

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Antonio Leonel de Lima Júnior

**A percepção dos médicos em relação ao impacto das formas de contratação destes no
trabalho da estratégia de saúde da família**

Eusébio

2019

Antonio Leonel de Lima Júnior

A percepção dos médicos em relação ao impacto das formas de contratação destes no trabalho da estratégia de saúde da família

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Prof.a Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer.

Eusébio

2019

Título do trabalho em inglês: Perception of physicians regarding their ways of recruiting the family health strategy.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

L732p	<p>Lima Júnior, Antonio Leonel de. A percepção dos médicos em relação ao impacto das formas de contratação destes no trabalho da Estratégia de Saúde da Família / Antonio Leonel de Lima Júnior. -- 2019. 145 f. : il. color. ; mapas</p> <p>Orientadora: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.</p> <p>1. Serviços Contratados. 2. Trabalho. 3. Médicos. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.</p> <p>CDD – 23.ed. – 331.11</p>
-------	--

Antonio Leonel de Lima Júnior

A percepção dos médicos em relação ao impacto das formas de contratação destes no trabalho da estratégia de saúde da família

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 02 de maio de 2019.

Banca Examinadora

Prof.a Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Ceará

Prof. Dr. Bruno Souza Benevides
Centro Universitário Christus (Unichristus)

Prof.a Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Ceará

Eusébio

2019

Dedico este estudo à minha família, especialmente aos meus filhos Artur Gadelha Leonel e Sofia Gadelha Leonel.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me iluminado e permitido a conclusão de mais um desafio, dotando-me de saúde e discernimento para o fiel cumprimento desta missão, presenteando-me com o pensamento cristão de servir ao próximo e possibilitando a realização de inúmeros atendimentos médicos ao longo de mais de 15 anos de profissão, além de, através deste trabalho, estar servindo aos meus semelhantes, colegas profissionais de saúde, que em suas respectivas empreitadas somam-se ao meu ofício e necessitam, igualmente aos sujeitos a quem destinam seus cuidados, serem zelados na medida justa para a continuidade de sua atuação, com qualidade e determinação.

Aos meus pais: Antonio Leonel e Maria de Fátima, que através de sua união conceberam-me dentro de ensinamentos compartilhados entre ambos, de uma profundidade capaz de transcender a vida. Ao fato de ao decidir formar minha atual família, com minha querida companheira Myllena Leonel, poder perpetuar através dos nossos descendentes, os meus queridos e incondicionalmente amados filhos: Artur e Sofia Gadelha Leonel, valores morais, religiosos e éticos. Concluo este certame alicerçado no exemplo dos meus pais, com o propósito de edificar molde para os meus filhos. Agradeço a toda minha família, extensivo a irmãos, tios e primos, na certeza de carregar meu aprendizado com os mais velhos e repassá-los aos mais novos. Gratidão pelo respeito, a tolerância e a compreensão das minhas ausências em determinados momentos destinados a esta pesquisa, acreditando num projeto mais amplo temporalmente, de modo a envolver todas as nossas vidas. Meus agradecimentos com imenso amor.

Ao Estado brasileiro, que me concedeu o privilégio de ter passado por instituições de ensino e formação civis e militares: Universidade Federal do Pernambuco, Marinha do Brasil e, mais recentemente, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). No âmbito desta última, a quem presto meus mais sinceros agradecimentos por tantas contribuições, enfatizo o papel de seu Presidente, Vice-Presidente de Ensino e Recursos Humanos e Coordenadores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, sempre deferentes e envolvidos com a qualidade do ensino e do curso. Parabênizo-lhes pelo grau de compromisso e dedicação, como também aos funcionários de todos os níveis, diretos ou terceirizados, que não podem ser esquecidos, visto sempre atenderem-me com simpatia e atenção.

Aos meus queridos colegas do Mestrado Profissional em Saúde da Família: Ana Paula Rafael, Anderson Milfont, Carla Kerr, Daniel Coriolano, Diego Siqueira, Leandro Araújo, Márcia Marinheiro, Patrícia Almeida e Roberto Araújo – pela oportunidade de construção do

aprendizado coletivo através da troca de saberes em meio a muitos momentos de convívio, sorrisos, permutas e afeições. Ao colega mestrando Roberto Maranhão, em especial, que junto de sua orientadora e nossa coordenadora Prof^a. Dr^a. Ivana Barreto, partilharam momentos de construção do nosso projeto de pesquisa e atividades em campo. Meu respeito, admiração e carinho. Aos membros da Secretaria Acadêmica (aqui personificados em Rubia Andrade e Odirene Braga), que nos surpreenderam pela superação das adversidades, eficiência, dedicação e empatia. Meu muito obrigado.

À minha orientadora, prof^a. Dra. Anya Vieira, que se portou como só o fazem os mestres: creditando no meu trabalho, deu-me a liberdade necessária dividindo comigo as expectativas, conduzindo-me a maiores reflexões e, desta forma, enriquecendo-me. Minha especial admiração e gratidão. É com emoção que agradeço a Prof^a. Dr^a. Sharmenia Nuto, que estabeleceu um novo e mais amplo sentido a nossa pesquisa ao externar seu pensamento com críticas construtivas e sugestões de literatura fundamentais na construção desta dissertação. Ao Prof. Dr. Roberto Wagner, por tornar fácil e mais leve o que parecia tão sombrio e pesado. De modo complementar, a todos os demais professores que participaram desta jornada, sempre solícitos, sem suas contribuições não haveria tamanha facilidade ao se acessar tão vasto conhecimento, notadamente através de suas experiências pessoais e métodos de ensino marcados pela andragogia. Meus sinceros agradecimentos.

A todos os colegas médicos entrevistados, por não se furtarem em participar ao responderem um longo questionário, em sua maioria em meio a turnos de trabalho com numerosas atividades e excesso de demandas, como também aos que não puderam participar pelas mais diversas razões. Agradeço a todos e a cada um em particular.

À Instituição Secretaria Municipal de Saúde, por abrir mão de turnos de atuação assistencial em prol de minha qualificação profissional, apostando em todos os avanços que está poderá incrementar em nosso serviço. Em especial, à coordenação do Posto de Saúde Roberto Bruno, representado por Monique Lima e Gerusa Nobre.

À minha equipe da Estratégia Saúde da Família, composta por Rayanna Mendes, Simone Parente, Elizabete Melo, Sônia Melo, Rita Góes, Deny Souza, Sabrina Mendonça e Maria dos Prazeres Gomes, e demais colegas de trabalho, sem distinção. Sou-lhes imensamente grato.

À, finalmente, todos que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a chegar até aqui. Muito obrigado.

Amarás o teu próximo como a ti mesmo.
(BÍBLIA, Marcos, 12:31, 2014)

RESUMO

Referência: LIMA JÚNIOR, Antonio Leonel de. **A percepção dos médicos em relação ao impacto das formas de contratação destes no trabalho da Estratégia de Saúde da Família**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, 2019.

Influenciado por modelos de sistemas internacionais, o Brasil optou pela construção de um sistema universal de saúde, com ações integrais e gratuitas, com a coordenação do cuidado sob a responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (APS), porém há dificuldades gerenciais associadas ao financiamento que afetam a sua política de recursos humanos (RH). Tem sido constante a busca por mecanismos que assegurem a quantidade e qualidade de profissionais para a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo escolhido como principal estratégia da APS no país, e norteado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Observam-se diversas modalidades de vinculação de profissionais das equipes de ESF, com destaque para as vagas destinadas aos médicos. Esta miscelânea de formatos de vínculos ocorre apesar da existência de uma Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS), construída pelo Ministério da Saúde no intuito de orientar estados e municípios. O uso destas várias formas de contratação de médicos nas equipes de ESF constitui assunto de notório interesse para a continuidade dos processos de trabalho dentro da APS e deve ser tratado com a importância necessária, como uma Política de Estado, capaz de corroborar a altura da participação desejada dentro deste sistema. Acredita-se que as diversas formas de vínculo dos médicos com a ESF influenciam seu processo de trabalho e a plena implementação da ESF, com todas as suas doutrinas, princípios e atributos. Desta forma, o presente estudo investigou, no município de Fortaleza, a percepção dos médicos sobre as nuances das diversas formas de contratação desta categoria, afim de analisar as formas de vínculo que melhor contribuem às atividades da ESF no município, tendo em vista a procura pelo melhor desempenho dos Atributos Essenciais da APS: o primeiro contato, o vínculo profissional-paciente, a longitudinalidade da atenção, e a coordenação do cuidado/integralidade. Analisar, sob a ótica dos profissionais médicos, a influência da forma de contratação no trabalho realizado na ESF, tendo como base os Atributos essenciais da APS, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (PNRH-SUS). A pesquisa foi executada em duas etapas: a primeira direcionada a análise documental, analítica, com abordagem quantitativa sobre as características relacionadas às formas de contratação de médicos para ESF nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) do Município de Fortaleza, com base nos princípios do

Sistema Único de Saúde (SUS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS); enquanto a segunda etapa caracterizou-se como uma pesquisa de campo, transversal, descritiva, e com abordagem quantitativa, realizada através de aplicação de um formulário semiestruturado, que foi aplicado aos profissionais médicos atuantes na ESF do município de Fortaleza com diferentes vínculos ao SUS. A coleta de dados ocorreu entre abril e novembro de 2018, em UAPS do Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A população foi composta por amostra de médicos trabalhadores da ESF, calculada de acordo com os seus respectivos vínculos, a partir de dados ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Delimitaram-se ao estudo variáveis associadas à caracterização sócio demográfica, caracterização do trabalho e situação empregatícia. O banco de dados foi construído com o software Epidata versão 3.1 e os dados analisados utilizando o STATA. A análise documental constatou características distintas entre os vínculos médicos a ESF. As diferenças foram evidenciadas em relação aos contratantes, as políticas de fixação do profissional, as garantias de direitos trabalhistas, previdenciários, e as oportunidades de carreira e formação. A maior parte dos entrevistados avaliou os atributos da atenção básica (quando se uniu todas as formas de contratação) como positivos (regular, bom ou ótimo), contudo, esta avaliação não foi uniforme com relação a quem avaliou, assim como em relação ao grupo avaliado. Há avaliações distintas relacionadas ao desempenho dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com a forma de contratação. Percebeu-se como melhor o desempenho dos atributos essenciais da APS alcançado pelos estatutários, seguidos dos bolsistas do PMMB, celetistas e por último pelos autônomos. Dentre as miscelâneas de formas de contratação analisadas, o médico estatutário sobressai-se às demais formas pela estabilidade adquirida e pelo vínculo duradouro. Tais características possibilitam maior tempo de atuação em um mesmo território, facilitando o direcionamento de sua prática assistencial. Analisou-se que a contratação através de concurso público e contratação de trabalhadores via recibo de pagamento autônomo, sob a ótica dos médicos, são, respectivamente, a melhor e a pior forma de contratação relacionada ao desempenho dos atributos essenciais da APS e seguimento dos ditames da PNAB E PNRH-SUS.

Palavras-chave: Formas de contratação. Trabalho médico. Estratégia de Saúde da Família. Avaliação da qualidade do trabalho em Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Reference: LIMA JR, Antonio Leonel de. **Perception of physicians regarding their ways of recruiting the family health strategy**. 2019. Dissertation (Professional Master in Family Health - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, 2019.

Influenced by international systems models, Brazil opted for the construction of a universal health system, with full and free actions, with the coordination of care under Primary Health Care (APS), but there are management difficulties associated with the financing that affect their human resources (RH) policy. The search for mechanisms that ensure the quantity and quality of professionals for the Family Health Strategy (ESF), a model chosen as the main APS strategy in the country, and guided by the National Basic Care Policy (PNAB) has been constant. Several modalities of linking the professionals of the FHT teams are observed, with emphasis on the vacancies for physicians. This miscellany of formats of links occurs despite the existence of a National Human Resources Policy of SUS (PNRH-SUS), built by the Ministry of Health in order to guide states and municipalities. The use of these various ways of hiring physicians from the ESF teams is a matter of notable interest for the continuity of work processes within the APS and must be treated with the necessary importance, such as a State Policy, capable of corroborating the height of the desired participation within this system. It is believed that the various forms of linkage between physicians and ESF influence their work process and the full implementation of the ESF, with all its doctrines, principles and attributes. In this way, the present study investigated in the city of Fortaleza the physicians' perception about the nuances of the different forms of hiring of this category, in order to analyze the forms of bond that best provide the activity of the APS in the municipality, in view of the demand for the best performance of the APS Essential Attributes: the first contact, the professional-patient relationship, the longitudinality of care, and the coordination of care / completeness. To analyze, from the perspective of the medical professionals, the influence of the form of hiring in the work carried out in the ESF, based on the essential attributes of the APS; National Policy of Basic Attention (PNAB) and National Policy of Human Resources of the Unified Health System (PNRH-SUS). The methodology was quantitative. The research was planned in two stages: the first one related to the documentary analysis on the ways of hiring the medical professional and the linking of dictates of the PNAB and PNRH-SUS for each form of contracting in the local ESFT, while the second consisted of the application of a structured form to ESF medical professionals about their work processes and influence of the way of contracting on the essential attributes

of the APS of the same. Data collection occurred between April and November 2018, in Basic Health Units of the Municipality of Fortaleza, capital of the State of Ceará. The population was composed of a sample of physicians, employees of the ESF calculated according to their respective links from data offered by the Municipal Health Department (SMS). It focused on the study of variables associated with socio-demographic characterization, work characterization and employment status. The database was built with Epidata software version 3.1 and data analyzed using STATA. The documentary analysis found different characteristics between the medical links to FHS. The differences were evidenced in relation to the contractors, the policies of fixing the professional, the guarantees of labor rights, social security, and the career and training opportunities. Most of the interviewees evaluated the attributes of basic care (when all forms of employment were joined) as positive (regular, good or optimal), however, this evaluation was not uniform with respect to who evaluated, as well as in relation to the group evaluated. There are distinct assessments related to the performance of the essential attributes of Primary Health Care (PHC) according to the form of hiring. The performance of the essential attributes of the PHC achieved by the statutory ones, followed by the PMMB scholarship recipients, and by the autonomous ones, was better perceived. Among the miscellaneous forms of hiring analysed, the statutory doctor stands out in other ways for the stability acquired and for the lasting bond. These characteristics allow a longer time in the same territory, facilitating the direction of their care practice. It was analyzed that contracting by public tender and contracting autonomous workers, from the perspective of physicians, are, respectively, the best and the worst form of contracting related to the performance of the essential attributes of the APS and following the dictates of PNAB and PNRH –SUS.

Keywords: Hiring methods, medical work, Family Health Strategy, Evaluation of the quality of work in Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa das regionais do município de Fortaleza	47
Quadro 1 - Redefinições da profissão médica.....	21
Quadro 2 - Mudanças no mercado de trabalho após a abertura ao comércio internacional....	21
Quadro 3 - Principais motivações para mudanças apontadas pelos médicos.....	24
Quadro 4 - Percentual de gastos com pessoal pela Prefeitura de Fortaleza em 2017	30
Quadro 5 - Prefeituras cearenses com maiores percentuais de gastos com pessoal em 2017.	30
Quadro 6 - Prefeituras cearenses com menores percentuais de gastos com pessoal em 2017	31
Quadro 7 - Contratação de médicos por cooperativismo	37
Quadro 8 - Contratação de médicos por Concurso Público	38
Quadro 9 - Contratação de médicos em caráter temporário.....	39
Quadro 10 - Contratação de médicos através de bolsas	39
Quadro 11 - Ações do Programa Mais Médicos para o Brasil.....	41
Quadro 12 - Comparativo entre programas de bolsistas	42
Quadro 13 - Cálculo da amostragem da população do estudo estratificada por vínculos.....	48
Quadro 14 - Informações do questionário de coleta de dados para médicos	49
Quadro 15 - Síntese da análise documental sobre os celetistas.....	53
Quadro 16 - Síntese da análise documental sobre os Estatutários	55
Quadro 17 - Síntese da análise documental sobre os bolsistas do PMMB	57
Quadro 18 - Síntese da análise documental sobre os trabalhadores autônomos	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil Sóciodemográfico dos Médicos Atuantes da ESF em Fortaleza.....	62
Tabela 2 - Perfil nos processos de trabalho dos médicos atuantes da ESF em Fortaleza.....	72
Tabela 3 – Tabela de avaliação dos atributos da APS pelos médicos da ESF em Fortaleza...	90

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	<i>Geral</i>	18
2.2	<i>Específicos</i>	18
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1	<i>A profissão médica no contexto histórico do mercado de trabalho de 1930 até os dias atuais</i>	19
3.2	<i>A profissão médica e seus desafios organizacionais, institucionais e educacionais</i>	22
3.3	<i>A Atenção Primária à Saúde</i>	25
3.4	<i>A Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente e a gestão do trabalho</i>	26
3.5	<i>A Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS)</i>	27
3.6	<i>A formação e a preparação para o trabalho médico</i>	28
3.7	<i>O financiamento do SUS e suas repercussões políticas</i>	29
3.8	<i>A contratação de médicos na Estratégia de Saúde da Família</i>	34
3.9	<i>O Programa de Valorização da Atenção Básica, o Programa Mais Médicos para o Brasil e suas repercussões dentro do mercado de trabalho na Estratégia de Saúde da Família</i>	39
3.10	<i>Avaliação da Atenção Primária à Saúde</i>	44
4	METODOLOGIA	45
4.1	<i>Tipo de estudo</i>	45
4.2	<i>Local e período do estudo – etapa 1</i>	46
4.3	<i>Universo e amostra do estudo – etapa 2</i>	47
4.4	<i>Procedimentos e instrumentos de coleta de dados</i>	48
4.5	<i>Variáveis estudadas</i>	50
4.6	<i>Organização e análise dos dados</i>	50
4.7	<i>Aspectos legais e éticos em pesquisas com seres humanos</i>	50
4.8	<i>Divulgação dos resultados da pesquisa</i>	51
5	RESULTADOS	52
5.1	<i>Resultados da etapa 1</i>	52
5.2	<i>Resultados da etapa 2</i>	60
5.2.1	<i>Dados sociodemográficos</i>	60

5.2.2 Perfil nos processos de trabalho dos médicos atuantes da ESF em Fortaleza.....	68
5.2.3 Avaliação do desempenho dos atributos essenciais da APS pelos médicos atuantes na ESF em Fortaleza.....	88
5.2.3.1 Primeiro contato	88
5.2.3.2 Longitudinalidade.....	89
5.2.3.3 Integralidad.....	89
5.2.3.4 Coordenação do cuidado	89
6 DISCUSSÃO.....	101
6.1 <i>A percepção dos entrevistados sobre a relação da forma de contratação com os atributos essenciais da APS.....</i>	<i>102</i>
6.2 <i>Aspectos sociodemográficos que influenciam nas formas de contratação.....</i>	<i>106</i>
6.3 <i>Influência da política do PMMB nas políticas municipais de Recursos Humanos.....</i>	<i>106</i>
6.4 <i>Aspectos relacionados à formação específica voltada a APS.....</i>	<i>109</i>
6.5 <i>A carreira do médico na APS, aspectos trabalhistas, políticos e financeiros relacionados às diversas formas de contratação dos profissionais do SUS.....</i>	<i>111</i>
7 CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA MÉDICOS.....	127
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	139
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	140
ANEXO B - CÓPIA DE ATA ENTREGUE A SEAD.....	144

1 INTRODUÇÃO

Influenciado por modelos de sistemas internacionais (OMS, 1979), o Brasil optou pela criação de um sistema universal de saúde, com ações integrais e gratuitas, que exigiram redimensionamento estrutural para a organização do trabalho em consonância com os novos princípios doutrinários e organizacionais estabelecidos (BRASIL, 1988; PESSOTO et al., 2015). Houveram inúmeras dificuldades, como a perene escassez de recursos financeiros, desde sua criação até os dias atuais, e o conseqüente dever de aperfeiçoar os gastos, assim como dificuldade relacionada aos recursos humanos (RH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente e de modo mais relevante na atenção primária em saúde (APS) (BRASIL, 2000; PIOLA et al., 2013). Deste modo, tem sido constante a busca por estratégias que assegurem a quantidade e a qualidade de profissionais para a Estratégia Saúde da Família (ESF), com destaque para o profissional médico (NEY e RODRIGUES, 2012; OLIVEIRA et al., 2015).

A ESF é resultado de inspiração própria do SUS para equacionar a atenção primária em saúde no país, criando-se modelo único no mundo, sendo protagonizada por equipes multidisciplinares, compostas minimamente por um(a) médico(a) generalista, um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012a). Sua implantação associou-se a um aprofundamento da ruptura com o modelo voltado para as superespecialidades médicas e centralidade de suas decisões (SCHRAIBER, 2008). Neste contexto, sabe-se que o trabalho médico tem participação obrigatória em todos os níveis de atenção em saúde (MACHADO, 1997), com direcionamento a campos de práticas distintos, sendo necessárias estratégias para superar lacunas deste profissional nas equipes da ESF, de modo a superar a descontinuidade de serviços em áreas consideradas vulneráveis (FONSECA, 2002).

Há várias modalidades de vinculação de profissionais junto a APS, que atualmente compõe as vagas destinadas a médicos nas equipes de ESF com: efetivos / temporários e trabalhadores / bolsistas. Esta miscelânea de formatos de vinculação ocorre apesar da existência de uma Política Nacional de Recursos Humanos do SUS, construída pelo Ministério da Saúde no intuito de orientar estados e municípios. Esses últimos são percebidos como entes federados com pouca expertise sobre o tema; detentores de um menor aporte de recursos quando comparados a União; e fiscalizados pelos seus respectivos tribunais de contas

com gastos de pessoal limitados a 54% da receita corrente líquida (BRASIL, 2000; FIORAVANTE et al., 2006; PIOLA et al., 2013).

A dificuldade na contratação de médicos para a composição das equipes de ESF teve início com o receio da extinção do Programa Saúde da Família (PSF) e o conseqüente temor dos municípios em arcar com quadro de profissionais efetivos sem a contrapartida de estados e União (TSUBOUCHI, 2010). Sanadas estas dificuldades, com a construção de medidas de financiamento em caráter definitivo e voltadas aos componentes da ESF, registraram-se concursos para provimento de cargos efetivos em vários municípios, pertencentes a vários estados da federação. Contudo, não houve a fixação de profissionais médicos em todas as áreas necessárias, a exemplo das demais categorias componentes da ESF (JUNQUEIRA et al., 2010).

É importante enfatizar que a escassez de médicos na APS do Brasil é superior à de outros profissionais da saúde (GIRARD, 2016), visto maior interesse dos médicos por outras áreas de atuação da Medicina (SCHEFFER, 2018). Desse modo, outras formas de vínculo foram buscadas pelos municípios (e.g., Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA), organizações sociais, terceirização, cooperativas) (DUQUE DE CAXIAS, 2001; DUQUE DE CAXIAS, 2005), que ainda assim não conseguiram equacionar a problemática. Com a persistência das lacunas provocadas pela ausência de médicos na ESF, o governo federal criou então medidas contendo diversos estímulos, com destaque para a vinculação de médicos junto ao Ministério da Saúde e/ou Ministério da Educação: Residências médicas, Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa ‘Mais Médicos’ para o Brasil (PMMB) (ARQUIVO NACIONAL, 1977; SERVO et al., 2011; NEY e RODRIGUES, 2012; BRASIL, 2015).

O uso dessas formas de contratação de profissionais médicos para as equipes da ESF constitui assunto de notório interesse para a continuidade dos processos de trabalho dentro da APS e deve ser tratado com a devida relevância, como uma Política de Estado, capaz de corroborar com o modelo escolhido enquanto principal estratégia de APS (HOFLING, 2001; CARVALHO, 2013). É importante ter um médico que acompanhe ciclos de vida; se responsabilize com a saúde da comunidade ao longo do tempo, pautando sua labuta em relações humanizadas, possua um vínculo duradouro com seu empregador (SUCUPIRA, 1982; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012b), e desenvolva suas atividades com base nos atributos essenciais da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) (STARFIELD, 2002).

É sabido que as diversas formas de vínculo dos médicos com a ESF influenciam seu processo de trabalho e a plena implementação da estratégia, com todas as suas doutrinas, princípios e atributos. Sabe-se ainda que a contratação dos profissionais de saúde no SUS deve seguir os ditames da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS), enquanto que a atuação dos profissionais da atenção primária deve seguir as premissas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Contudo, a literatura não é clara em relação a qual forma de contratação dos médicos da ESF possibilita o melhor desenvolvimento dos atributos essenciais da APS e pressupostos da PNAB, assim como qual forma melhor se encaixa na PNRH-SUS.

Desta forma, o presente estudo pretende investigar, no município de Fortaleza, a percepção dos médicos sobre as nuances das diversas formas de contratação desta categoria, afim de analisar as formas de vínculo que melhor contribuem às atividades da ESF no município, tendo em vista os atributos essenciais da APS, a PNAB e a PNRH-SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar, sob a ótica dos profissionais médicos, a influência da forma de contratação no trabalho realizado na Estratégia de Saúde da Família, tendo como base os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde.

2.2 Específicos

- Conhecer a adesão aos ditames da PNAB e PNRH-SUS para cada forma de contratação no município de Fortaleza;
- Descrever o perfil sócio demográfico dos profissionais médicos de acordo com a forma de contratação na APS do Município de Fortaleza;
- Identificar, sob a ótica dos médicos, a influência da forma de contratação no desenvolvimento dos atributos essenciais da APS no município de Fortaleza.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 *A profissão médica no contexto histórico do mercado de trabalho de 1930 até os dias atuais*

A Medicina, assim como outros ofícios seculares que resistem ao tempo, sofreu significativas modificações na prestação de serviços entre profissionais e pacientes, com a incorporação de novas tecnologias, empresariamento da medicina, assalariamento dos médicos (mediante a precarização de contratos de trabalho) e divisão das etapas na oferta de serviços, com a participação de um número crescente de componentes em etapas cada vez mais delimitadas, sem que cada participante adquira o controle de todas as fases do processo, de modo a beneficiar o detentor dos meios; perdeu-se o caráter de atividade liberal, autônoma, artesanal - com domínio de todas as fases do processo. Como ficou bem ilustrado por Lilian Schraiber:

“[...] do chamado domiciliar à medicina do pronto-socorro; do médico-herói ao medicamento-herói; do médico de vocação e talento (arte de curar) à medicina de precisão (ciência de curar); da relação interpessoal médico-paciente ao contrato jurídico dos convênios; da confiança no ‘meu’ médico à confiança na tecnologia ‘do’ hospital; da medicina de bairro à medicina de grupos e do seguro-saúde; da medicina masculina e centrada no médico à presença progressiva da equipe de trabalho e das mulheres na profissão. (SCHRAIBER, 1993).

Excetuando-se a bem-vinda participação feminina, houveram perdas que não se limitaram apenas aos profissionais, mas às relações entre médicos e pacientes, que hoje contam com intermediários, instituições públicas ou privadas (MACHADO, 1997), com quem as pessoas têm relações através de pagamentos - impostos ou mensalidades, e a partir disso cobram a prestação de serviços dentro de suas expectativas, nem sempre atingidas (ALMEIDA, 1998).

No Brasil, essas transformações iniciaram-se na década de 1930, com a quebra da Bolsa de Nova Iorque em 1929, a crise da superprodução cafeeira e o declínio nas vendas do café (TEIXEIRA e OLIVEIRA, 1984). Derivados deste capital foram investidos no início da industrialização, que acarretou num incremento considerável dos movimentos migratórios do campo para as cidades (SCHRAIBER, 1989).

Rapidamente as cidades começaram a elevar seus contingentes populacionais, que se organizavam em categorias que por sua vez pleiteavam direitos como o acesso à saúde, dentre outros (SCHRAIBER, 1989).

As corporações mais organizadas fundaram as caixas de previdência, depois reunidas em institutos de previdência, que eram orientadas por categorias profissionais, até a unificação em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), numa ação centralizadora marcante imposta pela ditadura militar (AVELINO, 1991; ANDRADE, 2003; BATICH, 2004). Nesse processo, a assistência médica é reclamada para dentro das instituições, centradas nos grandes complexos hospitalares, financiadas por recursos garantidos pelos segurados (OLIVEIRA et al., 2011). O amparo aos indigentes contava com as redes de Santas Casas de Misericórdia e outros hospitais filantrópicos dispersos pelo país, que destinavam, neste momento, suas ações aos excluídos, não segurados (SCOREL et al., 2005).

Em 25 de Julho de 1953 foi criado o Ministério da Saúde, 13 anos antes do INPS, no intuito de desenvolver ações mais voltadas à organização e elaboração de políticas públicas e planos para a promoção e prevenção (BRASIL, 1953); possuía estrutura e orçamento muito limitado para práticas de assistência à Saúde dos brasileiros em geral, diferente dos dias atuais (PIOLA et al., 2013).

Sobre novos pilares, houve a necessidade de ruptura com este modelo desarticulado vigente, que separava ações preventivas e curativas, público alvo em segurados e indigentes, geridos até então pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Santas Casas de Misericórdia, que empregavam médicos e demais trabalhadores da saúde dentro do contexto da época (BRASIL, 1953; SCOREL et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2011; PIOLA et al., 2013).

Tinha-se uma estrutura centralizadora predominantemente hospitalocêntrica, com direcionamento assistencial voltado à atuação de especialistas e ações curativas (SCHRAIBER, 1989). Com o tempo, esse sistema recebeu, junto a modelos semelhantes vigentes em outros países, várias críticas (OLIVEIRA et al., 2011), ao mesmo tempo em que experiências exitosas construídas em várias partes do mundo passaram a ser propagadas com maior intensidade, mostrando-se efetivas e de baixo custo (OMS, 1979), ao considerar o ser humano como um todo e com a proposta de valorização do médico generalista (CAPRARA e FRANCO, 1999).

Essa tentativa de resgate e valorização do médico generalista ocorre no bojo da tentativa de adoção de um modelo institucional a se responsabilizar pelo que ninguém mais se responsabilizava (CAPRARA e FRANCO, 1999): o cuidado integral, acompanhamento longitudinal, primeiro contato e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). O Quadro 1 associa o ordenamento cronológico das redefinições da profissão médica:

Quadro 1 - Redefinições da profissão médica

Período	Características do trabalho	Observações
Até 1930	Predomínio da medicina liberal	Trabalho artesanal e em consultório particular
1930-1960	Trabalho médico em sociedade	Medicina tecnológica, com arranjos de base progressivamente tecnicistas
1960-1990	Assalariamento em empresas públicas e privadas de assistência médica	Estabelecimento do empresariamento da assistência

Fonte: Schraiber (1989).

Concomitante ao surgimento do SUS em 1988 e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1993, bem como com a incorporação da saúde enquanto direito constitucional dos cidadãos e dever do estado, representando as bases da criação de toda rede assistencial, inclusive da Atenção Primária à Saúde existente nos dias de hoje (BRASIL, 1988; BRASIL, 1993), experimentou-se uma abertura comercial promovida pelo governo Collor e ampliada pelo governo Fernando Henrique Cardoso, com importantes repercussões no setor produtivo (BALTAR, 1996; COSTA, 2005).

Rompia-se o sustentáculo dos programas de desenvolvimento do país desde os anos de 1930, com processos de reestruturação produtiva dentro das empresas, como citado por Costa e sintetizado a seguir, no quadro 2:

[...] Fechamento de fábricas, enxugamento de plantas, redução de hierarquias, concentração da produção nas áreas ou produtos de maior retorno, terceirização, modernização tecnológica, redefinição organizacional dos processos produtivos, entre outros, sintetizaram as estratégias empresariais, como estratégia mesmo de sobrevivência, resultando num fenômeno de demissão em massa de dimensão jamais vivida na história da industrialização do país. (COSTA, 2005).

Quadro 2 - Mudanças no mercado de trabalho após a abertura ao comércio internacional

Flexibilização/desregulamentação do sistema legislativo nacional de proteção ao trabalho, da CLT.	Medidas provisórias que regularizavam o banco de horas, o contrato de trabalho por tempo determinado, a suspensão temporária do contrato de trabalho por motivos econômicos.
Flexibilização dos regimes de trabalho	Alteração de jornadas, salários, mobilidade funcional e ritmos.

Fonte: Costa (2005).

As inovações propostas ao setor produtivo foram incorporadas como mecanismos de competitividade a serem adotados por detentores dos meios de produção, rapidamente estendidos a outros segmentos da economia brasileira, incluindo a prestação de serviços públicos e privados, com nítida valorização dos preceitos do liberalismo econômico e depreciação das intervenções estatais (BALTAR, 1996; COSTA, 2005).

3.2 *A profissão médica e seus desafios organizacionais, institucionais e educacionais*

No Brasil, o modelo corporativista de relações de trabalho, desde os seus primórdios, foi influenciado por muitas variáveis e inúmeros debates ideológicos (MORAIS FILHO, 1978), modulados pelas conjunturas econômicas e políticas que acompanharam o processo de industrialização e de organização sindical no país (ALMEIDA, 1988).

Nesse contexto, o sindicalismo sempre enfrentou adversidades, como a crescente cooptação de líderes sindicais, que cerceou aos poucos o livre movimento dos sindicatos, com o oferecimento de cargos nos quadros burocráticos, legislativos e judiciários (MORAES FILHO, 1978). Além dos sindicatos, diversas associações e conselhos de classe propiciaram o afastamento total ou parcial de trabalhadores de suas funções laborativas para atividades sem controle de horas trabalhadas e com benefícios distantes dos obtidos pela maioria da sua respectiva categoria, o que pode ser considerado um dos grandes motivos para a perpetuação das mesmas pessoas, nos mesmos cargos, em geral ligados a algum grupo político ou simpatizante de determinado círculo identificado com alguma corrente ideológica, nem sempre seguida (BALTAR, 1996; RODRIGUES, 2000; ANTUNES, 2004).

A baixa renovação de pessoal em cargos executivos, legislativos, sindicais e demais associações de classe propiciou o seguimento à deriva de políticas classistas no âmbito de algumas categorias (RODRIGUES, 2000), a ponto de no setor saúde criar-se um piso salarial nacional para a categoria mais recentemente regulamentada, a dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enquanto profissões mais antigas, como os médicos, permanecem no aguardo da mesma conquista (BRASIL, 2014a).

Êxito semelhante foi conquistado por outras categorias profissionais, que com participação cada vez mais marcante, suscitaram polêmicas e conflitos em relação ao caso do ato médico, tornando-o assunto a causar divergências intrínsecas no seio da própria categoria, acerca da exclusividade ou não dessas ações; fato embaraçoso, visto os raros registros de apoio de outras categorias profissionais às demandas da classe médica (BRASIL, 2013).

No centro dessa discussão está a ESF, que depende da regulamentação da lei do ato médico para viabilizar desempenho profissional mais ou menos atuante por parte do profissional de enfermagem (BRASIL, 2013), sendo que quanto mais ações vierem a ser regulamentadas enquanto de exclusividade médica, mais vulnerável se torna a permanência dessa estratégia como pilar de organização da APS no Brasil, uma vez pautada no trabalho multiprofissional (SANTOS, 2000).

Aliado a isso, temos mudanças promovidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como a possibilidade de novas formatações das equipes, com composições diversas das atuais, a partir, por exemplo, da retirada da obrigatoriedade da presença dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a atuação dos médicos na APS constitui-se enquanto necessidade inquestionável, fazendo-se com que a partir da falta desses profissionais em numerosos territórios, em 2015, o Ministério da Educação eleja 39 cidades passíveis de candidatarem-se a receber novas faculdades de medicina (BRASIL, 2015). Com a concretização desses pleitos, o Brasil é hoje o segundo país do mundo em número de escolas médicas, superado apenas pela Índia, resguardando-se que a última possui uma população aproximadamente seis vezes maior que a brasileira (SERES, 2014; CREMESP, 2015).

Dessa forma, assegurou-se na década de 2010 uma massificação na graduação de médicos (SGUISSARDI, 2015) e mecanismos de preenchimento de antigas lacunas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sobretudo por jovens médicos residentes em caráter rotativo (BRASIL, 2015). Entretanto, apesar disso, seguiram-se as dificuldades na presença de médicos na APS em várias regiões do país. A partir daí, para tentar superar tal dificuldade, a opção do ministério da saúde foi recorrer à utilização de médicos estrangeiros, com destaque aos médicos cubanos, para a atuação na ESF (BRASIL, 2015).

Sabidamente, a atuação de um contingente maior de médicos na Atenção Básica (AB) poderá modificar as atuais atribuições dos membros das equipes da ESF (CAMPOS, 1997). O profissional de enfermagem, anteriormente investido de direito para solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos dentro de programas da AB (SANTOS, 2000), e que atualmente resente-se de disputas impostas judicialmente pelo ato médico, futuramente

poderá ter seus argumentos relacionados à falta de médicos superados e suas funções dentro das equipes de ESF redimensionadas (SCHRAIBER, 2008).

É importante frisar que a efetivação da expansão da pós-graduação na área médica, com destaque para atuação na Atenção Primária à Saúde, assim como outros meios de fixação profissional, não acompanhou a expansão dos cursos de medicina. Desse modo, apesar das cidades de médio porte em todas as regiões brasileiras, sobretudo as mais distantes das capitais, passarem a contar com cursos de medicina (ARAÚJO, 2012), poucas possuem oferta de pós-graduação e vagas formais de emprego capazes de fixar médicos em suas respectivas regiões, ocasionando novos ciclos migratórios influenciados a princípio pela continuidade da formação profissional (com concentração em especialidades mais reconhecidas pelo mercado privado, que não registra escassez de médicos), serviço militar obrigatório para homens e, posteriormente, por questões pessoais e relacionadas a ofertas de trabalho (ARAÚJO, 2012; NEY e RODRIGUES, 2012).

Sabe-se que a fixação de médicos em regiões onde realizam programas de pós-graduação é superior ao estabelecimento nos locais onde realizam suas respectivas graduações (NEY e RODRIGUES, 2012). Nesse meio, destacam-se os programas de residências médicas, reconhecidos internacionalmente como treinamento em serviço sob supervisão, considerados padrão-ouro na formação de novos especialistas médicos (NUNES, 2004).

Ademais, o entendimento das principais motivações no contexto das variadas etapas dos ciclos migratórios, sintetizados no Quadro 3, se faz fundamental no estudo de iniciativas para promover a fixação dos médicos e o direcionamento para campos de prática na APS (ARAÚJO, 2012; NEY e RODRIGUES, 2012).

Quadro 3 - Principais motivações para mudanças apontadas pelos médicos.

Ordem	1ª Movimentação	2ª Movimentação	3ª Movimentação
1	Perspectiva de aprimoramento profissional	Acompanhar/conviver com parentes	Acompanhar/conviver com parentes
2	Residência médica	Perspectiva de aprimoramento profissional	Perspectiva de melhor remuneração
3	Acompanhar/conviver com parentes	Residência médica	Maior perspectiva/condição de trabalho

4	Serviço militar	Maior perspectiva/condição de trabalho	Perspectiva de aprimoramento profissional
5	Maior perspectiva/condição de trabalho	Emprego público no local de destino	Emprego público no local de destino

Fonte: Araújo (2012).

3.3 *A Atenção Primária à Saúde*

A Conferência Internacional sobre APS realizada em Alma-Ata, em 1978, representou relevante marco histórico; quando se definiu Saúde como:

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social-mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1979).

Com base nesta nova definição questionaram-se as desigualdades; recomendou-se a universalização da APS até o ano 2000; a participação comunitária no planejamento e na execução de seus cuidados em saúde; a responsabilização dos governos por medidas sanitárias e sociais adequadas em conjunto com o planejamento de políticas, estratégias e planos nacionais de ação no sentido de manter cuidados primários de saúde em sinergismo com outros setores; colocam-se os cuidados primários em saúde como essenciais ao alcance universal das populações e como alternativa para prover custos mais racionalizados; a necessidade de cooperação de todos os países; e a priorização com gastos em saúde, em detrimento de ações e gastos bélicos com serviços militares (OMS, 1979).

Apesar do Brasil não ter participado da Conferência de Alma-Ata, seu movimento de reforma sanitária recebeu forte influência, com confluência presente em importante marco da nossa história, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, momento em que foi proposta a revisão da legislatura regulamentadora dos eixos da promoção, proteção e recuperação da saúde; mesmo com a polêmica da estatização da saúde, foi consenso à necessidade de fortalecimento e expansão do setor público, de modo que contratos com a iniciativa privada deveriam ser tratados como a concessão de um serviço público através de contratos de direito público; foi proposta a separação da “previdência” e “saúde”; e apontou-se a necessidade da ampliação do financiamento setorial (BRASIL, 1986).

Neste contexto, a Saúde foi definida como:

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986).

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se nos sistemas de saúde de países com acesso universal e gratuito, países como Grã-Bretanha e Canadá disponibilizam acesso à APS através de médicos conveniados que administram suas próprias clínicas (CONILL, 2000; TANAKA e OLIVEIRA, 2007); Espanha, Cuba e Portugal ofertam serviços através da contratação de médicos e outros profissionais em estruturas sob gestão pública (SOUSA, 2009; SACARDO, 2010; OSA, 2011).

O crescente número de incumbências e apostas na Atenção Primária à Saúde, com necessidade de grande ou exclusiva dedicação a apenas um vínculo de atividades (SILVA, 2011), direciona-se contrariamente ao curso da falta de simples garantias trabalhistas, numa condição inferior aos proletários, a quem se atribui esta última (SCHRAIBER, 1993; BALTAR, 1996; CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016); ao mesmo tempo em que há questões culturais que identificam o médico na sociedade com deveres sacerdotais de dedicação extrema, de difícil materialização através de um contrato de trabalho precário e complexa condição de sustentação individual (MACHADO, 1997).

3.4 A Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente e a gestão do trabalho

A Política Nacional de Atenção Básica, revisada em 2017, enfatiza a APS como porta de entrada preferencial para todo o Sistema Único de Saúde, com ênfase para o acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado.

As UBS são consideradas potentes espaços de formação de recursos humanos, ensino em serviço e inovação e avaliação tecnológica; através do desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de força de trabalho para gestão e atenção à saúde, de modo a estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais.

O Ministério da Saúde propõe-se enquanto articulador, junto ao Ministério da Educação, de estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado aos desafios da APS; como também intermediador da articulação entre instituições

de ensino e serviços, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para educação permanente e continuada dos profissionais de saúde atuantes nas equipes de APS.

Apesar da obrigatoriedade do financiamento da APS por parte de todos os entes federativos, no tocante à contratação de médicos e demais profissionais da APS, a PNAB vigente a dispõe como de responsabilidade dos municípios, dentro da legislação vigente, garantindo-lhes direitos trabalhistas e previdenciários, com a implantação de carreiras que associem o desenvolvimento do trabalhador com a qualificação dos serviços ofertados à pessoa e estratégias de fixação dos profissionais, com vistas a promover ofertas de cuidado e vínculo.

Mesmo com a referência a todas estas garantias, a PNAB 2017, em seu preambulo, não faz nenhuma menção sobre a Política Nacional de Recursos Humanos do SUS.

3.5 *A Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS)*

Pode-se dizer que o trabalho médico foi agregado a práticas inseridas no bojo do Estado, no sentido de garantir assistência aos segurados dos institutos de previdência (SCHRAIBER, 2008), fato posteriormente expandido com a ampliação do direito à Saúde a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros em território nacional (BRASIL, 1988).

O alicerce da política nacional de recursos humanos do SUS, com base na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi pensado a partir da necessidade de remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estaduais e municipais; no estabelecimento urgente de planos de cargos e carreiras; admissão através de concurso público e estabilidade no emprego; na necessidade de atuação em equipes multidisciplinares, cumprimento de carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; no direito à greve e sindicalização; na formação de profissionais integrados ao Sistema de Saúde regionalizado e hierarquizado; nas mudanças curriculares e na incorporação de agentes populares remunerados (BRASIL, 1986).

Criada em 2003, a Política Nacional de Recursos Humanos idealizada para o SUS aborda questões que consideram maior democracia enquanto maior participação de atores legitimamente constituídos, e maior inclusionismo quanto maior o número de setores em desvantagem, e ainda, maior efetividade quanto maior o número de setores governamentais envolvidos (Brasil, 2003).

Essa política representa a escolha sobre cursos de ação que se relacionam com a regulação dos seguintes bens:

- Do conjunto e do perfil de Recursos Humanos ofertados aos usuários do serviço, que definem, em grande parte, a qualidade, a efetividade, a sua oportunidade, assim como o acesso real da população aos serviços de saúde;
- Dos empregos (Oportunidades de trabalho), salários e remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada oferecida pelo sistema de utilização;
- Das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual, quanto no coletivo; e
- Dos títulos de direito exclusivo e dos títulos e certificados reservados que conferem direitos legais de propriedade sobre campos de trabalho e reservas de mercado, entre outros.

Divide-se em dois sistemas: formação e preparação para o trabalho e a gestão do trabalho em saúde (BRASIL, 2003).

Apesar desse arcabouço legal, nem sempre se observa em meio a realidade cotidiana o seu cumprimento por parte dos contratantes junto aos profissionais contratados para a APS / ESF.

3.6 A formação e a preparação para o trabalho médico

As Novas Diretrizes Curriculares (NDC) do Curso de Graduação em Medicina, aprovadas em 2014, estimulam a autonomia dos profissionais e a capacidade reflexiva, estas últimas consideradas características em alinhamento com o princípio de descentralização e a necessidade de rápidas atualizações devido ao dinamismo da produção de novos conhecimentos nos mais diversos serviços de saúde.

Nesse sentido, há a necessidade latente de melhor entendimento regional e local, sem a simples reverberação de conhecimentos de serviços tidos como de excelência, que em geral, reproduzem-se em contextos de realidades diferentes. As NDC reafirmam a determinação da APS como coordenadora do cuidado e porta preferencial de acesso ao sistema, organizadora e base das Redes de Atenção à Saúde, atuante preferencialmente por meio da utilização de tecnologias leves, e espaço de cotidiano enfrentamento da necessidade de fixação do profissional para propiciar o acompanhamento longitudinal, busca por maior resolutividade, atendimento integral e valorização das relações humanas. Ainda segundo as NDC, deve-se assegurar um ambiente dotado de complexidade e riquezas a serem exploradas na formação

de novos profissionais, com foco diferenciado e atualizado, em contraposição ao cambaleante modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2014b).

Dentro desta proposta, a APS necessita tornar-se um centro de formação com a contribuição de docentes possuidores de uma série de saberes, habilidades e competências, que necessitam de tempo para serem adquiridas (SCHRAIBER, 1989). De modo que, as UBS, colaboradoras na formação acadêmica, necessitam da fixação de excelentes profissionais (SILVA, 2011).

Infelizmente, as condições ideais de formação possuem dificuldades de implantação relacionadas à deficiência de financiamento.

3.7 O financiamento do SUS e suas repercussões políticas

A partir do surgimento da Seguridade Social no texto da Constituição Federal de 1988, ficou estabelecido que o seu devido financiamento deveria ser proveniente de orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de proventos oriundos de contribuições sociais (BRASIL, 1988). No caso específico da saúde, constituinte deste sistema de proteção social e no tocante ao seu financiamento, o Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) previa a vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde, a exceção do seguro-desemprego (PIOLA et al., 2013).

No entanto, em 1994, priorizando medidas de ajuste fiscal, como parte das ações estimuladas pelo forte conteúdo de caráter político-ideológico neoliberal das reformas implementadas, o governo federal criou o Fundo Social de Emergência (FSM), depois denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU), que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e à descentralização – receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (NORONHA e SOARES, 2001; UGÁ et al., 2012; PIOLA et al., 2013).

A seguridade social foi definida na Constituição Federal, no artigo 194, caput, como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

A descentralização propiciou aos municípios o encargo de prover as unidades de Atenção Primária à Saúde, sob sua responsabilidade no tocante a contratação de pessoal para ocupar as mais diversas funções gerenciais, assistenciais e de apoio (PIOLA et al., 2013), o que demanda recursos financeiros, por sua vez concentrados na União, em detrimento de

estados e municípios, razão de constantes reivindicações pela revisão do pacto federativo (SADEK, 2000).

Medidas em muito sedimentadas no que se refere a descentralização da organização da APS aos municípios, como o financiamento dos serviços através de transferências fundo a fundo, descentralização de pessoas das instâncias federais para as estaduais e destas para as municipais, dentre outras, não extinguem o fato de que em alguns momentos o acesso à política de saúde depende de intervenções específicas por parte dos demais entes federados, no sentido de garantir assistência em áreas de difícil acesso, nas quais os municípios não conseguem atuar isoladamente (SADEK, 2000; PIOLA et al., 2013). Sendo situações frequentes:

- Dificuldade de financiamento por parte dos municípios para a contratação de pessoal, em função das políticas de estabilização e da Lei de Responsabilidade Fiscal – ainda que não seja frequente o alcance (54%) (BRASIL, 2000). Aspecto sentido de modo diverso, já que cotidianamente o grau de comprometimento dos municípios com custos de pessoal se dá diferentemente nos municípios do Estado do Ceará, conforme ilustrado nos Quadros 4,5 e 6:

Quadro 4 - Percentual de gastos com pessoal pela Prefeitura de Fortaleza em 2017

Município	Percentual da RCL gasto com pessoal	Ranking com os demais municípios cearenses
Fortaleza	46,09%	23º com menor percentual de gastos, ou 161º maior comprometimento de Receita Corrente Líquida (RCL) com gastos com pessoal.

Fonte: Peixoto (2017).

Quadro 5 - Prefeituras cearenses com maiores percentuais de gastos com pessoal em 2017

Nº	Município	Percentual da RLC gasto com pessoal
1	Ibaretama	68,80%
2	Paramoti	67,51%
3	Miraíma	65,15%
4	Itapiúna	64,91%

5	Uruburetama	64,33%
6	Madalena	64,16%
7	Icó	63,92%
8	Ipaumirim	63,21%
9	Ibicuitinga	62,28%
10	Jaguaribara	62,19%

Fonte: Peixoto (2017).

Quadro 6 - Prefeituras cearenses com menores percentuais de gastos com pessoal em 2017

Nº	Município	Percentual da RCL gasto com pessoal
1	Pires Ferreira	31,70%
2	Barbalha	32,96%
3	Caridade	39,26%
4	Aiuaba	40,27%
5	Pindoretama	41,04%
6	Forquilha	41,32%
7	Parambu	42,63%
8	Pacujá	42,63%
9	Sobral	43,44%
10	Brejo Santo	43,52%

Fonte: Peixoto (2017).

- Significativa transferência de pessoal federal para grandes centros e em número reduzido para pequenas cidades (PIOLA et al., 2013);
- Municípios e regiões de periferia das grandes cidades com limitações na oferta de profissionais para a atenção básica. Ações desenvolvidas: PITS – Programa de

Interiorização do Trabalho em Saúde (cidades até 50 mil habitantes, com o pagamento de bolsas de estudo para médicos e enfermeiros);

- Gestão do Trabalho influenciada por fatores diversos, como: expansão de responsabilidades e direitos no setor; necessidade de expansão no emprego; baixa cultura gerencial direcionada aos recursos humanos; alto custo do trabalho, rigidez na legislação trabalhista e constrangimento fiscal acarretam conjuntamente situações de precarização absoluta do trabalho.

Deste último quesito, relatam-se como consequências: instabilidade, desproteção, precariedade das relações, múltiplos vínculos de trabalho e baixa atratividade. A rotatividade e descontinuidade guardam profunda relação, na medida em que o problema derivado da rotatividade dos profissionais é a descontinuidade da prestação de serviços (FIORAVANTE et al., 2006; JUNQUEIRA et al., 2010; PIOLA et al., 2013).

Quando comparado a sistemas universais de outros países, o Brasil, apesar de configurar-se em perspectiva crescente nas últimas décadas, conta com baixo investimento em APS e ainda não obteve percentual significativo em relação a gastos em outros níveis de atenção. Com o subfinanciamento e não ocorrendo uma otimização dos gastos, gera-se uma APS pouco resolutiva, com maior necessidade de acionar os níveis secundários e terciários, gerando-se gargalos e sobrecargas (PIOLA et al., 2013).

A defesa da necessidade de mais recursos pode ser mais facilmente compreendida quando se compara o aporte de recursos financeiros no SUS ao que é aportado ao setor saúde em outras nações que possuem sistemas de saúde universais. No Brasil, o aporte de investimentos necessitou da criação de mecanismos até então inexistentes, visto a incapacidade financeira isolada dos municípios. Constantemente, busca-se o aperfeiçoamento destes mecanismos através da avaliação dos impactos, de modo a subsidiar novas investidas (PIOLA et al., 2013).

Segundo documento oficial que define o PSF, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino, este constitui: “uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”. O PACS e o PSF foram incluídos na agenda de prioridades da política de saúde a partir da publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB) e publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS (BRASIL, 2004b).

O primeiro passo foi a ampliação da cobertura da atenção básica em todas as regiões do país; em 1996, o Programa Saúde da Família (PSF) foi adotado, a partir da avaliação de

experiências bem-sucedidas em alguns estados e municípios, como modelo e principal estratégia da APS brasileira, passando a ser denominada Estratégia de Saúde da Família posteriormente. Essa reorientação do modelo de atenção suscitou alterações na distribuição de recursos federais para estados e municípios, passando de 9,7% em 1995 para mais de 15% em 2010 (PIOLA et al., 2013).

Constatou-se considerável realocação de recursos entre o Piso de Atenção Básica (PAB) - variável (voltado para o financiamento da Saúde da Família) e o PAB-fixo (recursos per capita para financiamento de toda a atenção básica, inclusive aquelas ações que não estão diretamente relacionadas ao PSF). Em 1995, o PAB-fixo respondia por cerca de 9% dos gastos do MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Em 2010, esse valor estava próximo de 5% do total. Nesse mesmo período o PAB-variável aumenta sua participação de menos de 1% para 9% dos recursos aplicados pelo governo federal em ASPS (PIOLA et al., 2013).

No entanto, as transferências de recursos originadas pelo governo federal passaram a se apresentar com excessiva fragmentação das parcelas e regulamentação através de portarias ministeriais, passando a serem nomeadas de recursos “tutelados” (GOULART, 2001).

O MS amparou-se na alegação de que caberia ao nível federal orientar o processo de construção do SUS e que tal processo teria sido discutido na Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), que reúne representantes das três esferas. Sobre outro foco, estados, Distrito Federal e municípios reivindicavam mais autonomia. Deste imbróglio, gera-se a publicação, em 2006, do Pacto pela Saúde, subdividido em: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (IPEA, 2007).

Esse processo tinha como objetivo estabelecer meios de repasse de recursos através dos blocos de financiamento, agrupados em cinco: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão. No entanto, os blocos de financiamento não foram o suficiente para resolver a considerada fragmentação excessiva dos mecanismos de transferências. O movimento de confluência não foi empregado na implementação de mudanças que permitissem a equidade no rateio dos recursos federais, que poderia ter sido favorecido por outras alterações, como a criação da Contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF) e aprovação da Emenda Constitucional (EC) Nº 29 (PIOLA et al., 2013).

A EC Nº 29 foi aquém das expectativas iniciais de maior aporte de recursos pelo governo federal. Ainda assim, permitiu avanços ao definir ações e serviços públicos de saúde (que impedem a aplicação de recursos em áreas ou ações não destinadas à atenção universal em saúde). O acesso a informação tem possibilitado o reconhecimento de ações e programas

beneficiados por recursos federais, contudo, não se observa a mesma transparência nos gastos realizados por estados e municípios (PIOLA et al., 2013).

O financiamento compartilhado do SUS passa por constantes modificações em busca de evolução, em muitos casos ainda não alcançada, ou definições mais claras. O Decreto Nº 7508 trata de temas como: conceitos de região de saúde, redes de atenção, de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), das portas de entradas para o SUS, das relações nacionais de serviços e de medicamentos; destes apenas o COAP aborda questões relacionadas ao financiamento compartilhado no SUS, que se resume a (PIOLA et al., 2013):

- Devem constar no COAP os recursos financeiros que serão disponibilizados por cada participante (componentes do contrato) para a execução do referido contrato (PIOLA et al., 2013); e
- Faz parte das funções das Comissões Inter gestores a de pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (PIOLA et al., 2013).

O que transfere para o âmbito de decisão das Comissões Inter gestores (federal, estadual e regional) mudanças operacionais no financiamento compartilhado do SUS, no entanto as normas legais existentes são colocadas sob suspeita que sejam insuficientes para orientar as decisões das Comissões Inter gestores. Sendo necessário, mais esforço técnico, de formulação de propostas alternativas, e políticas consideráveis para a geração de propostas de financiamento compartilhado adequadas às novas condições de organização do sistema definidas pelo Decreto número 7.508 (PIOLA et al., 2013).

A VII Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza, realizada em 2015, suscitou esse questionamento através do grupo temático: Financiamento do SUS, que dentre outros encaminhamentos sugeriu a criação de um fundo de pagamento de servidores do SUS com aporte de recursos por municípios, estados e União (FORTALEZA, 2015); é necessário um consenso que possibilite um pacto entre os três entes federativos em prol do desenvolvimento de políticas em sintonia com a relevância da ESF enquanto principal estratégia organizacional do sistema público de saúde (BRASIL, 2012a), pautada dentro das políticas nacionais de atenção básica e Recursos Humanos do SUS (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012a).

3.8 *A contratação de médicos na Estratégia de Saúde da Família*

O PSF foi concebido após reunião sobre o tema “saúde da família”, entre os dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília. O então ministro da saúde, Henrique Santillo, atendeu

as demandas de secretários municipais de saúde que buscavam amparo para a expansão do PACS (VIANA; DAL POZ, 1998). Houve inspiração em modelos de diferentes sistemas de saúde, com destaque para o canadense, o cubano e o inglês. Desde o primeiro documento, de setembro de 1994, houve o discernimento que o programa deveria reorganizar o SUS a partir dos municípios (VIANA; DAL POZ, 1998).

Dessa forma, o Brasil adotou, como principal estratégia para sua APS, o trabalho multidisciplinar, conformado por parte de equipe de profissionais de saúde com no mínimo, um (a) médico (a) generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um (a) enfermeiro (a) generalista ou especialista em saúde da família, um (a) auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Este modelo é predominante no âmbito do SUS (BRASIL, 2012a), em momento em que a rede complementar passa a organizar núcleos de APS, mesmo que ainda sem uma formatação definitiva e com menor número de componentes se comparado ao modelo do SUS (SILVA, 2011).

Houve durante certo período relevante dificuldade por parte de alguns municípios na contratação de pessoal para o PSF através de concurso para provimento de cargo efetivo, devido às características que o associavam, na visão de alguns gestores, a um programa de ordem temporal delimitada, e como tal estando sujeito à suspensão de repasses federais em algum momento, visto como possível ônus ao município a possibilidade de arcar com custos de pessoal sem a contrapartida dos demais entes federativos (TSUBOUCHI, 2010). Para resolver tal problemática, em 1998, o PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde e iniciam-se as transferências dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Houve definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual (CAPOZZOLO, 2003).

As primeiras equipes do Programa Saúde da Família no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, foram instaladas na década de 1990. Em 1999 eram cinquenta equipes, subindo para 97 equipes em 2000, e 101 equipes em 2001. Em setembro de 2004, as equipes eram responsáveis por 348.450 pessoas, o que naquele momento correspondia a 16% da população (FONSECA, 2002). É importante frisar que as equipes iniciais se concentraram em áreas de maior vulnerabilidade social, também denominadas como áreas de risco. Onde cerca de 1.000 profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) desenvolviam ações de promoção, prevenção e assistenciais à saúde (FORTALEZA, 2007).

Em 2006, durante a gestão municipal 2005 – 2008, e a partir da adesão ao concurso estadual de base municipal, gerenciado pela Secretaria da Saúde do Estado, o Município de Fortaleza aumentou o número de trabalhadores na ESF. Isto deu-se através de seleção, por concurso público, de 460 enfermeiros, 460 médicos e 460 odontólogos para a Estratégia Saúde da Família (FORTALEZA, 2007). Após a divulgação dos aprovados e respectivas convocações, o Município de Fortaleza efetuou a contratação de 300 equipes, ampliando a cobertura da ESF de 15% para 43,44% da população total, o maior salto de cobertura na história do município (FORTALEZA, 2007).

Esta experiência constitui-se enquanto exemplo de desenvolvimento de ação local na perspectiva de minimizar a rotatividade do quadro de médicos na Atenção Primária à Saúde (SILVA, 2011), com destaque para recém-formados em intervalos entre o final da graduação e início de programas de residência médica em especialidades com campos de atuação distantes da APS (CAPOZZOLO, 2003). Podemos citar ainda, de modo mais recente, o recrutamento de profissionais médicos de outros países, ainda que sem fixação definitiva junto às comunidades assistidas, de modo a possibilitar um melhor acompanhamento longitudinal (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015).

Reluta-se em apontar mecanismos de valorização compatíveis com a consolidação do médico na Atenção Primária à Saúde, visando melhor qualificação profissional (OLIVEIRA et al., 2015) para a coordenação do cuidado e reordenamento da atuação dos demais especialistas (STARFIELD, 2002). Ocupante de espaço inquestionável e preponderante no SUS, enquanto ator essencial no aperfeiçoamento da resolutividade local com ganhos em todos os pontos do sistema (LIBMAN, 1985), sua relevância contrasta-se com o pouco reconhecimento dos pacientes, gestores, instituições e profissionais (VASCONCELOS e ZANIBONI, 2011).

Há uma cultura populista de políticos em priorizar obras, como a construção e melhoramento da infraestrutura de unidades de atenção primária em saúde, sem a mesma preocupação com a composição de recursos humanos (CARVALHO, 1993), em quem se deveria centrar maior atenção, na medida em que a atenção primária se alicerça em tecnologias leves, com referência especial a humanização, ao acolhimento de pessoas por pessoas (COELHO e JORGE, 2009). Há ainda a pressão para o preenchimento de cargos por indicações políticas, razão adicional para a baixa oferta de concursos públicos (PAIM e TEIXEIRA, 2007).

A existência de mais de um regime de contratação implica em diferentes remunerações, garantias e vantagens, além de insuficiências. São fatores que geram

insatisfação por parte dos profissionais e contribuem para dificultar sua fixação na estratégia (DUQUE DE CAXIAS, 2001; DUQUE DE CAXIAS, 2005; NEY e RODRIGUES, 2012).

Tantas variáveis a serem seguidas e a forte influência de movimentos antagônicos - como o caso do movimento em prol da efetivação da Saúde enquanto direito, a ser outorgado pelo estado brasileiro aos seus cidadãos, em contraste ao campo de políticas neoliberais que pregam a diminuição da máquina estatal e a conseqüentemente redução da oferta de serviços relacionados à seguridade social, onde se inclui a Saúde - resultam em alterações na oferta de serviços de saúde, como também na contratação de profissionais (NORONHA E SOARES, 2001; PIOLA et al., 2013).

A longitudinalidade, que trata do acompanhamento temporal do paciente por profissionais da equipe de APS, é considerada característica central neste nível assistencial. O atendimento a este atributo está fortemente relacionado com resultados positivos, o que justifica sua utilização para fins de avaliação da APS (CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

As avaliações de acordo com o contexto do SUS seguem três dimensões: identificação da unidade de APS como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional (CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

Neste contexto, assimila-se a necessidade da fixação de profissionais na APS, com o intuito de se prover conquistas através do acompanhamento longitudinal nos indicadores de saúde conforme descrito na literatura (STARFIELD, 2002; CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

Sintetizamos - nos quadros 7, 8, 9 e 10 - as definições e principais vantagens e desvantagens dos modos de vinculação (considerando médicos em formação na qualidade de bolsistas e profissionais contratados) utilizados para o provimento de médicos nas equipes de Estratégia Saúde da Família, que atualmente constitui-se enquanto forma predominante de acesso à assistência médica na Atenção Primária da maioria dos municípios brasileiros. Agrupamos no quadro 7 profissionais contratados de forma temporária pela administração direta (pagos por Recibo de Pagamento de Autônomos - RPA ou seleções para temporários), organizações sociais e empresas terceirizadas (que contratam através do regime CLT):

Quadro 7 - Contratação de médicos por cooperativismo

Definição	Sociedade constituída por trabalhadores para o exercício de suas atividades laborativas ou profissionais com proveito comum, autonomia e autogestão para obterem melhor qualificação, renda, situação socioeconômica e condições gerais de trabalho.
-----------	--

Vantagens	Os benefícios sociais e educativos aos cooperados, o impacto positivo na comunidade onde atua, diferenciação tributária em alguns casos e principalmente a gestão democrática, pois a cooperativa é dirigida e controlada pelos cooperados, sempre participando ativamente da sociedade na qualidade de “proprietários”, provendo não só o seu sustento com essa atividade econômica, como também de uma coletividade.
Desvantagens	Perda da carteira assinada e dos direitos de empregado; podem existir fraudes que visam prejudicar os direitos dos trabalhadores; muitas vezes, o trabalhador entra na cooperativa com a expectativa de que terá os mesmos direitos que um empregado; muitas têm sido fontes de arregimentação de mão-de-obra. O intermediário pode, sob a forma de cooperativa fraudulenta, explorar a mão-de-obra, especialmente os trabalhadores mais humildes, menores e analfabetos. Seu objetivo é apenas o lucro nessa intermediação. Os sindicatos entendem que a cooperativa é a forma da perda da unidade da categoria. Além de diminuir a receita da entidade social. As empresas enxergam muitas vezes as cooperativas como uma concorrente desleal, que não tem empregados e possui custos sociais muito menores, tendo um preço de serviço ou produto inferior ao normal.

Fonte: Brasil (2012) e Simioni et al., (2009).

Quadro 8 - Contratação de médicos por Concurso Público

Definição	É um processo seletivo que permite o acesso a emprego ou cargo público de modo amplo e democrático. É um procedimento impessoal onde é assegurada igualdade de oportunidades a todos interessados em concorrer para exercer as atribuições oferecidas pelo Estado, a quem incumbirá identificar e selecionar os mais adequados mediante critérios objetivos.
Vantagens	Segurança, estabilidade, remuneração em dia; oportunidade para os mais jovens e para os mais velhos, para homens e mulheres, deficientes físicos e pessoas sem experiência anterior, plano de cargos, carreiras e salários.
Desvantagens	Baixos índices de satisfação dos servidores em longo prazo, pouca energia para provocar mudanças, perspectivas na carreira extremamente limitadas, peso para o estado, limites de ganhos determinados pelo teto do funcionalismo público, em longo prazo a estabilidade traz tranquilidade para o funcionário podendo se converter em acomodação e levar à estagnação profissional; ausência de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e aposentadoria em caso de desistência, possibilidade de defasagem salarial, necessidade de deferimento para afastamentos por interesses diversos; lida com a falta de estrutura e de materiais básicos para o trabalho; a burocracia também é um empecilho, o que faz com que alguns profissionais peçam exoneração e busquem oportunidades mais desafiadoras fora do serviço público; quem ocupa uma vaga somente pode chegar a um cargo diferente se passar em outro concurso.

Fonte: Brasil (1988) e Gasparini (2017).

Quadro 9 - Contratação de médicos em caráter temporário

Definição	A contratação temporária deve atender a três pressupostos essenciais, sejam eles, lei autorizadora, temporariedade da função e excepcionalidade do interesse público. A necessidade desses serviços deve ser sempre temporária, caso haja a necessidade da permanência dos servidores no desempenho da função, deve-se buscar outros meios legais, como a execução do concurso público, para que assim haja validade no processo.
Vantagens	Custo, Mão de obra especializada.
Desvantagens	Perda do conhecimento produzido, clima organizacional, capital intelectual, rotatividade (danos temporais e financeiros aos processos) e motivação.

Fonte: Carvalho Filho (2015) e Azevedo e Borges (2010).

Quadro 10 - Contratação de médicos através de bolsas

Definição	É uma prestação pecuniária atribuída a um estudante por uma entidade pública ou privada para coparticipação nos encargos relativos à frequência de um curso ou ao desenvolvimento de um trabalho de pesquisa.
Vantagens	Isenção de pagamento de imposto de renda; possíveis ajudas de custo para alimentação e moradia; direito a um mês de repouso; acompanhamento por supervisor.
Desvantagens	Falta de direitos de um trabalhador formal (sem décimo-terceiro, sem FGTS, sem um terço de férias), sem estabilidade (limitado a 6 anos de atuação), em caso de afastamento por motivos de saúde ou licença maternidade recebe valor pago pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em muitos casos abaixo da bolsa mensal do programa.

Fonte: Brasil (2015).

3.9 O Programa de Valorização da Atenção Básica, o Programa Mais Médicos para o Brasil e suas repercussões dentro do mercado de trabalho na Estratégia de Saúde da Família

O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) representou ação por parte do Estado brasileiro no intuito de suprir os serviços da APS a partir da concessão de pontuação extra em seleções de programas de residência médica, de acordo com o tempo de

atuação no respectivo programa, podendo chegar a até 10% de bônus (BRASIL, 2011). O PROVAB foi extinto em 11 de novembro de 2015, momento em que seus inscritos passaram a ter a possibilidade de migrar gradativamente para outro programa, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Sem a repercussão desejada pelo PROVAB, o Governo Federal lançou o PMMB, com um conjunto de medidas divididas em três blocos (BRASIL, 2015):

Quadro 11 - Ações do Programa Mais Médicos para o Brasil

Bloco	Finalidades
1	Provimento emergencial de profissionais médicos nas unidades de Atenção Primária à Saúde
2	Conjunto de esforços e estímulos à docência, no intuito de propiciar o aumento do número de vagas em graduações e residências médicas, com a obrigatoriedade de um primeiro ano de estágio na atenção primária em saúde pelos médicos residentes da maior parte dos Programas de Residência Médica (PRM) de acesso direto.
3	Investimentos na melhoria da infraestrutura das redes de serviços e ações de saúde

Fonte: Brasil (2015).

O Programa Mais Médicos para o Brasil, no entanto, possui a limitação de não solucionar a lacuna relacionada ao vínculo empregatício a ser adotado para que profissionais possam se inserir definitivamente nas equipes da estratégia saúde da família (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016), tendo sido operacionalizado em ciclos com muitas substituições (GIOVANELLA, et al., 2016).

A partir da implementação da Lei do PMMB até os dias atuais, cessaram-se os esforços dos municípios em instituir formas de contratação de profissionais médicos, adotando-se uma postura de mero solicitante de pessoal junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2015; CAMPOS, 2015), num processo inverso a descentralização, balizada como princípio doutrinário do SUS (BRASIL, 1988), aspecto sentido através de uma sensível redução dos quadros próprios, dependentes de concursos públicos que deixaram de ser realizados para recompor quadros de pessoal por aposentadorias, morte e outros afastamentos (ANTUNES, 2004).

Todo esse processo, prejudicado por mudanças de comando com tempo inferior ao esperado pelos ciclos eleitorais, geram expectativas para que futuros governos possam implantar proposições mais concretas e completas (PESSOTO et al., 2015). Segundo Starfield (2002), Capozzolo (2003), Silva (2011) e Giovanella et al. (2016) fincar o médico dentro das equipes de Estratégia da Família com todo o potencial formativo desejado e em condições de ampliar sua interação com a população da sua área de adscrição por tempo indefinido deveria ser o projeto prioritário do Estado brasileiro para a APS.

Recrutando profissionais pagos através de bolsas, assim como os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, o PMMB, instituiu duas categorias de

bolsistas na APS, distribuídos em ambos os programas, com comparações mais detalhadas a seguir, no quadro 12:

Quadro 12 - Comparativo entre programas de bolsistas

Variáveis	Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)	Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC)
Supervisão	À distância	No serviço
Remuneração dos supervisores	R\$ 4.000,00	R\$ 1.500,00
Reconhecimento internacional	Experiência brasileira, sem referências internacionais.	Considerado padrão-ouro em formação de especialidades médicas
Valor da bolsa em 2017	R\$ 11.520,00	R\$ 3.330,43
Procura	Alta	Baixa

Fonte: Brasil (2015).

O PMMB ainda prevê estratégia que amplia o tempo de permanência dos médicos em formação, com a criação e inclusão da obrigatoriedade de tempo de estágio em programas de residência médica de várias especialidades de acesso direto em rodízios dentro das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2015). Essas ações, apesar de ajudarem a proporcionar a presença médica na ESF, dificultam alguns processos pela rotatividade natural dos profissionais em formação (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016; GIOVANELLA, 2016), sobretudo no que se refere a configuração de uma APS responsável pelo primeiro contato, coordenação do cuidado, acompanhamento longitudinal e integralidade (STARFIELD, 2002).

A superposição de profissionais e bolsistas na APS, fruto de intenções diversas em curto intervalo de tempo, gera insatisfações no ambiente de trabalho e expiram necessidade de mudanças nas políticas de recursos humanos e processos educativos (DUQUE DE CAXIAS, 2001; DUQUE DE CAXIAS, 2005; NEY e RODRIGUES, 2012).

Atualmente os programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade evoluem com vagas ociosas, retratando um fenômeno provavelmente relacionado à substituição do interesse dos recém-graduados, da residência para o PMMB, que apesar de ofertar uma bolsa com valor líquido superior aos proventos recebidos pelos médicos efetivos possuidores de titulação acadêmica diferenciada (residências, mestrados e doutorados); dispõe de uma supervisão à distância e um tempo de atuação limitado a no máximo seis anos –

características formativas muito aquém das residências médicas e frágil seguimento longitudinal de profissionais com vínculos mais duradouros (BRASIL, 2015).

Considerando o provimento de recursos humanos na ESF, uma atribuição a ser exercida pelos municípios (PIOLA et al., 2013), o apoio dado através do contingente de médicos vinculados ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) gerou uma situação de caráter excepcional, que modificou as políticas de contratações de médicos no âmbito municipal, sabidamente incapazes de suprir as vagas destinadas aos médicos sem o auxílio dos demais entes federativos, em especial a União (JUNQUEIRA et al., 2010). Atualmente, há queixas de desmonte do PMMB, que sucedeu o PROVAB e desmontou parcialmente os quadros de médicos efetivos das unidades básicas de saúde (TRUFII, 2016), com a mudança de postura dos contratantes, que apesar de não repor substituições com novos efetivos, manteve quadro existente, provavelmente devido à estabilidade inerente ao cargo (OLIVEIRA et al., 2015).

Fenômenos de desmonte não estariam acontecendo se caminhos diferentes tivessem sendo percorridos, como a solidificação da provisão através da contratação por intermédio de concurso público, prerrogativa do poder público, com a faculdade de atuar em direção inversa ao capitalismo, minimizando as desigualdades, (BALTAR, 1996; BIASOTO JÚNIOR, 2003; CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016), acabando por se unir ao mesmo, utilizando-se de suas mesmas estratégias (ALMEIDA, 1998). Estas reviravoltas acontecem pelas brechas deixadas, intencionalmente ou não, e com sucessivas mudanças promovidas pela alternância no poder executivo, evidenciando muitos projetos de governo e poucos projetos de estado (HOFLING, 2001; CARVALHO, 2013).

As profissões passam por muitas mudanças, frutos de influências políticas, sociais, antropológicas, econômicas; de caráter interno ou externo, sendo fascinante a permanente busca por diagnósticos situacionais e avaliações de caminhos e tendências possíveis para nosso melhor futuro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013). Os movimentos que democratizaram a Saúde no Brasil demonstram que as grandes decisões devem surgir em grandes conferências, com a participação de gestores, profissionais e população; preferencialmente pautadas pelo assessoramento de avaliações na construção de um plano de ação consistente e duradouro, como o caso da criação do SUS (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988).

3.10 *Avaliação da Atenção Primária à Saúde*

Os assessoramentos através de avaliações em saúde constituem-se numa área em construção conceitual e metodológica, razão para o encontro na literatura de formas muito diversificadas (HOUSE, 1980).

O conjunto de ações lançadas até o momento para o preenchimento dos postos de trabalho para médicos na ESF recebeu em alguma medida constantes esforços, chegando em alguns momentos a direcionamentos contrários por parte das ações de gerenciamento de pessoal, ainda assim, configura-se enquanto cenário em muito distante do ideal para gestores, usuários e profissionais.

A produção de um conhecimento alinhado com a atual conjuntura, indo ao encontro de um consenso entre todos os atores envolvidos, pode ser estabelecida através de nexos entre uma ou mais ações e determinadas mudanças registradas na realidade (e.g., indivíduos, populações, práticas, ambientes); de modo a orientar fortemente as questões formuladas a partir da identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas (ROTHMAN, 1988; CHEN, 1990, NOVAES, 2000).

Pesquisas de avaliação propiciam subsídios para instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação e/ou reorientação de micropolíticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros), podendo ser utilizadas como fatores norteadores de futuras decisões (NOVAES, 2000).

A percepção dos médicos pode propiciar o conhecimento para a tomada destas decisões que permitam aprimoramentos, com a ciência de impactos, compreensão e quantificação de todos os percalços para efetivação esta demanda (NOVAES, 2000).

Dessa forma, persegue-se a ideia de qualidade, marcante em todos os tipos de avaliação, a partir do estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a algo que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção atual do termo, isto é, uma avaliação tecnológica ter melhor custo-efetividade quer também dizer ter mais qualidade. Entretanto, na avaliação, gestão e garantia de qualidade, esse conceito deixa de estar implícito, passando a ter uma função teórica e prática central, ao se constituir em um ponto de partida (e não mais de chegada) para todo o processo (DONABEDIAN, 1988).

4 METODOLOGIA

Para Prodanov e Freitas (2013), se partirmos da concepção de que método é um caminho para alcançar um determinado fim e que o conhecimento é a finalidade da ciência, logo método científico constitui-se enquanto um conjunto de procedimentos adotados com o propósito de atingir o conhecimento. Ainda para este autor, método científico é a forma de abordagem, é o conjunto de processos ou operações mentais, em nível de abstração dos fenômenos, empregados para a realização de uma pesquisa.

4.1 *Tipo de estudo*

O presente estudo pode ser descrito como quantitativo, transversal, em que sua primeira etapa foi realizada por meio de uma análise documental, enquanto a segunda desenvolveu-se através de uma análise descritiva analítica. A pesquisa foi desenvolvida utilizando-se de análise de documentos, coleta de dados primários e busca de dados secundários, que tiveram seus resultados posteriormente triangulados de modo a atingir os objetivos propostos.

A pesquisa utilizou-se da abordagem quantitativa para testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis, as quais puderam ser medidas tipicamente por instrumentos, de forma que os dados numéricos puderam ser analisados por procedimentos estatísticos (CRESWELL, 2010).

A primeira etapa do estudo consistiu em um estudo documental, analítico, com abordagem quantitativa, sobre as características relacionadas às formas de contratação de médicos para ESF nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) do Município de Fortaleza, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS), através de avaliação detalhada de documentos da área, relacionados ao tema (e.g., políticas públicas, portarias, normas, pareceres técnicos, relatórios).

Para Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa documental é aquela que utiliza a técnica de observação indireta, tendo como característica uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, que são denominados como fontes primárias. Esse material-fonte é importante por trazer conhecimentos que servem de pano de fundo ao campo de interesse, por evitar possíveis duplicações e/ou esforços desnecessários e por sugerir problemas, hipóteses e orientar para outras fontes de coleta.

A segunda etapa da pesquisa caracterizou-se como uma pesquisa de campo, transversal, descritiva, e com abordagem quantitativa. Esta foi realizada através da aplicação de um formulário semiestruturado, junto aos profissionais médicos atuantes na ESF do município de Fortaleza, com diferentes vínculos ao SUS.

Os estudos transversais utilizam a coleta de dados em um momento determinado do tempo, não existindo, portanto, período de seguimento de indivíduos (CRESWELL, 2010). Segundo Gil (2010), é incluída no grupo de pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de relações entre variáveis, ou então, descrever as características de determinada população ou fenômeno.

Com relação à segunda etapa, lançou-se mão da coleta de dados primários (quantitativos) junto aos médicos, através de entrevista baseada em formulário semiestruturado, no intuito de avaliar o conhecimento e as possíveis consequências dos diversos mecanismos de contratação de médicos na ESF nos processos de trabalho deste profissional, assim como na percepção de desempenho do trabalho médico na ESF pelos mesmos, tendo como referência os atributos da APS de primeiro contato, vínculo profissional-paciente, longitudinalidade da atenção, e coordenação do cuidado/integralidade.

4.2 Local e período do estudo – etapa 1

A primeira etapa da pesquisa ocorreu por meio da busca de dados em plataformas eletrônicas, bibliotecas, imprensa aberta e órgãos oficiais do governo.

A coleta de dados da segunda etapa da pesquisa ocorreu entre abril e novembro de 2018 e se deu no ambiente das UAPS do Município de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Este município está localizado no litoral norte do estado do Ceará, sendo hoje a quinta cidade mais populosa do Brasil, com população estimada de 2.643.247 habitantes (IBGE, 2018). Atualmente está dividida, para fins administrativos relacionados à saúde, em 6 (seis) Coordenadorias Regionais de Saúde – (CORES), que coincidem, geograficamente, com as Secretarias Executivas Regionais (SER), com exceção da Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOP), que faz parte da CORES II (FORTALEZA, 2015).

Figura 1 - Mapa das regionais do município de Fortaleza



Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia econômica do Ceará (IPECE).

4.3 Universo e amostra do estudo – etapa 2

A população do estudo foi composta por médicos, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família por mais de seis meses, com efetivo exercício no município de Fortaleza. Para vinculações com 20 ou menos profissionais (e.g., CLT, residência e temporários pagos por RPA), procurou-se aplicar o questionário em todos. Para os demais grupos (e.g., profissionais contratados por concurso público ou vinculados a ESF por bolsa do MS) foi utilizado previamente cálculo amostral aleatório simples para população finita, com intervalo de confiança (IC) 95%, $P=50\%$, $Q=50\%$ e erro amostral de 5%. Foram entrevistados todos os médicos residentes, celetistas e autônomos. Para a coleta da amostra da população de bolsistas do PMMB e concursados inicialmente realizou-se um sorteio entre o universo de profissionais destes grupos. Contudo, devido ao alto índice recusas (explicitadas ou veladas – não posso hoje, venha outro horário, etc.), desligamentos, afastamentos e outros desencontros, a forma de coleta foi modificada. Assim, todos os profissionais encontrados foram abordados, e os que desejaram participar da pesquisa puderam manifestar suas percepções através da aplicação do formulário por um dos entrevistadores.

Este cálculo foi realizado com o quantitativo anterior ao início da coleta de dados da 2ª etapa, com atualizações “*in loco*”. Contudo, para melhor dimensionar e organizar a coleta de dados utilizou-se, para fins de planejamento, os dados do mês de setembro de 2017.

A população total e suas estratificações encontram-se representadas no Quadro 13, chegando-se aos números a seguir:

Quadro 13 - Cálculo da amostragem da população do estudo estratificada por vínculos

Vinculação	População/Universo	Amostragem
Concurso Público	127	100
CLT	13	13
PMMB+ PROVAB	171	123
Residência Médica	19	19
Autônomos (RPA)	13	13
Total	343	268

Fonte: SMS Fortaleza / Célula de Atenção Primária à Saúde.

4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

O trabalho de campo da segunda etapa foi realizado nos meses de abril a novembro de 2018, através de entrevista com base em formulário (APÊNDICE A) semiestruturado, contando com 278 quesitos. O instrumento apresenta questões sobre aspectos sociodemográficos, formação acadêmica, situação empregatícia, itinerário formativo, processo de trabalho, perfil de práticas profissionais e percepção dos médicos em relação às diversas formas de vinculação e seu impacto nos processos de trabalho e atributos essenciais da APS.

Esta etapa de coleta de dados aconteceu de forma compartilhada com o recorte de um inquérito quantitativo transversal sobre o campo de práticas profissionais de médicos da Estratégia de Saúde da Família do Município de Fortaleza, tendo sido o formulário construído e aplicado em conjunto pelos dois projetos de pesquisa.

Quadro 14 - Informações do questionário de coleta de dados para médicos

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
Idade	Estado civil
Sexo	Religião
PARTE 2 – ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS DA ESF	
Territorialização e Diagnóstico de Saúde	
Planejamento e Avaliação	
Atenção Domiciliar	
Demanda Espontânea	
Ações Coletivas na Comunidade	
Busca Ativa e Notificação de Agravos e Investigação	
Saúde Mental; Violência; Óbitos	
Coordenação do Cuidado	
Indicadores de Saúde Portal do Departamento de Atenção Básica (e-SUSAB) ou Sistema de informações em saúde para a Atenção Básica (SISAB)	
Educação Permanente	
Participação Social	
PARTE 3 – ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS ESPECÍFICAS DO MÉDICO DA ESF	
Saúde da Criança	
Saúde da Mulher	
Saúde do Idoso	
Saúde do Homem	
Procedimentos Cirúrgicos na APS	
Acompanhamento / atendimento	
Hipertensão / Diabetes; Tuberculose; Hanseníase; Infecção Sexualmente Transmissível (IST); HIV / Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS); Cuidados Paliativos; Saúde Mental; Obesidade.	
Encaminhamentos a outros níveis de atenção; coordenação; cuidado compartilhado	
Outras práticas	
PARTE 4 – CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO E SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	
Graduação e pós-graduação	
Tempo de trabalho na ESF	
Renda	
Motivação	
Vínculo empregatício	
Relação do vínculo de trabalho e atributos da APS	
Percepção sobre forma de contratação	
Plano de carreira	
Outros vínculos de trabalhos	
Supervisão e Preceptoría	
PARTE 5 – COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL OU TRABALHO EM EQUIPE	
Trabalho em equipe	

Fonte: Próprios autores

4.5 *Variáveis estudadas*

O formulário de coleta de dados foi compartilhado entre dois projetos de pesquisa. O presente projeto delimitou-se ao estudo das variáveis associadas à caracterização sociodemográfica, caracterização do trabalho e situação empregatícia, onde os atributos da APS foram avaliados de acordo com o vínculo (parte 1, 4 e 5 do formulário).

Os dados sociodemográficos (sexo, idade, religião, estado civil, titulação acadêmica e renda familiar) foram analisados e comparados entre os grupos; a caracterização do trabalho e situação empregatícia foi embasada na Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (com Plano de Cargos, Carreiras e salários e Educação Permanente/continuada) e Política Nacional de Atenção Básica; a relação do vínculo de trabalho e os atributos da APS foram fundamentados nos Atributos Essenciais da APS segundo Starfield (2002).

4.6 *Organização e análise dos dados*

Segundo Barros e Lehfeld (2010), o objetivo desta fase do projeto é resumir, classificar e codificar as observações feitas e os dados obtidos, além de analisá-los estatisticamente. Na análise, segundo Prodanov e Freitas (2013), o pesquisador aprofunda-se nos detalhes dos dados tabulados estatisticamente, a fim de conseguir respostas para os seus questionamentos, procurando estabelecer relações entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas.

Os dados foram organizados em tabelas e quadros construídos com base nas informações obtidas dos questionários aplicados junto aos participantes, sendo discutidos com base nos objetivos da pesquisa, assim como na literatura revisada.

O banco de dados foi construído com o software EpiData versão 3.1 e os dados analisados utilizando o STATA (StataCorp. STATA Statistical Software. V 13.0. Release 9.0 ed. College Station, Texas 77845 USA: Stat Corporation: 2007).

4.7 *Aspectos legais e éticos em pesquisas com seres humanos*

Foram obedecidos os aspectos ético-legais da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Todos os entrevistados foram previamente informados sobre o projeto de pesquisa, de forma que participaram da pesquisa apenas aqueles que concordaram por livre e espontânea

vontade, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Além disso, suas identidades foram e continuarão sendo resguardadas e seu bem-estar físico, moral e social continuam sendo plenamente respeitados, tendo sido garantido o direito de desistir de participar da pesquisa no momento em que desejassem.

Não se anteciparam riscos aos participantes, haja vista que os mesmos apenas responderam a uma entrevista. Possíveis constrangimentos foram minimizados pelos pesquisadores ao permitir que os profissionais respondessem ao questionário no local e horário mais conveniente aos mesmos.

Quanto aos benefícios, serão assegurados, já que a realização da presente pesquisa contribuirá para a formulação de diagnósticos situacionais, avaliação e planejamento de políticas públicas voltadas à contratação de profissionais em consonância com os atributos essenciais derivados da APS e princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

O Município de Fortaleza autorizou a aplicação do questionário em suas unidades de saúde, com a concessão de carta de anuência e carta de apresentação a todas as seis coordenadorias regionais de saúde, requeridas através do Processo Administrativo P-990681/2017 e protocolado junto a COGTES – Coordenadoria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde em 19 de dezembro de 2017, sendo as informações obtidas com este instrumento compartilhadas entre dois projetos de pesquisa.

O projeto da presente pesquisa foi recebido para análise ética no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH em 22/03/2018 às 14h43min, sendo aprovado em 26/04/2018, sob o título: a percepção dos médicos em relação às formas de contratação desta categoria na Estratégia de Saúde da Família, pesquisador responsável e patrocinador principal: Antônio Leonel de Lima Júnior, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE Nº 86016418.7.0000.5684, Número de Comprovante: 025755/ 2018, seguindo todas as considerações sugeridas.

4.8 Divulgação dos resultados da pesquisa

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de publicações científicas. Adicionalmente, será apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, como forma de subsidiar o desenvolvimento de ações voltadas a contratação de médicos pelo setor de recursos humanos do município, através da captação oportuna e adequada dos dados obtidos.

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está dividida em duas etapas: a primeira decorrente da análise documental e referente aos objetivos específicos 1 e 2; e a segunda de coleta de dados primários e análise frente aos objetivos específicos 3 e 4.

5.1 *Resultados da etapa 1*

Etapa decorrente da análise documental da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS, Política Nacional de Atenção Básica, Estatuto dos Servidores Municipais de Fortaleza, Lei do PMMB, editais de seleções de contratação em caráter temporário e legislação para o pagamento de força de trabalho através de Recibo de Pagamento de Autônomo, dentre outros documentos, que resultaram em posterior triangulação de dados. É apresentada através de quadros sínteses das características de cada uma das formas de contratação dos profissionais médicos da ESF em Fortaleza, representados nos quadros 15, 16, 17 e 18, referentes aos profissionais: celetistas, estatutários, bolsistas do PMMB e autônomos.

A análise documental dos vínculos estabelecidos junto aos médicos atuantes na ESF em Fortaleza: celetistas, estatutários, bolsistas do PMMB e autônomos, permitiu a comparação entre as diversas formas de contratação, proporcionando uma melhor compreensão. Em relação ao vínculo trabalhista, pode-se dividi-los em dois grupos: com vínculo trabalhista (celetistas e estatutários) e sem vínculo trabalhista (bolsistas do PMMB e autônomos). No tocante ao vínculo institucional podem-se determinar três vínculos diretos com a SMS – Secretaria Municipal de Saúde (celetistas, estatutários e autônomos) e um vínculo intermediado através do Ministério da Saúde (bolsistas do PMMB); com relação ao tempo de contrato, pode-se classificá-los em temporários (celetistas, bolsistas do PMMB e autônomos) e efetivos (estatutários); mesma divisão para o grupo sem PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários (celetistas, bolsistas do PMMB e autônomos) e com PCCS (estatutários). Avaliando-se a oportunidades de educação permanente / continuada, depara-se com grupo possuidor de processo de formação obrigatório (bolsistas do PMMB), grupo com oportunidades em potencial (celetistas e estatutários) e grupo com poucas oportunidades (autônomos).

Quadro 15 - Síntese da análise documental sobre os celetistas

Categoria: Celetistas	
-Definição	-Nesta modalidade de regime de contratação, o empregado público é regido pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Assim como um empregado da iniciativa privada, tem carteira de trabalho e direito ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
-Contratação	-Contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
-Remuneração	-Através do pagamento de salários mensais, com prazo de pagamento até o quinto dia útil do mês subsequente.
-Controle Institucional	- Podem ser demitidos com ou sem JUSTA-CAUSA. São contribuintes do INSS e por isso têm direito ao FGTS e seguro desemprego
-Fundamentos relativos ao trabalhador celetista	-Principais direitos do trabalhador: 1- Registro da carteira de trabalho (CTPS) desde o primeiro dia de trabalho e com todos os dados preenchidos corretamente (permitindo-se ao trabalhador: contribuições com a Previdência Social e posteriormente o direito à aposentadoria); 2- Exame médico admissional e demissional; 3- Receber o salário até o quinto dia útil do mês seguinte ao mês trabalhado. Atrasos no pagamento devem ser evitados ao máximo, pois podem levar a processos trabalhistas; 4- Um dia de descanso semanal remunerado. Este descanso pode ocorrer em outros dias da semana, embora o domingo seja o mais comum; e 5- Outros direitos: férias remuneradas com acréscimo de um terço, décimo terceiro salário, licenças médicas, maternidade, paternidade ou luto - Principais deveres: 1- Ter um bom comportamento e colaborar para o bem-estar da empresa; 2- Deve agir sempre com probidade e integridade, ou seja, ter um comportamento adequado de acordo com os costumes da empresa e da sociedade; 3- Todos devem priorizar o bom relacionamento não apenas com o empregador, mas com todos os colegas de trabalho e pessoas que convivem no dia-a-dia da empresa; 4- Deve agir com prudência, evitando ser negligente ou imprudente em suas tarefas de trabalho. Deve pensar sempre no bem da empresa e do serviço que está prestando; 5- A indisciplina do trabalhador ao descumprir ordens e recomendações do empregador pode levar à demissão por justa causa; e 6- Outro dever essencial é não divulgar informações de caráter sigiloso da empresa. O trabalhador deve sempre agir em prol do sucesso da empresa e de seu crescimento, não agindo de forma a prejudicar a reputação e imagem de seu empregador.
-Espécies de trabalhadores celetistas	- Contrato com prazo indeterminado: O modelo de contratação padrão no Direito brasileiro é o por prazo indeterminado. - Contrato com prazo determinado: Hipóteses de contrato por prazo determinado são restritas: serviço cuja natureza ou transitoriedade justifique a predeterminação do prazo (CLT, art. 443, § 2º, a); atividades empresariais de caráter provisório (CLT, art. 443, § 2º, b); contrato de experiência (CLT, art. 443, § 2º, c).
-Vantagens aos contratantes	-Maior controle das atividades exercidas e a possibilidade assegurada em lei de determinar dias e horários de trabalho de acordo com a necessidade de cada serviço, em acordo com as leis.
-Oportunidades de Educação permanente	-Os médicos atuantes da ESF são contratados com carga horária de 40 horas / semanais, destinadas às atividades assistenciais nas UBS, podendo ser eventualmente realocadas para atividades de Educação Permanente.
-Tributos e contribuições	- IRRF - Imposto de renda retido na fonte: Todo serviço prestado sofre tributação do Imposto de Renda, dentro dos limites previstos pela

incidentes ao trabalhador celetista	legislação aplicada, cabendo ao empregador efetuar a retenção. -INSS - Contribuição Previdenciária sobre remuneração de trabalhador celetista - É descontada do salário pago, a parte devida ao empregado, havendo um complemento previsto em lei a ser pago pelo empregador e um teto aos contribuintes do regime geral.
-Caracterização como vínculo empregatício	- É formalmente considerado vínculo empregatício.
-Legislação	-Art. 37, IX, da Constituição Federal de 1988; -Art. 3º, IX, da Lei Complementar Municipal nº 0158, de 19 de dezembro de 2013; -Decreto Lei nº 5.452: Consolidação das Leis do Trabalho; e -Edital Nº 27/2018 – Seleção Pública para a contratação de médicos por tempo determinado.

Fonte: Adaptado da Constituição Federal, Consolidação das Leis Trabalhistas e Leis e editais do município de Fortaleza.

Quadro 16 - Síntese da análise documental sobre os Estatutários

Categoria: Estatutários	
-Definição	-Engloba todos aqueles que mantêm vínculos de trabalho com entidades governamentais, integrados em cargos ou empregos das entidades político-administrativas, bem como em suas respectivas autarquias e fundações de direito público, é uma definição a todo aquele que mantém um vínculo empregatício com o Estado e seu pagamento provém exclusivamente da arrecadação pública de impostos, sendo sua atividade denominada Típica de Estado. Geralmente é originário de concurso https://pt.wikipedia.org/wiki/Concurso_p%C3%BAblico , pois é defensor do setor público, que é diferente da atividade do Político, detentor de um mandato público, que está diretamente ligado ao Governo e não necessariamente ao Estado de Direito.
-Contratação	-Através de concurso público
-Remuneração	-Proventos constituídos de vencimento base e gratificações específicas definidas em lei própria, de acordo com o cargo e funções de cada servidor.
-Controle Institucional	-Podem ser demitidos através da instauração de processo administrativo, com direito a ampla defesa, em caso de ilicitudes e outros desvios de conduta.
-Fundamentos relativos ao servidor público	- Direitos/Deveres: Previstos em lei municipal, estadual ou federal. Características: Estabilidade no emprego; aposentadoria com valor integral do salário (mediante complementação de aposentadoria), férias, gratificações, licenças e adicionais variáveis de acordo com a legislação específica. Pode aproveitar direitos da CLT; - Vantagens pecuniárias previstas pelo PCCS dos Médicos Servidores do Município de Fortaleza e Estatuto dos Servidores Municipal de Fortaleza: 1- Insalubridade: vantagem pecuniária no valor percentual de 20% do vencimento-base; 2- Gratificação por titulação acadêmica: vantagem pecuniária no valor percentual de 50% para especialistas, 60% para egressos com Residência Médica, 70% para mestres e 80% para doutores (não cumulativas); 3- Anuênio: vantagem pecuniária no valor percentual de 1% a cada ano trabalhado 4- Promoção por tempo de serviço: ascensão na carreira com aumento de 2% no valor do vencimento base a cada 2 anos 5- Promoção por capacitação: ascensão na carreira com aumento de 2% no valor do vencimento base a cada 2 anos, limitados a três no total; 6- Licença Prêmio: direito de licença especial remunerada a cada 5 anos de atividades (mediante assiduidade e ausência de processos administrativos); 7- Autorização para afastamento de até (02) horas diárias como incentivo a formação; 8- Afastamento para missão ou estudo fora do Município ou no estrangeiro: poderá ser autorizado nos mesmos atos que se designarem o servidor a realizar a missão ou estudo, quando for de interesse do Município.
-Espécies de servidores públicos	- Servidores admitidos em Estágio Probatório: servidores que se encontram em um período/processo que visa aferir se o servidor público possui aptidão e capacidade para o desempenho do cargo de provimento efetivo no qual ingressou por força de concurso público; e - Servidores efetivos: servidores admitidos em cargo público através de concurso com estabilidade auferida após avaliação em estágio probatório.
-Vantagens aos contratantes	-Longos períodos de atuação com a possibilidade de melhor acompanhamento longitudinal (atributo essencial da APS) e retorno de investimentos em qualificação em longo prazo.
-Oportunidades de	-Atualmente os médicos servidores públicos da ESF em exercício nas Unidades de Saúde de Fortaleza distribuem sua carga horária em: 32

Educação permanente	horas de atividade assistencial e 08 horas direcionadas a educação permanente.
-Tributos e contribuições incidentes ao trabalhador estatutário	<p>-IRRF- Imposto de renda retido na fonte: Todo serviço prestado sofre tributação do Imposto de Renda, dentro dos limites previstos pela legislação aplicada, cabendo ao empregador efetuar a retenção.</p> <p>-IPM - PREVFOR- Contribuição Previdenciária sobre remuneração de trabalhador Estatutário: alíquota de 11% descontada dos proventos do servidor, a parte que lhe é devida, havendo um complemento previsto em lei a ser pago pelo empregador; trata-se de um regime de previdência próprio pertencente ao Município de Fortaleza.</p> <p>-IPM – Saúde: alíquota de 2% descontada dos proventos do servidor com a obrigatoriedade de financiamento em regime de partilha por parte do Município de Fortaleza, com recursos destinados ao financiamento de gastos com a Saúde para titular, dependentes durante a ativa e aposentadoria.</p>
-Caracterização como vínculo empregatício	-Vínculo empregatício formal na qualidade de servidor público
-Legislação	<p>- Art. 39 da Constituição Federal de 1988;</p> <p>-Estatuto dos Servidores do Município de Fortaleza (Lei Complementar nº 002, de 17 de setembro de 1990); e</p> <p>-Plano de cargos, carreiras e salários dos servidores médicos de Fortaleza (Lei Nº 9310 de 06 de dezembro de 2007)</p>

Fonte: Adaptado de: Constituição Federal, Estatuto dos servidores médicos do Município de Fortaleza e PCCS dos servidores médicos de Fortaleza

Quadro 17 - Síntese da análise documental sobre os bolsistas do PMMB

Categoria: Bolsistas do PMMB	
-Definição	-Programa de provimento emergencial de médicos na ESF através de vínculo de médicos bolsistas junto ao Ministério da Saúde
-Contratação	-Decorrente de edital e associado à atividade educacional (Especialização em Saúde da Família)
-Remuneração	-Através de bolsa de estudos
-Controle Institucional	-Os bolsistas do PMMB são vinculados ao Ministério da Saúde, admitidos em caráter temporário em ciclos de até 3 anos (não devendo haver novos editais e a permanência dos atuais bolsistas através deste programa)
-Fundamentos relativos ao bolsista	-É uma prestação pecuniária atribuída a um estudante por uma entidade pública ou privada para coparticipação nos encargos relativos à frequência de um curso ou ao desenvolvimento de um trabalho de pesquisa
-Vantagens aos contratantes	-Não há vínculo empregatício, menores despesas com pagamento de bolsas (no caso do PMMB, pagos diretamente pelo Ministério da saúde) e com encargos trabalhistas e previdenciários.
-Oportunidades de Educação permanente	-A carga horária de 40 horas / semanais é dividida em 32 horas de atividades assistenciais na UBS e 8 horas de Educação à distância, geralmente através de plataformas digitais.
-Tributos e contribuições incidentes aos trabalhadores autônomos	-IRRF- Imposto de renda retido na fonte: toda a remuneração oriunda do pagamento de bolsas é isenta da tributação do Imposto de Renda. -INSS - Contribuição Previdenciária sobre remuneração dos bolsistas - É descontado do (a) bolsista, contribuição previdenciária para o regime de previdência geral.
-Caracterização como vínculo empregatício	-Não há caracterização como vínculo empregatício.
-Legislação	-Lei do PMMB (Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013)

Fonte: Adaptado da Lei do PMMB

Quadro 18 - Síntese da análise documental sobre os trabalhadores autônomos

Categoria: Autônomos	
-Definição	-Trabalhador que exerce habitualmente, e por conta própria, atividade profissional remunerada; pode prestar serviços a diversas empresas, agrupados ou não em sindicato.
-Contratação	-Sem relação de emprego, serviço de caráter eventual a uma ou mais empresas.
-Remuneração	-Serviço remunerado mediante recibo, em caráter eventual.
-Controle Institucional	-A principal característica da atividade do autônomo é sua independência, pois a sua atuação não possui subordinação a um empregador; -Os autônomos têm a vantagem de negociar mais livremente as relações de trabalho, como horários mais flexíveis e salários; -Desenvolve sua atividade com mais liberdade e independência. Trabalhador escolhe os tomadores de seu serviço, assim como decide como e quando prestará, tendo liberdade, inclusive, para formar seus preços de acordo com as regras do mercado e a legislação vigente;
-Fundamentos relativos aos trabalhadores autônomos	a) liberdade de organização e de execução do próprio trabalho, ou seja, o trabalhador autônomo pode utilizar-se de substitutos ou ainda de auxiliares; b) liberdade de disposição do resultado do próprio trabalho, sobre a livre base do contrato de troca, vale dizer: não aliena a sua atividade, na medida em que ele labora por conta própria, podendo se assim estiver acordado, alienar o próprio resultado trabalho, ao contrário do trabalho subordinado em que o prestador exerce uma atividade para outrem, alienando a força de trabalho, ou seja, pondo à disposição de outra pessoa a sua atividade, sem assumir os riscos, tendo assim que se sujeitar às sanções que o credor entenda que devam ser aplicadas, sempre que venha a violar os deveres impostos pela relação laboral, submetendo-se, portanto, ao poder de direção empresarial, inclusive no aspecto disciplinar; c) autonomia do prestador da obra no duplo sentido: liberdade de vínculo de subordinação técnica, na medida em que a prestação de trabalho é fruto de uma manifestação da capacidade profissional ou artística individual e econômica, considerando que o trabalhador assume o risco do próprio trabalho, sofrendo eventualmente seus riscos. Através desses fundamentos, pode-se afirmar que o trabalhador autônomo não se encontra sujeito a um dever de obediência, não recebendo ordens do beneficiário da atividade, o qual se limita, a dar indicações sobre o resultado a ser obtido
-Espécies de trabalhadores autônomos	-Prestadores de serviços de profissões não regulamentadas: como, por exemplo, encanador, digitador, pintor, faxineiro, pedreiro, jornalista e outros assemelhados; -Prestadores de serviços de profissões regulamentadas: como, por exemplo, advogado, médico, contabilista, engenheiro, nutricionista, psicólogo, e outros registrados nos seus respectivos conselhos regionais de fiscalização profissional.
-Vantagens aos contratantes	-Redução de custos com encargos, pela redução do pagamento de encargos previdenciários e/ou trabalhistas.
-Oportunidades de Educação permanente	-Os trabalhadores autônomos são remunerados de acordo com os trabalhos executados, sem previsão de abono para participação em atividades de formação educacional.
-Tributos e contribuições incidentes aos trabalhadores autônomos	- ISS – Imposto sobre serviços: se trata da retenção de um percentual, a ser recolhido, sobre o valor do serviço prestado. - IRRF- Imposto de renda retido na fonte: Todo serviço prestado sofre tributação do Imposto de Renda, dentro dos limites previstos pela legislação aplicada, cabendo ao Conselho efetuar a retenção. - INSS - Contribuição Previdenciária sobre remuneração de trabalhador autônomo (contribuinte individual): É descontada da remuneração paga, devida ou creditada ao trabalhador, num percentual de 20% até o teto do regime geral.

-Caracterização como vínculo empregatício	-A Previdência Social caracteriza como vínculo empregatício o serviço prestado por profissional autônomo, que tenha relação direta ou indireta, com a atividade do empregador e que tenha natureza continuada, como por exemplo, o mecânico contratado por uma oficina mecânica, a costureira autônoma para indústria de vestuário, o médico autônomo contratado para atender o paciente do hospital
-Legislação	-Por se realizar sem subordinação às ordens e instruções de outra pessoa, o trabalho autônomo a princípio encontra-se excluído da proteção das normas do Direito Laboral. A partir da Emenda Constitucional nº 45/2004, as lides decorrentes do trabalho autônomo foram incluídas na Justiça do Trabalho (art. nº 114, inciso I, da CF/88, redação dada pela Emenda Constitucional), o que demonstra que pelo menos sob o aspecto instrumental, o trabalho autônomo merece tutela da jurisdição laboral.

Fonte: Adaptado de Paulo Emílio Ribeiro de Vilhena

5.2 *Resultados da etapa 2*

A segunda etapa circunscreveu a apresentação dos resultados obtidos na fase de aplicação de formulários a partir de uma população total de 343 profissionais médicos atuantes da ESF no Município de Fortaleza, subtraindo-se dois pesquisadores, 11 afastamentos por licenças, 24 recusas e 50 profissionais desligados no momento de procura no campo, obtendo-se um total de 268 médicos, agrupado em: 13 celetistas, 100 concursados, 123 bolsistas do PMMB, 19 residentes e 13 temporários pagos por RPA (autônomos).

A coleta ocorreu de abril a novembro de 2018, realizada por dois pesquisadores. Os resultados da Etapa 2 estão organizados nas tabelas 1, 2 e 3, referentes aos dados sociodemográficos, perfil dos médicos atuantes nos seus respectivos processos de trabalho e avaliação do desempenho dos atributos essenciais da APS por parte dos médicos atuantes na ESF de Fortaleza.

5.2.1 Dados sociodemográficos

Para facilitar a visualização das características sociodemográficas dos profissionais médicos da ESF de Fortaleza, construiu-se tabela com os valores globais dos dados sociodemográficos mais relevantes, prosseguindo com a descrição dos dados por forma de disposição na Tabela 1.

A maior parte dos médicos da ESF tem idade entre 31 e 40 anos, observando-se ordem decrescente da idade para celetistas, bolsistas do PMMB e autônomos. A maioria dos residentes possui menos de 30 anos, enquanto a maioria dos estatutários possui mais de 40 anos. Há um predomínio feminino determinado pelos bolsistas do PMMB e residentes, enquanto nas demais subcategorias: estatutários, celetistas e temporários o número de homens é maior. A maioria dos médicos são casados, influenciado pelos estatutários, sendo encontrado número maior de solteiros entre os celetistas, residentes e autônomos; nos bolsistas do PMMB observa-se um número muito próximo entre casados e solteiros. Quanto à religião, conta-se com maior número de católicos em todos os grupos, havendo um maior número de declarantes que não possuem religião entre os residentes.

A maior parte dos entrevistados concluíram seus respectivos cursos de graduação após 2015 (com destaque para a maioria dos residentes), ao mesmo tempo em que a maioria dos estatutários o concluiu entre 2000 e 2009. Aproximadamente três quartos dos entrevistados concluíram suas graduações em instituições públicas (com ênfase para quase todos os estatutários, com apenas cinco exceções). Quanto à localização da instituição onde concluíram

suas graduações, a maioria concluiu em ‘Fortaleza’, seguido pelos que concluíram por instituições da ‘região nordeste exceto o estado do Ceará’ e o ‘exterior’ (observou-se que no grupo dos bolsistas do PMMB, o número de graduados no exterior sobe a quase o dobro da média geral dos entrevistados). Esta última categoria, bolsistas do PMMB, é a única até então, com a presença de profissionais atuando sem a revalidação de diploma; havendo casos de revalidação do diploma entre os celetistas, estatutários e em número maior entre os bolsistas do PMMB. Todos os pertencentes aos grupos dos residentes e autônomos entrevistados afirmaram serem graduados no Brasil, não havendo necessidade de revalidação dos seus respectivos diplomas.

Os bolsistas do PMMB se destacam como grupo com maior número de componentes com especialização ‘*lato sensu*’ concluída, seguido pelos estatutários, onde pouco menos da metade dos cursos são na área de Saúde da Família. No que concerne estarem atualmente cursando alguma especialização ‘*lato sensu*’, destacam-se os residentes, seguidos pelos bolsistas do PMMB. Apesar da maior parte estar cursando especialização em Saúde da Família, este total é inferior à soma de todos os outros cursos cujos entrevistados encontram-se matriculados. Pouco mais de um terço dos estatutários concluiu Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, número inferior ao número de estatutários que referiram à conclusão de residências médicas em outras áreas. Já a maioria dos entrevistados não concluiu nenhuma residência médica (com percentual maior entre os autônomos, seguidos de bolsistas do PMMB). Apenas o grupo composto pelos médicos residentes encontra-se em sua totalidade matriculados em um programa de Residência Médica, sem nenhum registro em todos os outros grupos entrevistados. Aproximadamente um quarto dos estatutários concluiu, ou está matriculado, em Curso de Mestrado, havendo poucos representantes nos demais grupos. A maior parte destes refere frequentar ou ter frequentado Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, seguido numericamente pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família. A quase totalidade dos doutores compõe o grupo dos estatutários, exceto um médico trabalhador autônomo. Há uma baixa adesão à prova de títulos pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Dentre os que declararam renda familiar: a maioria dos bolsistas do PMMB, e grande parte dos estatutários, referem ganho entre 11 a 20 salários mínimos; a maior parte dos residentes e trabalhadores autônomos declarou renda familiar limitada ao máximo de 10 salários mínimos.

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico dos Médicos Atuantes da ESF em Fortaleza

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
IDADE	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Até 30 anos	58 (21,64%)	03(23,08%)	00 (0,00%)	39 (31,59%)	13 (68,38%)	03 (23,07%)
31-40 anos	125 (46,64%)	09 (69,21%)	34 (34,00%)	70 (56,70%)	06 (31,56%)	06 (46,14%)
41-50 anos	50 (18,65%)	01 (7,69%)	41 (41,00%)	07 (5,67%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
51-60 anos	22 (8,20%)	00 (0,00%)	20 (20,00%)	02 (1,62%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Acima de 61 anos	13 (4,85%)	00 (0,00%)	05 (5,00%)	05 (4,05%)	00 (0,00%)	03 (23,07%)
SEXO						
Masculino	129 48,13%	08 (61,54%)	55 (55,00%)	53 (43,09%)	06 (31,58%)	07 (53,85%)
Feminino	139 51,86%	05 (38,46%)	45 (45,00%)	70 (56,91%)	13 (68,42%)	06 (46,15%)
ESTADO CIVÍL						
Solteiros	101 (37,68%)	08 (61,54%)	12 (12,00%)	59 (47,97%)	15 (78,95%)	07 (53,85%)
Casados	151 (56,34%)	05 (38,46%)	78 (78,00%)	58 (47,15%)	04 (21,05%)	06 (46,15%)
Divorciados	16 (5,97%)	00 (0,00%)	10 (10,00%)	06 (4,88%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
RELIGIÃO						
Católicos	169 (63,05%)	09 (69,23%)	65 (65,00%)	78 (64,46%)	07 (36,84%)	10 (76,92%)
Evangélicos	31 (11,56%)	01 (7,69%)	12 (12,00%)	15 (12,40%)	02 (10,53%)	01 (7,69%)
Adventistas	01 (0,37%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Espíritas	20 (7,46%)	00 (0,00%)	10 (10,00%)	06 (4,96%)	03 (15,79%)	01 (7,69%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não possuem religião	33 (12,31%)	01 (7,69%)	07 (7,00%)	18 (14,88%)	06 (31,58%)	01 (7,69%)
ANO DE GRADUAÇÃO						
Antes de 1980	03 (1,12%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	03 (2,44%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
1980-1989	18 (6,72%)	00 (0,00%)	14 (14,00%)	02 (1,62%)	00 (0,00%)	02 (15,38%)
1990-1999	33 (12,32%)	01 (7,69%)	27 (27,00%)	03 (2,44%)	00 (0,00%)	02 (15,38%)
2000-2009	85 (31,72%)	04 (30,76%)	59 (59,00%)	20 (16,26%)	00 (0,00%)	02 (15,38%)
2010-2014	54 (20,14%)	03 (23,08%)	00 (0,00%)	44 (35,77%)	07 (36,84%)	00 (0,00%)
2015-2017	75 (27,98%)	05 (38,47%)	00 (0,00%)	51 (41,46%)	12 (63,16%)	07 (53,84%)
TIPO DE INSTITUIÇÃO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO						
Pública	200 (74,62%)	10 (76,92%)	95 (95,00%)	77 (62,60%)	11 (57,89%)	07 (53,85%)
Privada	66 (24,62%)	03 (23,08%)	05 (5,00%)	44 (35,78%)	08 (42,11%)	06 (46,15%)
Outras	02 (0,76%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	02 (1,62%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
LOCALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE CONCLUIU GRADUAÇÃO						
Fortaleza	171 (63,81%)	11 (84,62%)	73 (73,00%)	64 (52,03%)	15 (78,96%)	08 (61,54%)
Interior do Estado do Ceará	16 (5,97%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	11 (8,95%)	02 (10,52%)	02 (15,38%)
Na região nordeste, exceto Ceará	33 (12,31%)	01 (7,69%)	14 (14,00%)	13 (10,56%)	02 (10,52%)	03 (23,08%)
Outros estados, exceto Nordeste	19 (7,09%)	00 (0,00%)	08 (8,00%)	11 (8,95%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)

(Continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
No exterior	29 (10,82%)	01 (7,69%)	04 (4,00%)	24 (19,51%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
SUBMISSÃO A REVALIDAÇÃO DO DIPLOMA						
Sim	21 (7,83)	01 (7,69%)	05 (5,00%)	15 (12,20%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não	08 (2,99%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	08 (6,50%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não se aplica	239 (89,18%)	12 (92,31%)	95 (95,00%)	100 (81,30%)	19 (100,00%)	13 (100,00%)
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU (CONCLUÍDA)						
Sim	205 (76,49%)	07 (53,85%)	84 (84,00%)	107 (86,99%)	03 (15,78%)	04 (30,77%)
TIPO DE ESPECIALIZAÇÃO						
Saúde da Família	127 (47,38%)	03 (23,08%)	42 (42,00%)	77 (62,60%)	02 (11,11%)	03 (23,08%)
Saúde Pública	05 (1,86%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	02 (1,62%)	01 (5,56%)	00 (0,00%)
Auditoria Médica	05 (1,86%)	01 (7,69%)	02 (2,00%)	02 (1,62%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Medicina do trabalho	18 (6,71%)	01 (7,69%)	09 (9,00%)	07 (5,69%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
Outros	50 (18,65%)	02 (15,38%)	29 (29,00%)	19 (15,44%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não se aplica	63 (23,50%)	06 (46,15%)	16 (16,00%)	16 (13,01%)	16 (84,22%)	09 (69,23%)
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU (EM CURSO)						
Sim	75 (27,98%)	01 (7,69%)	09 (9,00%)	48 (39,02%)	16 (84,21%)	01 (7,69%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TIPO DE ESPECIALIZAÇÃO						
Saúde da Família	27 (10,07%)	01 (7,69%)	02 (2,00%)	22 (17,88%)	02 (10,52%)	00 (0,00%)
Saúde Pública	01 (0,37%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Auditoria Médica	01 (0,37%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00(0,00%)
Medicina do trabalho	07 (2,61%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	04 (3,25%)	02 (10,52%)	00 (0,00%)
Outros	39 (14,55%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	22 (17,88%)	12 (63,16%)	01 (7,69%)
Não se aplica	193 (72,02%)	12 (92,31%)	91 (91,00%)	75 (60,93%)	03 (15,79%)	12 (92,31%)
RESIDENCIA MÉDICA CONCLUÍDA						
Sim, na área de Medicina de Família e Comunidade	53(19,78%)	02 (15,38%)	37 (37,00%)	13 (10,56%)	00 (0,0%)	01 (7,69%)
Sim, em outra área	53 (19,78%)	02 (15,38%)	39 (39,00%)	11 (8,94%)	00 (0,0%)	01 (7,69%)
Não	162 (60,44%)	09 (69,23%)	24 (24,00%)	99 (80,48%)	19 (19,00%)	11 (84,62%)
RESIDENCIA MÉDICA (EM CURSO)						
Sim, na área de Medicina de Família e Comunidade	19 (7,08%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	19 (100,00%)	00 (0,00%)
Sim, em outra área	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não	249 (92,92%)	13 (100,00%)	100(100,00%)	123 (100,00%)	00 (0,00%)	13 (100,00%)
MESTRADO						
Sim	33 (12,31%)	01 (7,69%)	26 (26,00%)	04 (3,25%)	01 (5,26%)	01 (7,69%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TIPO DE MESTRADO						
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública	12 (4,48%)	00 (0,00%)	10 (10,00%)	01 (0,82%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva	03 (1,12%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	01 (0,82%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Mestrado Acadêmico em Ciências Médicas	04 (1,49%)	00 (0,00%)	03 (3,00%)	01 (0,82%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Mestrado Profissional em Saúde da Família	11 (4,10%)	01 (7,69%)	10 (10,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Outros	03 (1,12%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	01 (0,82%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
Não se aplica	235 (87,69%)	12 (92,28%)	74 (74,00%)	119 (96,74%)	18 (94,74%)	12 (92,31%)
TÍTULO DE ESPECIALISTA PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE						
Sim	60 (22,38%)	03 (23,07%)	38 (38,00%)	16 (13,00%)	00 (0,00%)	03 (23,07%)
DOUTORADO						
Sim	08 (3,00%)	00 (0,00%)	07 (7,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS						
Até 10 salários mínimos	36 (13,43%)	05 (38,46%)	09 (9,00%)	07 (5,69%)	09 (47,36%)	06 (46,14%)
De 11 a 20 salários mínimos	121 (45,14%)	03 (23,08%)	44 (44,00%)	64 (52,03%)	07 (36,84%)	03 (23,08%)
De 21 a 30 Salários mínimos	29 (10,82%)	00 (0,00%)	14 (14,00%)	14 (11,38%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
Acima de 31 salários mínimos	07 (2,62%)	00 (0,00%)	05 (5,00%)	02 (1,63%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Preferiu não declarar	75 (27,99%)	05 (38,46%)	28 (28,00%)	36 (29,27%)	02 (10,52%)	04 (30,78%)

Legenda: Total: 268; CEL: celetistas; EST: estatutários; PMMB: bolsistas do Programa Mais Médicos do Brasil; RES: residentes; AUTO: trabalhadores autônomos

Fonte: Análise de dados da entrevista semiestruturada

5.2.2 Perfil nos processos de trabalho dos médicos atuantes da ESF em Fortaleza

A maior parte dos médicos da ESF trabalha entre 10 a 20 anos na ESF, com tempo de trabalho na atual equipe há menos de dois anos. A grande maioria dos estatutários está atuando na ESF através de seu atual vínculo há mais de 10 anos.

A maior parte dos Médicos da ESF em Fortaleza está vinculada ao PMMB, seguido logo a seguir pelos estatutários. Relacionado à principal motivação para atuar como médico da ESF, a maioria dos residentes refere estar atuando na ESF por identificação, enquanto que a maior parte dos bolsistas do PMMB indicou que sua situação é transitória. A grande maioria dos médicos atuantes na ESF teve experiência com alguma forma de contratação anterior, chamando atenção para registro desta experiência os médicos estatutários com algum tipo de contratação anterior, a maior parte dos autônomos negam experiências anteriores. A maior parte das experiências anteriores de todos os entrevistados foi através de regimes temporários, havendo poucos registros de contratos por regime estatutário.

A possibilidade de mudanças na satisfação em exercer suas atividades junto à forma de contratação é relatada por quase todos os celetistas, sendo os menores índices registrados pelos autônomos. Ao serem indagados sobre de que maneiras mudanças na sua forma de contratação trariam mudanças na satisfação em seus respectivos exercícios: a estabilidade, aumento do vínculo, direitos trabalhistas, segurança, aposentadoria e menor rotatividade foram citados como quesitos que propiciariam as mudanças.

A grande maioria dos profissionais pesquisados refere exercer suas atividades de forma diferente de acordo com a forma de contratação. Dedicção, educação permanente e planejamento a longo prazo aparecem como as principais alegações para mudanças na forma de exercer seu trabalho de acordo com a forma de contratação.

A grande maioria dos entrevistados considera a contratação através de concurso público como a melhor forma de contratação, seguida pelos bolsistas do PMMB e Celetistas. A estabilidade, vínculo, acompanhamento longitudinal, direitos trabalhistas, direitos previdenciários, incentivos a aperfeiçoamentos, segurança e irredutibilidade de salários foram elencados para justificar esta opinião.

Quase todos os entrevistados apontam o regime de contratação do trabalhador autônomo como a pior forma de contratação. A instabilidade, a falta de direitos trabalhistas, a falta de vínculos, atrasos salariais, baixa remuneração, descontinuidade da assistência, insegurança e alta rotatividade foram apontadas como argumentações para esta escolha.

A maioria dos entrevistados considera sua atual forma de contratação desvantajosa. Quando indagados sobre direitos e vantagens que deveriam ser extensivos a todas as formas de contratação, foi referido: o décimo terceiro salário, a isonomia salarial, as férias com adicional de um terço e ter o mesmo empregador.

Quase todos os entrevistados consideram que haveria um trabalho mais qualificado se houvesse a possibilidade de concessão de incentivos adicionais. Sendo que os indicadores ou fatores mais mencionados para concessão de incentivos adicionais foram: melhora dos indicadores de saúde, número de horas trabalhadas, número de pessoas componentes da área de adscrição, realização de procedimentos especializados e número de procedimentos especializados.

Quando questionados sobre o regime de contratação do SUS, a maior parte é a favor de um regime de contratação igual para todos, seguido dos que opinaram que deveria ser diferenciado para as categorias assistenciais e os que referiram que deveria ser diferenciado para o médico. De modo geral, obteve-se como justificativas a defesa de direitos iguais para todos, também sendo bastante argumentado o maior tempo de formação e a maior responsabilidade, auxílio no trabalho em equipe, melhoria no acompanhamento longitudinal e a possibilidade de geração de insatisfação com várias formas de contratação.

A maior parte dos entrevistados preferiria ser contratado pela União, sendo que nenhum entrevistado indicou a contratação por empresas estatais ou organizações sociais como preferencial. Quase dois terços dos entrevistados fariam serviços adicionais mediante remuneração extra, alegando como fundamentações: complementar renda, reduzir demandas do serviço, dedicar-se por mais tempo a um só trabalho, melhorar assistência ao paciente e que já fazem atividades laborais a mais sem receber. Não dispor de tempo, não achar correto e inibir a contratação de novos profissionais foram os principais motivos referidos para não fazer serviços adicionais. Foram colocadas como condições para a realização de serviços extras: infraestrutura adequada das Unidades Básicas de Saúde, remuneração condigna, presença de insumos adequados, segurança e capacitações.

Mais de dois terços dos entrevistados referiram ser a favor da criação de um quadro de profissionais com um fundo único de pagamento destinado aos servidores do SUS. A uniformidade de direitos e vantagens, uma possível melhoria na gestão, controle e transparência no processo de contratação e a melhoria na qualidade do trabalho médico na APS foram colocadas como as principais justificativas para a criação deste fundo único. Por outro lado, foram citadas como justificativas contra a criação de um quadro único e fundo de pagamento: o princípio da descentralização, utopia, insegurança, opinião de que não melhora,

não haver necessidade de se criar algo separado, haver maior facilidade de controle a nível municipal ou para não se perder o vínculo com o município, pelo diferencial da prática local, fim da concorrência entre os municípios, desconhecer o assunto, que em caso de problemas todos seriam prejudicados, risco de não corrigir remunerações e achar limitado.

Há um predomínio de entrevistados favoráveis ao gerenciamento dos profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o grupo dos residentes foram os que mais se manifestaram contra. Os que são favoráveis alegam uma maior proximidade, melhor conhecimento da realidade local, descentralização, organização e acessibilidade. Interferências políticas, despreparo da SMS, mudanças nas políticas de saúde a cada ciclo eleitoral, condutas ilícitas e transferências irregulares foram as principais justificativas contra o gerenciamento pela SMS.

Há uma preponderância de médicos participantes da pesquisa que referem não possuir Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Aproximadamente um quinto dos entrevistados dedica-se a ESF exclusivamente, com destaque para os autônomos, com percentual superior dentre todos os grupos. Do total de médicos que exercem outras funções fora da ESF, trabalham mais destacadamente: em emergência de hospitais, em enfermarias, em consultório privado, em instituições de ensino, em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A maior parte do total de entrevistados trabalha entre 41 a 60 horas semanais. Sendo esta última faixa de carga horária, adotada pela maioria no grupo dos estatutários.

Pouco mais da metade dos residentes referem atuar como preceptores, seguido pelos estatutários. Apenas uma pequena parte do total de entrevistados recebe algum incentivo para atuarem como preceptores e destes, um percentual muito menor, recebe incentivos financeiros.

Houve registros de supervisores do PROVAB entre os estatutários, mesmo grupo que lidera em número de supervisores do PMMB. Observou-se também, dois supervisores do PMMB entre os celetistas e um no grupo dos temporários.

A maioria dos autônomos, celetistas e dos estatutários referem trabalhar 'muito' ou serem 'completamente' envolvidos no tocante às atividades em equipe. O trabalho é considerado com pouca interação entre os membros da equipe por número maior de residentes, seguidos por bolsistas do PMMB e pequeno número de estatutários.

Pouco engajamento para atender bem a comunidade foi referido por pequena parte dos autônomos, dos bolsistas do PMMB e dos estatutários; enquanto aproximadamente três

quartos dos estatutários referem estar ‘muito’ ou ‘completamente’ engajados para atender bem a comunidade.

O grupo dos celetistas, em unanimidade, sente que seu trabalho é muito ou completamente reconhecido, seguido por estatutários, autônomos, bolsistas do PMMB e residentes. Há registros de pouco reconhecimento do seu trabalho por parte dos bolsistas do PMMB e dos estatutários.

A colaboração pelos demais membros da equipe é avaliada como ‘muito’/ ‘completamente’ pela maioria dos celetistas, estatutários, residentes, bolsistas do PMMB e autônomos. Há poucos registros contrários entre residentes, bolsistas do PMMB e estatutários.

Enfermeiros são os membros da equipe com quem os entrevistados colaboram com maior frequência, com destaque para unanimidade dos autônomos; seguidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mais lembrados pelos estatutários.

Tabela 2 - Perfil nos processos de trabalho dos médicos atuantes da ESF em Fortaleza

