American Psychological Association Convention, San Francisco, 1968. Disponível em <<https://eric.ed.gov/?id=ED023138>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

LOPES, L. R. S. **Demografia Médica**: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade. Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra, 2013.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação e médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MACIEL, R. H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Revista Saúde Pública**, Fortaleza, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. **Revista brasileira saúde ocupacional**, São Paulo, v.30, n.112, p.69-79, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: contradição em processo? In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 11.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE ECONOMIA DA SAÚDE, 6., 2014, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Cebes, 2014.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, p. 623–634, 2015.

ONO, T.; SCHOENSTEIN, M.; BUCHAN, J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. **OECD Health Working Papers**, Paris, v. 69, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos**: a experiência dos médicos e usuários. Brasília: OPAS,

2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Working together for Health**. The World Health Report 2006. Geneva: World Health Organization, 2006.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Infosaúde, portal de informações em saúde do estado da Paraíba**. João Pessoa. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudef/mapa_portal.php>. Acesso em: 12 nov. 2017.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 105–120, 2014.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1087-1101, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2010**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 20 dez. 2017.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional.: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006.

POZ, M. R. D.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. N. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde, 2013. v. 3. p. 187-233.

RAMANDI, S. D.; NIAKAN, L.; ABOUTORABI, M.; et al. Trend of Inequality in the Distribution of Health Care Resources in Iran. **Galen Medical Journal**, London, v. 5, n. 3, p. 122-130, 2016. Disponível em: <<http://www.gmj.ir/index.php/gmj/article/viewFile/618/pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: método e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016.

SCHEFFER, M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 637–640, 2015.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018.

SISTEMA DE INDICADORES DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde**. Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), 2018. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php>>. Acesso em: 14 de nov., 2017. Confira o autor dessa ref.

SNEED, J.; HERMAN, C. M. Influence of job characteristics and organizational commitment on job satisfaction of hospital foodservice employees. **Journal of the American Dietetic Association**, Rockville Pike, v.90. n. 8, p.1072-1076, 1990.

STRALEN, A. C. S. et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas desassistidas: rota da escassez. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27 n. 1, p.147-172, 2017,

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Extração de dados de profissional**. Disponível em: <<https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Oxford**: Health Policy and Planning, London, v. 9, n. 4, p. 353–370, 1994.

ANEXO A - SÍNTESE DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Quadro: Síntese do procedimento metodológico a partir de cada objetivo da pesquisa

Objetivos	Técnica de coleta	Documentos/categorias analíticas	Análise de dados
Compreender o provimento de profissionais médicos na APS no estado da Paraíba com a implantação do Projeto Mais Médicos	1. Extração de dados do site: cnes.datasus.gov.br ; 2. Extração de dados populacionais do site: ibge.gov.br ; 3. Solicitação de acesso a informação do MS.	1. Dados do CNES referentes ao quantitativo de médicos efetivos na APS no estado da Paraíba e as formas de vínculo no serviço de junho de 2013 a dezembro 2015; 2. Dados das publicações anuais de Estimativa da População do IBGE; 3. Solicitação de acesso a informação no MS, com a seguinte questão: Qual o total de médicos participantes do Programa Mais Médicos, por meses, entre junho de 2013 a dezembro 2015 no estado da Paraíba?	1. Análise nos programas estatístico Excel e SPSS; 2. Análise dos dados fornecidos pelo MS nos programas estatístico Excel e SPSS;
Descrever o perfil dos profissionais inseridos no Projeto Mais Médicos no estado da Paraíba	1. Uso do questionário “Mais médicos- Formulário de avaliação”	1. Uso do questionário “Mais médicos- Formulário de avaliação”, nas seguintes questões: 2, 5, 10, 11, 13, 14,19, 20 e 21	1. Análise dos dados do questionário “Mais médicos- Formulário de avaliação” nos programas estatístico Excel e SPSS;
Analisar a satisfação como elemento da provisão entre os médicos participantes do Projeto Mais Médicos no estado da Paraíba	1. Uso do questionário “Mais médicos- Formulário de avaliação”	1. Uso do questionário “Mais médicos- Formulário de avaliação”, nas seguintes questões: 114, 115, 116, 117, 118 e 119.	1. Análise dos dados do questionário “Mais médicos- Formulário de avaliação” nos programas estatístico Excel e SPSS;

Fonte: autora, 2018.

