

## **Simpósio**

**Atenção Primária à  
Saúde em Municípios  
Rurais Remotos**

02 e 03 de junho de 2023

# Gestão do trabalho e da educação na saúde

Cassiano Mendes Franco  
Faculdade de Medicina UFRJ  
Pós-doutorado ENSP/Fiocruz

# FTS no mundo atual

**Transição  
demográfica  
epidemiológica  
nutricional**

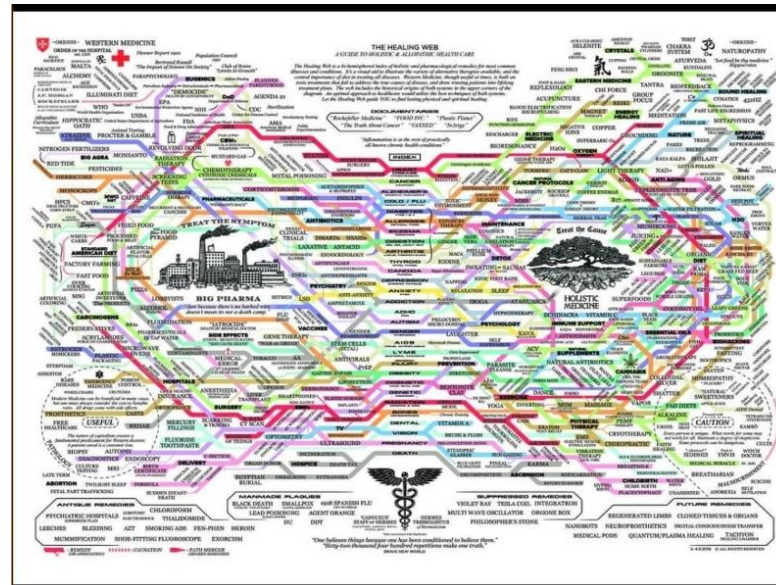
**Circulação de  
pessoas e  
mercadorias**