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
TEMPO DE TRABALHO NA ESF	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
De 6 meses a 12 meses	14 (5,22%)	01 (7,69%)	00 (0,00%)	08 (6,48%)	00 (0,00%)	05 (38,45%)
12 a 24 meses	57 (21,26%)	04 (30,76%)	04 (4,00%)	38 (30,78%)	09 (47,34%)	02 (15,38%)
25 a 60 meses	72 (26,86%)	01 (7,69%)	07 (7,00%)	49 (39,69%)	10 (52,60%)	05 (38,45%)
61 a 120 meses	29 (10,82%)	04 (30,76%)	03 (3,00%)	22 (17,82%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
121 a 240 meses	88 (32,83%)	03 (23,07%)	79 (79,00%)	05 (4,05%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
Acima de 240 meses	08 (2,98%)	00 (0,00%)	07 (7,00%)	01 (0,81%)	00 (0,00%)	00(0,00%)
TEMPO DE TRABALHO NA ATUAL EQUIPE						
De 6 meses a 12 meses	57 (21,26%)	01 (7,69%)	08 (8,00%)	37 (29,97%)	02 (10,52%)	09 (69,21%)
12 a 24 meses	82 (30,59%)	04 (30,76%)	09 (9,00%)	50 (40,50%)	17 (89,42%)	02 (15,38%)
25 a 60 meses	63 (23,50%)	04 (30,76%)	25 (25,00%)	33 (26,73%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
61 a 120 meses	22 (8,20%)	03 (23,07%)	16 (16,00%)	02 (2,43%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
121 a 240 meses	43 (16,04%)	01 (7,69%)	42 (42,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Acima de 240 meses	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
TEMPO DE TRABALHO NO ATUAL VÍNCULO						
De 6 meses a 12 meses	28 (10,44%)	01 (7,69%)	00 (0,00%)	19 (15,39%)	00 (0,00%)	08 (61,52%)
12 a 24 meses	81 (30,22%)	08 (61,52%)	01 (1,00%)	50 (40,50%)	19 (100%)	03 (23,07%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
25 a 60 meses	55 (20,52%)	02 (15,38%)	02 (2,00%)	50 (40,50%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
61 a 120 meses	24 (8,95%)	01 (7,69%)	18 (18,00%)	04 (3,24%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
121 a 240 meses	80 (29,85%)	01 (7,69%)	79 (79,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Acima de 240 meses	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
VÍNCULO ATUAL						
	268 (100,00%)	13 (4,83%)	100 (37,17%)	123 (45,72%)	19 (7,06%)	13 (4,83%)
PRINCIPAL MOTIVAÇÃO PARA ESTAR NO ATUAL VÍNCULO						
Estabilidade	69 (25,74%)	03 (23,08%)	43 (43,00%)	21 (17,07%)	00 (0,00%)	02 (15,38%)
Identificação	129 (48,13%)	07(53,85%)	51 (51,00%)	52 (42,28%)	14 (73,68%)	05 (38,46%)
Situação transitória	59 (22,01%)	03 (23,08%)	00 (0,00%)	47 (38,21%)	04 (21,05%)	05 (38,46%)
Falta de opção	03 (1,11%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
Outros	08 (2,98%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	03 (2,44%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
CONTRATO ANTERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE						
Sim	190 (70,89%)	11 (84,62%)	83 (83,00%)	76 (61,79%)	15 (78,95%)	05 (38,46%)
Não	78 (29,10%)	02 (15,38%)	17 (17,00%)	47 (38,21%)	04 (21,05%)	08 (61,54%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TIPOS DE CONTRATO ANTERIOR						
Celetistas	12 (4,44%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	04 (3,25%)	03 (15,79%)	01 (7,69%)
Estatutários	04 (1,48%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	02 (1,63%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
Programa Mais Médicos para o Brasil	09 (3,33%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	07 (5,69%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
Temporários	103 (38,52%)	10 (76,92%)	43 (43,00%)	41 (33,33%)	09 (47,37%)	00 (0,00%)
Outros	62 (23,13%)	01 (7,69%)	34 (34,00%)	22 (17,89%)	02 (10,53%)	03 (23,07%)
Não se aplica	78 (29,10%)	02 (15,38%)	17 (17,00%)	47 (38,21%)	04 (21,05%)	08 (61,54%)
HÁ MUDANÇAS NA SATISFAÇÃO COM A MUDANÇA NA FORMA DE CONTRATAÇÃO						
Sim	157 (58,58%)	12 (92,31%)	57 (57,00%)	67 (54,47%)	16 (84,21%)	05 (38,46%)
Não	111 (41,41%)	01 (7,69%)	43 (43,00%)	56 (45,52%)	03 (15,79%)	08 (61,54%)
DE QUE MANEIRA MUDANÇAS NA FORMA DE CONTRATAÇÃO MUDAM A SATISFAÇÃO EM EXERCER SEU TRABALHO						
Estabilidade	144 (53,73%)	06 (46,15%)	62 (62,00%)	58 (47,15%)	08 (42,10%)	10 (76,92%)
Aumento do vínculo	63 (23,50%)	02 (15,38%)	38 (38,00%)	10 (8,13%)	09 (47,36%)	04 (30,76%)
Vínculo empregatício / Direitos trabalhistas	60 (22,38)	04 (30,79%)	26 (26,00%)	18 (14,63%)	06 (31,57%)	06 (46,15%)
Segurança	37 (13,80%)	03 (23,07%)	14 (14,00%)	17 (13,82%)	02 (10,59%)	01 (7,62%)
Aposentadoria	13 (4,85%)	00 (0,00%)	11 (11,00%)	02 (1,62%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Menor rotatividade	10 (3,73%)	02 (15,38%)	00 (0,00%)	05 (4,06%)	01 (5,26%)	02 (15,38%)
MUDANÇAS NA FORMA DE EXERCER DE ACORDO COM A SUA FORMA DE CONTRATAÇÃO						
Sim	237 (88,43%)	12 (92,31%)	91 (91,00%)	103 (83,73%)	18 (94,73%)	13 (100,00%)
Não	31 (11,56%)	01 (7,69%)	09 (9,00%)	20 (16,26%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
DE QUE MANEIRA, MODIFICAÇÕES NA FORMA DE CONTRATAÇÃO CAUSAM MUDANÇAS DA FORMA DE EXERCER SEU TRABALHO						
Dedicação	56 (20,89%)	00 (0,00%)	23 (23,00%)	18 (14,63%)	11 (57,89%)	04 (30,76%)
Educação permanente	54 (20,14%)	03 (23,07%)	12 (12,00%)	27 (21,95%)	09 (46,36%)	03 (23,07%)
Planejamento e ações a longo prazo	54 (20,14%)	02 (15,38%)	18 (18,00%)	17 (13,82%)	13 (68,42%)	04 (30,76%)
Motivação	46 (17,16%)	07 (53,84%)	14 (14,00%)	11 (8,94%)	08 (42,10%)	06 (46,15%)
Aumento do vínculo	31 (11,56%)	02 (15,38%)	16 (16,00%)	08 (6,50%)	03 (15,78%)	02 (15,38%)
Estabilidade	17 (6,34%)	01 (7,69%)	08 (8,00%)	06 (4,87%)	02 (10,52%)	00 (0,00%)
Direitos trabalhistas	15 (5,59%)	00 (0,00%)	05 (5,00%)	08 (6,50%)	02 (10,52%)	00 (0,00%)
MELHOR FORMA DE CONTRATAÇÃO						
Celetistas	08 (2,98%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	05 (4,06%)	03 (15,79%)	00 (0,00%)
Estatutários	228 (85,08%)	13 (100,00%)	98 (98,00%)	90 (73,17%)	14 (73,68%)	13 (100,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Programa Mais Médicos para o Brasil	26 (9,70%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	24 (19,52%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Residentes	-	-	-	-	-	-
Temporários	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Outros	06 (2,24%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	04 (3,25%)	02 (10,53%)	00 (0,00%)
MOTIVO DE CONSIDERAR MELHOR FORMA DE CONTRATAÇÃO						
Estabilidade	141 (52,61%)	08 (61,53%)	55 (55,00%)	61 (49,59%)	08 (42,10%)	09 (69,23%)
Vínculo	68 (25,37%)	04 (30,77%)	28 (28,00%)	28 (22,76%)	04 (21,05%)	04 (30,77%)
Acompanhamento longitudinal	67 (25,00%)	03 (23,07%)	29 (29,00%)	29 (23,57%)	04 (21,05%)	02 (15,38%)
Direitos trabalhistas	53 (19,77%)	07 (53,84%)	10 (10,00%)	23 (18,70%)	05 (26,31%)	08 (61,54%)
Direitos previdenciários	16 (5,97%)	01 (7,69%)	04 (4,00%)	06 (4,87%)	03 (15,79%)	02 (15,28%)
Incentivos a aperfeiçoamentos	13 (4,85%)	01 (7,69%)	01 (1,00%)	06 (4,87%)	05 (26,31%)	00 (0,00%)
Segurança	18 (6,71%)	01 (7,69%)	08 (8,00%)	07 (5,69%)	01 (5,26%)	01 (7,69%)
Irredutibilidade de salários	05 (1,86%)	01 (7,69%)	01 (1,00%)	02 (1,62%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
PIOR FORMA DE CONTRATAÇÃO						
Celetistas	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Estatutários	02 (0,75%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Programa Mais Médicos para o Brasil	05 (1,86%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	03 (2,43%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Residentes	-	-	-	-	-	-
Temporários	259 (96,64%)	13 (100,00%)	95 (95,00%)	120 (97,56%)	18 (94,74%)	13 (100,00%)
Outros	02 (0,75%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	00 (0,00%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
MOTIVO DE CONSIDERAR PIOR FORMA DE CONTRATAÇÃO						
Instabilidade	95 (35,44%)	04 (30,77%)	38 (38,00%)	36 (29,26%)	08 (42,10%)	05 (38,46%)
Falta de direitos trabalhistas	93 (34,70%)	10 (76,92%)	31 (31,00%)	33 (26,83%)	08 (42,10%)	11 (84,61%)
Sem vínculos	85 (31,72%)	04 (30,77%)	32 (32,00%)	38 (30,89%)	06 (31,58%)	05 (38,46%)
Atrasos salariais	54 (20,15%)	07 (53,84%)	15 (15,00%)	27 (21,95%)	04 (21,05%)	01 (7,69%)
Baixa remuneração	38 (14,18%)	01 (7,69%)	11 (11,00%)	21 (17,07%)	03 (15,79%)	02 (15,38%)
Descontinuidade da assistência	37 (13,80%)	00 (0,00%)	12 (12,00%)	16 (13,00%)	04 (21,05%)	05 (38,46%)
Insegurança	28 (10,45%)	03 (23,07%)	15 (15,00%)	07 (5,69%)	01 (5,26%)	02 (15,38%)
Alta rotatividade	21 (7,83%)	00 (0,00%)	08 (8,00%)	13 (10,57%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
ACHA ATUAL FORMA DE CONTRATAÇÃO DESVANTAJOSA						
Sim	165 (61,56%)	12 (92,31%)	51 (51,00%)	79 (64,22%)	10 (52,63%)	13 (100,00%)
Não	103 (38,44%)	01 (7,69%)	49 (49,00%)	44 (35,78%)	09 (47,37%)	00 (0,00%)
DIREITOS E VANTAGENS QUE DEVERIAM SER EXTENSIVOS A TODOS						
Décimo terceiro salário	253 (94,40%)	13 (100,00%)	94 (94,00%)	114 (93,44%)	19(100,00%)	13 (100,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Isonomia salarial	237 (88,43%)	12 (92,31%)	83 (83,00%)	114 (93,44%)	15 (78,95%)	13 (100,00%)
Férias com adicional de um terço	224 (83,58%)	13 (100,00%)	93 (93,00%)	90 (73,77%)	15 (78,95%)	13 (100,00%)
Mesmo empregador	153 (57,08%)	10 (76,92%)	67 (67,00%)	55 (45,08%)	10 (52,63%)	11 (84,62%)
Isenção de IR	100 (37,31%)	06 (46,15%)	34 (34,00%)	50 (41,67%)	05 (26,32%)	05 (38,46%)
Outros	97 (36,19%)	05 (38,46%)	49 (49,00%)	30 (24,59%)	05 (26,32%)	08 (61,54%)
Não se aplica	03 (1,12%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	01 (0,82%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não sabe	07 (2,60%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	03 (2,46%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
MELHOR QUALIFICAÇÃO COM INCENTIVOS ADICIONAIS						
Sim	254 (94,73%)	12 (92,31%)	94 (94,00%)	117 (95,13%)	18 (94,74%)	13 (100,00%)
Não	14 (5,22%)	01 (7,69%)	06 (6,00%)	06 (4,87%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)
INDICADORES/ FATORES PARA INCENTIVOS ADICIONAIS						
Melhora dos indicadores de saúde	225 (83,64%)	11 (84,62%)	84 (84,00%)	100 (81,30%)	18 (94,74%)	12 (2,31%)
Número de horas trabalhadas	155 (57,83%)	10 (76,92%)	54 (54,00%)	71 (57,72%)	09 (47,37%)	09 (69,23%)
Número de pessoas componentes da área de adscrição	148 (55,22%)	09 (69,23%)	53 (53,00%)	70 (56,91%)	08 (42,11%)	08 (61,54%)
Realização de procedimentos especializados	145 (54,10%)	09 (69,23%)	56 (56,00%)	59 (47,96%)	10 (52,63%)	11 (84,62%)
Número de procedimentos especializados	131 (48,88%)	07 (53,85%)	52 (52,00%)	54 (43,90%)	07 (36,84%)	11 (84,62%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Outros	43 (16,04%)	01 (7,69%)	27 (27,00%)	10 (8,13%)	03 (15,79%)	02 (15,38%)
Não se aplica	10 (3,73%)	00 (0,00%)	05 (5,00%)	04 (3,25%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
Não sabe	01 (0,37%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
COMO DEVERIA SER O REGIME DE CONTRATAÇÃO PARA MEDICOS						
Igual para todos	132 (49,25%)	06 (46,15%)	55 (55,00%)	55 (44,71%)	12 (63,16%)	04 (30,77%)
Diferenciado para as categorias assistenciais	86 (32,08%)	05 (38,46%)	30 (30,00%)	46 (37,39%)	00 (0,00%)	05 (38,46%)
Diferenciado para o médico	37 (13,80%)	02 (15,38%)	11 (11,00%)	17 (13,82%)	06 (31,58%)	01 (7,69%)
Outro	04 (1,49%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	02 (1,62%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não sabe	09 (3,35%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	03 (2,43%)	01 (5,26%)	03 (23,08%)
MOTIVO PARA ESCOLHA DO REGIME DE CONTRATAÇÃO						
Direitos iguais para todos	88 (32,83%)	03 (23,07%)	31 (31,00%)	45 (36,58%)	06 (31,58%)	03 (23,07%)
Maior tempo de formação, maior responsabilidade	70 (26,12%)	03 (23,07%)	19 (19,00%)	39 (31,70%)	05 (26,31%)	04 (30,77%)
Auxilia no trabalho em equipe	34 (12,68%)	04 (30,77%)	16 (16,00%)	08 (6,50%)	04 (21,05%)	02 (15,38%)
Melhoria no acompanhamento longitudinal	20 (7,46%)	01 (7,69%)	10 (10,00%)	06 (4,87%)	03 (15,79%)	00 (0,00%)
Várias formas de contratação pode gerar insatisfação/ conflitos	17 (6,34%)	02 (15,38%)	08 (8,00%)	03 (2,44%)	03 (15,79%)	01 (7,69%)
QUEM DEVERIA SER O CONTRATANTE DO MÉDICO						
União	110 (41,04%)	03 (23,08%)	45 (45,00%)	55 (44,71%)	03 (15,79%)	04 (30,77%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prefeitura	90 (33,58%)	07 (53,85%)	33 (33,00%)	37 (30,08%)	09 (47,37%)	04 (30,77%)
O SUS	39 (14,55%)	01 (7,69%)	14 (14,00%)	17 (13,82%)	03 (15,79%)	00 (0,00%)
Estado	16 (5,97%)	02 (15,38%)	04 (4,00%)	08 (6,50%)	02 (10,53%)	04 (30,77%)
Estatais	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Organizações Sociais	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Outros	07 (2,61%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	03 (2,43%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não sabe	06 (2,23%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	03 (2,43%)	02 (10,53%)	01 (7,69%)
Não	60 (22,39%)	01 (7,69%)	27 (27,00%)	24 (19,52%)	03 (15,79%)	05 (38,46%)
SERVIÇOS ADICIONAIS						
Sim	208 (77,61%)	12 (92,31%)	73 (73,00%)	99 (80,48%)	16 (84,21%)	08 (61,54%)
MOTIVO PARA FAZER SERVIÇOS ADICIONAIS						
Complementar renda	116 (43,28%)	07 (53,84%)	43 (43,00%)	48 (39,02%)	10 (5,26%)	08 (61,54%)
Reduzir demandas do serviço	37 (13,80%)	04 (30,77%)	13 (13,00%)	14 (11,38%)	05 (26,31%)	01 (7,69%)
Dedicar-se por mais tempo a um só trabalho	23 (8,58%)	01 (7,69%)	05 (5,00%)	11 (8,94%)	03 (15,79%)	03 (23,07%)
Melhorar assistência ao paciente	11 (4,10%)	00 (0,00%)	11 (11,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Já faz sem receber	11 (4,10%)	00 (0,00%)	03 (3,00%)	08 (6,50%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
QUAIS CONDIÇÕES SÃO NECESSÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS ADICIONAIS						
Infraestrutura adequada	81 (30,22%)	10 (76,92%)	32 (32,00%)	28 (22,76%)	06 (31,57%)	05 (38,46%)
Remuneração condigna	53 (19,77%)	01 (7,69%)	20 (20,00%)	28 (22,76%)	02 (10,52%)	02 (15,38%)
Insumos adequados	41 (15,29%)	05 (38,46%)	13 (13,00%)	16 (13,00%)	04 (21,05%)	03 (23,07%)
Segurança	05 (1,86%)	02 (15,38%)	01 (1,00%)	02 (1,62%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Capacitações	02 (0,74%)	02 (15,38%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
CRIAÇÃO DE QUADRO DE PROFISSIONAIS DO SUS						
Sim	188 (70,15%)	11 (84,62%)	76 (76,77%)	80 (65,05%)	12 (66,67%)	08 (61,54%)
Não	20 (7,45%)	01 (7,69%)	09 (9,09%)	08 (6,50%)	01 (5,56%)	02 (15,38%)
Não sabe	59 (22,04%)	01 (7,69%)	14 (14,14%)	35 (28,45%)	05 (27,78%)	03 (23,08%)
QUAIS OS MOTIVOS PARA CRIAÇÃO DE UM ÚNICO QUADRO						
Uniformidade de Direitos e Vantagens	107 (39,92%)	08 (61,53%)	42 (42,00%)	43 (34,96%)	08 (42,10%)	06 (46,15%)
Melhor gestão, Organização, Controle e transparência nos processos de Contratação	94 (35,07%)	05 (38,46%)	39 (39,00%)	37 (30,08%)	09 (47,37%)	04 (30,77%)
Melhora na qualidade do trabalho médico na APS	44 (16,42%)	01 (7,69%)	18 (18,00%)	18 (14,63%)	04 (21,05%)	03 (23,08%)
Total de opinantes	204 (76,12%)	12 (92,30%)	86 (86,00%)	83 (67,47%)	13 (68,42%)	10 (76,92%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não responderam	64 (23,89%)	01 (7,69%)	14 (14,00%)	40 (32,52%)	06 (31,58%)	03 (23,08%)
GERENCIAMENTO PELA SMS						
Sim	185 (69,03%)	12 (92,31%)	72 (72,00%)	81 (65,85%)	12 (63,15%)	08 (61,54%)
Não	64 (23,88%)	01 (7,69%)	25 (25,00%)	30 (24,40%)	05 (26,31%)	03 (23,08%)
Não sabe	19 (7,09%)	00 (0,00%)	03 (3,00%)	12 (9,75%)	02 (10,52%)	02 (15,38%)
Total de opinantes	243 (90,67%)	13 (100,00%)	97 (97,00%)	106 (86,17%)	17 (89,47%)	10 (76,92%)
Não responderam	25 (9,33%)	00 (0,00%)	03 (3,00%)	17 (13,82%)	02 (10,52%)	09 (69,23%)
MOTIVOS FAVORAVEIS AO GERENCIAMENTO DA SMS						
Maior proximidade	62 (23,13%)	08 (61,54%)	34 (34,00%)	11 (8,94%)	03 (15,79%)	06 (46,15%)
Melhor conhecimento da realidade local	30 (11,19%)	02 (15,38%)	14 (14,00%)	06 (4,87%)	05 (26,31%)	03 (23,07%)
Descentralização	21 (7,83%)	02 (15,38%)	06 (6,00%)	09 (7,31%)	03 (15,79%)	01 (7,69%)
Organização	10 (3,73%)	01 (7,69%)	00 (0,00%)	05 (4,06%)	04 (21,05%)	00 (0,00%)
Acessibilidade	04 (1,49%)	03 (23,08%)	01 (1,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
MOTIVOS CONTRA O GERENCIAMENTO DA SMS						
Interferências políticas	23 (8,58%)	00 (0,00%)	07 (7,00%)	12 (9,77%)	03 (15,79%)	01 (7,69%)
Despreparo da SMS	19 (7,09%)	00 (0,00%)	06 (6,00%)	10 (8,13%)	02 (10,52%)	01 (7,69%)
Mudanças nas Políticas de Saúde a cada ciclo eleitoral	05 (1,86%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	00 (0,00%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Condutas ilícitas	04 (1,49%)	01 (7,69%)	00 (0,00%)	03 (2,44%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
PCCS PARA SUA PROFISSÃO						
Sim	111 (41,42%)	03 (23,08%)	90 (90,00%)	15 (12,19%)	02 (11,11%)	01 (7,69%)
Não	153 (57,08%)	10 (76,92%)	09 (9,00%)	105 (85,36%)	17 (88,89%)	12 (92,31%)
Não sabe	04 (1,49%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	03 (2,43%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
TRABALHO EXCLUSIVO NA APS						
Sim	58 (21,64%)	03 (23,07%)	11 (11,00%)	34 (27,64%)	05 (26,31%)	05 (38,46%)
Não	210 (78,36%)	10 (76,93%)	89 (89,00%)	89 (72,35%)	14 (73,69%)	08 (61,54%)
OUTRAS ATIVIDADES DESEMPENHADAS						
Hospital- Setor emergência	58 (21,64%)	01 (7,69%)	19 (19,00%)	31 (25,20%)	03 (15,79%)	04 (30,77%)
Hospital – Setor enfermaria	22 (8,21%)	00 (0,00%)	08 (8,00%)	12 (9,75%)	02 (10,53%)	00 (0,00%)
Consultório Privado	43 (16,05%)	02 (15,39%)	23 (23,00%)	18 (14,64%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Instituição de Ensino	23 (8,59%)	01 (7,69%)	15 (15,00%)	05 (4,06%)	01 (5,26%)	01 (7,69%)
UPA	15 (5,59%)	01 (7,69%)	04 (4,00%)	05 (4,06%)	05 (26,31%)	00 (0,00%)
Hospital – Setor UTI	05 (1,87%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	03 (2,44%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
SAMU	03 (1,12%)	00 (0,00%)	01 (1,00%)	02 (1,63%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Outros	41 (15,29%)	05 (38,47%)	17 (17,00%)	13 (10,57%)	03 (15,79%)	03 (23,08%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO						
Até 32 horas	27 (10,07%)	01 (7,69%)	02 (2,00%)	23 (18,70%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
De 33 a 40 horas	57 (21,27%)	05 (38,46%)	20 (20,00%)	27 (21,95%)	00 (0,00%)	05 (38,46%)
De 41 a 60 horas	129 (48,14%)	06 (46,15%)	54 (54,00%)	53 (43,09%)	11 (57,89%)	05 (38,47%)
De 61 a 80 horas	49 (18,29%)	01 (7,69%)	21 (21,00%)	19 (15,44%)	07 (36,85%)	01 (7,69%)
Acima de 81 horas	06 (2,23%)	00 (0,00%)	03 (3,00%)	01 (0,82%)	01 (5,26%)	01 (7,69%)
ATUAÇÃO COMO PRECEPTOR						
Sim	72 (26,87%)	03 (23,08%)	42 (42,00%)	11 (8,95%)	10 (52,63%)	03 (23,08%)
Não	196 (73,13%)	10 (76,92%)	58 (58,00%)	112 (91,05%)	09 (47,37%)	10 (76,92%)
INCENTIVOS PARA ATUAÇÃO COMO PRECEPTOR						
Sim	35 (13,06%)	03 (23,08%)	23 (23,00%)	07 (5,69%)	01 (5,56%)	02 (15,38%)
Não	37 (13,80%)	00 (0,00%)	19 (19,00%)	04 (3,25%)	09 (47,36%)	01 (7,69%)
Não se aplica	196 (73,13%)	10 (76,92%)	58 (58,00%)	112 (91,05%)	09 (47,37%)	10 (76,92%)
TIPO DE INCENTIVOS RECEBIDOS POR PRECEPTORES						
Financeiro	35 (13,06%)	03 (23,08%)	22 (22,00%)	07 (5,69%)	01 (5,56%)	02 (15,38%)
Oportunidade de Educação Permanente	31 (11,57%)	03 (23,08%)	23 (23,00%)	04 (3,25%)	01 (5,56%)	00 (0,00%)
Certificação	28 (10,45%)	02 (15,38%)	19 (19,00%)	07 (5,69%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Outros	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Não se aplica	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
ATUAÇÃO COMO SUPERVISOR DO PROVAB						
Sim	02 (0,75%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
ATUAÇÃO COMO SUPERVISOR DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL						
Sim	24 (8,96%)	02 (15,38%)	21 (21,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
MEDIDA DO TRABALHO EM EQUIPE						
De forma alguma	01 (0,37%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	02 (1,63%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Pouco	34 (12,69%)	00 (0,00%)	08 (8,00%)	19 (15,45%)	06 (31,57%)	02 (15,38%)
Razoavelmente	92 (34,33%)	05 (38,46%)	33 (33,00%)	48 (39,02%)	04 (21,05%)	02 (15,38%)
Muito / completamente	141 (52,61%)	08 (61,54%)	59 (59,00%)	54 (43,90%)	09 (47,36%)	09 (69,23%)
MEDIDA DO ENGAJAMENTO PARA ATENDER A COMUNIDADE						
De forma alguma	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Pouco	14 (5,22%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	09 (7,32%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)
Razoavelmente	75 (27,99%)	04 (30,77%)	20 (20,00%)	42 (34,15%)	05 (26,32%)	04 (30,77%)
Muito/ completamente	179 (66,79%)	09 (69,23%)	76 (76,00%)	72 (58,53%)	14 (73,68%)	08 (61,53%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
RECONHECIMENTO DO SEU TRABALHO						
De forma alguma	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Pouco	07 (2,62%)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	05 (4,07%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Razoavelmente	44 (16,42%)	00 (0,00%)	13 (13,00%)	23 (18,70%)	06 (31,59%)	02 (15,38%)
Muito/ completamente	217 (80,97%)	13 (100,00%)	85 (85,00%)	95 (77,23%)	13 (68,42%)	11 (84,61%)
COLABORAÇÃO NO TRABALHO EM EQUIPE						
De forma alguma	01 (0,37%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	01 (0,82%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)
Pouco	15 (5,59%)	00 (0,00%)	04 (4,00%)	08 (6,50%)	03 (11,11%)	00 (0,00%)
Razoavelmente	61 (22,77%)	02 (15,38%)	21 (21,00%)	31 (25,20%)	02 (11,11%)	05 (38,46%)
Muito / completamente	191 (71,27%)	11 (84,61%)	75 (75,00%)	83 (67,48%)	14 (73,68%)	08 (61,53%)
MEMBROS QUE COLABORA COM MAIS FREQUENCIA						
Enfermeiros	243 (90,67%)	11 (84,62%)	94 (94,00%)	113 (91,86%)	12 (66,67%)	13 (100,00%)
ACS	233 (86,94%)	12 (92,31%)	95 (95,00%)	98 (79,67%)	16 (88,89%)	12 (92,31%)
Técnicos ou auxiliar de enfermagem	72 (26,87%)	05 (38,46%)	28 (28,00%)	33 (26,82%)	02 (11,11%)	04 (30,77%)
Dentista	51 (19,03%)	03 (23,08%)	31 (31,00%)	13 (10,56%)	03 (16,67%)	01 (7,69%)
Profissionais do NASF	41 (15,30%)	02 (15,38%)	18 (18,00%)	15 (12,19%)	04 (22,22%)	02 (15,38%)
Técnico e/ou auxiliar de saúde bucal	22 (8,21%)	01 (7,69%)	10 (10,00%)	09 (7,31%)	01 (5,56%)	01 (7,69%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Outros	25 (9,33%)	02 (15,38%)	06 (6,00%)	03 (2,43%)	14 (77,78%)	00 (0,00%)
Não se aplica	02 (0,75 %)	00 (0,00%)	02 (2,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)

Legenda: Total: 268; CEL: celetistas; EST: estatutários; PMMB: bolsistas do Programa Mais Médicos do Brasil; RES: residentes; AUTO: trabalhadores autônomos

Fonte: Análise de dados da entrevista semiestruturada

5.2.3 Avaliação do desempenho dos atributos essenciais da APS pelos médicos atuantes na ESF em Fortaleza

Após breve definição para cada atributo essencial da APS, a opinião acerca destes foi requerida a todos os entrevistados, solicitando que os mesmos analisassem quatro formas de vínculo do profissional médico a ESF a luz dos atributos essenciais. Desta forma, os vínculos celetistas, estatutários, bolsistas do PMMB e trabalhadores autônomos foram avaliados em relação aos atributos primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. É importante frisar que os residentes, integrados a um programa de residência médica sob supervisão, fizeram parte do grupo de profissionais que julgaram os atributos, mas não tiveram sua forma de contratação julgada. Isto deveu-se pelas características de vínculo, voltadas a formação, e por não assumirem equipes de ESF isoladamente, como ocorre com os demais componentes.

Na avaliação do cumprimento dos atributos da APS, a maioria dos entrevistados, quando avaliando o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, considerou como ótimo o desempenho dos estatutários na realização destes atributos, ficando sempre com avaliações superiores aos demais, modificando as diferenças percentuais de acordo com cada atributo essencial avaliado.

Na avaliação dos estatutários, os percentuais que lhe conferem maioria são ainda maiores que as médias dos demais grupos, mantendo-se as mesmas posições. Há diminuição desta maioria na opinião dos bolsistas do PMMB, contudo guarda-se a mesma ordem de classificação e os estatutários são considerados como 'ótimo' pela maior parte deste grupo. Os dados obtidos encontram-se ordenados na Tabela 3.

5.2.3.1 Primeiro contato

A maioria dos entrevistados avaliou como ótimo o desempenho do atributo de primeiro contato prestado pelos estatutários. Mesmo com uma considerada margem de diferença para a avaliação dos demais grupos, neste item a diferença apontada é menor que a referida para os outros três atributos.

No que tange a avaliação dos celetistas sobre o atributo do primeiro contato: há uma inversão de posições com autônomos, tendo sido mais bem avaliado que o próprio grupo opinante, atrás de estatutários e bolsistas do PMMB. O grupo dos residentes considera o primeiro contato dos celetistas semelhantes ao desempenho deste atributo pelos bolsistas do

PMMB. Já os trabalhadores autônomos consideram sua performance similar ao prestado pelos bolsistas do PMMB e superior aos celetistas.

5.2.3.2 Longitudinalidade

A avaliação da longitudinalidade dos estatutários constitui o quesito onde se observa o maior distanciamento com os demais grupos entrevistados: o total de opinantes que consideram os estatutários com um ótimo acompanhamento longitudinal é superior a três vezes a soma da mesma avaliação para os integrantes dos demais grupos.

A longitudinalidade dos estatutários é mais bem avaliada pelo grupo dos residentes, que também avalia este mesmo atributo como melhor desempenhado pelos celetistas que pelos bolsistas do PMMB. Já os autônomos consideram o desempenho deste atributo por eles mesmos como superior ao que é realizado pelos celetistas.

5.2.3.3 Integralidade

A avaliação do atributo da integralidade realizada pelos estatutários é tida como ótima por uma maioria superior à registrada para o atributo do primeiro contato pelo conjunto de todos os entrevistados. Na avaliação do grupo dos autônomos, os mesmos desempenham o atributo da integralidade de forma mais bem avaliada que os celetistas.

5.2.3.4 Coordenação do cuidado

O atributo da coordenação do cuidado desempenhado pelos estatutários é avaliado por todos como ótimo. Com uma maioria intermediária entre os percentuais encontrados entre os atributos do primeiro contato e longitudinalidade, e bem aproximado do atributo da integralidade. O grupo dos residentes considera a coordenação do cuidado ofertada pelos celetistas semelhantes ao desempenho deste atributo pelos bolsistas do PMMB. Enquanto que os autônomos têm a percepção de comportamento semelhante aos celetistas.

Tabela 3 – Tabela de avaliação dos atributos da APS pelos médicos da ESF em Fortaleza

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
AVALIAÇÃO TODOS						
Primeiro contato						
Ótimo		48 (17,91%)	140 (52,24%)	86 (32,09%)	-	42 (15,67%)
Bom		127 (47,39%)	88 (32,84%)	119 (44,40%)	-	60 (22,39%)
Regular		50 (18,66%)	17 (6,34%)	49 (39,83%)	-	63 (23,51%)
Ruim		14 (5,22%)	06 (2,24%)	04 (1,49%)	-	47 (17,54%)
Péssimo		04 (1,49%)	01 (0,37%)	03 (1,12%)	-	40 (14,92%)
Não Sabe / não opinou		25 (9,33%)	16 (5,97%)	07 (2,61%)	-	16 (5,97%)
Longitudinalidade						
Ótimo		11 (4,10%)	165 (61,57%)	40 (14,93%)	-	03 (1,12%)
Bom		96 (35,82%)	76 (28,36%)	108 (40,30%)	-	16 (5,97%)
Regular		90 (33,58%)	09 (3,36%)	82 (30,60%)	-	65 (24,25%)
Ruim		34 (12,69%)	04 (1,49%)	23 (8,58%)	-	80 (29,85%)
Péssimo		16 (5,97%)	01 (0,37%)	11 (4,10%)	-	91 (33,96%)
Não Sabe / não opinou		21 (7,84%)	13 (4,85%)	04 (1,49%)	-	13 (4,85%)
Integralidade						
Ótimo		20 (7,46%)	150 (55,97%)	56 (20,90%)	-	11 (4,10%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bom		137 (51,12%)	84 (31,34%)	123 (45,89%)	-	38 (14,18%)
Regular		63 (23,51%)	13 (4,85%)	66 (24,63%)	-	78 (29,10%)
Ruim		24 (8,95%)	05 (1,87%)	14 (5,22%)	-	73 (27,24%)
Péssimo		02 (0,75%)	02 (0,75%)	06 (2,24%)	-	56 (20,90%)
Não Sabe/ não opinou		22 (8,21%)	14 (5,22%)	03 (1,12%)	-	12 (4,48%)
Coordenação do cuidado						
Ótimo		19 (7,09%)	145 (54,10 %)	50 (18,66%)	-	06 (2,24%)
Bom		120 (44,78%)	85 (31,72 %)	109 (40,67%)	-	30 (11,19%)
Regular		78 (29,10%)	18 (6,72%)	78 (29,10%)	-	77 (28,73%)
Ruim		24 (8,96%)	06 (2,24 %)	22 (8,21%)	-	84 (31,35%)
Péssimo		05 (1,86%)	00 (0,00%)	04 (1,49%)	-	58 (21,64%)
Não Sabe/ não opinou		22 (8,21%)	14 (5,22 %)	05 (1,87%)	-	13 (4,85%)
AVALIAÇÃO CELETISTAS						
Primeiro contato						
Ótimo		01 (7,69%)	05 (38,46%)	04 (30,77%)	-	20 (15,38%)
Bom		10 (76,93%)	07 (53,85%)	08 (61,54%)	-	05 (38,47%)
Regular		01 (7,69%)	01 (7,69%)	01 (7,69%)	-	02 (15,38%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ruim		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	03 (23,08%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	01 (7,69%)
Não Sabe / não opinou		01 (7,69%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Longitudinalidade						
Ótimo		01 (7,69%)	08 (61,54%)	04 (30,77%)	-	01 (7,69%)
Bom		06 (46,15%)	05 (38,46%)	04 (30,77%)	-	00 (0,00%)
Regular		04 (30,77%)	00 (0,00%)	05 (38,46%)	-	03 (23,07%)
Ruim		02 (15,38%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	06 (46,15%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	03 (7,69%)
Não Sabe / não opinou		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Integralidade						
Ótimo		02 (15,38%)	06 (46,15%)	04 (30,77%)	-	01 (7,69%)
Bom		09 (69,24%)	07 (53,85%)	07 (53,85%)	-	03 (23,08%)
Regular		01 (7,69%)	00 (0,00%)	02 (15,38%)	-	04 (30,77%)
Ruim		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	05 (38,46%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Não Sabe/ não opinou		01 (7,69%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coordenação do cuidado						
Ótimo		01 (7,69%)	06 (46,15%)	03 (23,08%)	-	01 (7,69%)
Bom		08 (61,54%)	07 (53,85%)	07 (53,84%)	-	03 (23,08%)
Regular		03 (23,08%)	00 (0,00%)	03 (23,08%)	-	04 (30,77%)
Ruim		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	05 (38,46%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Não Sabe/ não opinou		01 (7,69%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
AVALIAÇÃO ESTATUTÁRIOS						
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Primeiro contato						
Ótimo		22 (22,00%)	58 (58,00%)	25 (25,00%)	-	17 (17,00%)
Bom		44 (44,00%)	37 (37,00%)	38 (38,00 %)	-	23 (23,00%)
Regular		22 (22,00%)	02 (2,00%)	26 (26,00%)	-	21 (21,00%)
Ruim		07 (7,00%)	01 (1,00%)	03 (3,00%)	-	14 (14,00%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	03 (3,00%)	--	21 (21,00%)
Não Sabe / não opinou		04 (4,00 %)	02 (2,00%)	04 (4,00%)	-	03 (3,00%)
Longitudinalidade						
Ótimo		02 (2,00%)	71 (71,00%)	03 (3,00%)	-	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ótimo		02 (2,00%)	71 (71,00%)	03 (3,00%)	-	00 (0,00%)
Bom		27 (27,00%)	25 (25,00%)	31 (31,00%)	-	03 (3,00%)
Regular		42 (42,00%)	02 (2,00%)	41 (41,00%)	-	21 (21,00%)
Ruim		18 (18,00%)	00 (0,00%)	12 (12,00%)	-	34 (34,00%)
Péssimo		05 (5,00%)	00 (0,00%)	09 (9,00%)	-	39 (39,00%)
Não Sabe / não opinou		05 (5,00%)	01 (1,00%)	03 (3,00%)	-	02 (2,00%)
Integralidade						
Ótimo		06 (6,00%)	64 (64,00%)	08 (8,00%)	-	04 (4,00%)
Bom		46 (46,00%)	31 (31,00%)	39 (39,00%)	-	12 (12,00%)
Regular		31 (31,00%)	03 (3,00%)	34 (34,00%)	-	29 (29,00%)
Ruim		12 (12,00%)	00 (0,00%)	11 (11,00%)	-	28 (28,00%)
Péssimo		01 (1,00%)	00 (0,00%)	05 (5,00%)	-	25 (25,00%)
Não Sabe/ não opinou		03 (3,00%)	01 (1,00%)	02 (2,00%)	-	01 (1,00%)
Coordenação do cuidado						
Ótimo		07 (7,07%)	61 (61,00%)	10 (10,10%)	-	03 (3,03%)
Bom		38 (38,38%)	33 (33,00%)	27 (27,27%)	-	05 (5,05%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Regular		34 (34,34%)	03 (3,00%)	37 (37,37%)		28 (28,28%)
Ruim		14 (14,14%)	01 (1,00%)	17 (17,17%)	-	36 (36,36%)
Péssimo		02 (2,02%)	00 (0,00%)	04(4,04%)	-	25 (25,25%)
Não Sabe/ não opinou		04 (4,04%)	01 (1,01%)	04 (4,04%)	-	02 (2,02%)
AVALIAÇÃO BOLSISTAS DO PMMB						
Primeiro contato						
Ótimo		16 (13,11%)	60 (49,18%)	47 (38,52%)	-	14 (11,48%)
Bom		58 (47,54%)	33 (27,05%)	58 (47,54%)	-	24 (19,67%)
Regular		18 (14,75%)	11 (9,02%)	14 (11,48%)	-	33 (27,05%)
Ruim		06 (4,92%)	04 (3,28%)	01 (0,82%)	-	23 (18,85%)
Péssimo		04 (3,28%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	15 (12,30%)
Não Sabe / não opinou		20 (16,39%)	14 (11,48%)	02 (1,64%)	-	13 (10,66%)
Longitudinalidade						
Ótimo		06 (4,92%)	61 (50,00%)	30 (24,59%)	-	01 (0,82%)
Bom		52 (42,62%)	39 (31,97%)	58 (47,54%)	-	10 (8,20%)
Regular		32 (26,23%)	06 (4,92%)	25 (20,49%)	-	34 (27,87%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ruim		07 (5,74%)	03 (2,46%)	07 (5,74%)	-	33 (27,05%)
Péssimo		09 (7,38%)	01 (0,82%)	01 (0,82%)	-	33 (27,05%)
Não Sabe / não opinou		16 (13,11%)	12 (9,84%)	01 (0,82%)	-	11 (9,02%)
Integralidade						
Ótimo		09 (7,38%)	58 (47,54%)	37 (30,33%)	-	05 (4,10%)
Bom		63(51,64%)	38 (31,15%)	62 (50,82%)	-	17 (13,93%)
Regular		22 (18,03%)	08 (6,56%)	20 (16,39%)	-	36 (29,51%)
Ruim		09 (7,38%)	03 (2,46%)	02 (1,64%)	-	30 (24,59%)
Péssimo		09 (7,38%)	02 (1,64%)	00 (0,00%)	-	23 (18,85%)
Não Sabe/ não opinou		18 (14,75%)	13 (10,66%)	01 (0,82%)	-	11 (9,02%)
Coordenação do cuidado						
Ótimo		09 (7,38%)	57 (46,72%)	34 (27,87%)	-	02 (1,64%)
Bom		57 (46,72%)	37 (30,33%)	57 (46,72%)	-	18 (14,75%)
Regular		32 (26,23%)	13 (10,66%)	28 (22,95%)	-	38 (31,15%)
Ruim		06 (4,92%)	02 (1,64%)	02 (1,64%)	-	31 (25,41%)
Péssimo		02 (1,64%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	22 (18,03%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não Sabe/ não opinou		16 (13,11%)	13 (10,66%)	01 (0,82%)	-	11 (9,02%)
AVALIAÇÃO RESIDENTES						
Primeiro contato						
Ótimo		05 (26,32%)	10 (52,63%)	05 (26,32%)	-	04 (21,05%)
Bom		11 (57,89%)	07 (36,84%)	09 (47,37%)	-	05 (26,2%)
Regular		03 (15,79%)	01 (5,26%)	05 (26,32%)	-	04 (21,05%)
Ruim		00 (0,00%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)	-	03 (15,79%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	03 (15,79%)
Não Sabe / não opinou		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Longitudinalidade						
Ótimo		02 (10,53%)	16 (84,21%)	01 (5,26%)	-	00 (0,00%)
Bom		05 (26,32%)	02 (10,53%)	09 (47,37%)	-	00 (0,00%)
Regular		07 (36,84%)	00 (0,00%)	06 (31,58%)	-	04 (21,05%)
Ruim		05 (26,32%)	01 (5,26%)	03 (15,79%)	-	04 (21,05%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	11 (57,89%)
Não Sabe/ não opinou		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Integralidade						
Ótimo		02 (10,53%)	14 (73,68%)	04 (21,05%)	-	00 (0,00%)
Bom		13 (68,42%)	04 (21,05%)	09 (47,37%)	-	01 (5,26%)
Regular		03 (15,79%)	00 (0,00%)	05 (26,32%)	-	07 (36,84%)
Ruim		01 (5,26%)	01 (5,26%)	00 (0,00%)	-	06 (31,58%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	01 (5,26%)	-	05 (26,32%)
Não Sabe/ não opinou		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Coordenação do cuidado						
Ótimo		02 (10,53%)	14 (73,68%)	02 (10,53%)	-	00 (0,00%)
Bom		12 (63,16%)	04 (21,05%)	11 (57,89%)	-	01 (5,26%)
Regular		02 (10,53%)	00 (0,00%)	05 (26,32%)	-	03 (15,79%)
Ruim		02 (10,53%)	01 (5,26%)	01 (5,26%)	-	07 (53,84%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	08 (42,11%)
Não Sabe/ não opinou		01 (5,26%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
AVALIAÇÃO PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS						
Primeiro Contato						
Ótimo		04 (30,77%)	06 (46,15%)	05 (38,46%)	-	05 (38,46%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bom		03 (23,08%)	04 (30,77%)	04 (30,77%)	-	02 (15,38%)
Regular		05 (38,46%)	02 (15,38%)	03 (23,08%)	-	03 (23,08%)
Ruim		01 (7,69%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	03 (23,08%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Não Sabe / não opinou		00 (0,00%)	01 (7,69%)	01 (7,69%)	-	00 (0,00%)
Longitudinalidade						
Ótimo		00 (0,00%)	08 (61,54%)	02 (15,38%)	-	01 (7,69%)
Bom		06 (46,15%)	04 (30,77%)	04 (30,77%)	-	02 (15,38%)
Regular		04 (30,77%)	01 (7,69%)	05 (38,46%)	-	03 (23,08%)
Ruim		02 (15,38%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)	-	03 (23,08%)
Péssimo		01 (7,69%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)	-	04 (30,77%)
Não Sabe / não opinou		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Integralidade						
Ótimo		01 (7,69%)	07 (53,85%)	03 (23,08%)	-	01 (7,69%)
Bom		06 (46,15%)	04 (30,77%)	05 (38,46%)	-	05 (38,46%)
Regular		04 (30,77%)	02 (15,38%)	04 (30,77%)	-	04 (30,77%)
Ruim		02 (15,38%)	00 (0,00%)	01 (7,69%)	-	02 (15,38%)

(continuação)

	TOTAL 268	CEL 13	EST 100	PMMB 123	RES 19	AUTO 13
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Péssimo		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Não Sabe/ não opinou		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)
Coordenação do cuidado						
Ótimo		00 (0,00%)	06 (46,15%)	01 (7,69%)	-	00 (0,00%)
Bom		04 (30,77%)	03 (23,08%)	05 (38,46%)	-	02 (15,38%)
Regular		06 (46,15%)	02 (15,38%)	05 (38,46%)	-	04 (30,77%)
Ruim		02 (15,38%)	02 (15,38%)	02 (15,38%)	-	05 (38,46%)
Péssimo		01 (7,69%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	02 (15,38%)
Não Sabe/ não opinou		00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	-	00 (0,00%)

Legenda: total: 268; CEL: celetistas; EST: estatutários; PMMB: bolsistas do Programa Mais Médicos do Brasil; RES: residentes; AUTO: trabalhadores autônomos

Fonte: Análise de dados da entrevista semiestruturada

6 DISCUSSÃO

Compreendendo que as diversas formas de contratação do profissional médico atuante na APS podem influenciar na qualidade do serviço prestado à população, este estudo focou em avaliar, sob a ótica dos profissionais do município de Fortaleza, a forma mais vantajosa, tendo como foco os princípios da APS, da PNRH-SUS e PNAB. Esta é a primeira vez que um estudo dessa natureza é desenvolvido em um município de grande porte e possuidor de uma miscelânea de formatos de contratação do profissional médico, o que permitiu uma avaliação robusta acerca do tema. Os resultados da presente pesquisa são importantes por auxiliarem na compreensão da influência da forma de contratação nos processos de trabalho do médico, assim como se fazem enquanto subsídio para o aprimoramento de políticas de recursos humanos para o SUS que tenham como cerne a qualidade do serviço.

É importante saber que os médicos atuantes nas equipes de ESF foram impactados com as mudanças proporcionadas pela reforma neoliberal dos anos 90 e abertura da economia, fatos que foram responsáveis por muitas transformações nas relações de trabalho (COSTA, 2005). Para Seild (2014), a presença de várias formas de contratação, muitas delas precárias, são em muito consequência desta reforma e podem influenciar nos processos de trabalho dos profissionais.

A presente pesquisa incorporou médicos das equipes de ESF de Fortaleza, subdivididos de acordo com a forma de contratação em: médicos efetivos contratados através de concurso público; trabalhadores autônomos; profissionais celetistas, contratados por tempo determinado; e bolsistas do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Estas diferentes modalidades de contratação confirmam tanto as consequências da reforma neoliberal, que possibilitaram a flexibilização dos vínculos e permissão de contratos celetistas mediante processos seletivos simplificados; quanto os efeitos de reformas informais, que ocasionaram o uso indiscriminado de contratos temporários e a contratação de pessoal permanente mediante mecanismos precários, tais como bolsas de trabalho e pró-labore (Nogueira, 1996).

Em nosso estudo, observou-se que as contratações através de concurso público e por meio do Recibo de Pagamento Autônomo foram, respectivamente, avaliadas como a melhor e a pior forma de contratação para os médicos da ESF. Conforme resultados encontrados na pesquisa, estas duas formas de contratação resguardam colocações antagônicas ao se posicionarem em itens como a estabilidade, os direitos trabalhistas, as vinculações, a remuneração, a regularidade de pagamentos, a continuidade da assistência, a segurança, a

possibilidade de incentivos, o acesso a aperfeiçoamentos, a redutibilidade de salários, o acompanhamento longitudinal e a rotatividade de profissionais. É importante notar que as formas de contratação avaliadas de modo intermediário, quais sejam, bolsistas do PMMB e celetistas, obtiveram performances também intermediárias nos itens elencados acima.

Contudo, a compreensão desses achados necessita ser discutida sob vários aspectos, como a importância dos atributos essenciais da APS para a melhoria da qualidade do serviço, os aspectos sociodemográficos e suas relações com a forma de contratação e os atributos essenciais da APS, os aspectos relacionados à formação do médico para atuação na APS, a influência da política do PMMB nas políticas municipais de recursos humanos, a carreira do médico na APS, além de aspectos políticos e financeiros relacionados às diversas formas de contratação dos profissionais do SUS.

6.1 A percepção dos entrevistados sobre a relação da forma de contratação com os atributos essenciais da APS

A APS é o nível de atenção considerado enquanto porta de entrada preferencial para o acesso ao sistema de saúde brasileiro. Responsabiliza-se pelo cuidado, organização dos sistemas de atenção à saúde (BRASIL, 2015) e em coordenar redes de atenção à saúde (RAS) (SALTMAN et al., 2006; MENDES, 2011), possibilitando, a partir de seu cotidiano, a interligação de todos os pontos de atenção. Operacionalmente, considera-se que somente haverá uma APS de qualidade quando todos os quatro atributos essenciais da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os três atributos derivados (a focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) forem efetivados na sua totalidade (BRASIL, 2015; STARFIELD, 2002). Devido a sua importância, esta pesquisa avaliou o desempenho dos atributos essenciais de acordo com a forma de contratação dos profissionais médicos que compõe as equipes da ESF do Município de Fortaleza.

A maior parte dos entrevistados avaliou os atributos da atenção básica (quando se uniu todas as formas de contratação) como positiva (regular, bom ou ótimo). Contudo, esta avaliação não foi uniforme em relação a quem avaliou ou ao grupo ao qual foi avaliado.

Nesta pesquisa, a avaliação do desempenho dos atributos essenciais da APS foi liderada pelos estatutários, que obtiveram as melhores avaliações. Os bolsistas do PMMB também foram bem avaliados no desempenho dos atributos essenciais da APS de acordo com a forma de contratação, seguidos pelos celetistas. Os trabalhadores autônomos não obtiveram uma boa avaliação. O atributo do primeiro contato foi avaliado com as menores diferenças

entre os grupos pesquisados, enquanto o atributo da longitudinalidade obteve uma maior discrepância nas avaliações, de acordo com a forma de contratação.

O primeiro contato é caracterizado pela acessibilidade e o uso de serviços a cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde (STARFIELD, 2002). A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. Os aspectos organizacionais podem ter maior envolvimento com as formas de contratação, sendo possível haverem características ligadas ao modo de inserção de cada forma dentro da organização do serviço de saúde que obstaculizem ou facilitem o acesso. Incluem-se nesses aspectos: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, continuidade do tratamento, turnos de atendimento e vínculo com o profissional (OLIVEIRA, 2013). Os aspectos socioculturais e econômicos da acessibilidade, relacionados às formas de contratação, incluem a capacidade de percepção dos profissionais sobre o entendimento das pessoas assistidas de sinais e sintomas, a assimilação do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos; como também, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e seguridade social (TRAVASSOS, 2004).

Acredita-se que o atributo do primeiro contato, caracterizado pela acessibilidade, é fortemente influenciado por questões relacionadas a distâncias, turnos e dias de funcionamento das unidades (OLIVEIRA, 2013). Esta pesquisa observou avaliações distintas para o desempenho do primeiro contato de acordo com as formas de contratação dos profissionais médicos. Contudo, acredita-se que alguns aspectos podem ter sido considerados pelos entrevistados, e conseqüentemente influenciado em menores divergências no desempenho do primeiro contato, de acordo com as formas de contratação dos médicos da ESF. Esses aspectos podem ser exemplificados com a presença do médico nas unidades de saúde (se o médico está presente, o primeiro contato é bem avaliado), podendo ser percebido positivamente quando da avaliação do atributo.

No atributo da longitudinalidade, determinado pela conexão entre usuários e prestadores, a interferência de acordo com a forma de contratação aparece de forma bem mais expressiva. O destaque dos estatutários neste atributo pode estar relacionado ao fato de constituírem a única modalidade de vinculação, dentre os presentes, duradoura e com menor rotatividade, possibilitando a construção de um melhor vínculo (PAULA, 2015; ROLIM, 2019).

Segundo a PNAB, a APS possui relevância para o acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado. Destaca-se a importância da coordenação do cuidado no principal ponto de partida para o acesso a todo o sistema, através de conexões por intermédio das RAS. Apesar de a APS possuir potencial de resolutividade para a maioria dos agravos prevalentes em saúde, para alguns autores, a coordenação do cuidado merece destaque. Isto deve-se pela compreensão de que, sem a coordenação do cuidado, o atributo do primeiro contato na APS poderia tornar-se um passo burocrático para o acesso a outros pontos da rede (atenção secundária e terciária), haja vista que é o encaminhamento da atenção básica que possibilita, majoritariamente, a utilização de outros níveis de atenção. Assim, sem a coordenação do cuidado, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida (OLIVEIRA, 2013).

A longitudinalidade é construída pela existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanização entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (STARFIELD, 2002). A longitudinalidade e o vínculo com o serviço também foram avaliados por Paula et al. (2017), quando se atribuiu maiores escores aos estatutários e aos profissionais com tempo de serviço superior a três anos. Há evidências científicas que o tempo para o desenvolvimento de relações interpessoais seja um fator que interfira favoravelmente no atributo da longitudinalidade (PAULA, 2015).

Por outro lado, a alta rotatividade referida em pesquisa com os médicos da ESF em Fortaleza constitui um dos grandes entraves para um bom desempenho da longitudinalidade, foram citados fatores ligados à satisfação e o estresse aos quais os profissionais são submetidos, ambos indicados como geradores de insatisfação e da intenção de deixar o posto de trabalho, conforme também descrito por Campos e Malik (2008).

Identificou-se em Fortaleza a política salarial, a política de benefícios, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro das instituições, as condições físicas ambientais e a cultura organizacional como fenômenos internos a alimentarem a rotatividade, assim como descrito por Medeiros (2010). Esta pesquisa observou peculiaridades, como a oferta de um nicho de mercado a profissionais recém-formados, com ou sem pós-graduação, em troca de pontuação em outros programas de residência médica, com remuneração elevada e sem o pagamento de impostos, sem vínculos empregatícios e sem garantias de continuidade por longos períodos. Estes aspectos tem o potencial de colocar em questão o modelo gerencial adotado (LIMA, 2002).

A integralidade é representada pela prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças por parte das equipes de saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Oliveira (2013), a integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial. Neste estudo, o vínculo, a descontinuidade assistencial e a subjetividade inerente ao trabalho em saúde são elencadas com características distintas de acordo com a forma de contratação, o que pode ter influenciado os entrevistados ao avaliarem as diversas formas de contratação.

A coordenação do cuidado é determinada pela capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015). De acordo com Oliveira (2013) e Rolim (2019), a atenção coordenada é justificada e necessária, porque é cada vez maior o número de pessoas que sofrem com mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades.

Necessidades de saúde são bastante complexas e em geral não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva. Contudo, para que o profissional possa exercer a coordenação do cuidado, há a necessidade que o mesmo possua um amplo conhecimento locorregional de seu papel e de toda a logística das RAS. Estes aspectos, por sua vez, geralmente relacionam-se a uma menor rotatividade profissional e acesso a processos de formação na área, sendo a última característica identificada entre os estatutários e bolsistas do PMMB, o que pode explicar a forma com que essas duas formas de contratação foram avaliadas.

6.2 *Aspectos sociodemográficos que influenciam nas formas de contratação*

Observou-se faixas etárias mais elevadas nos estatutários, idades semelhantes entre bolsistas do PMMB e celetistas, os residentes são os mais jovens e os autônomos têm uma composição maior de médicos de menor faixa etária, uma grande lacuna em idades intermediárias e um aumento nas idades mais elevadas. Os residentes e bolsistas do PMMB têm um predomínio de médicas; enquanto autônomos, celetistas, e estatutários possuem uma maioria do sexo masculino. Os autônomos possuem o maior número de católicos, que são a maioria em todos os grupos, enquanto que os residentes têm número alto de profissionais que referiram não possuir religião. De acordo com Freitas Júnior et al. (2018), reconhece-se as crenças religiosas como uma dimensão da competência cultural, atributo derivado da APS, potencial influenciador dos processos de trabalho, contudo, apesar da compreensão desta possibilidade, este aspecto não pode ser analisado na presente pesquisa.

Os estatutários têm um maior percentual de médicos casados ou em união estável, contrastando-se dos bolsistas do PMMB e residentes, com maior número de solteiros. Os estatutários possuem maior tempo de graduação, seguido por celetistas; bolsistas do PMMB e residentes, que possuem menor tempo de graduação, enquanto os autônomos têm médicos nos dois extremos. Estatutários possuem maior formação acadêmica, seguidos pelos bolsistas do PMMB, enquanto que autônomos e residentes encontram-se no polo contrário, com menor número de títulos. Os estatutários e bolsistas do PMMB possuem as maiores rendas familiares, enquanto autônomos e residentes colocam-se com as menores rendas familiares. Há relatos na literatura que sexo, estado civil, formação, número de vínculos empregatícios, tempo de permanência no serviço e a forma de contratação influenciam no desenvolvimento do atributo essencial da longitudinalidade dos profissionais da ESF (PAULA, 2015). Dessa forma, é importante compreender o perfil sociodemográfico dos profissionais avaliados nas diversas formas de contratação, apesar de sabermos que no vigente projeto, a relação proposta por Paula et al. (2015) não se faz presente em seu escopo.

6.3 *Influência da política do PMMB nas políticas municipais de Recursos Humanos*

Na presente pesquisa observa-se que em Fortaleza, além de várias formas de contratação para profissionais médicos, há também mais de um contratante (e.g., governo municipal e federal). Ao mesmo tempo em que a Política Nacional de Recursos Humanos do SUS delega a incumbência de contratar profissionais para a APS aos municípios, o próprio governo federal celebra contratos de trabalho (embora revestidos de programa de estudo –

bolsa) de forma direta, através do PMMB. Apesar de possível, havendo uma organização tríplice dos três entes federativos, com autonomia de todas as esferas de governo, a contratação feita pelo governo federal tem o potencial de influenciar as políticas municipais de saúde, como visto com o PMMB (ALMEIDA FILHO, 2009; DOURADO E ELIAS, 2011).

Apesar de o PMMB ser considerado por muitos uma política positiva, garantido provimento de médicos em áreas tradicionalmente desassistidas, Santos e Campos (2015) suscitam a iminente necessidade de debate acerca da institucionalidade do sistema de saúde do Brasil, solicitando alterações organizacionais no SUS. Para os autores, a discussão deve balizar-se em torno de uma melhor formatação e nitidez das responsabilidades de cada ente federado, de modo a evitar ações desarticuladas ou conflitantes. Para Lima (2012), constata-se a necessidade de uma melhor definição de papéis de cada ente na gestão de recursos materiais, financeiros e de pessoal na ESF, assim como uma definição clara de metas, do ponto de vista de resultados.

Enquanto essa discussão mais ampla não ocorre, o que se observa são os entes federativos buscando equacionar a situação (leia-se falta de médicos – inclusive com o “término” do PMMB) da forma que lhes parece mais adequada e menos onerosa. Como exemplo, o Estado do Ceará, com aparente intuito de substituir o PMMB, cuja extinção foi anunciada em fevereiro de 2019 (EL PAÍS, 2019), criou o Programa Médico da Família Ceará, que terá o município de Fortaleza como piloto (140 vagas), com características semelhantes ao PMMB: provimento de profissionais com pagamento através de bolsa, com supervisão à distância e bônus na pontuação de seleções a programas de residência médica nas mais diversas áreas (CEARÁ, 2018).

Com o protagonismo da contratação de médicos para a ESF assumido anteriormente pelo governo federal através do PMMB e mais recentemente pelo Estado do Ceará, nossa pesquisa verificou que ocorreu redução na oferta regular de médicos da APS contratados diretamente pelo município de Fortaleza. Dados da própria Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, concedidos para a realização da presente pesquisa, no segundo semestre de 2017, apontam a existência de 127 médicos efetivos atuantes em equipes da ESF no município. No entanto, aproximadamente seis meses após esta divulgação da relação de profissionais médicos, mais precisamente em 19 de Abril de 2019, foi publicado no Diário Oficial do Município, na edição de Nº 16.243, o ato Nº 1400/2018, ato de progressão por tempo de serviço conferido, a existência de um total de 190 médicos ocupantes do cargo de Médico do PSF. A confrontação entre as duas informações documentais aponta a diferença de 63

médicos concursados que podem estar desempenhando outros papéis fora das equipes de ESF, para o qual foram admitidos, em cargos comissionados ou em atividades assistenciais fora da ESF (e.g., médicos atuando na atenção secundária e terciária – Policlínicas e Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann – Hospital da mulher).

É possível que o provimento de vagas através dos bolsistas do PMMB tenha estimulado a SMS a realocar profissionais médicos concursados em outras funções. Sabendo que as necessidades da atenção primária em saúde seriam atendidas por médicos bolsistas do PMMB, a alocação de profissionais concursados da ESF em outras atividades possibilita a amenização de problemas de despesas com recursos humanos na atenção secundária e terciária, sem (na ótica do gestor) comprometer a atenção primária, haja vista que esta carência poderia ser provida por bolsistas do PMMB. Assim, é possível que a política do PMMB tenha influenciado na ampliação da carência de profissionais na APS e uma consequente maior solicitação de profissionais bolsistas do PMMB ao Ministério da Saúde.

Essa tendência foi discutida no estudo de Girard (2016), que apontou uma substituição da contratação direta de médicos pelos integrantes do PMMB. Tais manobras tem o potencial de manter um quadro de insegurança assistencial, em função da dependência dos municípios em relação ao provimento federal, conforme observado nesta pesquisa.

Não obstante, o Ministério da Saúde afirma estar com uma carreira para médicos em estudo para breve implantação, o que pode, mais uma vez, ter influência nas políticas de contratação adotadas pelos estados e municípios (EL PAÍS, 2019). Espera-se que novas formas de contratação venham a levar em conta a manutenção de profissionais de forma qualitativa e duradoura, a exemplo da contratação de empregados por tempo indefinido e servidores públicos com estabilidade – modalidades de contratação já previstas em lei.

Este embate persiste, mesmo com a existência da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS), que garante a viabilização do acesso aos serviços de saúde através do financiamento compartilhado, das transferências fundo a fundo e da descentralização. A mesma PNRH-SUS, considera a possibilidade de intervenções específicas para garantir assistência em áreas de difícil acesso, nas quais os municípios não conseguem atuar isoladamente, constituindo uma medida de exceção e não regra, como encontrado atualmente (BRASIL, 2003).

6.4 Aspectos relacionados à formação específica voltada a APS

Um dos desafios encontrados pelo Ministério da Saúde para o êxito da ESF é a percepção de que os médicos atuantes não dispõem de formação adequada para atuar de forma integral na assistência (CAMPOS; MALIK, 2008). Segundo Rodrigues, Pereira e Sabino (2013), mais da metade dos profissionais atuantes na ESF não receberam capacitação para atuar na atenção primária, o que pode prejudicar o seu desempenho e interferir em habilidades para a superação de dificuldades que surgem na prática cotidiana, o que também foi identificado como fator gerador de estresse. Quanto mais capacitado o profissional, mais condições ele tem de contribuir para a resolutividade das ações.

Para Gonçalves et al. (2009), percebe-se a persistência de uma formação acadêmica fragmentada, basicamente hospitalar e a falta de ações de educação permanente voltadas ao reconhecimento dos problemas da realidade local; tendência à precarização do trabalho; a dificuldade e o desafio do trabalho em equipe. O autor também constata uma tendência em se considerar o trabalho na APS como algo de menor valor e prestígio no meio acadêmico, quando comparado ao trabalho de outras especialidades médicas. Deve-se considerar que, para atuar na ESF e realizar atendimento médico tecnicamente consistente, é necessária formação que amplie o campo da percepção clínica. É preciso desencadear mudanças que possibilitem maior interação entre as instituições formadoras, serviços e comunidade.

No contexto de desenvolvimento desta pesquisa foi possível observar que Fortaleza possui percentual relevante do total de médicos atuantes com pós-graduações, acima da média encontrada por Seild (2014), que fez a mesma avaliação com profissionais participantes do PMAQ-AB em 2012 em municípios acima de 500 mil habitantes, e da média brasileira. Este é um fato positivo, havendo um conjunto de leis municipais em Fortaleza que podem ser determinantes nos resultados encontrados, relacionados à formação acadêmica dos profissionais entrevistados.

A lei Municipal N° 6.794, de 27 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores do Município de Fortaleza, assegura gratificação por titulação acadêmica com percentuais ascendentes, não cumulativos, para especializações, residências médicas, mestrados e doutorados, sem a obrigatoriedade de especificidade na Área de Medicina de Família e Comunidade. A Lei Municipal N° 9310, de 06 de dezembro de 2007, que aprovou o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) dos Servidores Municipais Médicos, determina apenas a necessidade de graduação em Medicina e conhecimentos específicos em APS para o ingresso na qualidade de médico efetivo local. A mesma lei assegura apenas três gratificações

por capacitações ao longo da carreira. Contudo, por não existir a obrigatoriedade de formação na APS, o que se observa é que a formação específica nesta área é minoritária, quando comparada a outras formações médicas. Também se observa uma limitação no número de promoções por capacitação no município, o que pode não estimular a educação permanente dos profissionais.

Adicionalmente, na realidade do município estudado, há falta de articulação entre a formação (ofertada inclusive pelo próprio município, no formato de residência) e absorção em sua rede de assistência. O Município de Fortaleza mantém programa de residência em Medicina de Família e Comunidade com o intuito de prover formação padrão ouro através de treinamento em serviço sob supervisão. Em balanço realizado em abril de 2018, foi referida a conclusão de 160 Médicos residentes em MFC ao longo do tempo de existência do programa (FORTALEZA, 2018). Apesar disso, esta pesquisa identificou apenas 53 possíveis egressos de residências em MFC (19,78%) no total de médicos atuantes na ESF do Município de Fortaleza, sendo 37 médicos efetivos, o que denota haver um número aproximadamente três vezes maior de egressos do referido programa de residência em relação ao total de profissionais absorvidos pela rede local.

Com o intuito de ampliar o número de profissionais com formação específica em MFC através do seu programa de residência médica, em abril de 2018 foi aprovado pela Câmara Municipal de Fortaleza projeto de lei que criou bolsa de estudos complementar, ofertada pelo município no valor de R\$ 5.000,00, à bolsa ofertada pelo Governo Federal, no valor de R\$ 3.330,43, direcionada aos residentes em MFC, totalizando o valor de R\$ 8.330,43. O Município referiu como justificativa a finalidade de estimular a formação de novos especialistas em APS (FORTALEZA, 2018). Trata-se de um passo questionável, por não estar havendo a absorção dos profissionais pelo serviço formador, conforme observado em nossa pesquisa.

Acredita-se que uma medida de estímulo adicional seria a conformação de mercado de trabalho mais favorável, com a conseqüente valorização do egresso da especialidade em MFC de modo geral. Dessa forma, enquanto se avalia de maneira positiva o investimento em formação profissional (e.g., educação continuada, residência, especializações), questiona-se a real motivação do município para a manutenção, nos termos atuais, do programa de residência em MFC. Ademais, questiona-se: será a residência priorizada por seu aspecto formativo ou pela capacidade de prover recursos humanos sem vínculo empregatício com as unidades básicas de saúde? Sendo um aspecto a ser desvelado por novas pesquisas.

Com a compreensão da atual legislação municipal e seus possíveis efeitos nos resultados encontrados da pesquisa, pode-se avaliar que a exigência de pós-graduação na área de Medicina de Família e Comunidade (MFC) para admissão de médicos em equipes de ESF; a revisão do Estatuto dos Servidores do Município de Fortaleza com a implantação de uma gratificação por segunda residência (desde que uma seja em Medicina de Família e Comunidade, que certamente deveria ser a mais valorizada) e a revisão do PCCS com a inserção de novas progressões por capacitação poderiam constituir medidas eficazes enquanto concessão de incentivos para potencialização da procura por melhor formação acadêmica voltada a APS, tanto por novos médicos como pelos médicos efetivos. Conformando quadro no qual os médicos especialistas em MFC poderiam dar continuidade a sua formação voltada a APS e os médicos ainda sem formação específica em MFC poderiam conciliar sua experiência com uma constituição educacional mais voltada às suas atividades laborativas.

6.5 A carreira do médico na APS, aspectos trabalhistas, políticos e financeiros relacionados às diversas formas de contratação dos profissionais do SUS

Nesta pesquisa evidenciou-se grandiosa discrepância nos direitos e vantagens dos profissionais de acordo com sua forma de contratação, o que levou ao registro de descontentamentos entre os atores avaliados. A maioria dos médicos entrevistados considera que há pontos desvantajosos em sua contratação quando comparados a forma de contratação de outros grupos. Apontam direitos e vantagens em outras formas de contratação que deveriam ser extensivos a todos, sendo importantes na qualificação do trabalho, como por exemplo: isenção de imposto de renda, oferta/oportunidade de formação na área da APS, direito a férias, décimo terceiro salário, auxílio doença e licença maternidade.

Em contraponto, identificou-se que a remuneração de todas as formas de contratação ocorre por valores fixos em Fortaleza. De acordo com Dutch Healthcare Authority (2016), o recebimento de valores fixos não induz no profissional médico comportamento deliberado de geração ou contenção de custos, atração a pacientes e sensibilidade às necessidades dos usuários. Ao contrário, parece induzir médicos a selecionar pacientes de baixo risco, reduzir a extensão de consultas e visitas, limitar o número de consultas e visitas, referenciar a especialistas mais frequentemente, a produzir uma quantidade limitada de informação sobre o conteúdo do cuidado, a reduzir o ritmo de trabalho e a se dispor a realização de horas extras (para ter acesso a remuneração extra) quando possível.

Segundo Scally (1998), o tema da remuneração sempre ocupou espaço de relevância para os gestores dos sistemas de saúde. Contudo, apenas mais recentemente, a preocupação da influência da remuneração no processo de trabalho/qualidade da assistência prestada começou a ser valorizada.

Poli Neto (2016) refere a existência de alguns estudos demonstrando que os melhores resultados na gestão do cuidado da população assistida provêm de uma combinação de diferentes modos de remuneração, geralmente com uma parte fixa maior (em torno de 60 a 70% do total) e uma parte variável (restante). No Brasil, Curitiba e Rio de Janeiro lideram na vanguarda de ações voltadas a remuneração mista – com parte fixa e parte variável. Utilizam-se de diferentes pagamentos de acordo com o desempenho de cada profissional, podendo representar até 10% do vencimento base. Em Portugal, o incremento variável pode representar um acréscimo de até 40% nos vencimentos do profissional médico. Segundo o autor, os gestores dessas localidades sentiram a necessidade de uma premiação financeira para alcançar determinados objetivos.

Assim, uma política de incentivos voltada aos profissionais poderia melhorar os indicadores de saúde da população, ao incentivá-los, através de recompensa financeira, a superarem metas no cotidiano do seu processo de trabalho. Incentivos semelhantes já existem no Município de Fortaleza, como no caso dos Agentes Comunitários de Saúde, que recebem incentivo denominado Gratificação por Produtividade de Campo, regulamentado pelo Decreto Nº 14.360. Publicado no DOM Nº 16.434 de 30 de janeiro de 2019.