ANEXO B – NOTA TÉCNICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 37/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS

1. ASSUNTO

Referência: E-SIC nº 2501288

Interessado: MARIA HELENA DE AZEVEDO

Assunto: Quantos médicos estavam atuando no Programa Mais Médicos no estado da Paraíba nos meses de dezembro de 2015 e de setembro de 2016?

Atendimento da demanda:

Acesso Negado Acesso Concedido Acesso Concedido Parcialmente

Não se trata de solicitação de informação

2. ANÁLISE

1. Em atenção à demanda apresentada pela cidadã Maria Helena de Azevedo a esta Secretaria por meio do E-SIC referenciado, na qual solicita o quantitativo de médicos atuantes nos meses de dezembro de 2015 e de setembro de 2016 no estado da Paraíba, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde – DEPREPS informa que:

2. De acordo com a solicitação feita pela cidadã, foi realizado o levantamento de dados sobre o quantitativo de médicos ativos do PMMB que estavam atuando nos municípios do estado da Paraíba nos meses de dezembro/2015 e de setembro/2016.

3. Conforme mostra abaixo, no mês de dezembro do ano de 2015 haviam 398 profissionais atuando nos municípios da Paraíba através do Projeto Mais Médicos para o Brasil, já em setembro de 2016 estavam ativos 381 médicos no estado.

<i>Período</i>	<i>Médicos Ativos</i>
(Dez/2015)	398
(Set/2016)	381

4. Em que pese entender como prestadas as informações de competência desta Secretaria, cumpre ressaltar que a presente resposta poderá ser objeto de revisão, caso a solicitante entenda que seu pedido não foi atendido, mediante interposição de recurso dirigido ao Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no prazo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento da resposta, observando o disposto no art. 15 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação).

Atenciosamente,

DENILSON CAMPELLO DOS SANTOS

Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Denilson Campello dos Santos, Diretor(a) do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde**, em 22/02/2018, às 16:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

