

# Força de trabalho em saúde na APS em MRR: provisão e formação

- Reunião da Pesquisa APS MRR  
12 e 13 julho/2022 – Rio de Janeiro

- Cassiano Mendes Franco
- Faculdade de Medicina UFRJ
- Doutorado em Saúde Pública ENSP/Fiocruz

# FTS no mundo atual

• Transição demográfica epidemiológica nutricional

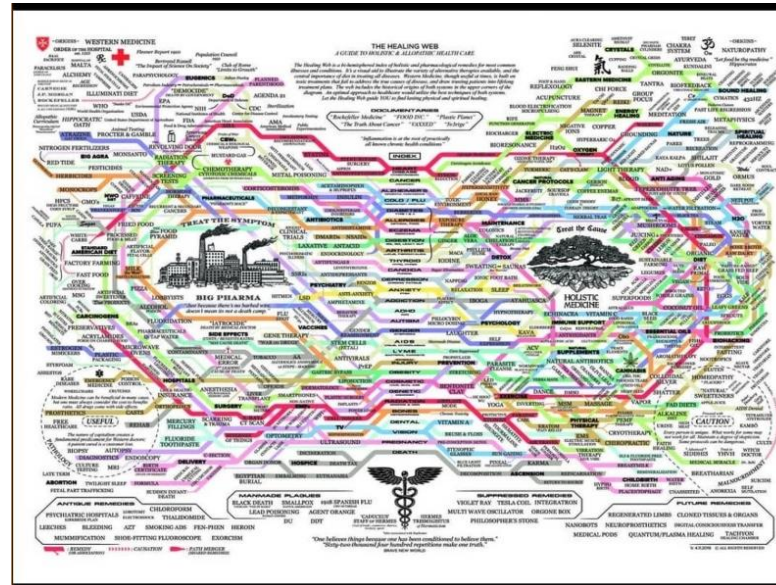
Circulação de pessoas e mercadorias

Migração de profissionais

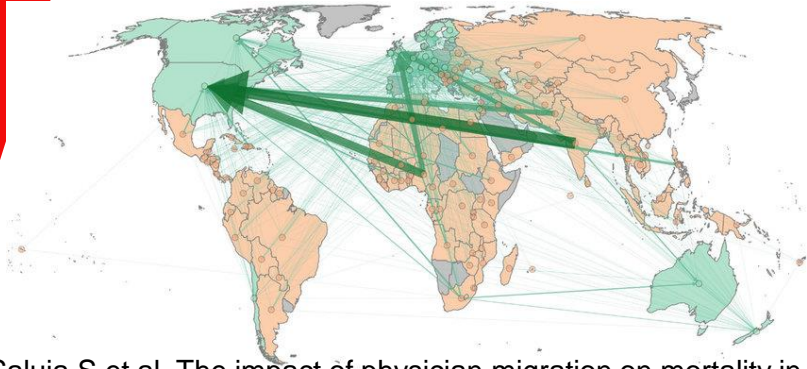
Novas tecnologias

Novos modelos assistenciais

Aumento da necessidade de trabalhadores qualificados



# FTS no mundo atual



Saluja S et al. The impact of physician migration on mortality in low and middle-income countries: an economic modelling study. *BMJ Global Health*: e001535. 2020



# FTS no mundo atual

De acordo com a OMS (2021), enquanto metade da população mundial vive em zonas rurais, os enfermeiros que atuam neste ambiente não correspondem a 35% do total e os médicos nem a 25%.

Até 2050, 1/3 das pessoas ainda irão residir em áreas rurais. Neste sentido, a OMS recomenda a ruralização sustentada da FTS paralelamente à tendência de urbanização.

Regular a força de trabalho em saúde de modo eficiente tem representado um desafio global. O movimento migratório de médicos, segundo Rovere (2015), costuma seguir uma lógica de decisão “orientada pelo mercado”, em oposição a uma lógica “orientada pelas políticas”.

# Atração e fixação da FTS em áreas rurais e remotas

Figura 2.3 Factors related to decisions to relocate to, stay in, and leave a rural area

21



**Personal**  
Rural background (origin), family ties, values, altruism, stage of career cycle

**Financial aspects**  
Benefits, allowances, salaries, payment system

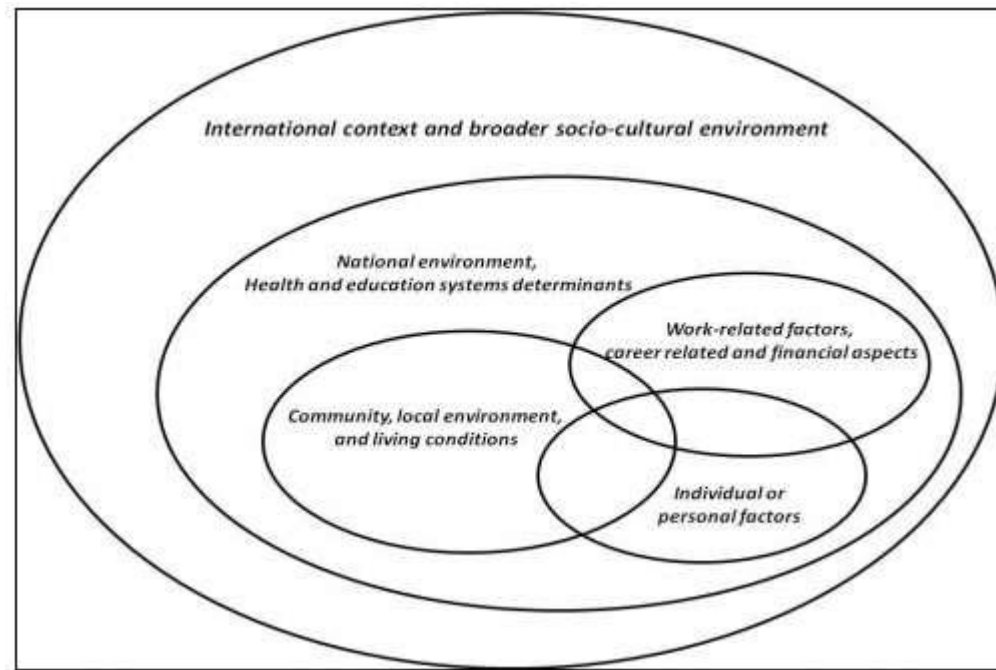
**Working and living conditions**  
Infrastructure, working environment, safety, access to technology or medicines, housing conditions, availability of supportive supervision, workload, and stress

**Mandatory service**  
Whether obligated to serve there

**Career and education related**  
Rural training and exposure, access to continuing education opportunities, supervision, professional development courses or workshops, senior posts in rural areas

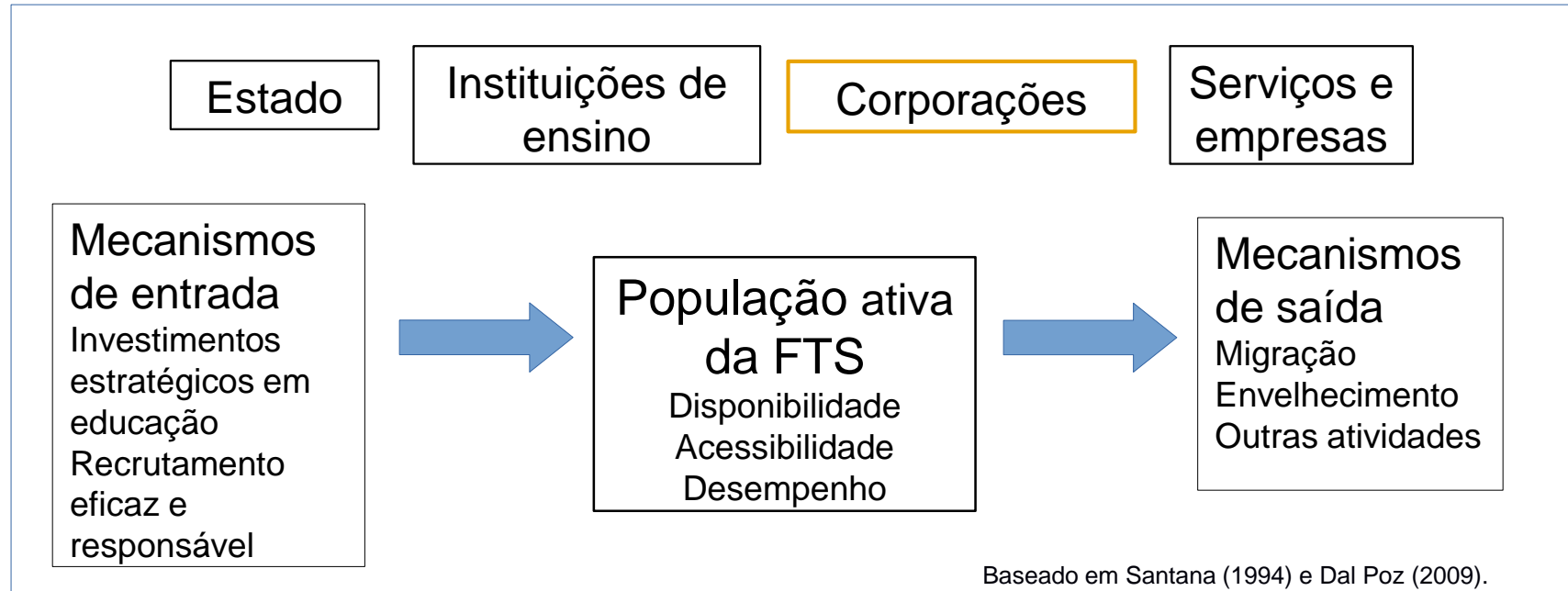
**Family and community**  
Provision of schooling for children, employment for spouse, sense of community spirit, community facilities available, standing within community, recognition of role

Source: adapted from 2010 Global Policy Recommendations (9).



Fatores que influenciam a atração e fixação da força de trabalho em saúde. Fonte: Araújo e Maeda, 2013, p. 11

# Mercado de trabalho em saúde



Interesses da categoria médica não são dispersos. A corporação, historicamente, organiza-se de forma poderosa, atuando como monopólio da prestação de serviços para fazer frente ao estabelecimento, por parte do Estado, de novos modelos de atenção à saúde. Há, portanto, um intuito de manter a suboferta, com controle de mecanismos de regulação da FTS e pressão por sistemas de saúde baseados no exercício liberal da profissão (Rovere, 2015, Immergut, 1992).

## Recommendations

† Good practice statement for the development, attraction, recruitment and retention of health workers in rural and remote areas:

† Interventions should be interconnected, bundled and tailored to the local context.

† Policy recommendations for the development, attraction, recruitment and retention of health workers in rural and remote areas are as follows.

### Education

**1. WHO recommends using targeted admission policies to enrol students with a rural background in health worker education programmes**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – moderate
-------------------------------------	----------------------------------

**2. WHO suggests locating health education facilities closer to rural areas**

Strength of recommendation – conditional	Certainty of evidence – low
--	-----------------------------

**3. WHO recommends exposing students of a wide array of health worker disciplines to rural and remote communities and rural clinical practices**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

**4. WHO recommends including rural health topics in health worker education**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

**5. WHO recommends designing and enabling access to continuing education and professional development programmes that meet the needs of rural health workers to support their retention in rural areas**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

### Regulation

**6. WHO suggests introducing and regulating enhanced scopes of practice for health workers in rural and remote areas**

Strength of recommendation – conditional	Certainty of evidence – low
--	-----------------------------

**7. WHO suggests introducing different types of health workers for rural practice to meet the needs of communities based on people-centred service delivery models**

Strength of recommendation – conditional	Certainty of evidence – low
--	-----------------------------

**8. WHO acknowledges that many Member States have compulsory service agreements. When compulsory service in rural and remote areas exists, WHO suggests that it must respect the rights of health workers and be accompanied with fair, transparent and equitable management, support and incentives**

Strength of recommendation – conditional	Certainty of evidence – low
--	-----------------------------

**9. WHO suggests providing scholarships, bursaries or other education subsidies to health workers with agreements for return of service**

Strength of recommendation – conditional	Certainty of evidence – low
--	-----------------------------

## Incentives

**10. WHO recommends employing a package of fiscally sustainable financial and non-financial incentives for health workers practising in rural and remote areas**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

## Support

**11. WHO recommends investing in rural infrastructure and services to ensure decent living conditions for health workers and their families**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

**12. WHO recommends ensuring a safe and secure working environment for health workers in rural and remote areas**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

**13. WHO recommends providing decent work that respects the fundamental rights of health workers**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

**14. WHO suggests identifying and implementing appropriate health workforce support networks for health workers in rural and remote areas**

Strength of recommendation – conditional	Certainty of evidence – low
--	-----------------------------

**15. WHO recommends a policy of having career development and advancement programmes, and career pathways for health workers in rural and remote areas**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – low
-------------------------------------	-----------------------------

**16. WHO suggests supporting the development of networks, associations and journals for health workers in rural and remote areas**

Strength of recommendation – conditional	Certainty of evidence – low
--	-----------------------------

**17. WHO recommends adopting social recognition measures at all levels for health workers in rural and remote areas**

Strength of recommendation – strong	Certainty of evidence – very low
-------------------------------------	----------------------------------

REVISÃO

## Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura

Cassiano Mendes Franco, Juliana Gagno Lima, Lúgia Giovanella

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00310520>

### Fatores de atração e fixação da força de trabalho em saúde

Notou-se uma intensa complexidade envolvida na atração e fixação da força de trabalho em saúde com fatores múltiplos e emaranhados, alguns específicos de cada contexto. Em linhas gerais, questões geográficas, de educação, de regulação do mercado de trabalho e de suporte pessoal foram continuamente reiteradas para força de trabalho em saúde em ambientes rurais <sup>60,61,62</sup>.



# Geografia / território

- Principal fator para atração/fixação de FTS, associando distribuição desfavorável à distância dos centros urbanos
- Entre as principais discussões para a organização dos serviços estava como garantir oferta ampliada e adequada às necessidades com FTS sustentável.
  - - Serviços móveis, migratórios ou de extensão, com uma base central - “modelos de extensão” (*outreach models*). → Trabalho comunitário/ limitação de alcance
  - - Serviços “rotativos” (*discrete services*) - enfatizavam retenção de GP’s por meio de condições atrativas, ainda que com rotatividade dos profissionais, mas com continuidade assegurada por universidades ou governo local, fluxo geralmente possível em comunidades de maior densidade.
  - - Serviços integrados e integrais – comunidades mais distantes e rarefeitas
  - - Horário estendido, “*hub and spoke*”, “*fly-in-fly-out*”



# Educação

- Práticas generalistas e habilidades específicas para contexto rural.
- Enfermeiros exercem rol amplo de práticas em assistência, gestão e educação, porém, sofrem reiteradas restrições pela baixa compreensão de seu papel
- Ampliação do escopo de práticas por meio de delegação de tarefas (“*task-shifting*”)
- Necessidade de formação e educação permanente → aperfeiçoar e ampliar competências para prática rural, inclusive aspectos interpessoais/interculturalidade (\*PICS)
- Origem local dos estudantes e trabalhadores recrutados tende à maior retenção da FTS, mas requer apoio financeiro e pedagógico
- Exposição dos estudantes em cenários rurais, discussão de questões rurais ao longo da sua formação ou localização das instituições de ensino nestes cenários foram relacionadas a maior fixação dos profissionais.

# Regulação e gestão do trabalho em saúde

- Carreira na saúde rural, com formação específica
- Aspectos financeiros – incentivos de bolsas, benefícios e salários mais altos como estratégias para suprir FTS em áreas rurais. Falta de atração/fixação associada a melhores salários em regiões urbanas, maior expectativa de renda com avanço da urbanização, menores possibilidades de pagamento da população rural.
- Peso importante do setor público no mercado de trabalho em saúde
- Atuação em áreas rurais x urbanas variável de acordo com forças do mercado e das políticas
- Estratégias de regulação: médicos estrangeiros restritos a áreas rurais, estímulos ou compulsoriedade de serviços para recém-formados, tempo mínimo de atuação em saúde rural como pré-requisito para especializações
- Preocupação recorrente sobre custos para saúde rural, destacadamente para FTS

# Condições de trabalho e suporte

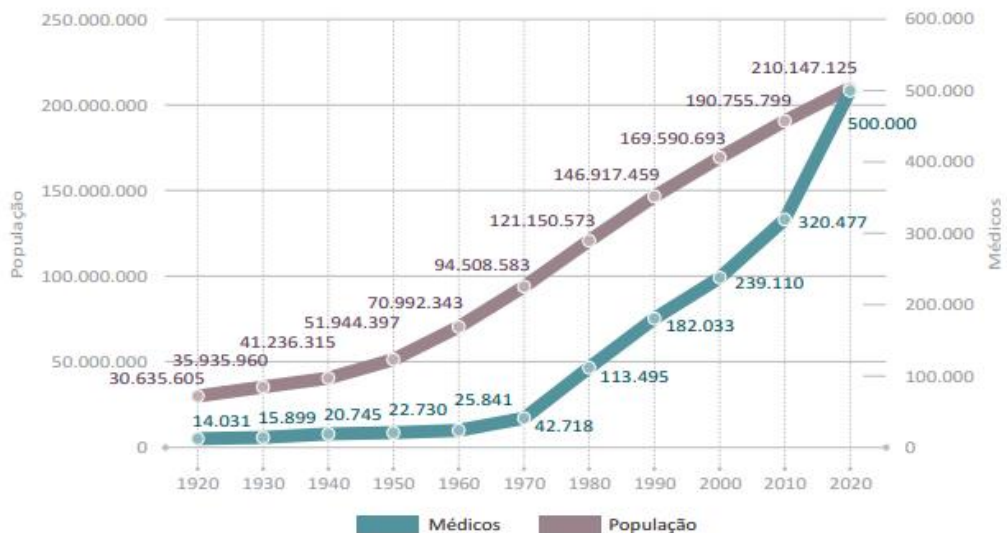
- Insuficiência de estruturas e insumos → Dificulta atração/fixação de profissionais qualificados. Maior inserção de ONGs.
- Apoio pessoal e familiar - condições de vida no contexto rural, como moradia, escolas e desenvolvimento acadêmico-profissional, além de relações afetivas são condicionantes. Exemplos de incentivos: tempo-limite para atividades em territórios afastados, incentivo financeiro personalizado e suporte psicológico
- Relações complexas com as comunidades rurais em questões como privacidade, confidencialidade, percepções sobre visibilidade e reputação do profissional e qualidades atribuídas aos territórios de atuação
- Eventualmente há suplantação de questões geográficas, como o maior apelo de localidades costeiras e outras comodidades → valores e significados relacionados ao território. O valor dado à contribuição para a comunidade, os sentimentos e relações com os lugares influenciam desejo de permanecer ou sair → vínculo
- Desvalorização da imagem do médico rural

# Contexto nacional

- Interiorização da FTS - questão antiga
- SUS → universalidade, integralidade, descentralização
- Ideal reforma sanitária x reformas neoliberais
- ESF/ expansão APS x políticas de formação, heterogeneidade
- Autorregulação da corporação médica
- Ex.: 2012 – médicos estrangeiros EUA, AUS, RU >20%. BR 1,8%
- Políticas de FTS fragmentadas, desregulação x centralização normativa, mix público-privado predatório, baixa interferência no modelo assistencial

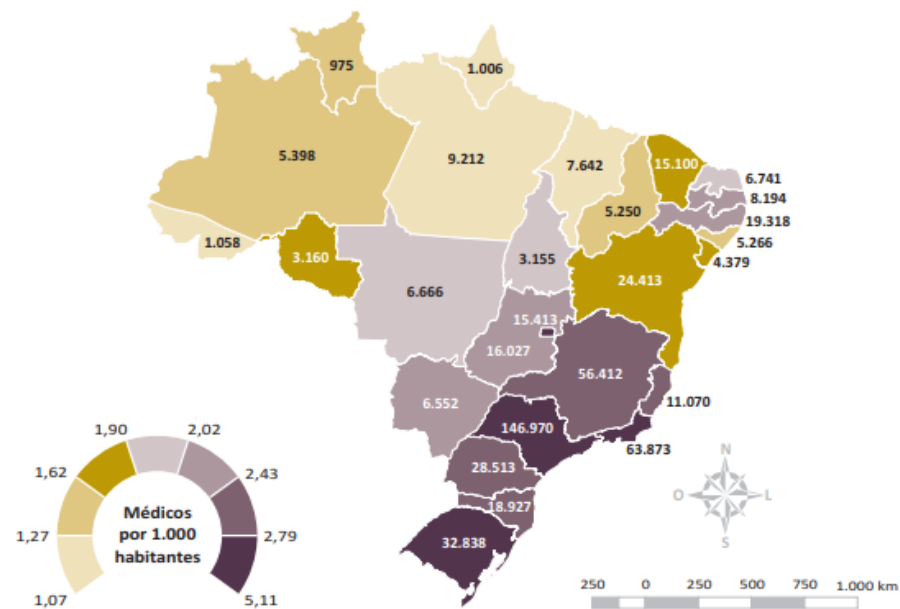


### Evolução do número de médicos e da população entre 1920 e 2020 – Brasil, 2020

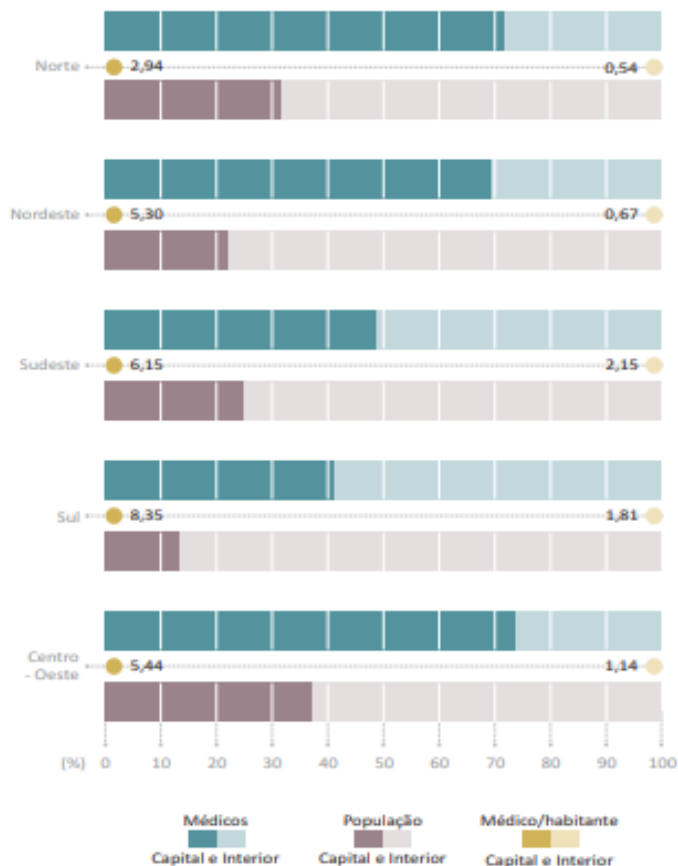


**Nota:** nesta análise foi usado o número de médicos (Indivíduos). Nas publicações anteriores da *Demografia Médica no Brasil*, a contagem de registros de médicos foi utilizada como uma aproximação da contagem de indivíduos. **População:** estimativas de população do IBGE. **Fonte:** Scheffer M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*.

### Distribuição de médicos segundo unidades da Federação e faixas de densidade por mil habitantes – Brasil, 2020



### Distribuição de médicos segundo capitais, municípios do interior e grandes regiões – Brasil, 2020



**Nota:** nesta análise foi usado o número de registros de médicos (inscrições nos CRMs) e 0,41% desses registros estavam sem endereço ou com endereço desatualizado. **Fonte:** Scheffer M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*.

### Distribuição de médicos e razão médico por mil habitantes segundo estratos populacionais de municípios – Brasil, 2020

População por município	Nº de municípios	Nº de médicos	População do estrato	Razão
Até 5 mil	1.253	1.557	4.210.078	0,37
5 a 10 mil	1.199	3.269	8.543.409	0,38
10 a 20 mil	1.345	9.051	19.230.768	0,47
20 a 50 mil	1.100	26.533	33.514.126	0,79
50 a 100 mil	349	32.508	23.947.839	1,36
100 a 500 mil	276	123.038	54.188.335	2,27
+ 500 mil	48	325.490	66.512.570	4,89
<b>Total</b>	<b>5.570</b>	<b>521.446</b>	<b>210.147.125</b>	<b>2,48</b>

**Nota:** nesta análise foi usado o número de registros de médicos (inscrições nos CRMs), e 0,41% desses registros estavam sem endereço ou com endereço desatualizado. **Fonte:** Scheffer M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*.

### Distribuição de médicos e razão médico por mil habitantes segundo municípios estratificados por níveis de urbanidade – Brasil, 2020

Caracterização do município	Nº de municípios	Nº de médicos	População do estrato	Razão
Rural dentro de RM	839	5.023	9.220.495	0,54
Rural fora de RM	3.520	26.123	43.963.838	0,59
Rurbano dentro de RM	384	15.679	14.993.539	1,05
Rurbano fora de RM	503	26.093	21.268.348	1,23
Urbano dentro de RM	201	376.573	97.752.707	3,85
Urbano fora de RM	123	71.955	22.948.198	3,14
<b>Total</b>	<b>5.570</b>	<b>521.446</b>	<b>210.147.125</b>	<b>2,48</b>

**Nota:** nesta análise foi usado o número de registros de médicos (inscrições nos CRMs), e 0,41% desses registros estavam sem endereço ou com endereço desatualizado. **Fonte:** Scheffer M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*.

# Programa Mais Médicos - (in)conclusões





# Programa Mais Médicos

## Ampliação e Melhoria da Infraestrutura

### Formação para o SUS

Ampliação da Oferta  
na Graduação e  
Residência Médica

Mudança no Eixo dos  
Locais de Formação

Reorientação  
da Formação

### Provimento Emergencial Projeto Mais Médicos para o Brasil

Editais de Chamadas  
Nacional e  
Internacional  
Cooperação  
Internacional

# Programa Mais Médicos - (in)conclusões

- Inovação em abrangência e envergadura da proposta
- Eixo da formação, considerado estruturante, avançou no aumento de vagas de graduação e mudanças curriculares, porém manteve concentração de escolas médicas com substantiva privatização do ensino médico
- Beneficiou 73% dos municípios, 70% das eqSF ribeirinhas e fluviais, todos os 34 DSEIs
- +18.000 médicos até 2015, maioria (60%) cubanos. Brasileiros aumentaram participação a partir de incentivos em provas de residência, FIES e consolidação do PMM, com mais estabilidade financeira e benefícios que vínculos com os municípios em geral
- Cubanos – destaque na atuação comunitária, contato humanizado, expertise na APS. Controvérsias em relação às diferenças de pgto da bolsa. Rejeição conservadora à relação Brasil-Cuba
- Brasileiros – mais jovens, em geral recém-formados, 20x mais propensos à desistência

# Programa Mais Médicos - (in)conclusões

- nov/2018 – retirada de 8500 médicos cubanos, após avanço conservador
- 2019 – Programa Médicos pelo Brasil, junto a uma série de reformas para APS neoseletiva:
- PNAB 2017 – perda da prioridade à ESF, prescindibilidade de ACS, flexibilização para CH parcial
- Saúde na hora – CH 10 horas, centralidade no cuidado individual com prejuízo da longitudinalidade
- Previne Brasil – fim do incentivo ao NASF
- Casaps – reforço de modelo biomédico
- Mais saúde – pediatras e G/Os na ESF
- Prevê apenas provisão, com contratação de médicos CRM via ADAPS em suposta carreira com CLT, mas não se sabe critérios de progressão nem ao certo número de vagas.
- Primeiro edital somente em 2022 – 4600 vagas: 600 tutores (com CLT), 4000 médicos bolsistas. Convocados apenas 529 médicos até abril/22, com pouca transparência.
- Encolhimento de vagas de provisão do governo federal após PMB
- PMB – 1911 municípios, 26 DSEIs / PMM – 4058 municípios, 34 DSEIs
- PMM ainda possui cerca de 14000 médicos e foi fundamental para assistência no SUS durante a pandemia, reinserindo mais de 1000 cubanos que permaneceram no Brasil.

# Pesquisa APS em MRR – Caracterização da FTS

- Capítulo de livro:
- *Força de trabalho em saúde em municípios rurais remotos: desafios e estratégias para atração e fixação de profissionais na Atenção Primária à Saúde*
- Patty Fidelis de Almeida, Cassiano Mendes Franco, Aline Gonçalves Pereira, Lígia Giovanella
- → Gestores municipais (25 secretários municipais de saúde e 26 coordenadores de atenção básica)
  
- Artigo submetido à C&SC:
- *Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?*
- Cassiano Mendes Franco, Lígia Giovanella, Aylene Bousquat
- → Médicos da ESF (46)
  
- Abrangência: 27 MRR selecionados da pesquisa, nos territórios Norte Minas, Semiárido, Matopiba, Norte Águas, Norte Estradas e Vetor Centro-Oeste, realizada em 2019

# Composição das equipes

- Em geral, os médicos atuavam em UBS com apenas uma equipe de ESF, em sua composição mínima
- Técnico de enfermagem para referência e suporte contínuo em pontos de apoio nos territórios
- ACS – informações imprecisas a partir dos médicos. Algumas equipes com grande número de ACS
- Profissionais de saúde bucal compunham a relação da maior parte das equipes
- NASF, com três ou quatro profissionais, citado em 35 entrevistas. Dificuldades no apoio a todo território, principalmente no interior
- Além desses integrantes da ESF, vigias, porteiros e motoristas tinham papel notório no atendimento às urgências nas comunidades, após fim do expediente. Motoristas se destacaram mais ainda pela relevância de importantes e demorados deslocamentos nos MRR

# Vínculos de trabalho e salários

- Vínculos laborais diversos, inclusive, em um mesmo município
- Médicos - predominou bolsa formação do PMM. Outros: contrato por tempo determinado, autônomo/PJ. Votorantim - Centro-Oeste – servidores estatutários. Vínculos adicionais à ESF comuns entre médicos CRM.
- Relatos de gestores que concurso público não era efetivo para atrair médicos: salários pouco atraentes, expectativa baixa de permanência, com preferência dos médicos por autonomia e flexibilidade, para buscarem novos e múltiplos empregos
- Enfermeiros - contratos por tempo determinado e vínculo estatutário. ACS e técnicos de enfermagem - vínculos estatutários
- Salários muito variados e discrepantes – ex.: 40 mil reais para 15 dias para médicos no Norte Águas. Enfermeiros, dentistas e NASF: 2-3 mil reais
- Acordos para minimizar a disputa predatória por médicos - Norte Minas: salário padrão para ESF (em torno de 12 mil). Votorantim - Centro-Oeste e Norte Minas - não recrutar profissionais atuantes em outros municípios.
- Lei de Responsabilidade Fiscal como impeditivo - gastos já alcançavam o teto municipal, além da situação fiscal desfavorável, impedindo maiores salários → PMM atenuava exigências de salário conforme mercado

# Vínculos de trabalho e salários

Território	Médicos	Enfermeiros	Salários mínimos e máximos em reais
Norte Águas	Bolsa- formação PMM e contrato por tempo determinado	Contratos por tempo determinado e estatutários	E: 2 a 8 mil M: 6 a 40 mil
Norte Estradas	Bolsa- formação PMM e contrato por tempo determinado	CLT e estatutário	E: 3,2 mil M: 14 a 16 mil
Matopiba	Bolsa- formação PMM, contrato por tempo determinado, estatutário e autônomo	Contrato por tempo determinado, estatutário e CLT	E: Sem informação M: 18 mil
Semiárido	Bolsa- formação PMM, contrato por tempo determinado e via cooperativa	Contrato por tempo determinado, via cooperativa e estatutário	E: de 1,8 a 3 mil M: de 9,5 a 15 mil
Norte MG	Bolsa formação PMM, contrato por tempo determinado e autônomo	Contrato por tempo determinado e estatutário	E: de 2 a 2,5 mil M: 12 mil
Vetor Centro Oeste	Bolsa formação PMM, estatutário e contrato por tempo determinado	Estatutário, CLT e contrato por tempo determinado	M: 15 a 17 mil

# Carga horária

- Acordos sobre dias de trabalho e autonomia sobre horário mostraram-se generalizados entre os médicos. Em geral, médicos PMM (32h), enfermeiras e técnicos de enfermagem cumpriam a carga horária integral na ESF. Médicos contratados - relativamente comum somente dois dias por semana e presença irregular
- Embora vínculos fossem formalmente de 40 horas, admitia-se acordos com determinadas categorias ou para quem atuasse nos interiores.
- Ex.: Escala em três dias consecutivos, mantendo pelo menos um profissional durante toda a semana. Médicos 40 horas, mas carga horária real de 20 horas. Rodízio para atuação nas UBS e plantões nos pequenos hospitais. Médicos PMM cobrindo ausência de médicos contratados por município. Enfermeiros e dentistas 40 horas alternando entre si duas semanas ao mês na UBS.
- Médicos com mais tempo de atuação e qualificações variadas obtinham vantagens, considerando maior volume de atendimento e redução de encaminhamentos, alinhando questões pessoais e familiares desses profissionais
- Arranjos organizacionais territoriais tinham alta flexibilidade, sem lograr, no entanto, fixação nas equipes
- Necessidade de flexibilidade relacionada a dificuldades de percurso do trabalho, assédio em horário de pausa, sobrecarga, agenda voltada para demanda espontânea e plantões no município ou região



# Condições de trabalho

- Estrutura física das UBS, em geral, adequada
- UBS públicas, com um caso no Vetor Centro Oeste de construção e manutenção por entidade filantrópica
- Reforma, ampliação ou construção, atribuídos ao Requalifica-UBS, até 2014. Nos anos mais recentes, recursos de emendas parlamentares para melhoria da infraestrutura
- Consenso dificuldades municipais para manutenção e conservação das unidades. Frequentes problemas para o abastecimento de insumos, medicamentos e coleta de material para exames nas UBS
- Para atuação em UBS rurais havia alguma oferta de transporte para profissionais, desde caminhonetes, carros com tração, embarcações do tipo voadeiras, lanchas, barcos. Custos altíssimos aos municípios, não previstos no financiamento federal da APS, com motoristas, combustível e manutenção dos veículos
- Telessaúde com uso residual - insuficiente informatização, problemas de acesso à internet, ausência de capacitação dos profissionais e gerentes/gestores para a telessaúde

# Formação e educação permanente

- Educação permanente a partir de iniciativas esporádicas, principalmente por enfermeiros ou pelo coordenador da AB
- Ações com universidades eram casuais. Maior proporção pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Dois municípios de Matopiba com apoio de empresa privada especializada em saúde pública.
- Entre os obstáculos: falta de recursos financeiros, insuficiência de pessoal qualificado e longas distâncias
  
- Em geral, ações de integração ensino-serviço careciam de institucionalidade, eram episódicas e descontinuadas.
- Norte Minas e Semiárido – N/I.
- Norte Estradas e Águas – parcerias com universidades para estágios de graduação, residência, internato e voluntariado. Contudo, dificuldades para manutenção e convênios sofriam interrupções.
- Vetor Centro Oeste - um município com campo de estágio para alunos de medicina da Bolívia, sem continuidade, e previsão de recebimento de estudantes do curso técnico de enfermagem, o que já acontecia em municípios de Matopiba.
  
- Segundo gestores, a interiorização da oferta de graduação contribuiu para a fixação de profissionais, com estudantes da região que retornavam aos municípios de origem. O mesmo ainda não havia sido observado em relação aos médicos. Gestores demonstram priorizar contratar profissionais moradores do município e região quando disponível.
  
- Médicos com maior qualificação e tempo de atuação referiam atrair usuários de outras equipes devido capacidade resolutiva

# Problemas de atração e fixação da FTS

- Insuficiência de profissionais para atender ao volume de demandas e para acesso no território mencionada por gestores e médicos em todas as áreas da pesquisa
- Quase todos os médicos identificavam vacância em outras equipes. Para gestores, a maioria das equipes encontrava-se completa
- Expressiva parte dos profissionais atuava há pouco tempo: maioria dos médicos entrevistados (68,6%) atuava na equipe há menos de um ano e 84% até 2 anos. 68% dos enfermeiros tinha até 2 anos de atuação
- A rotatividade considerada um problema somente para médicos. Rotatividade de enfermeiras não considerada um problema, pois tinham grande disponibilidade na região. Pareceu estar sujeita a mudanças no governo municipal, além de transferência entre equipes
- Fatores: opções limitadas de lazer e de infraestrutura urbana. Incidiam mais fortemente na retenção de médicos. Exigência de altos salários para médicos, distância da família e da capital do estado, dificuldades para acessibilidade às áreas rurais e influência política foram fatores também mencionados
- Consenso que problemas de atração e fixação eram maiores para os interiores

Tempo de atuação	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
<b>Norte Águas</b>				
<1 ano	12	70,5	4	33,3
1 a 2 anos	2	11,7	6	50,0
3 a 5 anos	3	17,6	1	8,3
6 anos e mais	-	-	1	8,3
<b>Norte Estrada</b>				
<1 ano	4	100	4	-
1 a 2 anos	-	-	-	57,1
3 a 5 anos	-	-	1	14,2
6 anos e mais	-	-	2	28,5
<b>Norte de Minas</b>				
<1 ano	6	100	3	50,0
1 a 2 anos	-	-	1	16,6
3 a 5 anos	-	-	-	-
6 anos e mais	-	-	2	33,3

<b>Matopiba</b>				
<1 ano	7	53,8	2	16,6
1 a 2 anos	5	38,4	6	50,0
3 a 5 anos	-	-	2	16,6
6 anos e mais	1	8,0	2	16,6
<b>Semiárido</b>				
<1 ano	4	66,6	-	-
1 a 2 anos	-	-	4	66,6
3 a 5 anos	1	16,6	1	16,6
6 anos e mais	1	16,6	1	16,6
<b>Vetor Centro Oeste</b>				
< 1 ano	1	20,0	1	25,0
1 a 2 anos	2	40,0	1	25,0
3 a 5 anos	-	-	1	25,0
6 anos e mais	2	40,0	1	25,0

Todos os territórios				
<1 ano	34	66,6	14	29,7
1 a 2 anos	9	17,6	18	38,2
3 a 5 anos	4	7,8	6	12,7
6 anos e mais	4	7,8	9	19,1
Total	51	100	47	100

# PMM em MRR

- A presença de médicos do PMM mencionada em todos os territórios. Dos médicos entrevistados, apenas Vetor Centro Oeste sem PMM
- Grande maioria (78%) dos 323 MRR foi contemplada com o programa, com importante redução em 2019 com a saída dos médicos cubanos. Após, aumentou a ocupação das vagas por brasileiros formados no exterior, sem CRM, destacadamente graduados na Bolívia
- Perfil de cubanos e brasileiros com efeitos sobre as práticas – ex.: atuação no território
- Saída dos médicos cubanos provocou crise de desassistência por quatro a seis meses

# PMM em MRR

Territórios	Presença de médicos PMM Set 2015		Presença de médicos PMM Nov 2018		Total de MRR por território
	n	%	n	%	
Matopiba	60	65,2	37	40,2	92
Norte de Minas	18	81,8	10	45,5	22
Norte Águas	44	97,8	23	51,5	45
Norte Estradas	26	92,9	14	50,0	28
Semiárido	34	81,0	20	47,6	42
Vetor Centro-Oeste	64	76,2	44	52,4	84
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>78,0</b>	<b>152</b>	<b>47,1</b>	<b>*323</b>

# PMM em MRR

- Gestores sinalizaram menor rotatividade, ampliação e melhoria na oferta de ações/serviços, principalmente nos interiores
- Médicos distinguiam PMM pela regulação: cumprimento de carga horária, prestação de contas sobre produção, especialização em SF, supervisão e exclusividade à ESF para aqueles sem CRM → principal forma de sustentar atenção médica em MRR, sobretudo interiores
- Supervisão propiciou educação permanente e apoio aos médicos, eventualmente estendendo-se às equipes e gestores
- Efeitos positivos mesmo para municípios que não aderiram, na medida em que aumentou a disponibilidade de médicos, diminuiu disputas predatórias e estabeleceu relações menos assimétricas e subordinadas a profissionais escassos. Gestores enfáticos sobre necessidade do PMM para suprir médicos em MRR.
- Médicos citavam estabilidade financeira, menor sujeição às mudanças governamentais e benefícios como horário para estudo, apoio de supervisão, incentivos pecuniários e previdenciários, além de oportunidade para início de carreira

# Arranjos frente à escassez da FTS

- Territorialização – concentração na sede; fragilização de vínculos a partir de território adscrito; rodízio entre UBS/equipes; UBS no interior com funcionamento restrito
- Múltiplos vínculos – contratação para atuação nos pequenos hospitais e centros de saúde 24 horas; proximidade a municípios maiores na região facilitava atração de médicos e atuação em variados serviços, inclusive privados; falsa coordenação da atenção; poder médico na oferta de serviços e reforço a modelo hospitalocêntrico
- Carga horária – turnos corridos; adicional por horário extra e sobreaviso; alternância e escala de profissionais; dias e horários de atendimento flexíveis, sobretudo nos interiores
- Suporte pessoal – custeio/disponibilização de moradia e alimentação, oferta de meios de locomoção, diárias para educação permanente, salários acima do mercado para médicos, preferência de emprego para profissionais provenientes da região
- Com exceção das UBS fluviais e equipes ribeirinhas, não há elementos de financiamento ou de modelo que aprofunde acesso para as áreas mais remotas. Os arranjos que existem, com todas as limitações, são de iniciativa municipal, tendendo a processo de trabalho em modelo assistencial fragmentado e restrito



# Proposições

- Uma política específica para a FTS em MRR deve combinar políticas amplas, dos níveis nacional ao local e exige a regulação do mercado de trabalho em saúde.
- A pesquisa corrobora importância de programas federais de provisão de profissionais na ESF. O PMM prova ser estratégia abrangente e bem-sucedida, que deve ser reforçada e desenvolvida, em vez de desmontada com o Programa Médicos pelo Brasil.
- Compreender FTS como parte de arranjos diferenciados da ESF para MRR.
- Incrementar disponibilidade de médicos, garantindo oferta para APS sem competir com pequenos hospitais e centros de pronto-atendimento e mantendo regulação para boas práticas, incluir provisão de enfermeiros e dentistas, diminuir rotatividade e sustentar ações itinerantes das equipes.
- Fundamental participação da esfera estadual sobre a gestão da FTS, desde a formação até a provisão e fixação dos profissionais na rede regionalizada e integrada das regiões de saúde.

# Proposições

- Possibilidade de equipes expandidas, com profissionais ora em atuação fixa, ora em atuação itinerante, destacando estreita articulação e responsabilidade conjunta pelo cuidado integral no território, sem prejudicar atendimento nas UBS.
- Modelos: ESF fluvial e ribeirinha, DSEI, Consultório na Rua, *hub and spoke*, *fly-in/fly-out*
- A flexibilidade de horário e compensação pelos deslocamentos precisam ser formalizadas nas condições de trabalho, de modo a não perder de vista suas finalidades.
- Garantia de condições adequadas de trabalho, incluindo manutenção e abastecimento das UBS e destacadamente a oferta de transporte
- Assegurar condições e incentivos ao uso extensivo e intensivo de TICs, de modo complementar/adjuntivo ao fortalecimento do cuidado interpessoal e contextualizado, evitando artifícios privados
- Incorporar motoristas e pilotos de embarcações como membros das equipes
- Presença de técnicos de enfermagem nos pontos de apoio no interior foi relevante estratégia

# Proposições

- Carreira nacional para trabalhadores do SUS, com vínculos estáveis e públicos, remuneração adequada e área específica para a saúde rural.
- Admitir recrutamento de médicos de outros países em áreas de difícil atração, respeitando equidade entre países e favorecendo intercâmbio
- Reforçar investimentos para a formação e regulamentação de práticas avançadas da enfermagem e dos ACS, especialmente para atuação em MRR, com respectivo reconhecimento profissional e financeiro.
- Fortalecer o trabalho interprofissional, retomando incentivo ao NASF e expansão da atuação nos interiores.
- Estratégias com incentivos claros para expansão das residências em Saúde da Família Comunidade: multiprofissional, MFC, EFC, com programas de práticas rurais

# Proposições

- Componentes curriculares na graduação, internato rural e residência direcionados às populações do campo, floresta e águas
- Interiorização do ensino universitário nas áreas da saúde
- Apoio financeiro e pedagógico para acesso e retenção de estudantes de áreas rurais
- Integração ensino-serviço institucionalizada
- Programas de educação permanente com supervisão e articulação com instituições de ensino
- Incentivar intercâmbio em redes de profissionais e desenvolvimento acadêmico
- Aplicar medidas de apoio pessoal e familiar, como garantia a boas condições de moradia, educação e lazer
- Reforçar ativamente reconhecimento das práticas na APS e na saúde rural