Outro ponto que merece ser debatido é o impacto da questão financeira na forma de contratação do profissional médico na ESF. Uma pergunta importante a ser respondida é: Por que, sabendo que a forma de contratação por concurso público é a que melhor se adequa ao trabalho a ser desenvolvido na ESF, quando levado em consideração os atributos essenciais da APS, a PNRH-SUS e PNAB, esta não é a forma primordial de contratação? Ou seja, o que leva uma prefeitura a optar por formas menos vantajosas (do ponto de vista de qualidade do serviço) na contratação de profissionais médicos da ESF? Para os autores, um dos pontos importantes nesta equação é a questão financeira imediata, ou seja, a economia com pagamento de proventos aos médicos. Contudo, parece haver um descuido ao não se considerar o impacto financeiro de uma atenção primária resolutive, reduzindo encaminhamentos aos demais níveis de atenção e proporcionando ações mais fortes na promoção e prevenção de agravos, o que tem impacto nos custos da rede de atenção de modo amplo (Starfield, 2002). Tais aspectos, assim como outros a serem discutidos posteriormente,

interferem no processo de trabalho do médico e devem ser avaliados pelo município para que avanços mais significativos possam ser alcançados com a ESF.

A valorização profissional constitui aspecto essencial na satisfação dos trabalhadores e está ligada a qualidade do serviço, um profissional desmotivado é menos produtivo e resolutivo. É possível que a percepção de desigualdades, como a ausência de um piso salarial nacional para todas as categorias profissionais, a falta de premiação ou incentivos para a obtenção de melhores resultados, o convívio entre profissionais com vinculações e direitos distintos tenha influenciado na percepção da valorização profissional. Este sentimento, por sua vez, pode ter feito com que a maioria dos entrevistados, em nossa pesquisa, considerem a necessidade de um mesmo regime de contratação para todos os colaboradores envolvidos, independentemente do setor de atuação (administrativo, assistencial ou de serviços de limpeza e segurança).

Na ótica dos entrevistados, a uniformização de direitos é observada, assim como identificado por Paula (2017), como condição determinante para a melhoria do desempenho do trabalho multidisciplinar, que é elencado como um importante fator na longitudinalidade. Nesse contexto, a ideia da criação de um quadro único de profissionais efetivos para a ESF, com a respectiva remuneração através de um Fundo de Pagamento de Servidores do SUS, foi muito bem acolhida pela maioria dos entrevistados.

Pode-se perceber, assim como descrito por Gonçalves (2009), que o salário atrai os profissionais para atuar na ESF, mas não os fixa. Uma forma poderosa de fixação de recursos humanos do SUS, na opinião de Brito, Oliveira e Silva (2012), é a criação de um plano como uma política atrativa para os trabalhadores, pois desenvolve uma perspectiva de carreira, melhores condições de trabalho e remuneração, progressão e garantia de investimento num amplo processo de educação permanente. Estes mecanismos teriam o potencial de contornar baixos índices de satisfação dos servidores, pouca energia para provocar mudanças, perspectivas na carreira extremamente limitadas e peso para o estado (BRASIL, 1988; GASPARINI, 2017).

Esta pesquisa espera ter propiciado melhor entendimento acerca de vários aspectos referentes às formas de contratação dos médicos na ESF, tendo potencial para colaborar com a evolução de Políticas de Contratação de Recursos Humanos. Entretanto, não ocorreu sem limitações. O fato de ter observado apenas a ótica dos médicos faz com que apresente limitações, na medida em que apenas uma ótica foi analisada. Assim, sugerem-se estudos complementares contendo os pontos de vista de gestores, população e demais atores envolvidos na ESF.

7 CONCLUSÃO

Sob a ótica dos profissionais entrevistados, o trabalho realizado pelos médicos na Estratégia de Saúde da Família é influenciado pela forma de contratação destes. Os médicos efetivos admitidos por concurso público obtiveram, de modo geral, os melhores resultados na maioria dos quesitos pesquisados. Seu modo de admissão é considerado o melhor dentre as formas de contratação analisadas com base nos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e ditames da Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde. Os bolsistas do PMMB aparecem em seguida, com algumas situações de equivalência com as demais formas de contratação. Destacam-se positivamente os bolsistas do PMMB em relação às oportunidades de formação voltada a APS. Os celetistas aparecem em terceiro lugar na avaliação, enquanto que se percebe uma ampla desvantagem no desempenho dos trabalhadores autônomos, situados em quarto lugar na grande maioria dos quesitos avaliados nesta pesquisa. Dentre as miscelâneas de formas de contratação analisadas, o médico estatutário sobressai-se às demais formas pela estabilidade adquirida e pelo vínculo duradouro. Tais características possibilitam maior tempo de atuação em um mesmo território, facilitando o direcionamento de sua prática assistencial.

Verificou-se perfil sociodemográfico singular para cada um dos grupos de médicos atuantes na ESF, de acordo com a sua forma de contratação. Divergem entre si em faixa etária, sexo predominante, religião, estado civil, tempo de formação, titulação acadêmica e renda familiar. Apesar de não ter sido possível avaliar, acredita-se que estes aspectos podem influenciar o processo de trabalho dos médicos da ESF, bem como na opinião dos mesmos em relação às demais formas de contratação observadas na ESF. Entre as diferenças, destacam-se faixas etárias mais elevadas, com maior percentual casado/união estável nos estatutários, predominância do sexo feminino entre os bolsistas PMMB, autônomos possuindo o maior percentual de católicos, enquanto os residentes apresentaram menor tempo de graduação.

Os entrevistados elencaram dedicação, educação permanente, planejamento e ações a longo prazo, motivação, aumento do vínculo, estabilidade e direito trabalhista como itens, relacionados à forma de contratação, que podem influenciar a forma de exercer seu trabalho. Contudo, o peso de cada um dos itens foi diferente nos diferentes grupos entrevistados. Para os celetistas e autônomos, por exemplo, a motivação foi o item mais indicado, seguido pela oportunidade de educação permanente. Para os estatutários, a dedicação foi o item apontado o maior número de vezes, enquanto que para os bolsistas PMMB o item foi a educação permanente.

A maior parte dos entrevistados avaliou os atributos da atenção básica (quando se uniu todas as formas de contratação) como positivos (regular, bom ou ótimo), contudo, esta avaliação não foi uniforme com relação a quem avaliou, assim como em relação ao grupo avaliado. Há avaliações distintas relacionadas ao desempenho dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com a forma de contratação. Percebeu-se como melhor o desempenho dos atributos essenciais da APS alcançado pelos estatutários, seguidos dos bolsistas do PMMB, celetistas e por último pelos autônomos. Apesar do estatutário sempre apresentar-se em melhor colocação, a diferença dos escores para as diferentes formas de contratação não foi uniforme. Na avaliação do atributo essencial do primeiro contato encontra-se um menor distanciamento no desempenho entre os grupos entrevistados, há posições intermediárias na avaliação da integralidade e coordenação do cuidado; uma maior discrepância ocorre na avaliação da longitudinalidade.

Na análise documental realizada pela pesquisa, constataram-se posicionamentos distintos de acordo com a forma de contratação quanto aos contratantes, políticas de fixação do profissional, garantias de direitos trabalhistas, previdenciários, oportunidades de carreira e formação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. H. T. Difícil caminho: sindicatos e política na construção da democracia. *In*: G. O'D.; F. W. R. (Orgs.). **A democracia no Brasil, dilemas e perspectivas**. São Paulo: Vértice. 1988.
- ALMEIDA, C.; **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para discussão N° 599. IPEA, Brasília. 1998. ISSN 1415-4765.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.
- ANDRADE, E.I.G.; **Estado e Previdência no Brasil**: uma breve história. A previdência social no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 69-84.
- ANTUNES, R.; **A Desertificação neoliberal no Brasil** (Collor, FHC e Lula). São Paulo: Autores Associados, 2004.
- ARAÚJO, H. E.; **Migração de médicos no Brasil**: análise de sua distribuição, aspectos motivacionais e opinião de gestores municipais de saúde. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH, 2012.
- ARQUIVO NACIONAL (BR). Decreto n. 80281, de 5 de setembro de 1977: regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília; 1977.
- AVELINO, G.F.; **Política e políticas sociais no Brasil**: um estudo sobre a previdência. São Paulo, SP, 1991. 116 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 1991.
- AZEVEDO, S. B.; BORGES, T. F.; **Contrato Temporário**: vantagens e desvantagens para o setor público. III Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília, DF, 2010.
- BALTAR, P.; Estagnação da economia, abertura e crise do emprego urbano no Brasil. **Economia e Sociedade, Campinas**, v.6, 1996.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. S. A.; **Projeto de Pesquisa**: Propostas Metodológicas. 19. ed., Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.
- BATICH, M.; Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, set. 2004 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102. Acesso em: 19 out. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>
- BIASOTO JÚNIOR, G.; **Setor Saúde**: Constituição do SUS, Financiamento Federal, Transferências e Questões Federativas. Campinas: IE/UNICAMP, 2003.

BÍBLIA, A. T. Marcos. *In: BÍBLIA. A Bíblia Sagrada*: contendo o Velho e o Novo Testamento. Ed. corr. e rev., 19. Impr. São Paulo: Sociedade Bíblica Trinitrina do Brasil, 2014.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. *In: Anais da 8 Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1986.

_____. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. LRF, **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2000.

_____. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Rio de Janeiro, p. 13193, 29 jul. 1953. Seção 1

_____. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, p. 10.573, 28 jul. 1993.

_____. Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho; institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho - PRONACOOOP; e revoga o parágrafo único do art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2012b.

_____. 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. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 23 out. 2013.

_____. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial [da] União**, Brasília-DF, 2014a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Edital nº 6 de 2014 SERES/ MEC, Primeiro edital de chamada pública de mantenedoras de Instituições de Educação do Sistema Federal de Ensino para Seleção de propostas para autorização de funcionamentos de Cursos de Medicina em municípios selecionados no âmbito do edital nº 03, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial [da] União**, n. 248, 23 de dez. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Acesso em: 15 jun. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudedafamilia>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos**. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Dez anos de Saúde da Família no Brasil**, a. 5, n. mar. /abril, 2004 Brasília, DF: MS/CGDI/SAA/SE /MS, 2004b.

_____. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 03 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. **Série E. Legislação em Saúde**. Brasília-DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] União**, Brasília-DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Minuta PNAB consenso GT-CIT com contribuições do Conasems, Conass e DAB (Pós reunião CIT -27.07.17). Portaria nº 2488/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Confederação Nacional de Municípios**, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/07/minuta-pnab.pdf>. Acesso em 17 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.: il.

BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Revista Brasileira Materno- Infantil**, v. 12, n. 4, p. 413-423, 2012

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

_____, G. W. S.; Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. *In: Agir em saúde: um desafio para um público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

_____, G. W. S. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde SUS. **Interface**, Botucatu; v. 19, n. 54, 2015. p. 641-642.

_____, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N.; A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, set. 2016. p. 2655-2663. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. 2003. Tese (Doutorado). – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

CAPRARA, A.; FRANCO, L. S. A.; A relação paciente-médico. Para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, 1999. p. 647-654.

CARVALHO, G. de C. M.; O momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 2, n. 1, 1993. p. 9-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901993000100003>.

_____. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. p. 7-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lng=en&nrm=iso. Acessado em 19 out 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 28. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2015.

CEARÁ. **Governador e prefeito de Fortaleza anunciam detalhes do Programa Médico da Família Ceará**. 19 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2018/12/19/governador-e-prefeito-de-fortaleza-anunciam-detalhes-do-programa-medico-da-familia-ceara>. Acesso em: 05 Mar. 2019.

CHEN, H. T.; **Theory-driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications; 1990.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, 2009. p. 1523-1531. Disponível em: ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

CONILL, E. M.; A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2000, p. 963-971.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Aumenta a concentração de médicos no Estado de São Paulo [Internet]. 2015 [citado 10 ago. 2016]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/medico_por_habitantes.pdf. Acesso em: 10 out. 2017.

COSTA, M. da S.; O Sistema de Relações de Trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v.20, n.59, out. 2005. p. 111-131.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_S0&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092005000300008>.

CRESWELL, J. W.; Projeto de Pesquisa métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 3. ed. Porto Alegre: Armed, 2010.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L.; Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2011. p. 1029-1042. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.

DONABEDIAN, A.; The assessment of technology and quality. **Int J Technol Assess Health Care**, v.4, 1988. p. 487-96.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011

DUQUE DE CAXIAS (Município). Lei nº. 1.561, de 09 de fevereiro de 2001. Cria o regime Especial de Trabalho para atendimento ao Programa de Saúde da Família, e dá outras providências. **Boletim Oficial [do] Município de Duque de Caxias**, n. 3112, fev. 2001.

DUQUE DE CAXIAS (Município). Lei nº 1.922, de 08 de dezembro de 2005. Estabelece as necessidades de contratação temporárias de pessoal de excepcional interesse público e dá outras providências. **Boletim Oficial [do] Município de Duque de Caxias**, n. 4990, dez. 2005.

EL PAÍS. **Governo vai encerrar Mais Médicos, que será substituído por plano de carreira federal**. Disponível em:

https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549465717_978725.html. Acesso em: 05 mar. 2019

ESCOREL, S.; et al.; “As origens da reforma sanitária e do SUS”. *In: Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

FIORAVANTE, D. G.; et al.; **Lei de responsabilidade fiscal e finanças públicas municipais: impactos sobre despesas com pessoal e endividamento**. IPEA, 2006. (Texto para Discussão, n. 1223).

FONSECA, M. I. F.; Programa Saúde da Família de Beberibe CE [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 1997. *In: Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002.

FORTALEZA, Secretaria de Saúde do Município. **Relatório de Gestão**, 2006. Fortaleza, 2007.

_____. Secretaria de Saúde do Município. **Relatório Geral da VII Conferência Municipal de Saúde**, agosto, 2015. Fortaleza, 2015

_____. Prefeito Roberto Cláudio encaminha para a câmara municipal projeto de lei que garante bolsa para residentes de medicina de família. 11 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeito-roberto-claudio-encaminha-para-a-camara-municipal-projeto-de-lei-que-garante-bolsa-para-residentes-de-medicina-da-familia>. Acesso em: 05 mar. 2019

_____. **ATO Nº 1400/2018**. Publicado no DOM N 16.243, de 19 de abril de 2018.

_____. **PORTARIA Nº 177/2018**. Publicado no DOM N 16.243, de 19 de abril de 2018.

_____. **Decreto Nº 14.360**, de 22 de jan. de 2019. Publicado no DOM Nº 16.434 de 30 de janeiro de 2019.

FREITAS JUNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira et al. Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, 2018, v.42, n. 2, p. 100-109. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200100&lng=en&nrm=iso. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb20170086>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4, 2013. 168 p. ISBN 978-85-8110-018-0.

GASPARINI, C.; Este é o sinal de que um concurso público é o melhor para você. **Revista Exame**, São Paulo, ed. 1142, jul. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed., São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; et al.; A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, set. 2016. p. 2697-2708. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 292-298, 2001.

HOFLING, E. de M.; Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES**, Campinas, v.21, n.55, nov. 2001. p. 30-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>.

HOUSE, E. R.; **Evaluating with validity**. Beverly Hill: Sage Publications, 1980.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Estatísticas Vitais e Dados Demográficos**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 31 jun. 2017.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 14, 2007.

JUNQUEIRA, T. da S.; et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, 2010. p. 918-928.

LIBMAN, E. G.; La necessità di un nuovo modello medico: Una sfida alla biomedicina. Sanità, **Scienza e Storia**, v. 2. 1985. p. 5-28

LIMA, F. L. T. **A Rotatividade dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre a Microrregião de Itabira – MG, 2012**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. (SciELO Books)

MARCONI, M. de A. L.; E. M. **Metodologia Científica**. 5. ed. rev. amp. São Paulo: Atlas, 2003.

MEDEIROS, C. R. G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, supl.1, p. 1521-1531, 2010.

MORAES FILHO, E.; **O problema do sindicato único no Brasil: seus fundamentos sociológicos**. 2. ed., São Paulo, Alfa-Omega, 1978.

NEDERLAND. Dutch Healthcare Authority. **An Optimal remuneration system for General Practitioners**. Research Paper Series, n. 4. Disponível em: http://www.nza.nl/104107/230942/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf. Acesso em: 15 set. 2015.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. de A.; Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, 2012. p. 1293-1311. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 out 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, p. 18-22, 1996(b).

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T.; A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001. p. 445-450.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2000. p. 547-59.

NUNES, M. do P. T. Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas. **Cadernos ABEM**, v. 1, 2004. p. 30-33.

OLIVEIRA, D. C.; et al.; Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 1, jan. /mar. 2011. p. 30-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8981>.

_____, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abril 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

_____, et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, out. 2015. p. 2999-3010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014>

OMS - Organização Mundial de Saúde. Cuidados primários de saúde: **Declaração de Alma-Ata, 1978** – Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978. Brasília, 1979. 64 p.

O POVO. Fortaleza: **Concurso unificado do PSF**. 29 de dezembro de 2005.

OSA, J. A. de L. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 25, n. 72, ago. 2011. p. 89-96.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.; Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl. nov. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 out. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>

PAULA CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoim SM. [Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa]. **Rev. Eletr. Enferm.** Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

PAULA, Cristiane Cardoso de et al. Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: avaliação da longitudinalidade. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 136-143, abril 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200136&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700022>.

PEIXOTO, M.; 13 cidades do Ceará passaram o limite de gastos com pessoal. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, CE, 21 de agosto de 2017.

PESSOTO, U. C.; et al. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, mar. 2015. Acesso em: 10 out. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100001>.

PIOLA, S. F. et al.; **Financiamento Público da Saúde: Uma História sem Rumo**. Rio de Janeiro: [S.n.], 2013.

POLINETO, Paulo et al. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 5, 2016, p. 1377-1388. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501377&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.02212016>.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C.; **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Universalidade Feevale: Novo Hamburgo, 2013

RIBEIRO DE VILHENA, Paulo Emílio. Relação de emprego. São Paulo: LTr, 2005. p. 531-534

RODRIGUES, I. J.; O modelo sindical corporativo mudou? **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 44, out. 2000, p. 184-188. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092000000300012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 out 2017.

_____, J. A. C.; PEREIRA, M. F.; SABINO, M. M. F. L. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Santo Amaro da Imperatriz. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 2, p. 65-81, 2013.

ROLIM, Leonardo Barbosa et al. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 19-26, fev. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>

ROTHMAN K. C. I.; Chestnut Hill: Epidemiology Resources; 1988. In:

Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2010. p. 184-188.

SCALLY G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **BMJ**, v. 61, n. 317, 1998.

SADEK, M. T.; O pacto federativo em questão. **Rev. Bras. Ciência. Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 42, fev. 2000, p. 153-154. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092000000100011>.

SALTMAN, R. S. et al. **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care: European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill, 2006.

SANTOS, B. R. L. O PSF e a enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. esp., 2000. p.49-53.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 94-108, out. 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2019.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP/CFM/ Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHRAIBER, L. B.; **Educação médica e capitalismo:** um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

_____. **O médico e seu trabalho:** limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993. 229 p.

_____. Saúde coletiva: um campo vivo. In: **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Bahia: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SENRA, R.; Mais Médicos: o prejuízo bilionário da saída dos médicos cubanos para a medicina de exportação de Cuba. **BBC News Brasil**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46247632>. Acesso em 05 mar. 2019.

SERVO, L. M.; et al.; Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

SGUISSARDI, V.; Educação Superior no Brasil. Democratização ou massificação mercantil?. **Educ. Soc.**, Campinas, v.36, n.133, dez. 2015. p. 867-889. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/ES0101-73302015155688>

SIMIONI, F. J.; et al.; Lealdade e oportunismo nas cooperativas: desafios e mudanças na gestão. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 47, n. 3, set. 2009. p. 739-765.

SILVA, F. D.; 40 horas na ESF? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 15-16, maio 2011. ISSN 2179-7994. DOI [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(18\)242](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(18)242)

SOUSA, P. A. F. de; O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paul. Enferm.**São Paulo, v. 22, n. spe, 2009. p. 884-894.

STARFIELD, B.; **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002

SUCUPIRA, A. C. S. L. **Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1982.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. De. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n.1, abr. 2007. p. 7-17.

TEIXEIRA, S. M. F.; OLIVEIRA, J. A. A medicina e a fábrica. *In*: **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. v.3.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

TRUFII, R.; O desmonte do Mais Médicos. **Carta Capital**, São Paulo: Ed. Confiança, 2016. (Edição n. 928)

TSUBOUCHI, T.; Parecer – PSF – Forma de contratação temporária – **Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG: SMS, 2010.

UGÁ, M. A. et al.; Financiamento e alocação de recursos no Brasil. *In*: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, 2011, p. 1497-1504. ISSN 1413-8123. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700085>.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1998.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA MÉDICOS

PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CEARÁ QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA MÉDICOS

Entrevistador: _____

Formulário N°: _____ Data da Entrevista: ____/____/____ Município/UF: _____

Unidade de Saúde: _____

Equipe de Saúde da Família: _____

Códigos padrão: 77 - Prefiro não declarar; 88 – Não se aplica; 99 – Não sabe

PARTE 1 IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. Idade: ____anos	1. _____
2. Sexo: ()1- Masculino ()2- Feminino	2. _____
3. Estado civil: ()1 - Solteiro ()2 - Casado/União Estável ()3 - Viúvo ()4 - Divorciado	3. _____
4. Religião: ()1 - Católica. ()2 - Evangélica ()3 - Adventista ()4 - Espírita ()5 - Não possuo religião ()6 - Outro 4.1. Qual? _____ ()77 - Prefiro não declarar	4. _____ 4.1. _____

PARTE 2 ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS DA ESF

A tabela abaixo apresenta uma lista de atribuições consideradas comuns aos profissionais da ESF. Em cada uma das colunas indique se você realiza a atribuição; informe o nível de confiança em desempenhar as atribuições e a principal forma de aprendizado.

Realiza a atribuição? S – Sim NS – Não, mas sei fazer NN – Não, e não sei fazer	Nível de confiança: B – Baixo M – Médio A – Alto Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN) <i>Pedir sempre para especificar qual.</i>	PRINCIPAL forma de aprendizado: 1 – Sozinho 2 – Com outro profissional <u>nível superior</u> 3 – Com outro profissional <u>nível médio/Técnico</u> (e.g.: ACS, Técnico de enfermagem) 4 – Graduação 5 – Curso de capacitação do seu trabalho 6 – Curso de aperfeiçoamento 7 – Especialização 8 – Residência 9 – Mestrado/doutorado Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN)
--	--	---

LEGENDA

Atribuições comuns	Realiza a atribuição?	Qual o seu nível de confiança em desempenhá-la?	Qual foi a principal forma de aprendizado?
1. Você realiza e mantém atualizado o estudo do território (territorialização) e o mapeamento da área de atuação da sua equipe?	1.1.	1.2.	1.3.
2. Você realiza diagnóstico de saúde de sua área de abrangência para o planejamento local?	2.1.	2.2.	2.3.
3. Você realiza/participa, no mínimo mensalmente, de reuniões de planejamento com sua equipe?	3.1.	3.2.	3.3.
4. Você realiza visita domiciliar da população adscrita quando necessário?	4.1.	4.2.	4.3.
5. Você realiza atendimento da demanda espontânea da população adscrita?	5.1.	5.2.	5.3.
6. Você utiliza algum protocolo de acolhimento a demanda espontânea?	6.1.	6.2.	6.3.
7. Você realiza ações de busca ativa e notifica doenças e agravos de notificação compulsória?	7.1.	7.2.	7.3.
8. Você realiza ações de busca ativa e notifica situações de violência contra crianças, idosos e mulheres?	8.1.	8.2.	8.3.
9. Você realiza investigação de agravos e óbitos ocorridos no seu território? (<i>mesmo que sob obrigação da gestão</i>)	9.1.	9.2.	9.3.
10. Você realiza a coordenação do cuidado mesmo quando o usuário necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde?	10.1.	10.2.	10.3.

11. Você acompanha e avalia sistematicamente as ações implementadas, por meio do e-SUSAB ou SISAB, visando à readequação do processo de trabalho?	11.1.	11.2.	11.3.
12. Você colabora com atividades de educação permanente para outros profissionais? (<i>Independente do tema – quer se avaliar a capacidade didática</i>)	12.1.	12.2.	12.3.
13. Você promove a mobilização e a participação da comunidade nos conselhos locais e no conselho municipal de saúde?	13.1.	13.2.	13.3.
14. Você identifica e mobiliza parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais ?	14.1.	14.2.	14.3.
15. Você realiza ações coletivas (palestras, participação em grupos terapêuticos, reuniões na comunidade e nas escolas, campanha de imunização)?	15.1.	15.2.	15.3.
16. Você investiga a ocorrência de agravos a saúde mental (incluindo questões relacionadas a uso de álcool e outras drogas) entre pessoas de sua área abrangência? (<i>Não obrigatoriamente através de busca ativa</i>)	16.1.	16.2.	16.3.
<p>17. *De uma maneira geral, por que você não realiza na UBS os procedimentos que sabe fazer?</p> <p>()1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF;</p> <p>()2 - Não disponho de tempo;</p> <p>()3 - Não me sinto seguro(a);</p> <p>()4 - Não tenho interesse;</p> <p>()5 - Estas ações não são ofertadas pela gestão;</p> <p>()6 - Estas ações não são planejadas na minha equipe;</p> <p>()7 - Falta de materiais e infraestrutura inadequada;</p> <p>()8 - Não conheço a rede de serviços de referência;</p> <p>()9 - Não existe demanda para realização destes procedimentos;</p> <p>()10 - Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos;</p> <p>()11 - Outro; 17.1. Qual? _____</p> <p>()88 - Não se aplica.</p> <p>()99 - Não sabe.</p> <p>*Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>			<p>17.____</p> <p>17.1.____</p>
<p>18. *(Relativa à questão 4) Que tipos de visita domiciliar você realiza?</p> <p>()1 - Recém-nascidos</p> <p>()2 - Puérperas</p> <p>()3 - Acamados</p> <p>()4 - Pessoas com necessidades especiais</p> <p>()5 - Pacientes faltosos</p> <p>()6 - Pacientes com vulnerabilidade social</p> <p>()7 - Pacientes com agravos em saúde mental</p> <p>()8 - Outro 18.1. Qual? _____</p> <p>()88 - Não se aplica</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>			<p>18.____</p> <p>18.1.____</p>
<p>18.2. (Relativa à questão 4) Se você realiza visita domiciliar, informe com que periodicidade você as realiza:</p> <p>()1 - Semanalmente ()2 - Quinzenalmente ()3 - Mensalmente ()5 - Outro 18.3. Qual? _____</p> <p>()88 - Não se aplica</p>			<p>18.2.____</p> <p>18.3.____</p>
<p>19. *(Relativa às questões 5 e 6) Que ações você realiza no acolhimento?</p> <p>()1 – Identificação/chechagem do paciente (nome, sexo, idade)</p> <p>()2 - Realiza escuta qualificada</p> <p>()3 - Realiza exame geral e verifico sinais vitais – diferenciar de exame direcionado</p> <p>()4 - Agenda consulta para outra data se necessário -</p> <p>()5 - Encaminha para outro serviço da unidade (vacina, curativo, farmácia)</p> <p>()6 - Encaminha para outro profissional da equipe ou do NASF se necessário</p> <p>()7- Solicita exames complementares se necessário</p> <p>()8 - Renova receita de paciente</p> <p>()9 - Realiza consulta medica completa</p> <p>()10 - Encaminha para outro serviço se necessário</p> <p>()11 - Outra. 19.1. Qual? _____</p> <p>()88 - Não se aplica</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>			<p>19.____</p> <p>19.1.____</p>
<p>20. *(Relativa à questão 15) Quais ações coletivas você realiza ou participa?</p> <p>()1 - Reuniões com professores e escolares</p> <p>()2 - Reuniões com lideranças comunitárias</p> <p>()3 - Atividades físicas</p> <p>()4 - Grupos de gestantes</p> <p>()5 - Grupos de Idosos</p> <p>()6 - Terapia comunitária</p>			<p>20.____</p> <p>20.1.____</p>

<input type="checkbox"/> 7 - Grupos de jovens <input type="checkbox"/> 8 - Grupo com pacientes com múltiplas queixas clínicas <input type="checkbox"/> 9 - Outro. 20.1. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	
21. *(Relativa à questão 16) Você diz investigar a ocorrência de agravos a saúde mental, descreva em que situações investiga: <input type="checkbox"/> 1 - Em todas as pessoas da área de abrangência da equipe <input type="checkbox"/> 2 - Em todas as pessoas que buscam atendimento individual <input type="checkbox"/> 3 - Apenas em casos específicos de pessoas que buscam atendimento individual <input type="checkbox"/> 4 - Outro 21.1. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica. * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	21.____ 21.1.____
22. *(Relativa à questão 16) Você utiliza instrumentos padronizados para investigar a ocorrência desses agravos (incluindo questões relacionadas a uso de álcool e outras drogas) tais como CAGE, ASSIST ou teste de Fagerström entre pessoas de sua área abrangência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica	22.____
23. *Identificando uma pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas que tipo de apoio você oferece? <input type="checkbox"/> 1 - Escuta e acolhimento; <input type="checkbox"/> 2 - Aconselhamento informal; <input type="checkbox"/> 3 - Aconselhamento e intervenções breves, por meio de técnicas padronizadas; <input type="checkbox"/> 4 - Orientação para participar dos Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos; <input type="checkbox"/> 5 - Encaminhamento ao CAPS; <input type="checkbox"/> 6 - Cuidado compartilhado (apoio matricial em parceria com CAPS, NASF ou outro serviço); <input type="checkbox"/> 7 - Outro. 23.1. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 8 - NÃO ofereço nenhum tipo de apoio. <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	23.____ 23.1.____
23.2. *Se a resposta à pergunta 23 foi NÃO ofereço nenhum tipo de apoio , explique porque: <input type="checkbox"/> 1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF; <input type="checkbox"/> 2 - Não disponho de tempo; <input type="checkbox"/> 3 - Não me sinto seguro(a); <input type="checkbox"/> 4 - Não tenho interesse; <input type="checkbox"/> 5 - Estas ações não são ofertadas pela gestão; <input type="checkbox"/> 6 - Estas ações não são planejadas na minha equipe; <input type="checkbox"/> 7 - Falta de materiais e infraestrutura inadequada; <input type="checkbox"/> 8 - Não conheço a rede de serviços de referência; <input type="checkbox"/> 9 - Não existe demanda para realização destes procedimentos; <input type="checkbox"/> 10 - Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos; <input type="checkbox"/> 11 - Outro; 23.3. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica. <input type="checkbox"/> 99 - Não sabe. * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	23.2.____ 23.3.____

PARTE 3

ATRIBUIÇÕES CONSIDERADAS ESPECÍFICAS DO MÉDICO DA ESF

A tabela abaixo apresenta uma lista de atribuições consideradas específicas do médico da ESF. Em cada uma das colunas indique se você realiza a atribuição; informe o nível de confiança em desempenhar as atribuições e a principal forma de aprendizado.

Realiza a atribuição? S – Sim NN – Não, e não sei fazer NS – Não, mas sei fazer <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;">LEGENDA</div>	Nível de confiança: B – Baixo M – Médio A – Alto Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN)	Forma de aprendizado: 1 – Sozinho 2 – Com outro profissional nível superior 3 – Com outro profissional nível médio/Técnico (e.g.: ACS, Técnico de enfermagem) 4 – Graduação 5 – Curso de capacitação do seu trabalho 6 – Curso de aperfeiçoamento 7 – Especialização 8 – Residência 9 – Mestrado/doutorado Insira o código padrão 88 (Não se aplica), se o entrevistado não souber fazer (NN)
--	---	---

Atribuições específicas do médico	Realiza a atribuição?	Qual o seu nível de confiança em desempenhá-la?	Qual foi a principal forma de aprendizado?
1. Você realiza consultas clínicas para Recém-nascidos?	1.1.	1.2.	1.3.
2. Você realiza puericultura?	2.1.	2.2.	2.3.
3. Você realiza atenção clínica às crianças de uma forma geral?	3.1.	3.2.	3.3.
4. Você realiza atenção a gestantes?	4.1.	4.2.	4.3.
5. Você faz acompanhamento compartilhado de Gestantes de alto risco com serviços de referência?	5.1.	5.2.	5.3.
6. Você realiza consulta puerperal?	6.1.	6.2.	6.3.
7. Você realiza ações de planejamento familiar? <i>(incluindo prescrição)</i>	7.1.	7.2.	7.3.
8. Você realiza a inserção do DIU?	8.1.	8.2.	8.3.
9. Você realiza exame ginecológico em seus atendimentos?	9.1.	9.2.	9.3.
10. Você realiza coleta de citologia oncológica do colo uterino (Papanicolau) na unidade de saúde?	10.1.	10.2.	10.3.
11. Você realiza ações de prevenção ao câncer de mama em mulheres?	11.1.	11.2.	11.3.
12. Você realiza atendimento para idosos?	12.1.	12.2.	12.3.
13. Você realiza ações de atenção a saúde do homem incluindo ações de diagnóstico precoce para câncer de próstata?	13.1.	13.2.	13.3.
14. Você atende casos de hipertensão e diabetes?	14.1.	14.2.	14.3.
15. Você acompanha o tratamento de casos de Tuberculose?	15.1.	15.2.	15.3.
16. Você acompanha o tratamento de casos de Hanseníase?	16.1.	16.2.	16.3.
17. Você acompanha casos de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) na Unidade de Saúde?	17.1.	17.2.	17.3.
18. Você acompanha pessoas vivendo com HIV/Aids?	18.1.	18.2.	18.3.
19. Você acompanha pacientes em cuidados paliativos?	19.1.	19.2.	19.3.
20. Você acompanha clinicamente pacientes com agravo de saúde mental?	20.1.	20.2.	20.3.
21. Você acompanha pacientes com foco no tratamento da obesidade?	21.1.	21.2.	21.3.
Sobre os procedimentos listados abaixo responda: Você os realiza <u>na unidade de Saúde da Família</u> ?	Realiza o procedimento?	Qual o seu nível de confiança em realizá-lo?	Qual foi a principal forma de aprendizado?
22. Incisão e drenagem de abscesso	22.1.	22.2.	22.3.
23. Suturas	23.1.	23.2.	23.3.
24. Remoção de lesões na pele	24.1.	24.2.	24.3.