1



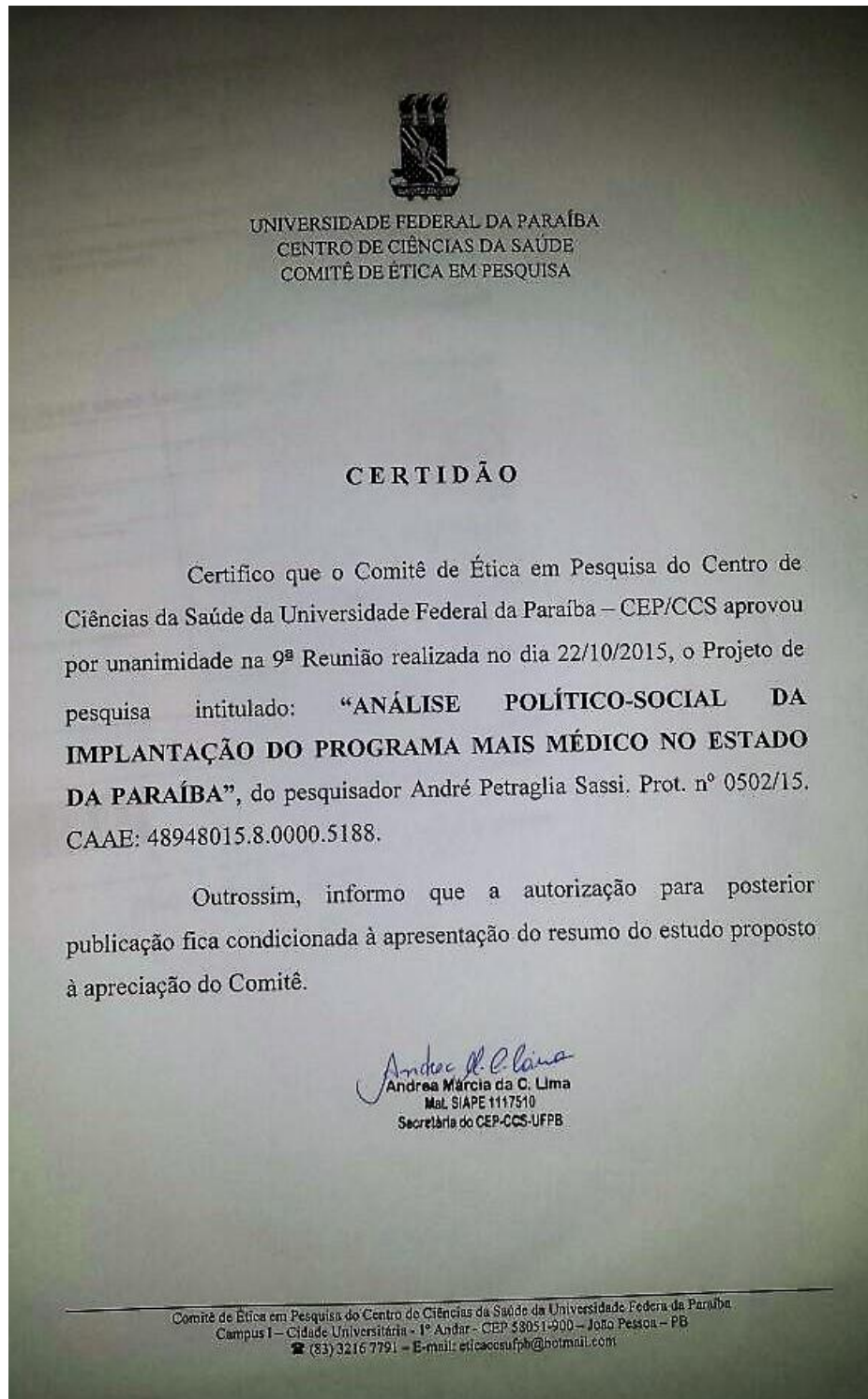
http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2620768** e o código CRC **665CCC45**.

Referência: Processo nº 25000.022702/2018-11

SEI nº 2620768

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em 22 de outubro de 2015, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188



ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)


Eu, MARIA HELLENA DE AZEVEDO LEITÃO, abaixo assinada, pesquisadora envolvida no projeto de título: **UMA AVALIAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DA PROVISÃO E SATISFAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO NO ESTADO DA PARAÍBA**, vinculado ao Programa DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA DO CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Banco de Dados do **Questionário Programa Mais Médicos – Formulário de Avaliação**, vinculado à pesquisa ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188, e também a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à utilização dos seguintes conteúdo do Questionário: **2, 5, 10, 11, 13, 14, 19, 20, 21, 114, 115, 116, 117, 118, 119**. Caso pretenda utilizar outras variáveis, farei(faremos) nova solicitação e assinatura de novo Termo de Compromisso.

Por fim, comprometemo-nos a referenciar a origem do questionário em nossas publicações, bem como encaminhar os trabalhos escritos e artigos publicados ao Pesquisador Principal da pesquisa cujo questionário está vinculado.

João Pessoa, 01, Janeiro de 2018.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura	Telefone
Maria Hellena de Azevedo Leitão	07286517422		(21) 982861704

ANEXO E - QUESTIONÁRIO

Enunciado das questões utilizadas do questionário “Mais Médicos - Formulário de Avaliação”.