**Migração de  
profissionais**

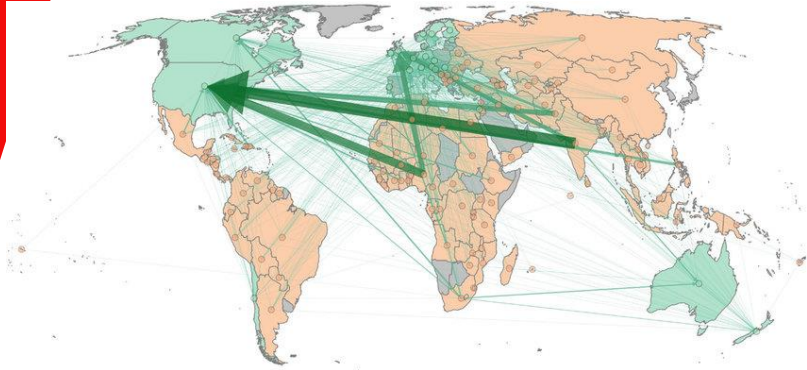
**Novas  
tecnologias**

**Novos  
modelos  
assistenciais**

Aumento da necessidade de trabalhadores qualificados



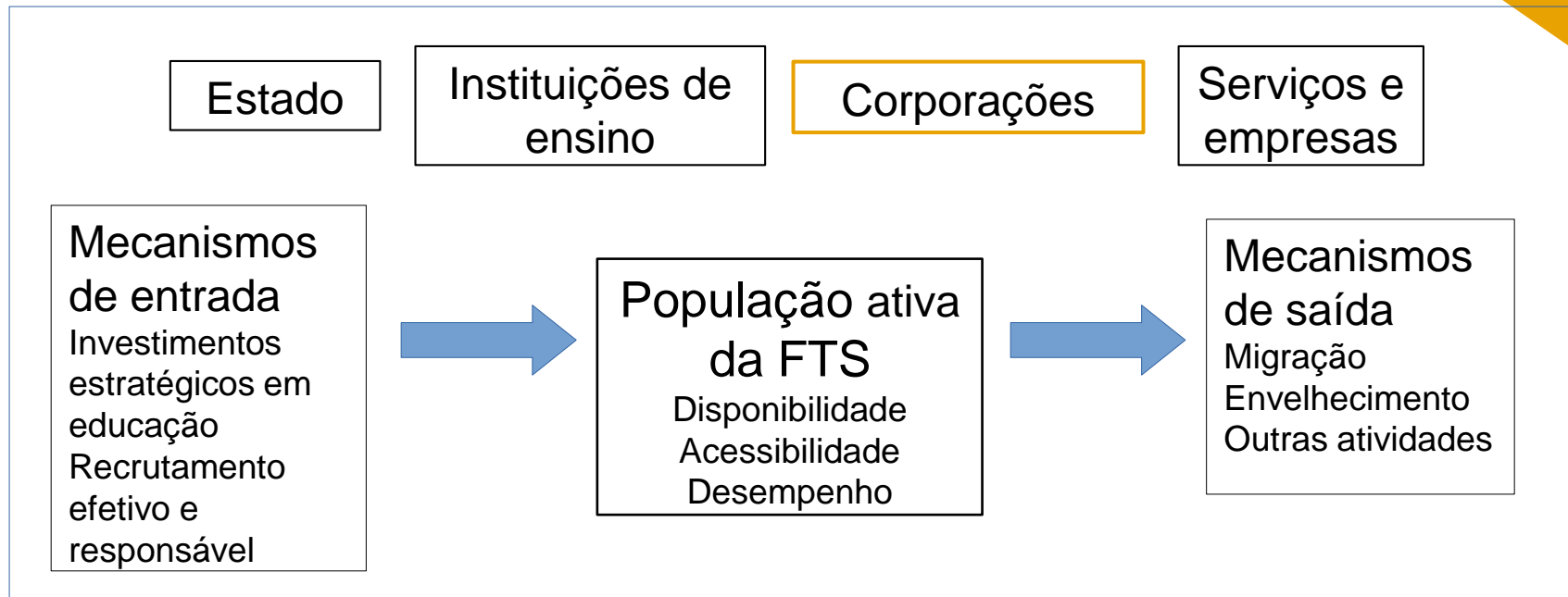
# FTS no mundo atual



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



# Mercado de trabalho em saúde

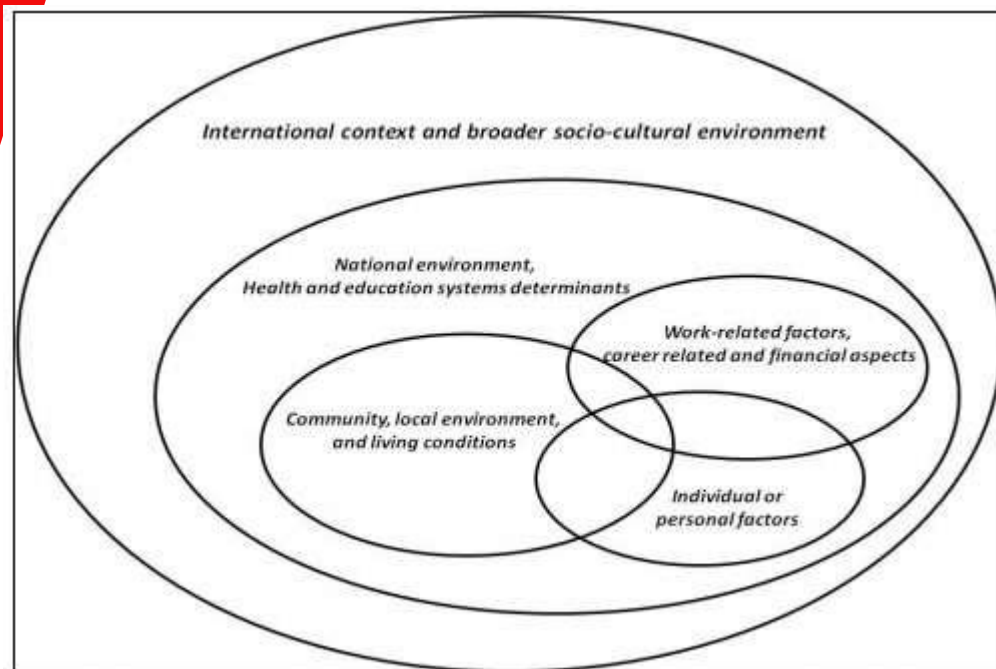


- Categoria médica historicamente se organiza em corporação, com poder a partir do monopólio da prestação de serviços.
- Intuito de manter suboferta e controle de mecanismos de regulação da FTS
- Embates com novos modelos de atenção por parte do Estado e pressão por sistemas de saúde baseados no exercício liberal da profissão.

Fontes:

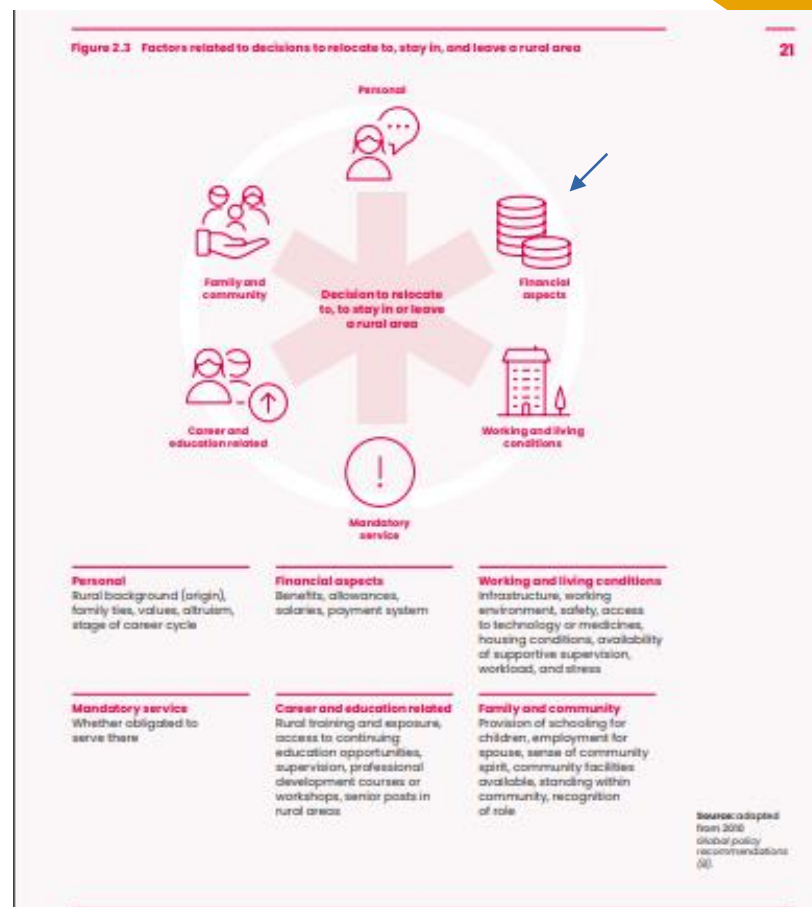
Dal Poz MR et al.. Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde. Genebra: OMS, 2009.  
Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. Interface, 19(54): 635-636, 2015.

# Atração e fixação da FTS em áreas rurais e remotas



Fatores que influenciam a atração e fixação da força de trabalho em saúde.

Fonte: Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health Workers in rural and remote areas in developing countries. Washington: Banco Mundial, 2013, p. 11



Fonte: WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Genebra: OMS, 2021

# Atração e fixação da FTS em áreas rurais e remotas

Recomendações da OMS (2021):

- Eixos: educação, regulação, incentivos e suporte
- Intervenções devem ser interconectadas, combinadas e ajustadas ao contexto



## 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**

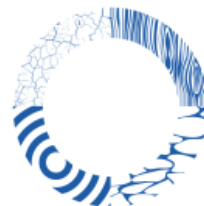
Strength of recommendation – strong

Certainty of evidence – very low

# Atração e fixação da FTS em áreas rurais e remotas

Literatura internacional – aspectos ligados a:

- Geografia/território
- Educação/formação
- Regulação/gestão do mercado de trabalho
- Suporte pessoal/condições de trabalho



**APS EM MRR**

Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos no Brasil

**CSP** CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA  
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

REVISÃO  
REVIEW

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

Primary healthcare in rural areas: access,  
organization, and health workforce in an  
integrative literature review

Atención primaria en salud en áreas rurales:  
acceso, organización y fuerza de trabajo en  
salud en una revisión integral de la literatura

*Cassiano Mendes Franco <sup>1,2</sup>  
Juliana Gagno Lima <sup>2,3</sup>  
Ligia Giovanella <sup>2</sup>*

doi: 10.1590/0102-311X00310520

# Geografia/território

- Principal fator → distribuição FTS x distância dos centros urbanos
- Organização dos serviços a partir do contexto geográfico/território
  - Modelos de extensão (itinerantes/migratórios) – base central, *hub and spoke*, *fly-in-fly-out*
  - Serviços “rotativos” (*discrete services*)
  - Serviços integrados/integrais/ampliados



# Educação/formação



- Práticas generalistas e habilidades específicas para contexto rural
- Rol amplo de práticas da enfermagem, porém restrito pela baixa compreensão de seu papel
- Práticas avançadas (“*task-shifting*”) – enfermagem, agentes comunitários
- Formação e educação permanente → competências para prática rural, aspectos interpessoais, interculturalidade (\*PICS)
- Origem local dos estudantes/trabalhadores
- Inclusão da ruralidade na formação

# Regulação/gestão do trabalho em saúde

- Atuação em áreas rurais x urbanas variável de acordo com forças do mercado e das políticas
- Falta de atração/fixação: melhores salários nas grandes cidades, aumento da urbanização → maior expectativa de renda, menores possibilidades de pagamento da população rural
- Carreira na saúde rural, com formação específica
- Peso importante do setor público no mercado de trabalho em saúde
- Incentivos de bolsas, benefícios e salários mais altos
- Mecanismos de entrada/saída:

Importação FTS, estímulos/compulsoriedade a recém-formados, pré-requisito para especializações

- Preocupação sobre custos para saúde rural - destaque para FTS

# Suporte/condições de trabalho

- Insuficiência de estruturas e insumos → menos profissionais qualificados. Maior inserção de ONGs
  - Imagem desvalorizada da atuação em cenário rural
  - Relações complexas – privacidade, confidencialidade, visibilidade/reputação, qualidades atribuídas aos territórios
  - Eventualmente há suplantação de questões geográficas - ex.: maior apelo de localidades costeiras e outras comodidades
- valores/significados do território x desejo de permanecer ou sair → vínculo: valor dado à contribuição para a comunidade, sentimentos e relações com os lugares
- Apoio pessoal e familiar - condições de vida no contexto rural (moradia, escolas, etc.), desenvolvimento acadêmico-profissional, relações afetivas
  - Incentivos: tempo-limite para atividades em territórios afastados, incentivo financeiro personalizado, suporte psicológico

# Contexto nacional

- Pré-SUS, SUS, Pós-88

- Histórico:

políticas de FTS fragmentadas

ciclos desregulação x centralização normativa

mix público-privado predatório

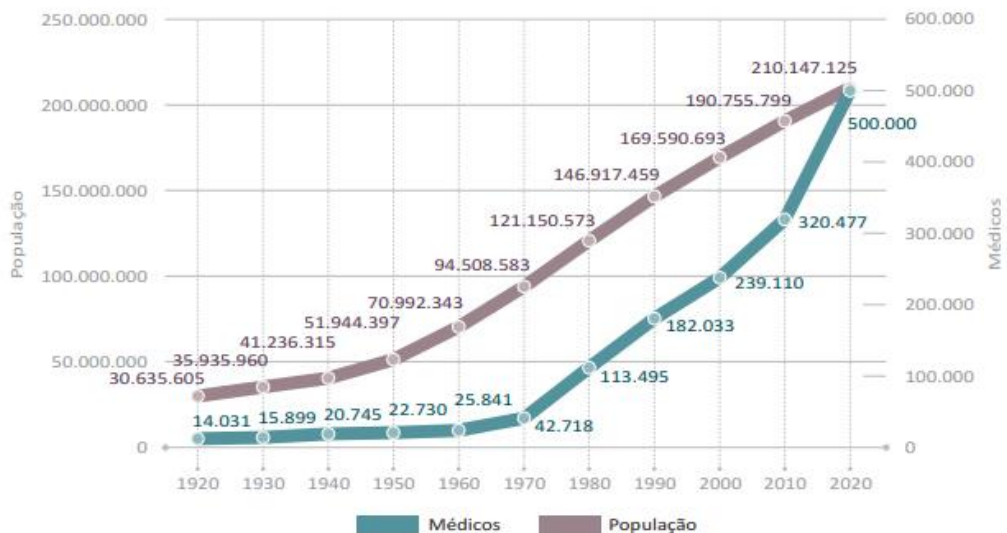
baixa interferência no modelo assistencial

- Autorregulação da corporação médica

Ex.: 2012 – médicos estrangeiros EUA, AUS, RU >20%. BR 1,8%

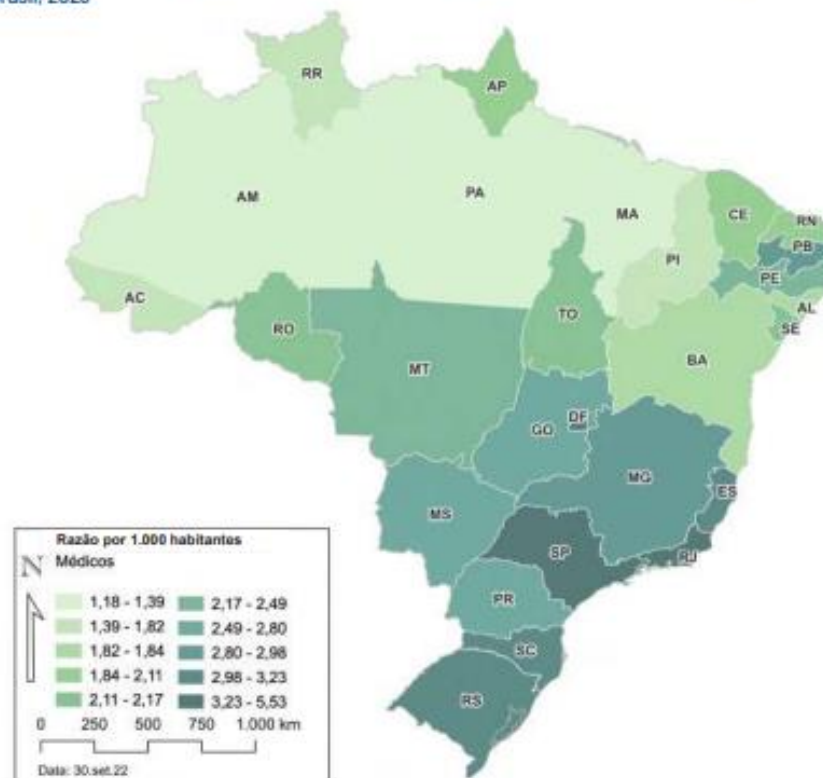


### Evolução do número de médicos e da população entre 1920 e 2020 – Brasil, 2020



**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*.

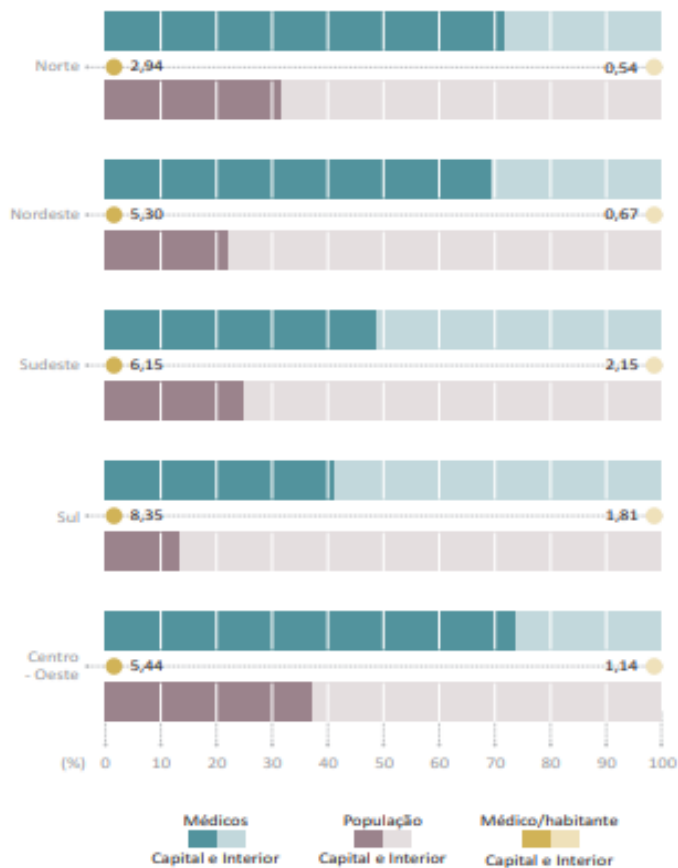
### Razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo unidades da Federação, em 2022 | Brasil, 2023



► Fonte: Scheffer M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2023*



### 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*.

## “INTERIORIZAÇÃO” DE MÉDICOS?

NAS 49 CIDADES COM MAIS DE 500 MIL HABITANTES

32% DA POPULAÇÃO

62% DOS MÉDICOS

EM 4.890 MUNICÍPIOS COM MENOS DE 50 MIL HABITANTES

31% DA POPULAÇÃO

8% DOS MÉDICOS

Fonte: DIB/2022

Apresentação integrada e estado: Demografia Médica no Brasil (FMUSP/MS/OPAS/AMB. Coord. Maria Scheffer (FMUSP))

### 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

## 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

- Inovação na abrangência e envergadura da proposta
- Eixo formação (estruturante) avançou no aumento de vagas de graduação e mudanças curriculares, porém manteve concentração de escolas médicas com substantiva privatização do ensino
- Beneficiou 73% dos municípios, 70% das eqSF ribeirinhas e fluviais, todos os 34 DSEIs
- >18.000 médicos até 2015, maioria (60%) cubanos
- Maior participação de brasileiros → incentivos (provas de residência, FIES) e consolidação do PMM, oferecendo muitas vezes mais estabilidade financeira e benefícios que vínculos com os municípios
- Cubanos x brasileiros



CIT, 2ª. Reunião ordinária. 16 fev 2023. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=czVRrCRtZ4>  
Netto JJM et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa.

Rev Panam Salud Publica 2018, 4:e2

Imagem: Araquém Alcântara

Fontes:

# Programa Mais Médicos – Programa Médicos pelo Brasil

- Nov/2018 – retirada de 8500 médicos cubanos, após eleição Bolsonaro
- 2019 – Programa Médicos pelo Brasil, junto a uma série de reformas de APS neoseletiva
- Apenas provisão e médicos CRM, via ADAPS. Primeiro edital em 2022 - 7500 vagas, 5400 preenchidas
- Encolhimento de vagas de provisão do governo federal (2014: 18.240 → 2022: 12.132)

Cobertura população (dez/22): >46 milhões (21,8% pop. brasileira) – PMM: 30 milhões x PMB – 16 milhões

- Governo Lula 2023
  - coexistência (concorrência?) PMM e PMB em políticas separadas
  - retomada/fortalecimento do PMM

# FTS na pesquisa APS em MRR

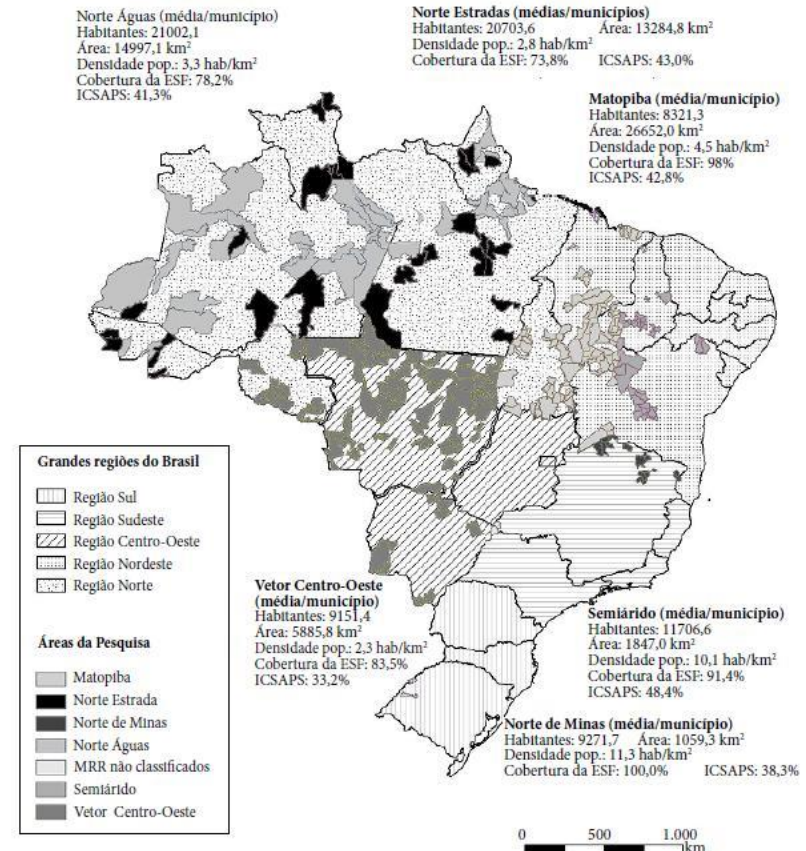
- Artigos e capítulo de livro
- Foco na categoria médica
- Áreas da pesquisa:

Norte Minas, Semiárido, Matopiba, Norte Águas, Norte Estradas e Vetor Centro-Oeste

- Amostra de 27 MRR
- UBS sede e interior
- Fontes primárias:

Gestores municipais (51) e médicos da ESF (46)

- Ano da pesquisa de campo: 2019



# FTS na APS em MRR - composição das equipes

- Em geral, 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 pela maioria dos médicos. Dificuldades no apoio a todo território, principalmente no interior
- Destaque a motoristas – importância dos deslocamentos em demorados percursos

# FTS na APS em MRR - vínculos de trabalho e salários

Território	Médicos	Enfermeiros	Salários mínimos e máximos em reais
Norte Águas	Bolsa- formação PMM Contrato temporário	Contrato temporário Estatutário	E: 2 a 8 mil M: 6 a 40 mil
Norte Estradas	Bolsa- formação PMM Contrato temporário	CLT Estatutário	E: 3,2 mil M: 14 a 16 mil
Matopiba	Bolsa- formação PMM Contrato temporário Estatutário Autônomo	Contrato temporário Estatutário CLT	E: 2 a 3 mil M: 18 mil
Semiárido	Bolsa- formação PMM Contrato temporário Cooperativa	Contrato temporário Cooperativa Estatutário	E: de 1,8 a 3 mil M: de 9,5 a 15 mil
Norte MG	Bolsa formação PMM Contrato temporário Autônomo	Contrato temporário Estatutário	E: de 2 a 2,5 mil M: 12 mil
Vetor Centro Oeste	Bolsa formação PMM Estatutário Contrato temporário	Estatutário CLT Contrato temporário	M: 15 a 17 mil

- Expedientes de contratação diversos
- Vínculos/empregos adicionais à ESF comuns entre médicos CRM
- Segundo gestores, regime estatutário pouco efetivo para médicos
- Situação fiscal desfavorável, impedindo maiores salários → importância PMM
- Acordos entre municípios para minimizar a disputa predatória por médicos

# FTS na APS em MRR – carga horária

- Diferença sede (assistência permanente) x interior (expediente limitado)
- Vínculos formais: 40h/sem, porém acordos disseminados – interiores; médicos, às vezes outras categorias. Médicos com relativa autonomia no horário de trabalho
- Médicos mais experientes e com qualificações variadas → mais atendimentos, menos encaminhamentos → vantagens, alinhando questões pessoais e familiares
- Arranjos organizacionais com alta flexibilidade, contudo, sem fixação nas equipes
- Carga horária dos médicos - demanda espontânea, volume variável de atendimentos (acesso)
- Flexibilidade relacionada a: dificuldades de percurso, demanda espontânea, sobrecarga, assédio em horário de pausa, plantões/outros vínculos



# FTS na APS em MRR – condições de trabalho

- UBS - públicas, estrutura adequada em geral, centralizadas. Interiores – maiores deficiências
- Reforma/ampliação/construção → Requalifica-UBS, até 2014. Anos mais recentes → emendas parlamentares (melhorias). Consenso: dificuldades municipais para manutenção
- Insumos, medicamentos e exames – centralização e abastecimento irregular. Interiores e região amazônica mais desfavorecidos → prejuízos à integralidade da atenção e desvalorização da APS
- Procedimentos → sede (em geral), pequenos hospitais
- Transporte para atuação no território: especificidades próprias, elevados custos. Gastos assumidos majoritariamente apenas pelos municípios
- Telessaúde residual – problemas de informatização, conectividade, capacitação dos profissionais e gestores

# FTS na APS em MRR – formação/educação permanente

- Gestores: interiorização da graduação → maior fixação de profissionais (exceto médicos). Prioridade aos “filhos da terra”
- Maioria dos médicos - atuação muito recente, recém-formada, maior parte fora do país, sobretudo Bolívia
- Médicos mais experientes – ao longo da trajetória - habilidades clínicas, cirurgias, partos - centralizavam demandas, aumentavam vínculo, capital político
- Formação especializada - excepcionalidade, porém com destaque por múltiplas formações
- Ações de integração ensino-serviço – pouca institucionalidade, episódicas, descontinuadas
- Educação permanente - oferta variável, iniciativa dos estados ou universidades, apoio da gestão municipal, locais distantes. PMM com diferencial
- Educação à distância - principal forma de qualificação, iniciativa própria, possibilidades de prestação privada

# FTS na APS em MRR – formação/educação permanente

- Pouco desenvolvimento dos médicos na abordagem psicossocial

Fragilidades em: ações coletivas, saúde mental, abordagem familiar, abordagem centrada na pessoa/ comunicação clínica, competência cultural, intersetorialidade, participação social, planejamento e vigilância à saúde

- Necessidade de assistência a problemas agudos - dores e traumas por atividades rurais/deslocamento; quadros clínicos agravados por falhas na vigilância, adesão e acesso; urgências pela distância a polos das RAS
- Desafios na adaptação sociocultural (isolamento, privacidade, modos de vida, direitos sociais)
- Fortes posições discriminatórias – rural oposto à “civilização”
- “Desterro” - atuar em MRR e APS como um “não-lugar”, territorialidade no exercício da profissão
- PMM: perfil médicos cubanos x brasileiros

# PMM em MRR

- Maior parte dos 323 MRR com PMM
- Saída dos médicos cubanos 2019 →

Crise de desassistência 4-6 meses,  
reocupação das vagas por brasileiros  
intercambistas (Bolívia)

Territórios	Médicos PMM Set 2015		Médicos PMM Nov 2018		Total de MRR
	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: menor rotatividade, ampliação e melhoria na oferta de ações/serviços, principalmente interiores. Enfáticos sobre continuidade do PMM
- Efeitos positivos mesmo para municípios que não aderiram → aumentou disponibilidade de médicos, diminuiu disputas predatórias e estabeleceu relações menos assimétricas
- Médicos: estabilidade financeira, menor sujeição às mudanças governamentais, oportunidade para início de carreira, benefícios - horário para estudo, apoio de supervisão, incentivos pecuniários e previdenciários
- Regulação das práticas: cumprimento de carga horária, prestação de contas sobre produção, especialização em SF, supervisão
- Destaque a médicos sem CRM, com exclusividade à ESF
- Supervisão - educação permanente e apoio aos médicos, eventualmente também às equipes e gestores

# FTS na APS em MRR – problemas de atração/fixação

- Consenso: insuficiência de profissionais x volume de demandas e acesso no território. Maior déficit nos interiores
- Gestores: maioria das equipes completa. Médicos: quase todos identificavam vacância
- Maioria dos profissionais entrevistados com curta atuação na equipe: médicos 84% <2 anos, enfermeiros 68% <2 anos
- Rotatividade reconhecida somente para médicos, não para enfermeiros
- Fatores mencionados por gestores: opções limitadas de lazer e de infraestrutura urbana, distância da família e da capital do estado, remuneração, dificuldades para acessibilidade às áreas rurais e influência política

Tempo de atuação	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
<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

# Transversalidades

- Concentração de serviços na sede municipal, acesso desvinculado da adscrição
- Extensa variação na gestão local da FTS (turnos corridos, sobreaviso/hora extra, alternância/escala de profissionais, horários flexíveis, rodízio entre UBS/equipes, UBS no interior com funcionamento restrito)
- Salários elevados e múltiplos vínculos dos médicos com pequenos hospitais/centros de saúde 24 horas
- Além da formação biomédica, com baixa aptidão para atuação comunitária, a escassez de médicos em MRR determinava prática mais voltada para atendimento individual, centrado na doença e menos territorializada
- Com exceção da ESFF e ESFR, não há modelo que aprofunde acesso para as áreas mais remotas. Arranjos existentes são de iniciativa municipal, tendendo a processo de trabalho fragmentado e restrito
- Modelo organizativo com centralidade do atendimento médico na UBS da sede municipal e desafios do acompanhamento da população nos interiores (longos percursos, transporte inadequado, folgas de trabalho, etc.) mantêm restrição ao consultório

# Proposições – modelo organizativo ESF MRR

- Territorialização – desconcentração das equipas/UBS nos territórios dos MRR, participação social e coerência aos fluxos do território, transporte, extensão adequada
- Instalações/recursos – regularidade nos insumos, exames e medicamentos, TIC, unidades satélites, veículos
- Composição das equipas – relevância dos ACS, técnicos enfermagem e enfermeiros em maior quantidade (unidades satélites/pontos de apoio, gestão, práticas avançadas), expandir atuação Nasf (atual e-multi), inclusão dos condutores de veículos como membros da equipa
- Agenda – demanda espontânea e programada, individual/familiar/coletiva, UBS e território, ações itinerantes (ex.: hub-spoke, FIFO) com intervalos curtos, carga horária flexível, possível alternância de equipas desde que com estreita integração
- Financiamento diferenciado, relativizando a economia de escala em prol do acesso com equidade. Rever limites orçamentários (LRF, EC95)



# Proposições – política de provimento: provimento/educação permanente

- Política de provimento específica para territórios rurais remotos, dentro de projeto nacional mais amplo para todas as categorias da FTS
- Incentivos aos estudantes e trabalhadores de origem local
- Ações estratégicas em nível de graduação: escolas/faculdades rurais, vivências em MRR, conteúdo de saúde rural no currículo
- Pós-graduação → residências: componente-chave, em especial Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade, multiprofissionais. Outras especializações para as RAS. Produção de pesquisa
- Educação permanente crucial → adequação à realidade socio sanitária, reconstrução crítica do saber fazer/ser no rural remoto. Cursos e supervisões clínico-pedagógicas com centralidade das TIC. Matriciamento
- Esforços *para e com* os profissionais de MRR, com sentido de decolonização/ecologia dos saberes

# Proposições – política de provimento: carreira/regulação/incentivos

- Plano de carreira para profissionais no SUS, com vínculo forte e público, com especial consideração a territórios rurais remotos
- Arranjo interfederativo na implantação das carreiras, possivelmente a partir das regiões
- Áreas rurais remotas demandam contínua política de provisão, tanto a serviços de APS quanto a demais pontos da rede, com estratégica participação da instância estadual/regional
- Benefícios para estimular a atração e fixação de profissionais em MRR, medidas de apoio pessoal e familiar, como garantia a boas condições de moradia, educação e lazer
- Incentivar intercâmbio em redes de profissionais e desenvolvimento acadêmico, reforçar ativamente reconhecimento das práticas na APS e na saúde rural
- Integração das políticas de provimento em modelo abrangente. Desafios: incrementar disponibilidade e fixação de FTS, garantir oferta para APS sem competir com pequenos hospitais, sustentar ações itinerantes, regular boas práticas

# Obrigado

**Cassiano Mendes Franco**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Pós-doutorado)  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz

Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde  
Faculdade de Medicina  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Contatos:

[cassiano.franco.ufrj@gmail.com](mailto:cassiano.franco.ufrj@gmail.com)

DMAPS/FM/UFRJ - R. Laura de Araújo, 36, 2º andar – Cidade Nova – Rio de Janeiro