25. Crioterapia ou terapia química para a verruga genital	25.1.	25.2.	25.3.
26. Remoção de cerume	26.1.	26.2.	26.3.
27. Inserção de sonda nasogástrica / lavagem gástrica	27.1.	27.2.	27.3.
28. Inserção de cateter uretral	28.1.	28.2.	28.3.
29. Acupuntura	29.1.	29.2.	29.3.
30. Oftalmoscopia	30.1.	30.2.	30.3.
31. Otoscopia	31.1.	31.2.	31.3.
Sobre as condições clínicas listadas abaixo responda: Você realiza acompanhamento de pacientes com foco no tratamento de:	Realiza o acompanhamento?	Qual o seu nível de confiança em desempenhá-lo?	Qual foi a principal forma de aprendizado?
32. Lombalgias	32.1.	32.2.	32.3.
33. Infecção urinária recorrente	33.1.	33.2.	33.3.
34. Sinusite recorrente	34.1.	34.2.	34.3.
35. Asma	35.1.	35.2.	35.3.
36. Anemia	36.1.	36.2.	36.3.
37. Epigastralgia / Úlcera péptica	37.1.	37.2.	37.3.
38. Micoses superficiais	38.1.	38.2.	38.3.
39. Há outras condições clínicas que você acompanha e queira citar? ()1 - Sim. Quais? 39.1. _____ _____ _____ _____ _____ ()2 – Não			39._____ 39.1._____
40. *De uma maneira geral, por que você não realiza na UBS os procedimentos que sabe fazer ? ()1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF; ()2 - Não disponho de tempo; ()3 - Não me sinto seguro(a); ()4 - Não tenho interesse; ()5 - Estas ações não são ofertadas pela gestão; ()6 - Estas ações não são planejadas na minha equipe; ()7 - Falta de materiais e infraestrutura inadequada; ()8 - Não conheço a rede de serviços de referência; ()9 - Não existe demanda para realização destes procedimentos; ()10 - Não há cobrança da gestão para realização destes procedimentos; ()11 - Outro; 40.1. Qual? _____ ()88 - Não se aplica. ()99 - Não sabe. *Esta questão pode ter mais de uma resposta.			40._____ 40.1._____
41. Você faz a interpretação de resultados de citologia oncológica do colo uterino para rastreamento de câncer de colo de útero? ()1 - Sim ()2 - Não ()88 - Não se aplica			41._____
42. *(Relativa à questão 11) Se você realiza ações de diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres, que tipos de ações você realiza? ()1 - Inspeção e palpação das mamas ()2 - Solicitação de mamografia segundo protocolos de rastreamento ()3 - Encaminhamento para serviço de referência se mamografia <u>alterada</u> ()88 - Não se aplica *Esta questão pode ter mais de uma resposta.			42._____

<p>43. *(Relativa à questão 20) Quais agravos a Saúde Mental você faz acompanhamento?</p> <p>() 1 - Transtornos Mentais Comuns (Depressão, ansiedade)</p> <p>() 2 - Uso crônico de benzodiazepínicos;</p> <p>() 3 - Uso de álcool e/ou outras drogas;</p> <p>() 4 - Transtornos mentais graves e persistentes (esquizofrenia, transtorno bipolar e/ou egessos de internação psiquiátrica).</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>	43.____
<p>43.1. *Se você faz acompanhamento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes (esquizofrenia, transtorno bipolar e/ou egessos de internação psiquiátrica), que tipo de acompanhamento faz?</p> <p>() 1 - cuidado de agravos a saúde geral, conforme os programas oferecidos;</p> <p>() 2 - Visita domiciliar;</p> <p>() 3 - Monitoramento da adesão ao tratamento medicamentoso prescrito na atenção especializada em saúde mental;</p> <p>() 4 - Monitoramento da frequência de retornos a atenção especializada em saúde mental;</p> <p>() 5 - Revisão do tratamento medicamentoso prescrito na atenção especializada em saúde mental;</p> <p>() 6 - Repetição de prescrição da atenção especializada em saúde mental;</p> <p>() 7 - Cuidado compartilhado (apoio matricial em parceria com CAPS ou NASF ou outro serviço);</p> <p>() 8 - Outros 43.2. Quais? _____</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>	43.1.____ 43.2.____
<p>44. Você utiliza protocolos para atendimentos que realiza na Unidade de Saúde?</p> <p>() 1 - Sim </p> <p>() 2 - Não*</p> <p>*Se você respondeu NÃO, pule para questão 48.</p>	<p>44.1. *Se SIM, para quais?</p> <p>() 1 - Recém-nascidos</p> <p>() 2 - Puericultura</p> <p>() 3 - Saúde da criança (AIDIP)</p> <p>() 4 - Pré-natal () 5 - Puerpério</p> <p>() 6 - Planejamento familiar</p> <p>() 7 - Prevenção ao câncer de colo uterino</p> <p>() 8 - Prevenção ao câncer de mama</p> <p>() 9 - Idosos</p> <p>() 10 - Saúde do homem</p> <p>() 11 - Hipertensão. () 12 - Diabetes</p> <p>() 13 - Tuberculose () 14 - Hanseníase</p> <p>() 15 - ISTs () 16 - HIV/AIDS</p> <p>() 17 - Saúde mental</p> <p>() 18 - Obesos</p> <p>() 19 - Atenção Domiciliar</p> <p>() 20 - Saúde do Adolescente</p> <p>() 21 - Saúde do Trabalhador</p> <p>() 22 - Outro(s) 44.2. Qual(is)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>* Esta questão pode ter mais de uma resposta.</p>
<p>45. Você encaminha usuários a outros pontos de atenção quando necessário?</p> <p>() 1 - Sim </p> <p>() 2 - Não*</p> <p>*Se você respondeu NÃO, pule para questão 45.4</p>	<p>45.1. Se você respondeu SIM, a cada 10 pacientes que você atende, em média, quantos você encaminha?</p> <p>() 1 - 0 a 2</p> <p>() 2 - 3 a 4</p> <p>() 3 - 5 a 6</p> <p>() 4 - 7 ou mais</p> <p>() 88 - Não se aplica</p> <p>() 99 - Não sabe</p>
<p>45.2. Para que tipo de serviço você tem encaminhado os usuários <u>mais frequentemente</u>?</p> <p>() 1 - Ambulatório especializado ou Policlínica</p> <p>() 2 - UPA ou serviços de urgência</p> <p>() 3 - Hospital secundário</p> <p>() 4 - Hospital terciário</p> <p>() 5 - Outro. 45.3. Descreva, por favor: _____</p> <p>() 6 - CAPS</p> <p>() 88 - Não se aplica</p> <p>*Agora vá para questão 45.6</p>	5.2.____ 5.3.____
<p>45.4. *Se você NÃO encaminha pacientes para pontos de atenção, por favor explique por que?</p> <p>() 1 - Consigo acompanhar a maior parte dos casos na Unidade de Saúde da Família</p> <p>() 2 - Os usuários encaminhados tem dificuldades para conseguir consultas em serviços de referencia</p> <p>() 3 - Não existe serviço de referência para onde encaminhar</p> <p>() 4 - Outros. 45.5. Descreva, por favor: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>() 88 - Não se aplica</p> <p>*Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>	45.4.____ 45.5.____

<p>45.6. Você continua acompanhando o plano terapêutico dos usuários depois que eles retornam do serviço de referência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim* <input type="checkbox"/> 2 - Não </p>	<p>45.7. *Se você respondeu que NÃO acompanha o plano terapêutico, por favor assinale o motivo principal: <input type="checkbox"/> 1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF; <input type="checkbox"/> 2 - Não disponho de tempo; <input type="checkbox"/> 3 - Não me sinto seguro(a); <input type="checkbox"/> 4 - Não tenho interesse; <input type="checkbox"/> 5 - Não recebo contra-referência dos serviços para onde encaminho os usuários; <input type="checkbox"/> 6 - Outro. 45.8. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica. <input type="checkbox"/> 99 - Não sabe. *Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>	<p>45.6._____ 45.7.____ 45.8.____</p>
<p>46. Você acompanha pessoas em internação domiciliar (vinculadas a Serviço ou Programa de Atenção Domiciliar – SAD/PAD) <input type="checkbox"/> 1 - Sim* <input type="checkbox"/> 2 - Não </p>	<p>46.1. *Se você respondeu que NÃO indica, assinale o por que: <input type="checkbox"/> 1 - Não considero uma atribuição do médico da ESF; <input type="checkbox"/> 2 - Não disponho de tempo; <input type="checkbox"/> 3 - Não me sinto seguro(a); <input type="checkbox"/> 4 - Não tenho interesse; <input type="checkbox"/> 5 - Não tenho pessoas em internação hospitalar na área de abrangência da equipe <input type="checkbox"/> 6 - Outros 46.2. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 99 - Não sabe. *Esta questão pode ter mais de uma resposta</p>	<p>46._____ 46.1.____ 46.2.____</p>
<p>47. Que outras práticas você realiza que não foram incluídas neste formulário? _____ _____ _____ _____</p>		<p>47._____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>48. Quais seriam as práticas que você poderia adicionar à sua atividade atual de médico da ESF? _____ _____ _____ _____</p>		<p>48._____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>PARTE 4 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO E SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA</p>		
<p>1. Há quanto tempo trabalha na ESF? _____ (tempo em meses)</p>		<p>1._____ _____</p>
<p>2. Há quanto tempo trabalha nesta equipe? _____ (tempo em meses)</p>		<p>2._____ _____</p>
<p>3. Qual o vínculo você tem atualmente como médico(a) da Estratégia Saúde da Família? <input type="checkbox"/> 1 - CLT - Celetista <input type="checkbox"/> 2 - Estatutário - Concurso Público <input type="checkbox"/> 3 - Programa Mais Médicos - PROVAB <input type="checkbox"/> 4 - Residência Médica <input type="checkbox"/> 5 - Temporário - RPA <input type="checkbox"/> 6 - Outro 3.1. Qual? _____</p>		<p>3._____ 3.1_____ _____</p>
<p>4. Qual o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família no atual vínculo? _____ (tempo em meses)</p>		<p>4._____ _____</p>
<p>5.- Qual sua <u>principal</u> motivação para atuar como Médico da Estratégia de Saúde da Família? <input type="checkbox"/> 1- Estabilidade <input type="checkbox"/> 2- Identificação <input type="checkbox"/> 3- Como uma situação transitória (e.g., estudando para residência, procurando melhor emprego, etc.) <input type="checkbox"/> 4- Falta de opção <input type="checkbox"/> 5- Outro 5.1. Qual? _____</p>		<p>5._____ 5.1_____ _____</p>
<p>6. Você já teve outro tipo de contrato de trabalho na ESF? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não</p>		<p>6._____ _____</p>
<p>6.1. *Com relação ao item anterior (6), qual(is) o(s) tipo(s) de contrato(s)? <input type="checkbox"/> 1 - CLT - Celetista</p>		<p>6.1._____ _____</p>

<input type="checkbox"/> 2 - Estatutário - Concurso Público <input type="checkbox"/> 3 - Programa Mais Médicos - PROVAB <input type="checkbox"/> 4 - Temporário - RPA <input type="checkbox"/> 5 - Outro 6.2. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica. *Esta questão pode ter mais de uma resposta.					6.2_____
6.3. As mudanças na sua forma de contratação <u>causam</u> / ou <u>podem causar</u> mudanças na sua <u>satisfação</u> em exercer suas atividades ao longo dos anos? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não					6.3_____
6.4. Com relação ao item anterior (6.3), de que maneira? _____ _____ _____ _____					6.4_____
6.5. As modificações na forma de contratação, <u>causaram</u> / ou <u>poderiam causar</u> mudanças na <u>forma de exercer</u> suas atividades ao longo dos anos? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não					6.5_____
6.6. Com relação ao item anterior (6.5), de que maneira? _____ _____ _____ _____					6.6_____
7. Para cada Atributo essencial da Atenção Primária à Saúde listado na tabela, avalie, em sua opinião, como cada forma de contratação pode ajudar ou não. Você pode ler breves definições sobre os atributos abaixo da tabela.					7.
Atributos Essenciais da APS	Formas de Contratação				7.1_____
	CLT - Celetista	Estatutário - Concurso Público	Programa Mais Médicos - PROVAB	Temporário - RPA	7.2_____
Atenção no Primeiro Contato	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.1	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.2	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.3	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.4	7.3_____
	<input type="checkbox"/> 2- Bom	7.4_____			
	<input type="checkbox"/> 3- Regular	7.5_____			
	<input type="checkbox"/> 4- Ruim	7.6_____			
	<input type="checkbox"/> 5- Péssimo	7.7_____			
<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	7.8_____	
Acompanhamento Longitudinal	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.5	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.6	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.7	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.8	7.9_____
	<input type="checkbox"/> 2- Bom	7.10_____			
	<input type="checkbox"/> 3- Regular	7.11_____			
	<input type="checkbox"/> 4- Ruim	7.12_____			
	<input type="checkbox"/> 5- Péssimo	7.13_____			
<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	7.14_____	
Integralidade	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.9	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.10	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.11	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.12	7.15_____
	<input type="checkbox"/> 2- Bom	7.16_____			
	<input type="checkbox"/> 3- Regular				
	<input type="checkbox"/> 4- Ruim				
	<input type="checkbox"/> 5- Péssimo				
<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe		
Coordenação do Cuidado	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.13	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.14	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.15	<input type="checkbox"/> 1- Ótimo 7.16	
	<input type="checkbox"/> 2- Bom				
	<input type="checkbox"/> 3- Regular				
	<input type="checkbox"/> 4- Ruim				
	<input type="checkbox"/> 5- Péssimo				
<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe	<input type="checkbox"/> 99- Não sabe		
Atenção no primeiro contato: é a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema.					
Longitudinalidade ou acompanhamento longitudinal: é a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema.					
Integralidade: é a abordagem integral do indivíduo, da família e da comunidade na sua prática profissional.					
Coordenação do Cuidado: é a articulação realizada por você, enquanto profissional, entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam alinhados e voltados ao alcance do cuidado ao paciente, independentemente do local onde sejam prestados					
8. Na sua opinião, qual a melhor forma de contratação para os médicos da APS/ ESF?					8_____

<input type="checkbox"/> 1 - CLT - Celetista <input type="checkbox"/> 2 - Estatutário - Concurso Público <input type="checkbox"/> 3 - Programa Mais Médicos - PROVAB <input type="checkbox"/> 4 - Temporário - RPA <input type="checkbox"/> 5 - Outro 8.1. Qual? _____	8.1_____
8.2. Com relação ao item anterior (8), por que você considera a resposta acima a melhor forma de contratação? _____ _____ _____	8.2_____
9. Na sua opinião, qual a pior forma de contratação para os médicos da APS/ ESF? <input type="checkbox"/> 1 - CLT - Celetista <input type="checkbox"/> 2 - Estatutário - Concurso Público <input type="checkbox"/> 3 - Programa Mais Médicos - PROVAB <input type="checkbox"/> 4 - Temporário - RPA <input type="checkbox"/> 5 - Outro 9.1. Qual? _____	9_____ 9.1_____
9.2. Com relação ao item anterior (9), por que você considera a resposta acima a pior forma de contratação? _____ _____ _____	9.2_____
10. Você pensa que sua atual forma de contratação é, em alguns pontos, desvantajosa com relação a forma de contratação de outros colegas médicos atuantes na ESF com as mesmas atribuições e condições de trabalho que você? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	10_____
11. *Na sua percepção, que direitos / vantagens deveriam ser extensivos a todos que desempenham a mesma função: <input type="checkbox"/> 1- Isenção de Imposto de Renda <input type="checkbox"/> 2- Férias de 30 dias com adicional de 1 terço <input type="checkbox"/> 3- Décimo terceiro salário <input type="checkbox"/> 4- Isonomia salarial dos médicos contratados aos bolsistas (sejam residentes ou de programas de provimento) <input type="checkbox"/> 5- Mesmo empregador / contratante / vinculador <input type="checkbox"/> 6- Outros. 11.1. Quais: _____ <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica <input type="checkbox"/> 99- Não sabe * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	11_____ 11.1_____
12. Na sua opinião, o trabalho médico da ESF poderia ser melhor qualificado, se houvesse a possibilidade de incentivos adicionais? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	12_____
12.1. *Com relação ao item anterior (12), quais itens poderiam ser considerados como indicadores/fatores para incentivos adicionais? <input type="checkbox"/> 1- Melhora dos indicadores de saúde <input type="checkbox"/> 2- Número de pessoas componentes da área de adscrição <input type="checkbox"/> 3- Número de horas trabalhadas <input type="checkbox"/> 4- Realização de procedimentos especializados <input type="checkbox"/> 5- Número de procedimentos realizados <input type="checkbox"/> 6- Outros 12.2. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica <input type="checkbox"/> 99- Não sabe * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	12.1_____ 12.2_____
13. O regime de contratação de profissionais no SUS deve ser? <input type="checkbox"/> 1- Diferenciado para o médico em relação as outras categorias <input type="checkbox"/> 2- Diferenciado para as categorias assistenciais (categorias da saúde: Medicina, Enfermagem etc) <input type="checkbox"/> 3- Igual para todos (incluindo funcionários dos setores administrativos, limpeza, segurança etc) <input type="checkbox"/> 4- Outro: _____ <input type="checkbox"/> 99- Não sabe	13_____
13.1. Em relação ao item anterior (13), por favor, explique a sua resposta. _____ _____ _____ _____	13.1_____
14. Na sua opinião, quem deveria contratar médicos para atuar na ESF? <input type="checkbox"/> 1 – Prefeitura. <input type="checkbox"/> 2 – Estado. <input type="checkbox"/> 3 – União. <input type="checkbox"/> 4 – O Sistema Único de Saúde.	14_____ 14.1_____

<input type="checkbox"/> 5 – Estatais. <input type="checkbox"/> 6 – Organizações Sociais. <input type="checkbox"/> 7 – Outro. 14.1. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 99 – Não sabe		
15. Você faria serviços adicionais dentro do seu trabalho, mediante remuneração extra? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	15 _____	
15.1. Com relação ao item anterior (15), qual o porquê e em que condições ? _____ _____ _____ _____ _____ _____	15.1 _____	
16. Você é a favor da criação de um Único Quadro de Profissionais Efetivos para a ESF, através de um único Fundo de Pagamento de Servidores do SUS? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 99 - Não sabe	16 _____	
16.1. Qual o porquê com relação ao item anterior (16)? _____ _____ _____ _____ _____	16.1 _____	
16.2 Você é a favor do gerenciamento dos profissionais a nível local pelas secretarias municipais de saúde? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 99 - Não sabe	6.2 _____	
16.3. Qual o porquê com relação ao item anterior (16.2)? _____ _____ _____ _____	6.3 _____	
17. Possui plano de carreira para sua profissão? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 99 - Não sabe	7 _____	
PARTE 5 <u>ITINERÁRIO FORMATIVO</u>		
1. Em que ano concluiu a graduação em Medicina?: _____	1 _____	
2. Tipo de instituição onde concluiu a graduação: <input type="checkbox"/> 1- Pública <input type="checkbox"/> 2- Privada <input type="checkbox"/> 3 – Outras. 2.1. Qual? _____ Instituição: _____	2 _____ 2.1 _____	
3. Localização da instituição onde concluiu a graduação: Cidade: _____ <input type="checkbox"/> 1- Fortaleza <input type="checkbox"/> 2- No interior do estado do Ceará <input type="checkbox"/> 3- Na região nordeste, exceto Ceará <input type="checkbox"/> 4- Outros estados, exceto região Nordeste <input type="checkbox"/> 5- No exterior	3.1. Se você fez a graduação no exterior, seu diploma foi revalidado no Brasil? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica	3 _____ 3.1 _____
4. Você já concluiu especialização lato sensu? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não	4.1. *Se SIM , especifique qual: <input type="checkbox"/> 1 - Saúde da Família. <input type="checkbox"/> 2 - Saúde Pública. <input type="checkbox"/> 3- Auditoria Médica. <input type="checkbox"/> 4 - Medicina do Trabalho. <input type="checkbox"/> 5- Outro 4.2. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica * Esta questão pode ter mais de uma resposta.	4 _____ 4.1 _____ 4.2 _____
4.3 Você está cursando especialização lato sensu? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 – Não	4.4. *Se SIM , especifique qual: <input type="checkbox"/> 1 - Saúde da Família. <input type="checkbox"/> 2 - Saúde Pública. <input type="checkbox"/> 3 - Auditoria Médica. <input type="checkbox"/> 4 - Medicina do Trabalho. <input type="checkbox"/> 5 - Outro 4.5. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica	4.3 _____ 4.4 _____ 4.5 _____

	*Esta questão pode ter mais de uma resposta.	
5. Você concluiu Residência Médica? <input type="checkbox"/> 1- Sim, na área de Medicina de Família <input type="checkbox"/> 2- Sim, em outra área <input type="checkbox"/> 3- Não 5.1. Especifique suas áreas de residência concluídas (até duas incluindo Medicina de Família): _____		5_____
5.2. Você está cursando a Residência Médica? <input type="checkbox"/> 1- Sim, na área de Medicina de Família <input type="checkbox"/> 2- Sim, em outra área 5.3. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 3- Não		5.2_____
6. Você possui o título de especialista em medicina de família pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não		6_____
7. Você já concluiu ou está cursando mestrado? <input type="checkbox"/> 1- Sim  <input type="checkbox"/> 2- Não	7.1. *Se SIM , especifique qual: <input type="checkbox"/> 1- Mestrado Acadêmico em Saúde Pública <input type="checkbox"/> 2 - Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> 3 - Mestrado Acadêmico em Ciências Médicas <input type="checkbox"/> 4 - Mestrado Profissional em Saúde da Família <input type="checkbox"/> 5- Outro 7.2. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica *Esta questão pode ter mais de uma resposta.	7_____
8. Você cursou ou está cursando doutorado? <input type="checkbox"/> 1- Sim  <input type="checkbox"/> 2- Não	8.1. Se SIM , especifique qual: _____	8_____
9. Você trabalha em alguma outra instituição ou serviço de saúde? <input type="checkbox"/> 1 - Sim  <input type="checkbox"/> 2 - Não	9.1. *Se SIM , especifique onde: <input type="checkbox"/> 1 - Hospital - Setor emergência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital - Setor enfermagem <input type="checkbox"/> 3 - Hospital - Setor U.T.I. <input type="checkbox"/> 5 - SAMU <input type="checkbox"/> 6 - UPA <input type="checkbox"/> 5 - Instituição de Ensino <input type="checkbox"/> 6 - Consultório Privado <input type="checkbox"/> 7 - Outro 9.2. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88- Não se aplica *Esta questão pode ter mais de uma resposta.	9_____
9.3. Qual a sua carga horária semanal de trabalho, somando todos os serviços em que atua? _____ (tempo em horas)		9.3_____
10. Você atua como preceptor(a) de programa de residência ou internato na estratégia saúde da família? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não* *Se respondeu NÃO , pule para a questão 11		10_____
10.1. Você recebe algum incentivo para exercer o trabalho de preceptor(a)? <input type="checkbox"/> 1 - Sim  <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica	10.2. *Se SIM , por favor, especifique qual(is): <input type="checkbox"/> 1 - Financeiro <input type="checkbox"/> 2 - Oportunidades de Educação permanente <input type="checkbox"/> 3 - Certificação <input type="checkbox"/> 4 - Outro 10.3. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica *Esta questão pode ter mais de uma resposta.	0.1_____
11. Você atua como supervisor(a) do PROVAB ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		1. _____
12. Você atua como supervisor(a) do MAIS MÉDICOS ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		2_____
13. Quanto é, em média, a atual renda familiar em salários mínimos (SM)? _____ (quantidade de SM) <input type="checkbox"/> 77 – Prefiro não declarar		3_____

PARTE 6
COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL OU TRABALHO EM EQUIPE

<p>1. Em que medida os profissionais de sua equipe de Saúde da Família trabalham como equipe?</p> <p>() 1 - De forma alguma () 2 - Pouco () 3 - Razoavelmente () 4 - Muito () 5 - Completamente</p>	1 _____
<p>2. Em que medida você se sente engajado(a) no trabalho da equipe para atender bem a comunidade?</p> <p>() 1 - De forma alguma () 2 - Pouco () 3 - Razoavelmente () 4 - Muito () 5 - Completamente</p>	2 _____
<p>3. *Com que membros da equipe você colabora com mais frequência?</p> <p>() 1 - Enfermeiro () 2 - Técnico ou auxiliar de enfermagem () 3 - Dentista () 4 - Técnico e/ou auxiliar de saúde bucal () 5 - ACS () 6 - Pessoal administrativo () 7 - Profissionais do NASF () 10 - Outro 3.1. Qual? _____ () 8 - Não se aplica</p> <p>*Esta pergunta pode ter mais de uma resposta</p>	3 _____ 3.1 _____
<p>4. Em que medida os membros de sua equipe reconhecem o trabalho que você faz direcionado a população?</p> <p>() 1 - De forma alguma () 2 - Pouco () 3 - Razoavelmente () 4 - Muito () 5 - Completamente</p>	4 _____
<p>5. Os membros de sua equipe colaboram com você para resolver problemas que acontecem no trabalho?</p> <p>() 1 - De forma alguma () 2 - Pouco () 3 - Razoavelmente () 4 - Muito () 5 - Completamente</p>	5 _____
<p>6. Você quer fazer mais algum comentário sobre o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família?</p> <p>() 1- Sim (Escreva abaixo) () 2- Não</p>	6 _____
<p><u>OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR</u></p>	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) sr. (a)

Este é um convite para você participar da pesquisa “**CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**” de responsabilidade do pesquisador **Antonio Leonel de Lima Júnior e orientação da Professora Dra Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz- Unidade do Ceará**. Esta pesquisa tem o objetivo de investigar a percepção dos médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre as várias nuances envolvendo a contratação de profissionais médicos na Atenção Primária em Saúde. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) para participar da pesquisa por fazer parte do grupo de médicos lotados e em exercício na Estratégia de Saúde da Família. Sua participação é **voluntária**, pois a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão guardados em local seguro e somente o pesquisador e orientadora terão acesso aos mesmos. O Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **O Risco** de sua participação é mínimo. Considerando que você pode ficar constrangido com algumas perguntas, você pode não respondê-las ou desistir de participar da pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área do trabalho médico. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar, diretamente ao pesquisador responsável: **Antônio Leonel de Lima Júnior (Avenida Borges de Melo, nº 910, Aeroporto, Fortaleza-CE, e-mail: antleonel@hotmail.com)**. Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, situado à Avenida Santos Dumont, 5753 - 1303 - Torre Saúde, Fortaleza – CE.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em particular do estudo proposto, que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer constrangimento. O pesquisador esclareceu dúvidas que doram devidamente explicadas, não restando quaisquer questões a respeito da pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

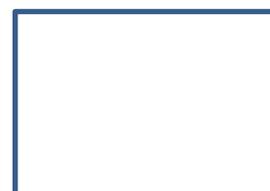
Nome: _____

UAPS _____ CORES _____

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2018.

Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante



ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS EM RELAÇÃO AS FORMAS DE CONTRATAÇÃO DESTA CATEGORIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ANTONIO LEONEL DE LIMA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86016418.7.0000.5684

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.622.745

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa submetido à qualificação no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Instituto Oswaldo Cruz. O presente estudo pretende investigar, no município de Fortaleza, a percepção dos médicos sobre as nuances das diversas formas de contratação desta categoria, afim de analisar as formas de vínculo que melhor proporcionam a atividade da ESF no município, tendo em vista o primeiro contato, o vínculo profissional-paciente, a longitudinalidade da atenção, e a coordenação do cuidado/integralidade.

O estudo será realizado em 2 etapas. A primeira delas consistirá de um estudo documental, analítico, com abordagem quantitativa, sobre as características relacionadas às formas de contratação de médicos para ESF nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) do Município de Fortaleza-CE com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através de uma avaliação detalhada de documentos da área relacionados ao tema (e.g., políticas públicas, portarias, normas, pareceres técnicos, relatórios). A segunda etapa da pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa de campo, transversal, descritiva, e com abordagem quantitativa. Esta será realizada através de aplicação de um questionário semiestruturado, que será aplicado aos profissionais médicos atuantes na ESF do município de Fortaleza com diferentes vínculos ao SUS.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190	CEP: 60.843-070
Bairro: Guajiru	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2767	Fax: (85)3195-2765
	E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.622.745

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar, sob a ótica do médico, as nuances entre as formas de contratação com foco na fixação do profissional médico na Atenção Primária em Saúde com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política de Recursos Humanos do SUS e dificuldades gerenciais apontadas pelos municípios.

Objetivo Secundário:

- Avaliar tempo de permanência dos médicos da ESF de acordo com o vínculo empregatício; Avaliar as mudanças nos mecanismos de contratação de médicos na ESF nos últimos anos;
 - Avaliar, sob a ótica do médico, os atributos de primeiro contato, vínculo profissional-paciente, longitudinalidade da atenção, e coordenação do cuidado/integralidade de acordo com o vínculo empregatício.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos participantes são mínimos, como possíveis constrangimentos, haja vista que os mesmos apenas responderão a uma entrevista, com todo o cuidado dos pesquisadores em prestar esclarecimentos da participação de caráter voluntário e a procura do local e horário mais conveniente para os mesmos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, serão assegurados, já que a realização da presente pesquisa contribuirá para a formulação de diagnósticos situacionais, avaliação e planejamento de políticas públicas voltadas a contratação de profissionais, na APS em consonância com os atributos essenciais e derivados da APS e princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador apresentou as modificações sugeridas na versão anterior do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados em anexo na Plataforma Brasil os seguintes documentos obrigatórios: Folha de Rosto; Carta de Anuência; Cronograma; Orçamento; Termo de Consentimento Livre Esclarecido; Instrumento de Coleta de Dados, Projeto Detalhado.

Foram ajustados:

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190	CEP: 60.843-070
Bairro: Guajiru	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2767	Fax: (85)3195-2765
	E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.622.745

- Pesquisador incluiu o TCLE.

Recomendações:

- Recomenda-se que ao término da pesquisa, o pesquisador realize a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil e para as Instituições participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram acatadas pelos pesquisadores e atendidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 CNS/MS e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer da relatoria quanto à aprovação do projeto de pesquisa, visto atender a apresentação dos documentos obrigatórios e seguir os preceitos éticos. A pesquisa deve ser desenvolvida mediante delineamento do protocolo aprovado, informando efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o fluxo das normas da pesquisa. Emendas ou modificações ao protocolo devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética. Ao término da pesquisa, enviar relatório final para as Instituições coparticipantes e CEP/ISGH.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1055205.pdf	09/04/2018 16:35:29		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	09/04/2018 16:31:00	ANTONIO LEONEL DE LIMA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/04/2018 16:20:22	ANTONIO LEONEL DE LIMA JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto__detalhado.pdf	09/04/2018 09:28:51	ANTONIO LEONEL DE LIMA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/02/2018 10:34:22	ANTONIO LEONEL DE LIMA JUNIOR	Aceito

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
Bairro: Guajiru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2767 **Fax:** (85)3195-2765 **E-mail:** cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.622.745

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

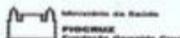
Não

FORTALEZA, 26 de Abril de 2018

Assinado por:
Jamille Soares Moreira Alves
(Coordenador)

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
Bairro: Guajiru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2767 **Fax:** (85)3195-2765 **E-mail:** cepisgh@gmail.com

ANEXO B – CÓPIA DA ATA ENTREGUE A SEAD



ATA DA SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO

Curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família		Instituição Associada Fiocruz – Polo Ceará
Ata da Sessão de Defesa do Trabalho de Conclusão do Mestrado do Mestrando ANTONIO LEONEL DE LIMA JUNIOR		
Realizada no Dia 02 de maio de 2019		
<p>Às 14:00 horas do dia 02 do mês de maio do ano de 2019, na sala de reuniões ampliadas no prédio de Gestão e Ensino da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/CE sob a presidência da Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer reuniu-se a banca examinadora para apreciação da dissertação de autoria de Antonio Leonel de Lima Junior, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, intitulado "A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS EM RELAÇÃO ÀS FORMAS DE CONTRATAÇÃO DESTA CATEGORIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA". A banca examinadora foi composta pelos professores doutores: Prof. Dr. Bruno Souza Benevides (Membro Externo), Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Membro Interno). Concluída a apresentação do projeto pelo mestrando foram realizadas as arguições feitas e acatadas. Em seguida procedeu-se o julgamento pela banca examinadora, tendo sido a dissertação APROVADA. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada, e eu Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Presidente da Banca Examinadora, lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, foi assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.</p>		
Banca de examinadores:	Instituição	Assinatura
Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer	FIOCRUZ	
Dr. Bruno Souza Benevides	UNICHRISTUS	
Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	FIOCRUZ	
Sugestões da Banca:		
<i>Revisão de português e das referências bibliográficas.</i>		

Eusébio, 02 de maio de 2019.

Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
 Presidente da Banca Examinadora

Rua São José, s/nº, Precabura – CEP: 61.760-000 Eusébio – CE
 Tel.: (85) 3215 6450