Questão	Enunciado da questão
2	Data de nascimento Mês/Dia/Ano
5	País de Nascimento <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> Uruguai <input type="checkbox"/> Venezuela <input type="checkbox"/> Espanha <input type="checkbox"/> Outro _____
10	Ano de Graduação em Medicina _____
11	País onde fez o curso de graduação em medicina <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> Uruguai <input type="checkbox"/> Venezuela <input type="checkbox"/> Espanha <input type="checkbox"/> Outro _____
13	Você é Médico da Família e Comunidade (MFC)? (Considere MFC somente quem tem residência em MFC – ou equivalente- ou título pela SBMFC, não valendo a especialização da UNASUS) <input type="checkbox"/> Sim, tenho residência em MFC (ou residência equivalente em caso de estrangeiros) <input type="checkbox"/> Sim, tenho prova de título pela SBMFC <input type="checkbox"/> Não
14	Você tem alguma outra Residência Médica? (Marque todas as residências já realizadas) <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva e Social <input type="checkbox"/> Clínica Médica <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Ginecologia e Obstetrícia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outros _____
19	Programa Mais Médicos é seu primeiro emprego como médico? <input type="checkbox"/> Sim

	() Não
20	Você já trabalhou como médico na Atenção Primária à Saúde antes de ingressar no Programa Mais Médicos? () Sim () Não
21	Quanto tempo você tinha de experiência como médico atuando na Atenção Primária antes de ingressar no Programa Mais Médicos? (Descreva a quantidade de anos completos, colocando 0 para menos de um ano de experiência) _____
114	Em relação aos recursos pedagógicos do Programa Mais Médicos, avalie a sua satisfação com cada um dos itens abaixo. (opções: discordo totalmente; discordo parcialmente; nem concordo, nem discordo; concordo parcialmente; concordo totalmente) Item a): Estou satisfeito com o Tutor/Coordenador da minha região. Item b): Estou satisfeito com as Reuniões locorregionais. Item c): Estou satisfeito com o Curso de Especialização da UNASUS. Item d): Estou satisfeito com o Cursos à distância do AVASUS. Item e): Estou satisfeito com o Telessaúde (plataforma escrita). Item f): Estou satisfeito com o Telessaúde (Serviço 0800).
115	Em relação ao Programa Mais Médicos de forma geral, avalie a sua satisfação com cada um dos itens abaixo. (opções: discordo totalmente; discordo parcialmente; nem concordo, nem discordo; concordo parcialmente; concordo totalmente) Item a): Estou satisfeito com a remuneração recebida. Item b): Estou satisfeito com o Trabalho realizado na Atenção Primária. Item c): Estou satisfeito com minha equipe de trabalho. Item d): Estou satisfeito com a Gestão do município no qual trabalho. Item e): Estou satisfeito com a Comissão Coordenadora Estadual. Item f): Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Saúde. Item g): Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Educação.
116	Avalie a sua satisfação geral com o Programa Mais Médicos. - opções: escala de 0 (Muito insatisfeito) a 10 (Muito satisfeito).
117	Você gostaria de renovar seu contrato com o Programa Mais Médicos caso seja possível ao final do contrato vigente?
118	Que elementos foram importantes para sua permanência no programa até este momento? (Marque "Sim" ou "Não" para cada um dos itens) Item a): Bonificação de 10% para residência (Provab). Item b): Apoio da supervisão. Item c): Apoio do Telessaúde (0800 ou plataforma escrita). Item d): Valor da remuneração. Item e): Trabalho em equipe.

	<p>Item f): Relação com os pacientes. Item g): Valorização pela gestão municipal. Item h): Afinidade com o trabalho na Atenção Primária. Item i): Vínculo diretamente com o governo federal. Item j): Atuação em grande centro ou na proximidade. Item k): Condições de vida do município. Item m): Outros fatores.</p>
119	Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos?

Fonte: Projeto de Pesquisa, "Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba"