



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FATORES ASSOCIADOS À INTENÇÃO DE PERMANECER TRABALHANDO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE OS MÉDICOS BRASILEIROS DO  
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA

ALEXANDRE JOSÉ DE MELO NETO

JOÃO PESSOA - PB

2019



ALEXANDRE JOSÉ DE MELO NETO

**FATORES ASSOCIADOS À INTENÇÃO DE PERMANECER TRABALHANDO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE OS MÉDICOS BRASILEIROS DO  
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba e Associação Brasileira de Saúde Coletiva para obtenção do grau de Mestre.

ORIENTADORA: JULIANA SAMPAIO  
CO-ORIENTADOR: RICARDO DE SOUSA SOARES

JOÃO PESSOA - PB

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

M528f Melo Neto, Alexandre Jose de.

Fatores associados à intenção de permanecer trabalhando na Atenção Primária à Saúde entre os médicos brasileiros do Programa Mais Médicos na Paraíba / Alexandre Jose de Melo Neto. - João Pessoa, 2019. 106 f.

Orientação: Juliana Sampaio.

Coorientação: Ricardo de Sousa Soares.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Programa Mais Médicos. 3. Atração e Fixação de Profissionais de Saúde. I. Sampaio, Juliana. II. Soares, Ricardo de Sousa. III. Título.

UFPB/BC



ALEXANDRE JOSÉ DE MELO NETO

FATORES ASSOCIADOS À INTENÇÃO DE PERMANECER TRABALHANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE OS MÉDICOS BRASILEIROS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba e Associação Brasileira de Saúde Coletiva para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em: João Pessoa, 29 de abril de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dra. Juliana Sampaio  
Orientadora (DPS/CCM/UFPB)

Prof. Dr. Ricardo de Sousa Soares  
Co-Orientador (DPS/CCM/UFPB)

Prof. Dra. Jória Viana Guerreiro  
Examinadora interna (DPS/CCM/UFPB)

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes  
Examinador externo (DPS/CCM/UFPB)

## DEDICATÓRIA

*A Jesus Cristo que, a partir da opção radical pelo outro, ousou ir ao limite da vida,  
na morte, nos trazendo a esperança na ressurreição.*

*A Dany, por a partir de quem é, continuar me desafiando a não ser só quem penso que sou.*

*A Emanuel e Petrus que continuam disputando o melhor que há em mim.*

*A mamãe e papai por quem sou.*

*Aos médicos cubanos.*

## AGRADECIMENTOS

A Dany por nunca ter desistido e por fazer poesia da minha vida. A Emanuel e Petrus pela paciência e luta pela minha presença.

A mamãe que, tendo me inspirado no caminho da docência, agora inicia meus filhos nos caminhos das letras. A papai por minha formação política e humanitária e pelo gosto pela leitura. A Sueli Melo por tanto amor e carinho. A Alan Melo por todas as conversas e por insistentemente me desafiar a enfrentar o mestrado. A Lucas Melo por ser alegria em nossa vida. A minha família pelo apoio e estímulo.

Aos meus irmãos de vida do Consciência Acadêmica que estão comigo nos sonhos e lutas há mais de 20 anos e me ajudaram a acreditar que podia dar conta deste projeto. Seus nomes estão marcados em minha existência: a Alexandre Medeiros, André Sassi, João Cavalcante, Luciano Bezerra e Ricardo Soares.

Aos queridos amigos do PG de Oração de Porto Alegre que desde 2010 vem orando junto comigo pela conclusão do mestrado: Roberto Umpierre, Thaia Rosa, Daniel e Priscila Bacci.

Aos amigos Lourenço Felin, Tatiane Vargas, Diogo Scalco, Felipe Anselmi, Martha Collares, parte da minha família portoalegrense, pelo estímulo e apoio no mestrado desde 2010 e, em especial, ao meu amigo Rodrigo Caprio que, para além das conversas, apoiou tecnicamente o primeiro e agora também este projeto.

A Odalci Pustai que me ensinou a pensar a pesquisa de forma crítica, sensível e com responsabilidade social e a Erno Harzheim que me ensinou sobre pesquisa na APS e sobre ética e zelo na produção científica, ambos tendo sido meus orientadores no mestrado inacabado de 2010.

A Glauco Barbosa que mais que terapeuta tem sido um grande parceiro nas lutas semanais para destravar os entraves da mente.

Aos amigos da saúde coletiva do DPS pela partilha de projetos de vida e sociedade e pelo apoio especial nos últimos 2 anos para viabilizar este projeto. Em especial, agradeço a Dilma Lucena pela leveza dos momentos construídos juntos; a Wladimir por me desafiar a olhar sob novas perspectivas; a Tiago Salessi pela parceria e amizade; a Felipe Proença por me inspirar;

e a Severino Ramos (Biu) por tudo que representa na minha vida.

A todos que tem construído junto o Programa Mais Médicos na Paraíba e que permitiram que esta pesquisa existisse viabilizando a aplicação do formulário. Especialmente, a todos os médicos, todos os membros da CCE, a todos os supervisores passados e atuais, a Paulo Monteiro pela confiança de me designar para a tutoria, a Polyana Barbosa pela amizade, visitas e reflexões conjuntas.

A todos os médicos cubanos que deixaram sua pátria, sua casa, suas famílias por longos anos para cuidarem do nosso povo.

Aos integrantes da banca examinadora por estarem dispostos a dedicar do seu tempo para contribuir nesta pesquisa. Especialmente a Jória que me autorizou a iniciar a carreira docente e que agora me inicia na condição de pesquisador.

Ao nosso grupo de pesquisa pela construção e aprendizado semanal sobre o tema do projeto, compartilhamento dos medos e superação conjunta dos desafios. Em especial, a Isabelle Borba pelo apoio especial na escrita e produção dos gráficos e a Philipe Benevides pela caminhada conjunta.

A Juliana Sampaio pela capacidade técnica e reflexiva, a presença constante e principalmente pela sensibilidade e empatia para orientar com firmeza e amorosidade.

*“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.  
Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;  
Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;  
Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar;  
Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar;  
Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;  
Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar;  
Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.  
Que proveito tem o trabalhador naquilo em que trabalha?  
Tenho visto o trabalho que Deus deu aos filhos dos homens, para com ele os exercitar.  
Tudo fez formoso em seu tempo; também pôs o mundo no coração do homem, sem que este possa descobrir a obra que Deus fez desde o princípio até ao fim.  
Já tenho entendido que não há coisa melhor para eles do que alegrar-se e fazer bem na sua vida;  
E também que todo o homem coma e beba, e goze do bem de todo o seu trabalho; isto é um dom de Deus.”*

(Eclesiastes 3:1-13)

## RESUMO

**Introdução:** Como acontece em vários outros países, no Brasil há desigualdades regionais e sociais na distribuição de profissionais médicos, fato que compromete a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF). O Programa Mais Médicos (PMM) tem como objetivo suprir esta carência e tem conseguido sucesso neste processo, porém é incerto se, excluídas as características do PMM, os médicos ainda permanecerão na APS. Este estudo identifica características relacionadas ao PMM e ao trabalho dos médicos, que aumentam a sua intenção de permanecer trabalhando na APS após o término do programa. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, transversal, quantitativo, descritivo e analítico, a partir de um banco de dados formado de um questionário online aplicado aos médicos pertencentes ao PMM, na Paraíba, entre dezembro de 2015 e setembro de 2016. Foi realizada análise descritiva, por meio de médias e desvios-padrão, frequências absolutas e proporções. Para a identificação das variáveis associadas à intenção de permanecer trabalhando na APS após o programa, calculou-se a razão de prevalência (RP), através do modelo de Poisson, construindo um modelo multivariado. **Resultados:** Os resultados são apresentados em 2 artigos. O primeiro aponta, a partir da avaliação dos médicos, unidades de saúde com estrutura física, medicamentos e insumos que ainda podem ser melhorados; equipes de saúde completas, com vínculos empregatícios frágeis, desenvolvendo processos de trabalho dinâmicos com planejamento e atividades em grupo; e fragilidade no eixo técnico-pedagógico das equipes de apoio matricial. Apesar das dificuldades, observa-se a intenção de 83,5% dos médicos (brasileiros e estrangeiros) de permanecer trabalhando na APS após o PMM. O segundo artigo aponta que especificamente entre os brasileiros, 78,4% dos médicos tem a intenção de permanecer trabalhando na APS após o PMM. Observa-se relação direta entre esta intenção e o aumento da idade dos médicos e de seu tempo de formação; ter se graduado em outro país e ter tido boa experiência com a supervisão do PMM; estar satisfeito com a gestão municipal; e ter interesse em ser preceptor e/ou fazer a Residência de Medicina de Família e Comunidade. **Considerações Finais:** O estudo oferece elementos importantes sob a perspectiva dos médicos para vários dos dispositivos do PMM. Estes dados indicam a importância para os gestores em saúde de qualificar a rede, de forma a reter a presença de profissionais de saúde e garantir uma APS de qualidade para a população. Os dados permitem ainda avaliar o PMM enquanto estratégia de provimento, contribuindo para a qualificação das políticas de provimento de profissionais de saúde para a APS e o SUS como um todo.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Programa Mais Médicos, Atração e Fixação de Profissionais de Saúde

MELO NETO, Alexandre José de. Fatores associados à intenção de permanecer trabalhando na atenção primária à saúde entre os médicos brasileiros do programa mais médicos na Paraíba. Mestrado Profissional em Saúde da Família – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019

## ABSTRACT

**Introduction:** As in many other countries, in Brazil there are regional and social inequalities in the distribution of physicians, a fact that compromises the expansion of the Family Health Strategy (ESF). The More Doctor Program (PMM) aims to fill this gap and has been successful in this process, but it is uncertain whether, excluding the characteristics of the PMM, physicians will still remain in the PHC. This study identifies characteristics related to PMM and the work of physicians, which increase their intention to remain working in PHC after the end of the program. **Methodology:** This is an observational, cross-sectional, quantitative, descriptive and analytical study, based on a database formed of an online questionnaire applied to physicians belonging to the PMM, in Paraíba, between December 2015 and September 2016. It was performed descriptive analysis, by means and standard deviations, absolute frequencies and proportions. For the identification of the variables associated with the intention to remain working in the PHC after the program, the prevalence ratio (PR) was calculated through the Poisson model, constructing a multivariate model. **Results:** The results are presented in 2 articles. The first one indicates, from the evaluation of the physicians, health units with physical structure, medicines and supplies that can still be improved; complete health teams with fragile employment links, developing dynamic work processes with planning and group activities; and fragility in the technical-pedagogical axis of the matrix support teams. Despite the difficulties, 83.5% of physicians (Brazilian and foreign) are expected to remain working in PHC after PMM. The second article points out that specifically among Brazilians, 78.4% of physicians intend to remain working in the PHC after the PMM. It is observed a direct relation between this intention and the increase of the age of the doctors and of their time of formation; have graduated in another country and have had good experience with PMM supervision; be satisfied with municipal management; and have an interest in being a preceptor and / or doing the Family and Community Medicine Residency. **Final Considerations:** The study offers important elements from the perspective of physicians for several of the PMM elements. These data indicate the importance for health managers of qualifying the network in order to retain the presence of good health professionals and to guarantee a quality PHC for the population. The data also allow us to evaluate the PMM as a public policy, contributing to the qualification of health care policies for PHC and SUS as a whole.

KEYWORDS: Primary Health Care, More Doctors Program, Recruitment and Retention of Physicians

MELO NETO, Alexandre José de. Factors associated with the intention to remain working in primary health care among Brazilian physicians of the More Doctors Program in Paraíba. Master`s Degree in Family Health – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1 – Estratégias para a ampliação do acesso ao cuidado médico no Brasil .....21**

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1– Fluxograma de limpeza do banco .....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 2 – Disponibilidade de mobílias no consultório médico.....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 3 – Estrutura física do ambiente adequada para a função.....</b>	<b>41</b>
<b>Figura 4 – Disponibilidade de medicamentos em quantidade mensal suficiente .....</b>	<b>42</b>
<b>Figura 5 – Elementos relevantes para a permanência do médico no PMM.....</b>	<b>44</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1– Distribuição da amostra de respondentes e não respondentes por vinculação ao PMM, macrorregião de trabalho e nacionalidade do médico .....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 2 – Distribuição das questões por tipo de pergunta .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 3 – Tipo de questão e o preparo para a análise .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 4 – Perfil dos Médicos Brasileiros no PMMB na Paraíba em 2016.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabela 5 – Variáveis associadas à intenção de seguir trabalhando na APS após o término do PMM.....</b>	<b>61</b>
<b>Tabela 6 – Variáveis da supervisão comparadas por grupo de Avaliação do Supervisor .....</b>	<b>63</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CCE	-	Comissão Coordenadora Estadual
CCM	-	Centro de Ciências Médicas
CCS	-	Centro de Ciências da Saúde
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
DPS	-	Departamento de Promoção da Saúde
EP	-	Educação Permanente
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GPECS	-	Grupo de Pesquisa: Políticas, Educação e Cuidado em Saúde
MFC	-	Medicina de Família e Comunidade
MS	-	Ministério da Saúde
NASF-AB	-	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	-	National Health Service
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
OPAS	-	Organização Panamericana de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	-	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	-	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	-	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	-	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	-	Programa Mais Médicos
PMMB	-	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	-	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	-	Programa de Saúde da Família
RM	-	Residência Médica
RMFC	-	Residência de Medicina de Família e Comunidade
SNS	-	Sistemas Nacionais de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFPB	-	Universidade Federal da Paraíba
USF	-	Unidade de Saúde da Família
VD	-	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO	25
3.2	FONTE DE DADOS	25
3.2.1	BANCO DE DADOS DO 'FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA'	25
3.2.1.1	Compreendendo a construção e aplicação do Formulário	26
3.2.1.2	Caracterização do Formulário	28
3.2.1.3	O Banco de Dados e a definição da amostra de interesse	29
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	30
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>34</b>
4.1	ARTIGO 1 - CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA DOS MÉDICOS VINCULADOS AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA	35
4.2	ARTIGO 2 - FATORES ASSOCIADOS À INTENÇÃO DE SEGUIR TRABALHANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	51
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>72</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MAIS MÉDICOS</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>105</b>

# 1 INTRODUÇÃO

“Todas as coisas são trabalhosas; o homem não o pode exprimir; os olhos não se fartam de ver, nem os ouvidos se enchem de ouvir. O que foi, isso é o que há de ser; e o que se fez, isso se fará; de modo que nada há de novo debaixo do sol. Há alguma coisa de que se possa dizer: Vê, isto é novo? Já foi nos séculos passados, que foram antes de nós.”  
(Eclesiastes 1:8-10)

A universalização dos cuidados em saúde é um tema complexo e em constante disputa no cenário internacional (GIOVANELLA et al., 2018; PIRES-ALVES; CUETO, 2017). Neste sentido é relevante afirmar que a meta defendida pela 30ª Assembléia Mundial de Saúde em 1977 de “Saúde para todos no Ano 2000” é um marco importante para fortalecer as disputas pela implementação de Sistemas Nacionais de Saúde (SNS).

Este debate aconteceu num momento em que crescia em todo o mundo os gastos em saúde, devido a um cuidado centrado na assistência médica e no uso de recursos tecnológicos cada vez mais caros, sem no entanto se traduzir em benefícios reais às populações (GIL, 2006).

Esta meta, portanto, seria financeiramente impossível sem romper com este modelo de assistência médica hegemônico e sem se propor a olhar para a saúde de forma ampliada, incluindo o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, bem como favorecendo o desenvolvimento pleno das comunidades e combatendo as desigualdades entre países e regiões.

Foi neste cenário de busca de estratégias para efetivação dos SNS que ganhou força o debate internacional sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e, no ano seguinte, em 1978, na cidade de Alma Ata, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sendo formuladas diretrizes para o alcance da meta estabelecida. Estas diretrizes ficaram conhecidas como Declaração de Alma Ata, na qual definiu-se a Atenção Primária à Saúde, como:

(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são

levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1–2)

Segundo Basch (1990) *apud* Starfield (2002, p. 31) a partir de Alma Ata a atenção primária à saúde foi reconhecida como “uma porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais”. Vale salientar, entretanto, que, desde o Relatório Dawson, em 1920, já existia a concepção de organização de sistemas de saúde por níveis de atenção, na qual o centro de atenção primária à saúde seria o nível mais básico, estando articulado em rede com os demais níveis de forma a concentrar os serviços de maior densidade tecnológica por questões de eficiência, economia de escala e qualidade (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; STARFIELD, 2002). Este relatório foi base de inspiração para o National Health Service (NHS) – SNS inglês, bem como suas premissas de organização em redes foram seguidas pelos países que construíram SNS.

Giovanella e Mendonça (2012) reforçam este papel central da APS no modelo assistencial de sistemas de saúde orientados para o usuário, mas problematizam também a diversidade de definições para o termo APS e os riscos inerentes a algumas destas concepções para um cuidado integral.

Esta concepção trazida pela Declaração de Alma Ata é reconhecida como sendo de uma APS integral ou abrangente. Em contrapartida, A APS seletiva se caracterizaria pelo enfoque num número limitado de serviços para enfrentar problemas de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento, sendo um pacote básico de serviços para melhoria dos indicadores locais, utilizando-se somente de serviços com baixa densidade tecnológica e, em geral, com restrições para acesso aos níveis secundário e terciário. É considerada uma medicina pobre para pobres e em geral tem como foco ações na saúde materno-infantil de forma a reduzir indicadores de mortalidade infantil e mortalidade materna (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir desta diferenciação é possível deduzir que a implantação da APS seletiva e de programas verticais de intervenção para controles de endemias não dariam conta de promover a saúde das populações em nível mundial, especialmente nos países mais pobres, comprometendo portanto o princípio da equidade e não ajudando no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde para cumprimento das metas da Declaração de Alma Ata.

Pelo contrário, numa proposta de APS abrangente seria possível reorientar o modelo de assistência à saúde e reduzir seus custos devido a resolução de grande parte dos problemas com utilização de menor densidade tecnológica e o trabalho de uma equipe multiprofissional.

Além disso, faz-se necessária a abertura de espaço para uma aproximação com as comunidades e o estímulo à participação das mesmas na resolução de seus problemas de saúde. Nesta proposta, a APS representaria o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham, não se restringindo, contudo, a este nível ao integrar um processo permanente de assistência que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação.

Além das disputas em torno das concepções sobre a APS, vários outros problemas dificultam a sua real efetivação, desde questões relacionadas ao financiamento deficiente até a falta de profissionais de saúde nas áreas mais pobres e remotas de várias regiões do mundo, mesmo em países ricos. Com isso, muitos países tem buscado atrair profissionais para suas regiões de maior escassez, através de estratégias que envolvem diversos tipos de incentivos (financeiros ou não), políticas de serviço obrigatório e atração de profissionais estrangeiros (OLIVEIRA et al., 2015).

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) também foi marcada por intensas disputas e a garantia constitucional da saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988) foi uma das maiores vitórias da geração que lutou pela reforma sanitária nas décadas de 1970 e 1980.

Desde então, vivemos o processo de construção real do SUS, amparados pelo dispositivo legal constitucional de saúde como direito. Contudo, esta construção concorre, todo o tempo, com diversos atores nacionais e internacionais que lucraram, lucram e pretendem continuar lucrando com o setor saúde, compreendendo-a como mercadoria.

No processo de efetivação do SUS, a estruturação inicial da APS brasileira se deu de forma mais restritiva através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). A implementação desses programas se deu de forma heterogênea, influenciada por diversas concepções de APS em disputa e ancoradas em diversos modelos tecno-assistenciais (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Neste contexto, ganhou força no país a denominação de Atenção Básica (AB) em contraposição à concepção de APS seletiva das agências internacionais que tentavam implementar os seus pacotes básicos aos países do hemisfério sul (GIL, 2006; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Apesar disso, esta opção conceitual não é consenso na literatura e tem sido cada vez mais comum o uso dos termos AB e APS como sinônimos na realidade brasileira (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009), sendo esta a opção deste estudo.

É ainda neste contexto de disputa conceitual que em 2006, por meio da publicação da

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF passa a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

Como acontece em outros países, um dos grandes problemas para a efetivação da ESF no Brasil tem sido as desigualdades regionais e sociais na distribuição de profissionais de saúde no país, especialmente os médicos (CAMPOS; MACHADO; GIRADI, 2009). Esta escassez de profissionais é um limitador importante para a universalização do acesso à saúde e tem restringido a ampliação da cobertura populacional da ESF.

No Brasil, algumas estratégias de atração de profissionais para a APS também já foram tentadas desde antes da criação do SUS, conforme podemos ver no quadro resumo abaixo elaborado por Sassi (2018):

**Quadro 1 – Estratégias para a ampliação do acesso ao cuidado médico no Brasil**

Nome da política	Ano de Criação	Características Gerais
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)	1976	Construção de postos de saúde; melhoria do saneamento básico; desenvolvimento local.
Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)	1993	Criação de subprogramas como: Agente comunitário de saúde, Interiorização do médico, Interiorização do enfermeiro, Unidade de Pronto Atendimento.
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)	2001	Ampliar a cobertura das ações e serviços do SUS; impulsionar a reorganização da Atenção Básica de saúde no país; fortalecer o Programa de Saúde da Família; estimular a fixação de médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço.
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)	2011	Alocação de médicos em locais distantes e de difícil acesso; pagamento de bolsa federal; pontuação adicional para ingresso na residência médica como fator de atração do médico; especialização e supervisão presencial.

Fonte: (SASSI, 2018, p. 98)

Dentre as estratégias acima expostas, foi com o PROVAB que o governo brasileiro conseguiu o seu maior êxito a partir do segundo ano do programa, quando chegou a captar mais de 3500 médicos para o trabalho na APS, atraídos principalmente pela bonificação de 10% para concorrer nas provas de residência médica após a conclusão de 1 ano de programa (CARVALHO; SOUSA, 2013; OLIVEIRA et al., 2015). Ainda assim, esta quantidade de médicos era insuficiente para as necessidades do país e principalmente as regiões mais

remotas e pobres do país continuaram sem médicos.

Diante disso, foi então lançado o Programa Mais Médicos (PMM) com o objetivo de lidar com a escassez destes profissionais em curto e médio prazo. Em médio prazo, o programa se propunha a ampliar a relação de médicos por 1000 habitantes no país de 1,8 para 2,7 até 2026, através da abertura de vagas de graduação de medicina. Entretanto, só a ampliação do número de médicos não seria suficiente para melhorar a distribuição dos mesmos e para formá-los com o perfil mais adequado às necessidades da população. Diante disso, o programa previu ainda uma interiorização das novas vagas e mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina, além de universalização das vagas de residência médica com foco nas especialidades prioritárias para o SUS, especialmente a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) (BRASIL, 2015).

Em curto prazo, o programa buscou atrair médicos brasileiros e estrangeiros para atender as necessidades demandadas pelos municípios brasileiros. Este eixo do PMM é intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e foi no início o componente mais combatido pelas entidades médicas brasileiras que afirmavam que não faltava médicos no Brasil e a desassistência era principalmente por problemas estruturais nos serviços. Mas, como afirmam Gomes e Merhy (2017), a principal disputa se deu pela interferência do governo no processo de autorregulação da categoria médica, assim como já havia acontecido antes no debate sobre a bonificação adicional nas provas de residência pelos médicos do PROVAB.

Diante da grande resistência levantada pelas entidades médicas, o eixo provimento teve de início uma adesão muito baixa de médicos brasileiros. Com isso, o governo brasileiro ganhou força para concretizar o termo de cooperação com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que já vinha sendo discutido há vários meses e que propunha trazer mais de dez mil cubanos para o país (GOMES, 2016), conseguindo com isso ampliar a cobertura populacional da ESF e melhorar a distribuição de médicos pelo país.

Diante da grande aprovação do programa pela população brasileira, as entidades médicas se voltaram para o combate do eixo sobre a formação médica (GOMES; MERHY, 2017). Com isso, tem sido crescente a procura de médicos brasileiros pelo PMM e, nos editais a partir de 2015, não houve necessidade da vinda de novos médicos estrangeiros já que os brasileiros ocuparam todas as vagas ofertadas. Além disso, o PMM incorporou também o PROVAB (BRASIL, 2015), motivo pelo qual, neste estudo, entende-se como médicos vinculados ao PMM os médicos do PMMB e do PROVAB.

Este intenso debate sobre os reais motivos da falta de médicos no Brasil, apesar de ter intencionalidades diversas, traz a tona a necessidade de estudos que avaliem o tema da atração

e retenção de médicos especialmente na APS, buscando entender os fatores associados tanto com a atração para este tipo de trabalho, como com a fixação destes médicos nos serviços.

Neste sentido, o sucesso do PMM em atrair e fixar profissionais pode contribuir neste debate e ajudar no diálogo com gestores municipais, estaduais e federais na criação de políticas e estratégias cada vez mais adequadas para manter estes médicos na APS após o fim do programa, bem como pode ajudar na captação de novos profissionais.

É neste sentido que entendemos que a experiência do PMM na Paraíba pode ajudar a responder algumas destas perguntas, por conta da magnitude do programa no estado, chegando os médicos do PMM a ocupar quase um terço das equipes da ESF estadual, bem como pelo processo de avaliação do PMM na Paraíba que aconteceu em 2016.

Este estudo, portanto, observa a realidade da APS na Paraíba através do PMMB e reflete sobre condições que estão relacionadas à intenção dos médicos integrantes do programa em permanecer trabalhando na APS mesmo após o fim do mesmo.

## **2 OBJETIVOS**

“Depois voltei-me, e atentei para todas as opressões que se fazem debaixo do sol; e eis que vi as lágrimas dos que foram oprimidos e dos que não têm consolador, e a força estava do lado dos seus opressores; mas eles não tinham consolador.”

(Eclesiastes 4:1)

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar fatores associados à intenção de permanecer trabalhando na APS entre os médicos brasileiros do PMM na Paraíba.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as variáveis associadas à intenção de permanecer trabalhando na APS entre os médicos brasileiros do PMM na Paraíba; e

- Analisar correlações entre as diversas variáveis associadas à intenção de permanecer trabalhando na APS.

### **3 METODOLOGIA**

“E apliquei o meu coração a esquadrinhar, e a informar-me com sabedoria de tudo quanto sucede debaixo do céu; esta enfadonha ocupação deu Deus aos filhos dos homens, para nela os exercitar. Atentei para todas as obras que se fazem debaixo do sol, e eis que tudo era vaidade e aflição de espírito. Aquilo que é torto não se pode endireitar; aquilo que falta não se pode calcular.”  
(Eclesiastes 1:13-15)

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Este é um estudo prioritariamente descritivo (GIL, 2009) e de análise quantitativa. Utiliza fontes de dados secundárias (HULLEY et al., 2008) oriundas de um estudo transversal com preenchimento online do ‘Formulário de Avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba’.

#### **3.2 FONTE DE DADOS**

Este estudo foi conduzido a partir de dados secundários oriundos do banco de dados abaixo descrito.

##### **3.2.1 Banco de dados do ‘Formulário de Avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba’**

O objetivo principal do estudo foi conduzido através da análise de base de dados secundários, oriundos do preenchimento do ‘Formulário de Avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba’ (Anexo 1).

Este formulário, construído anteriormente à presente pesquisa, foi construído por uma comissão do grupo de tutores e supervisores vinculados ao PMM na Paraíba entre julho e setembro de 2015. O autor do presente trabalho também fez parte da construção anterior desta base de dados, viabilizando assim o acesso ao mesmo para a pesquisa atual. O formulário teve como objetivo avaliar o PMM no estado da Paraíba, através da percepção dos médicos vinculados ao mesmo.

### 3.2.1.1 Compreendendo a construção e aplicação do Formulário

A construção deste formulário se deu por meio da sistematização de orientações da literatura sobre avaliação de serviços de saúde e de vários documentos referentes à avaliação de estrutura e processo de trabalho na APS, como o ‘Relatório de Primeira Visita de Supervisão do PMM’, os módulos 1 e 2 da avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e os anexos da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2056/2013 que tratam das normas e do manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil (CFM, 2013), entre outros.

Foi construída, então, uma primeira versão do formulário e decidiu-se que o mesmo seria auto-aplicado pelos médicos e disponibilizado de forma online na plataforma Google Docs, de modo a permitir a coleta de dados de forma eletrônica e sem a necessidade de entrevistador. Esta primeira versão foi aplicada numa aula da residência de medicina de família e comunidade da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para validação e aprimoramento, bem como avaliação do tempo demandado para respondê-lo e outras dificuldades não previamente identificadas. Na sequência, o instrumento foi apresentado à Comissão Coordenadora Estadual (CCE) do PMM na Paraíba, sendo, então, autorizado para a aplicação no estado.

Após a aprovação pela CCE, o formulário foi integrado ao projeto de pesquisa de doutorado em curso de um dos supervisores do PMM intitulado "Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba" (SASSI, 2018), obtendo aprovação para aplicação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

Após a aprovação pelo CEP, no encontro locorregional do Programa Mais Médicos em 20/11/2015, o formulário foi aplicado como pré-teste a um grupo pequeno e diverso de médicos cubanos e brasileiros para levantamento das dúvidas que surgiriam no preenchimento, sendo a partir daí elaborada uma apresentação sucinta para esclarecimento das questões levantadas.

O presente autor, na qualidade de tutor do programa, participou de reuniões por macrorregião da Paraíba com os supervisores e médicos do programa para apresentar de forma sucinta o formulário, seus objetivos, a importância da colaboração com o estudo, questões éticas referentes ao estudo e esclarecer as principais dúvidas existentes. Estas reuniões aconteceram em dezembro de 2015 para a primeira e segunda macrorregiões de saúde do estado e em janeiro de 2016 para as terceira e quarta macrorregiões.

No momento seguinte, foi disponibilizado aos supervisores do PMM na Paraíba uma

versão em PDF do formulário, orientando-os a reunir os médicos sob sua supervisão para apresentar o formulário de forma mais detalhada e tirar as dúvidas sobre o preenchimento e sobre as questões éticas referentes a participação no estudo. Ao final, cada médico recebeu uma versão impressa do formulário para facilitar a compreensão dos dados para o preenchimento do formulário online. Estas reuniões aconteceram entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016.

Em dezembro de 2015, o formulário online foi aberto para recebimento de respostas. Foi definida como população amostral para a coleta dos dados todos os médicos vinculados ao PMMB e ao PROVAB na Paraíba no mês de janeiro de 2016. O critério de inclusão foi a vinculação ao PMM na Paraíba no referido mês. Como critérios de exclusão foram utilizados: o médico estar inativo no sistema do Webportfólio do PMM ou, apesar de ativo no sistema, não estar em atividade durante os meses de coleta dos dados.

No referido mês, existiam 101 médicos ativos e em atividade no plano de trabalho do PROVAB e 304 médicos ativos no PMMB, sendo que 5 deles não estavam em atividade (3 haviam retornado para Cuba, 1 estava em processo de desligamento e 1 estava em licença saúde há mais de 1 ano), totalizando, assim, 400 médicos que seriam convidados a preencher o formulário.

Devido a tempos diferentes de reunião entre supervisores e seus médicos e também à dificuldades de acesso a internet entre os médicos do sertão, o formulário ficou aberto para o recebimento de respostas entre dezembro de 2015 e setembro de 2016, sendo este, portanto, o período da coleta das informações deste banco de dados. Apesar do longo período da coleta, cerca de 80% das respostas aconteceram até 29/02/2016.

A tabela abaixo mostra resumidamente a diferença entre o que era esperado de respostas e o que efetivamente aconteceu em relação ao vínculo com o PMM, nacionalidade e macrorregião de trabalho dos médicos.

**Tabela 1– Distribuição da amostra de respondentes e não respondentes por vinculação ao PMM, macrorregião de trabalho e nacionalidade do médico**

Característica	Respostas esperadas	Respostas recebidas	Perdas	Perdas (%)	Perdas Brasileiros (%)
<b>Vínculo com o PMM</b>					
<b>PROVAB</b>	101	91	10 (10) *	9,9%	9,9%
<b>PMMB</b>	299	175	124 (43) *	41,5%	14,4%
<b>Macrorregião</b>					
<b>Macro 1</b>	159	135	24 (18) *	15,1%	11,3%
<b>Macro 2</b>	127	85	42 (20) *	33,1%	15,7%

<b>Macro 3</b>	50	25	25 (05) *	50,0%	10,0%
<b>Macro 4</b>	64	21	43 (10) *	67,2%	15,6%
<b>Nacionalidade ‡</b>					
<b>Brasil</b>	242	189	53	21,9%	-
<b>Cuba</b>	147	72	75	51,0%	-
<b>Outros</b>	5	5	0	0	-
<b>Total</b>					
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>266</b>	<b>134 (53) *</b>	<b>33,5%</b>	<b>13,25%</b>

Fonte: Elaboração própria

\* Nos parênteses, a quantidade de perdas referente a brasileiros.

‡ 6 intercambistas individuais não tiveram a nacionalidade identificada.

### 3.2.1.2 Caracterização do Formulário

O Formulário é composto por 122 questões, organizadas nas seguintes seções: Identificação Geral, Formação profissional e experiência do médico, Identificação do programa de provimento (Mais Médicos ou Provac), Identificação da USF, Avaliação da estrutura física da USF, Avaliação de insumos, equipamentos e medicamentos para o atendimento clínico, Avaliação de recursos humanos, Avaliação de processo de trabalho, Avaliação da rede de saúde, Avaliação da supervisão, Avaliação geral e satisfação do médico e Autorização para uso em pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

As questões são majoritariamente fechadas, excetuando-se 13 questões abertas, 4 questões para preenchimento com datas e 6 questões em que a resposta exige a digitação de um número. Dentre as questões fechadas, o mais comum é que sejam de múltipla escolha simples (56 questões), mas algumas questões de múltipla escolha estão dispostas em grades onde se avaliam mais de um item simultaneamente, estando algumas apresentadas na forma de afirmativas com resposta de escala likert de 5 ou 6 pontos. Um outro tipo de questão é a de múltipla escolha com possibilidade de assinalar mais de uma resposta. A tabela abaixo explicita os tipos de questões, numeração das mesmas e a quantidade de itens avaliados em cada questão.

**Tabela 2 – Distribuição das questões por tipo de pergunta**

<b>Tipo de questão</b>	<b>Número da questão no formulário (nos parênteses a quantidade de itens)</b>	<b>Quantidade de questões</b>	<b>Quantidade total de itens</b>
<b>Abertas</b>	1, 6, 7, 8, 12, 16, 32, 33, 36, 55, 63, 96, 113	13	13
<b>Datas</b>	2, 10, 29, 44	4	4
<b>Número</b>	21, 24, 41, 74, 80, 81	6	6
<b>Escala de 0 a 10</b>	49, 52, 112, 116	4	4

<b>Múltipla escolha simples dicotômica</b>	3, 9, 19, 20, 22, 28, 30, 38, 42, 53, 62, 66, 67, 68, 69, 75, 78, 85, 88, 91, 95, 99, 103, 106, 109, 119, 121	27	27
<b>Múltipla escolha simples não dicotômica</b>	4, 5, 11, 13, 17, 18, 26, 31, 34, 35, 37, 39, 54, 61, 65, 70, 73, 82, 83, 86, 89, 92, 93, 100, 107, 110, 117, 120, 120a	29	29
<b>Múltipla escolha com respostas múltiplas</b>	14, 23, 40, 43, 71, 71, 76, 79, 87, 97, 104, 108	12	12
<b>Múltipla escolha em grade com vários itens – dicotômica</b>	15 (4), 45 (4), 90 (8), 101 (9), 102 (9), 111 (4), 118 (12)	7	50
<b>Múltipla escolha em grade com vários itens – não dicotômica</b>	25 (3), 27 (2), 47 (14), 64 (5), 77 (13)	5	37
<b>Múltipla escolha em grade com vários itens – escala likert</b>	46 (4), 48 (5), 50 (11), 51 (2), 56 (16), 57 (8), 58 (13), 59 (9), 60 (5), 84 (5), 94 (10), 98 (4), 105 (4), 114 (6), 115 (7)	15	109
<b>Total de Questões/ Itens</b>		<b>122</b>	<b>291</b>

Fonte: Elaboração própria

### 3.2.1.3 O Banco de Dados e a definição da amostra de interesse

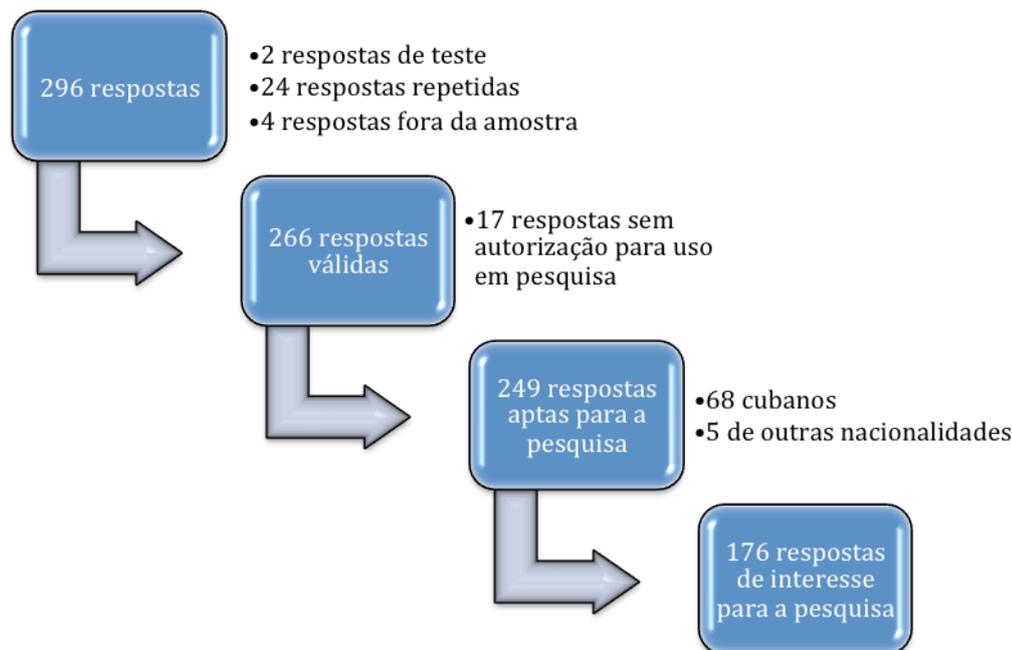
O banco de dados utilizado neste estudo deriva da resposta dos médicos do PMM a este formulário acima apresentado de forma online entre os meses de dezembro de 2015 e setembro de 2016, sendo disponibilizado pelo Google Docs em formato de Planilha Excel contendo todas as respostas obtidas.

O número total de respostas presentes no banco é de 296 com 291 itens avaliados por cada respondente e mais a data de preenchimento do formulário. Entre os 296 respondentes, verifica-se que 143 respostas (48,3%) se deram entre os dias 15 de dezembro de 2015 e 31 de janeiro de 2016, sendo este número de 240 respondentes (81%) até 29 de fevereiro de 2016.

Com relação aos respondentes, verifica-se que 2 respostas estão identificadas como teste, 24 respostas estão duplicadas e 4 respostas são de médicos que ingressaram no programa depois de março de 2016, não constando, portanto, no plano de trabalho de janeiro de 2016 que foi tomado como base para definir a amostra. Além disso, 17 respondentes não autorizaram o uso das informações para fins de pesquisa, restando, assim, 249 respostas válidas para análise. Destes 249 respondentes, 176 são brasileiros, que é a amostra de

interesse para a presente pesquisa, já que apenas estes efetivamente tem a opção de permanecer trabalhando na AB após o término do PMM (Figura 1).

**Figura 1– Fluxograma de limpeza do banco**



Fonte: Elaboração própria

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise do banco de dados foi utilizado o programa Excel e o programa SPSS Statistics versão 23.

Inicialmente procedeu-se a importação para o SPSS da planilha de excel com o banco de dados com todas as respostas aptas para a pesquisa, já que as respostas dos médicos estrangeiros são de interesse para outros pesquisadores do grupo.

Na sequência, construiu-se a sintaxe com a rotulação de todas as variáveis e respostas, rodando-se uma frequência simples de todas as variáveis para auxiliar no preparo das mesmas para análise.

Com relação às questões de datas, a questão 2 (data de nascimento) foi utilizada para a construção da variável Idade (anos). As questões 10, 29 e 44, foram utilizadas para construção, respectivamente, das variáveis Tempo de Formado (anos), Tempo no PMM (meses), Tempo na unidade atual (meses).

As variáveis do tipo ‘Múltipla escolha com respostas múltiplas’ foram trabalhadas manualmente e para cada uma das respostas possíveis foi criada uma nova variável onde a

resposta possível era ‘Sim’ ou ‘Não’ para a presença daquele item. Devido a isso, várias destas questões tiveram *missing* importante e dificultaram análises estatísticas mais robustas.

As variáveis do tipo ‘Múltipla escolha em grade com vários itens – escala likert’ deram origem cada uma a 2 novas variáveis, uma dicotômica e uma escalar. Para a construção das variáveis dicotômicas, as respostas ‘inexistente’, ‘discordo totalmente’, ‘discordo parcialmente’ e ‘nem concordo, nem discordo’ foram recodificadas em ‘Não’ e as respostas ‘concordo parcialmente’ e ‘concordo totalmente’ foram recodificadas em ‘Sim’. Para as variáveis escalares, foi feita a seguinte recodificação: ‘inexistente’ = 0, ‘discordo totalmente’ = 1, ‘discordo parcialmente’ = 2, ‘nem concordo, nem discordo’ = 3, ‘concordo parcialmente’ = 4 e ‘concordo totalmente’ = 5.

As variáveis que se encontram no formato de números ou escalas e as variáveis dicotômicas já estavam prontas para a análise, não precisando ser modificadas. Por fim, o conjunto de variáveis de múltipla escolha não dicotômica foi utilizado para construção de outras variáveis de acordo com a avaliação de cada questão (Tabela 3).

**Tabela 3 – Tipo de questão e o preparo para a análise**

Tipo de questão	Preparo para análise
Abertas	Não categorizadas
Datas	Construídas variáveis de idade ou tempo de duração
Número	Mantidas
Escala de 0 a 10	Mantidas e construídas variáveis dicotômicas
Múltipla escolha simples dicotômica (Sim/Não)	Mantidas
Múltipla escola simples não dicotômica	Mantidas e construídas novas variáveis de acordo com interesse de uso
Múltipla escolha com respostas múltiplas	Construídas variáveis novas dicotômicas para cada resposta onde as respostas possíveis eram ‘Sim’ ou ‘Não’ para a presença deste item
Múltipla escolha em grade com vários itens – dicotômica	Mantidas
Múltipla escolha em grade com vários itens – não dicotômica	Mantidas e construídas novas variáveis de acordo com o interesse de uso
Múltipla escolha em grade com vários itens – escala likert	Construídas novas variáveis dicotômicas e escalares

Fonte: Elaboração própria

Além disso, a questão 121 não foi utilizada por tratar-se da autorização para uso na pesquisa. Foram excluídos do banco todos que responderam ‘Não’. A questão 5 referente ao

país de nascimento também não foi utilizada neste estudo já que a amostra se refere aos médicos brasileiros. Com isso, também foram excluídas as questões 9, 17, 22, 23 e 24 por serem referentes aos médicos cubanos.

Após a limpeza e preparo do banco, foi feita nova análise descritiva com foco nas seguintes seções: dados sócio-demográficos; formação acadêmica e experiência profissional; identificação do programa de provimento; avaliação da estrutura física; avaliação de equipamentos, insumos e medicamentos para o atendimento clínico; avaliação de recursos humanos; processo de trabalho; avaliação do programa e da intenção de permanecer trabalhando na APS após o término do PMM. Os resultados desta análise foram utilizados na elaboração do Artigo 1 (Análise das condições de trabalho na atenção básica: uma perspectiva dos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos).

Para fins de análise do Artigo 2, foi definida a questão 119 - Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos? – como sendo a variável de desfecho e todas as demais foram consideradas variáveis preditoras para a busca de associações.

As seguintes hipóteses foram consideradas e testadas para cada variável preditora:

H0: não existe associação em relação a variável X e a intenção de seguir atuando na APS após o término do PMM

H1: existe associação em relação a variável X e a intenção de seguir atuando na APS após o término do PMM

Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis de identificação do médico, formação e experiência profissional e programa de provimento comparadas entre os grupos com intenção ou não de permanecer trabalhando na APS. As variáveis contínuas foram apresentadas por meio de suas médias e desvios-padrão e as nominais, através das suas frequências absolutas e proporções. A significância estatística da comparação das médias foi verificada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney já que nenhuma das variáveis atendeu à condição de normalidade. A comparação entre as proporções foi verificada pelo teste de qui-quadrado. O nível de significância utilizado foi de 5%. Foi testada correlação entre variáveis a partir do Teste de Correlação de Spearman para variáveis não paramétricas. Foi feita ainda análise descritiva similar sobre os itens relacionados à supervisão comparados entre os grupos que avaliaram bem ou mal o supervisor de forma a auxiliar na discussão dos achados do modelo multivariável.

Para a identificação das variáveis associadas com a intenção de permanecer trabalhando na APS após o programa, calculou-se a Razão de Prevalência (RP), com seu

respectivo intervalo de confiança, através do modelo de Poisson com variância robusta, por ser um modelo de melhor estimativa da RP em estudos com prevalência alta. (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008)

Foi feita a análise univariada das questões do banco e todas as variáveis independentes com p-valor menor que 0,10 foram acrescentadas no modelo multivariado, resultando em 64 nesta condição. Outras 8 variáveis foram acrescentadas ao modelo multivariado, resultando num modelo inicial com 72 variáveis, já que, apesar de não terem sido significativas estatisticamente, fazem parte do debate frequente sobre atração e retenção na literatura. São estas: Macrorregião do município, População cadastrada, Consultas por dia, Consultas por mês, Presença de segurança na unidade, Avaliação geral da unidade, Avaliação geral do supervisor e Satisfação com a remuneração.

Para a construção do modelo multivariado final, as variáveis foram sendo excluídas uma a uma a partir do maior p-valor, até restarem no modelo final apenas variáveis com p menor que 0,05 e com nível de significância menor que 5% também no teste de Omnibus que avalia o ajuste do modelo. Todos os cálculos foram feitos utilizando-se o software IBM SPSS Statistics 22.0. Os resultados encontrados foram comparados à literatura vigente.

### **3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Este estudo está vinculado ao Grupo de Pesquisa: Políticas, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS) do Departamento de Promoção à Saúde (DPS), no Centro de Ciências Médicas (CCM) da UFPB. Faz parte de um projeto maior intitulado ‘Mais Médicos na Paraíba: Uma avaliação a partir do olhar dos Médicos vinculados ao Programa’, sob a coordenação da Professora Juliana Sampaio e com uma equipe formada por 3 alunos de iniciação científica, 2 mestrandos e 2 professores colaboradores.

O projeto do qual este estudo faz parte foi submetido ao CEP do CCM/UFPB, obtendo aprovação em 02/05/2018 sob o número CAAE 88015318.6.0000.8069.

Ressalta-se, ainda, que somente foram analisadas as respostas dos médicos que responderam ao formulário online e que concordaram em participar da pesquisa através da resposta ‘Sim’ à pergunta 121 do formulário que autoriza o uso dos dados para pesquisa.

## 4 RESULTADOS

“Aplicando eu o meu coração a conhecer a sabedoria, e a ver o trabalho que há sobre a terra  
(que nem de dia nem de noite vê o homem sono nos seus olhos);  
Então vi toda a obra de Deus, que o homem não pode perceber, a obra que se faz debaixo do sol;  
por mais que trabalhe o homem para a descobrir, não a achará;  
e, ainda que diga o sábio que a conhece, nem por isso a poderá compreender.”  
Eclesiastes 8:16,17

Os resultados deste estudo serão apresentados a partir de 2 artigos submetidos em periódicos científicos.

O primeiro artigo tem como título **“CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma perspectiva dos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos na Paraíba”** e tem como objetivo avaliar as condições de trabalho, com ênfase no processo de trabalho e na infraestrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), a partir do olhar dos médicos vinculados ao PMM na Paraíba e tentar correlacionar estes achados com a intenção dos médicos de permanecerem trabalhando na APS após o término do PMM. É um estudo eminentemente descritivo e os resultados estão melhor apresentados no próprio artigo.

O segundo artigo tem como título **“FATORES ASSOCIADOS À INTENÇÃO DE SEGUIR TRABALHANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS”** e tem como objetivo identificar características relacionadas ao PMM e ao trabalho que estes médicos vem desenvolvendo na APS que aumentam a sua intenção de permanecer trabalhando neste nível de atenção após o término do programa. É um estudo quantitativo com elementos descritivos e analíticos, utilizando de diversas ferramentas estatísticas para apresentar os seus resultados, sendo estes apresentados no corpo do próprio artigo.

O primeiro artigo foi submetida na Revista Panamericana de Salud Pública, enquanto o segundo artigo foi submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública. Ambos aguardam parecer editorial sobre aceitação para publicação.

#### **4.1 ARTIGO 1 – CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA DOS MÉDICOS VINCULADOS AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA**

**RESUMO:** A escassez de médicos na atenção básica (AB) é um dos desafios para garantia da resolutividade neste nível de atenção. Na Paraíba, 49,3% da população reside em território com escassez de médicos. Neste sentido, o Programa Mais Médicos (PMM) visa prover profissionais médicos para as áreas de difícil provimento, fortalecer a prestação de serviços na AB e reduzir as desigualdades regionais. Assim, este estudo objetiva avaliar as condições de trabalho, com ênfase no processo de trabalho e na infraestrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), a partir do olhar dos médicos vinculados ao PMM na Paraíba. Trata-se de estudo descritivo, de recorte transversal, com abordagem quantitativa, no qual a percepção dos médicos foi verificada através de banco de dados referente a um questionário online aplicado aos médicos pertencentes ao PMM, no estado da Paraíba, no período de dezembro de 2015 a julho de 2016, obtendo-se 249 respostas de 400 possíveis. Foram calculadas estatísticas descritivas e os resultados encontrados foram comparados à literatura vigente. A análise dos dados foi realizada com auxílio do software IBM SPSS Statistics 22.0. A análise das questões possibilitou apontar uma inadequação/ inexistência de alguns espaços para a função, especialmente em ambientes como sala de reunião, farmácia e sala de curativos/procedimentos. Na avaliação de equipamentos para o atendimento clínico, foi observado que, em geral, os médicos consideram haver disponibilidade de equipamentos em quantidade e qualidade adequados para o atendimento nas unidades. De forma geral, os médicos avaliam como regular a estrutura física dos consultórios médicos e da UBS. Quanto ao processo de trabalho a maioria das equipes está completa, embora o vínculo trabalhista da minoria seja estatutário. Há apoio matricial do NASF-AB para a maioria das equipes, mas não há oferta de educação permanente para parte significativa delas. O trabalho em equipe se manifesta principalmente nas atividades de planejamento e de grupos. A satisfação geral com o PMM é alta e também a intenção de permanecer trabalhando na APS após o programa. Os achados apontam que a estrutura pode não ser o fator determinante da fixação de médicos e que o próprio programa tem mecanismos que auxiliam na qualificação da estrutura. Neste sentido, o PMM articulado com outros programas governamentais desponta como uma política de estado que reduz iniquidades em saúde, apesar de não dar resposta a precarização das relações de trabalho neste nível de atenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Condições de trabalho, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Educação permanente.

## **ANALYSIS OF WORKING CONDITIONS IN PRIMARY HEALTH CARE: a perspective of physicians linked to the More Doctors Program**

**ABSTRACT:** The shortage of doctors in primary health care (PHC) is one of the challenges to guarantee the resolution in this level of attention. In Paraíba, 49.3% of the population lives in territory with a shortage of doctors. In this sense, the Mais Médicos Program (PMM) aims to provide medical professionals to the difficult areas, strengthen service delivery in the AB and reduce regional inequalities. Thus, this study aims to evaluate the working conditions, with emphasis on the work process and the infrastructure of the UBS, from the perspective of the physicians linked to the PMM in Paraíba. Methodologically, this is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, in which the physicians perception was verified through a database of an online questionnaire applied to physicians belonging to the PMM, in the state of Paraíba, in the period of December 2015 to July 2016, obtaining 249 responses of 400 possible. Descriptive statistics were calculated and the results found were compared to the current literature. Data analysis was performed using the IBM SPSS Statistics 22.0 software. The analysis of the questions made it possible to point out an inadequacy / lack of some spaces for the function, especially in environments such as meeting room, pharmacy and procedures room. In the evaluation of equipment for clinical care, it was observed that, in general, physicians consider that there is availability of equipment in adequate quantity and quality for attendance in the units. In general, doctors evaluate how regular the physical structure of the doctor's offices and UBS. As for the work process, most of the teams are complete, although the minority's labor bond is statutory. There is NASF-AB matrix support for most teams, but there is no permanent education offer for a significant portion of them. Teamwork is manifested mainly in planning activities and groups. Overall satisfaction with the PMM is high and also the intention to remain working on the PHC after the program. The findings indicate that the structure may not be the determinant factor of the fixation of physicians and that the program itself has mechanisms that help in the qualification of the structure. In this sense, the PMM articulated with other government programs emerges as a state policy that reduces inequities in health, although the precariousness of labor relations at this level of attention does not respond.

**KEYWORDS:** Working Conditions, Primary Care, Family Health Strategy, Continuing education.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) no Brasil deve atuar como ordenadora da rede de assistência à saúde e se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é definida como a principal estratégia de expansão e consolidação deste nível de atenção. As equipes da ESF devem ser multidisciplinares, compostas minimamente por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos em saúde bucal, técnicos de enfermagem, agentes comunitários da saúde (ACS) e outros profissionais necessários à realidade do território (BRASIL, 2017a).

Embora a expansão da AB tenha impactos positivos na assistência à saúde da população, há ainda desafios a serem superados para sua consolidação, especialmente concernentes à garantia do acesso e da resolutividade. Nesta perspectiva, a distribuição heterogênea de médicos no país contribui para a existência de regiões vulneráveis onde provimento e fixação desses profissionais são desafios. Tal realidade demanda ações governamentais que objetivem superar tais desigualdades (OLIVEIRA, F. et al., 2015).

Neste contexto, algumas estratégias foram criadas buscando prover profissionais para suprir as carências das áreas mais vulneráveis. Em 2011, foi instituído o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), por meio da Portaria Interministerial Nº 2.087 (BRASIL, 2011). O PROVAB tinha o objetivo de atrair profissionais para a AB através da valorização das equipes de saúde da família (EqSF) e priorizou em suas ações os municípios de difícil acesso, com população de maior vulnerabilidade social e com dificuldade de provimento médico (BRASIL, 2011; OLIVEIRA, C. et al., 2015).

O governo brasileiro conseguiu maior êxito com o PROVAB a partir do segundo ano, quando captou mais de 3500 médicos para o trabalho na AB, atraídos principalmente pela bonificação de 10% na nota das provas de residência médica (RM) após a conclusão de 1 ano de programa (CARVALHO; SOUSA, 2013; OLIVEIRA, C. et al., 2015). Ainda assim, esta quantidade de médicos era insuficiente para as necessidades do país e as regiões mais remotas e pobres continuaram sem médicos.

Diante disso, foi lançado o Programa Mais Médicos (PMM) por meio da lei nº 12.871/2013 com o objetivo de suprir a carência de médicos especialmente nas regiões de maior escassez. O PMM foi estruturado em três eixos: investimento na melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS), a partir da ampliação do programa Requalifica UBS; mudanças na formação médica com ampliação das vagas de graduação de medicina e RM com reorientação da formação para a AB; e provisão emergencial de médicos

em áreas vulneráveis, este último denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, F. et al., 2015).

À época de implantação do PMM houve muitos debates acerca da infraestrutura das UBS em que estes profissionais atuariam, sendo a inadequada estrutura física das unidades um dos aspectos considerados pelas entidades médicas para explicar a falta de médicos em lugares de maior vulnerabilidade social. Tal debate é exemplificado por Soares Neto, Machado e Alves (2016, p. 2710) através da citação de uma manchete do Portal iG em setembro/13: “Falta de infraestrutura adequada é entrave para interiorização de médicos: Médicos ressaltam que, sem garantias de boas condições de trabalho, nem os estrangeiros vão encarar viver no interior e nas periferias”.

Em menos de um ano, o PMMB recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. Através da estratégia de chamadas internacionais, além de 1.846 médicos brasileiros, o programa recrutou 12.616 médicos estrangeiros de 49 países. Dos médicos estrangeiros, 11.429 eram cubanos recrutados por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e desta com o Ministerio de Salud Pública de Cuba (OLIVEIRA, F. et al., 2015).

Desde o início do programa, tem sido crescente a adesão de médicos brasileiros e a partir de 2015 não houve necessidade da vinda de novos médicos estrangeiros. Além disso, neste período o PMM passa a incorporar o PROVAB (BRASIL, 2015), motivo pelo qual, neste estudo, são considerados como médicos do PMM também aqueles com vínculo com o PROVAB.

A alocação desses médicos no território brasileiro priorizou as áreas de maior vulnerabilidade social. A região Nordeste foi uma das mais beneficiadas pelo PMMB e a Paraíba foi o sexto estado que mais recebeu médicos na região. Neste estado, 49,3% da população reside em territórios com escassez do profissional médico e com dificuldades no processo de fixação destes na AB (NOGUEIRA et al., 2016).

Entre as 1.344 EqSF implantadas na Paraíba em 2016, havia 400 médicos (30,1%) do PMM. Tal impacto demonstra a contribuição do programa na cobertura territorial deste estado.

Diante dos argumentos das entidades médicas referentes aos fatores dificultadores da fixação de médicos na AB e do impacto do programa na assistência ofertada na AB regional e nacionalmente, este estudo objetiva avaliar as condições de trabalho, com ênfase no processo de trabalho e na infraestrutura da UBS, na perspectiva dos médicos vinculados ao programa.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo, transversal e quantitativo. Para a análise das condições de trabalho, foi utilizado um banco de dados formado por respostas a um formulário online aplicado aos médicos pertencentes ao PMM na Paraíba entre dezembro de 2015 e julho de 2016. O formulário foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde em 22 de outubro de 2015, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

Dos 400 médicos participantes deste programa na Paraíba naquele momento, o questionário foi respondido por 266, porém 17 respondentes não autorizaram usar as informações para fins de pesquisa, restando 249 respostas válidas para análise. As respostas referentes aos cubanos foram mantidas neste estudo devido a importância dos mesmos para uma avaliação mais abrangente da estrutura já que estes médicos foram alocados prioritariamente nos locais com pior IDH e de pior estrutura.

O perfil dos respondentes foi: idade média de 37 anos, discreta predominância do sexo feminino (50,6%) e de brancos (56,6%). A maioria era brasileiro (70,7%) com tempo médio de formação de 11,7 anos e tinha trabalhado na AB antes de ingressar no PMM (83,5%). Poucos tinham Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ou título de especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (28,9%), mas a metade (50,2%) tinha especialização pela UNASUS.

O formulário estruturado contém 121 perguntas, sendo consideradas para análise as contidas nos blocos: avaliação da estrutura física; avaliação de equipamentos, insumos e medicamentos para o atendimento clínico; avaliação de recursos humanos; processo de trabalho e avaliação do programa.

Utilizando-se o software IBM SPSS Statistics 22.0, foi feita a limpeza do banco e o preparo do mesmo para análise. As variáveis em escala likert foram convertidas em novas variáveis escalares e dicotômicas. Para as variáveis dicotômicas, considerou-se concordo parcialmente e totalmente como ‘concordo/adequado’ e as demais respostas como ‘discordo/inadequado’. Para escalas de ‘0 a 10’, foram construídas novas variáveis dicotômicas onde considerou-se como concordância/adequação respostas maiores ou iguais a 8 (oito).

Após preparação do banco, foi feita a descrição das frequências absolutas e relativas das respostas e, depois, procedeu-se o cálculo da média para as variáveis escalares e das proporções para as variáveis nominais dicotômicas ou não. Os resultados encontrados foram comparados à literatura vigente.

## RESULTADOS

A análise das questões possibilitou a avaliação da perspectiva dos médicos inseridos no PMM na Paraíba sobre os aspectos relacionados às condições de trabalho na AB e a relação dessas condições com a avaliação do programa.

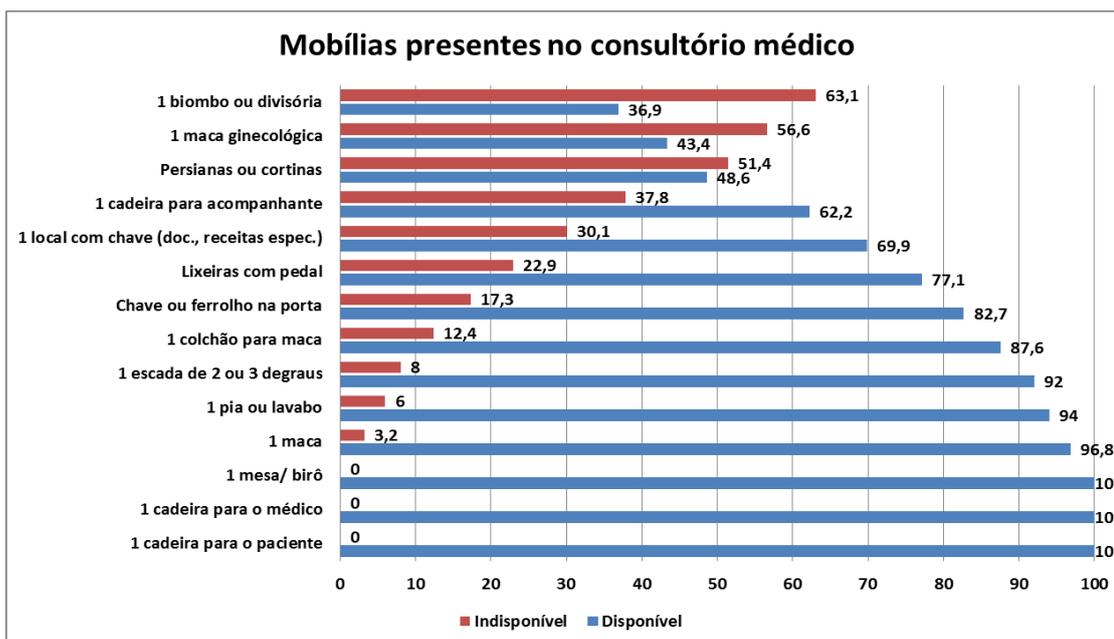
### Avaliação da estrutura dos consultórios médicos e das UBS

A minoria dos médicos (46,2%) considerou o consultório médico adequado para realizar um atendimento qualificado, sendo 6,9 a média de concordância com a afirmativa: “o consultório dá plenas condições de prestar um atendimento de qualidade”.

A maioria dos consultórios fornece conforto luminoso (74,3%), boa conservação de paredes e pisos (63,5%), acústica adequada (61,8%) e conforto térmico (63,5%). Este último fornecido, principalmente, pela presença de ar condicionado (68,7%) e janela com boa circulação de ar (57,8%).

As mobílias e insumos disponibilizados e presentes em todos os consultórios são: cadeira para o médico, cadeira para o paciente e mesa. Entretanto, é frequente indisponibilidade de biombo/divisória (63,1%), maca ginecológica (56,6%), persianas/cortinas (51,4%) e cadeira para acompanhante (37,8%) (Figura 2). A maioria dos consultórios contém insumos: sacos de lixo (77,5%), toalha de papel para secar as mãos (64,3%), lençol ou rolo de papel para maca (57,0%), sabonete líquido/álcool em gel (57%).

Figura 2 – Disponibilidade de mobílias no consultório médico.

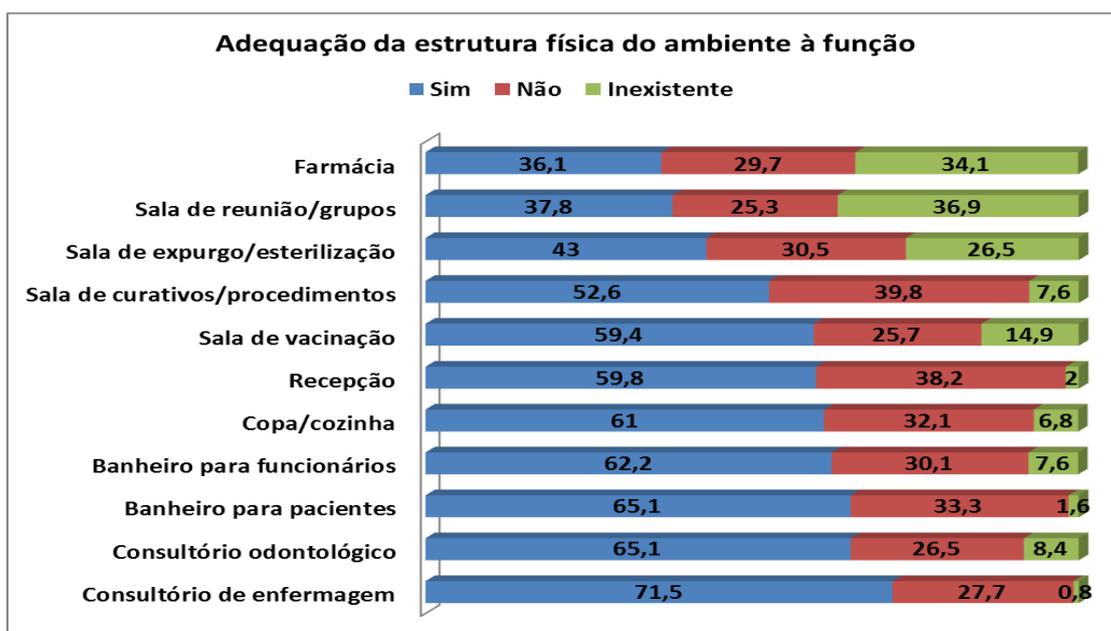


Fonte: Elaboração própria

A estrutura geral da unidade de saúde foi bem avaliada pela minoria dos médicos (43,3%) e a média de concordância com a afirmativa: “a unidade de saúde, de uma forma geral, tem uma boa estrutura física” foi de 6,7. Na maioria das unidades há disponibilidade de limpeza adequada (70,3%) e apenas em metade (50,2%) há água potável de boa qualidade para consumo. Quanto aos recursos de informática, nota-se que a minoria das unidades possuem recursos tecnológicos: computador (41,4%), internet (32,9%), telessaúde (24,9%), impressora (20,9%) e prontuário eletrônico (3,6%).

No quesito adequação dos espaços para a função (figura 3), há uma inadequação estrutural especialmente em ambientes como sala de reunião (em 36,9% das unidades é inexistente e em 29,7%, embora exista, é considerada inadequada para a função), farmácia (36,9% inexistente e 25,3% inadequada), sala de expurgo/esterilização (26,5% inexistente e 25,3% inadequada) e sala de curativos/procedimentos (7,6% inexistente e 39,8% inadequada).

Figura 3 – Estrutura física do ambiente adequada para a função.



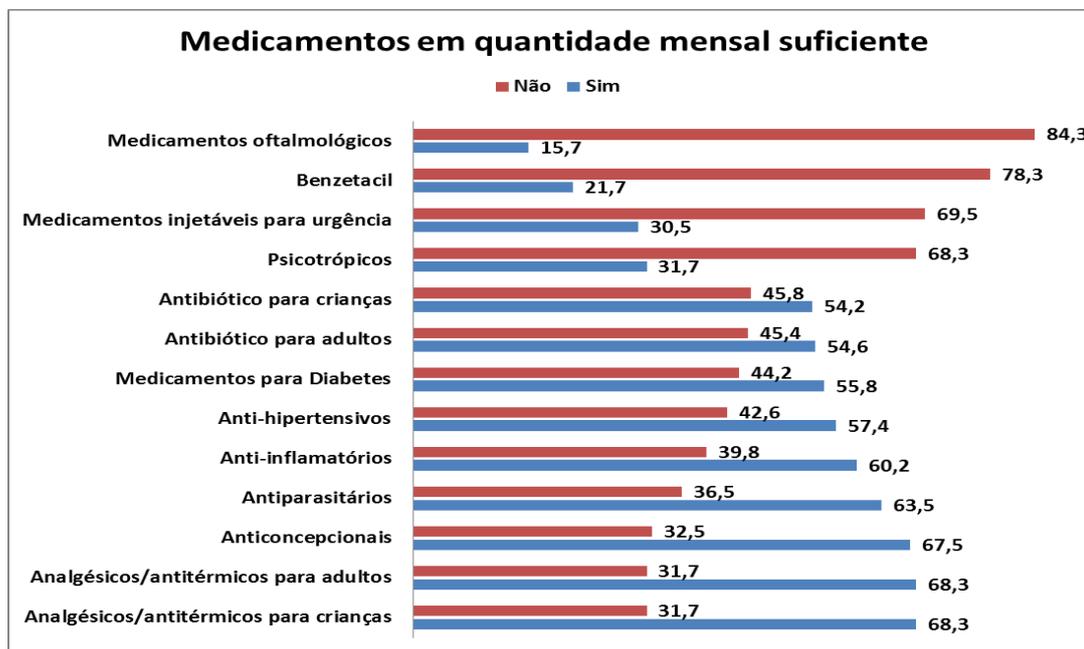
Fonte: Elaboração própria

Quanto à disponibilidade de equipamentos e insumos para o atendimento clínico, a maioria das unidades contém: fita métrica (85,9%), balança para adultos (83,9%) e infantil (74,7%), glicosímetro (81,9%) e termômetro (78,7%). Entretanto, frequentemente estão indisponíveis: martelo para exame neurológico (92,0%), Dispositivo Intrauterino (DIU) (85,9%), kit de monofilamento (81,1%), lanterna (76,7%), negatoscópio (62,2%) e otoscópio (52,6%).

A análise da disponibilidade em quantidade mensal suficiente de medicamentos (figura 4) aponta para a escassez de medicamentos oftalmológicos (84, 3%), benzetacil

(78,3%), medicamentos injetáveis para urgência (69,5%) e psicotrópicos (68,3%).

Figura 4 – Disponibilidade de medicamentos em quantidade mensal suficiente .



Fonte: Elaboração própria

### Equipe e Processo de trabalho

A maioria dos médicos atua em equipes completas (90,4%), mas há um pequeno percentual (12,3%) dos que atuam em unidades integradas que refere ausência de médicos em alguma outra equipe da unidade. Há profissionais de segurança em apenas 37,4% das unidades, mas há profissionais para a recepção em 87,6%.

Quanto à forma de contrato dos profissionais, nota-se que a minoria – enfermeira (34,5%), técnica de enfermagem (30,9%), odontólogo (29,3%), técnico de higiene dental (26,5%) – possui regime estatutário, com exceção dos ACS, que possuem 60,2% da categoria neste regime.

Quando são analisadas as atividades realizadas em equipe regularmente, a maioria dos médicos afirma realizar: planejamento de atividades (90,0%), atividades grupais (90,0%), atendimento conjunto (69,5%), discussão de indicadores (69,5%) e discussão de casos/PTS (67,5%).

Em 99,6% das unidades há reunião de equipe e 99,2% dos médicos afirmam participar delas, dentre os quais 94,1% participam de forma frequente. As reuniões ocorrem, na maioria das unidades, uma vez ao mês (54,6%). Nestes espaços estão presentes elementos como a educação permanente (EP) (64,3%), e normalmente contém decisões por consenso (88,8%), pauta definida previamente (88,4%), tempo para informes (82,7%), construção de ata

(73,9%), metodologias participativas (69,1%), decisões por votação (56,6%) e inscrições para fala (43,4%).

Sobre o apoio matricial, geralmente há disponibilidade de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 86,4% dos municípios. Os profissionais do NASF-AB atuam na maioria das unidades (61,0%), geralmente com uma frequência de uma ou mais vezes por semana (68,7%). Entre as atividades do NASF-AB, para 68,3% das equipes há oferta de EP, sendo esta oferta regular em 50,2%. As atividades de EP ocorrem na maioria das equipes com todos os profissionais juntos (62,8%).

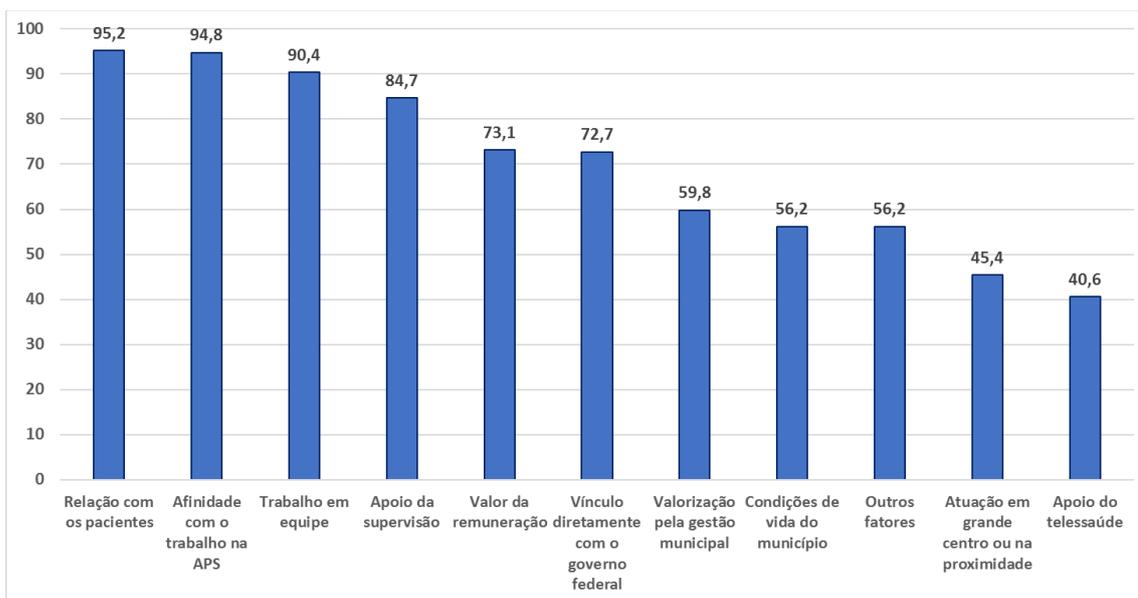
O funcionamento da maioria das unidades ocorre em dois turnos (90,8%), com oito horas diárias para atendimento dos usuários (86,7%). A maioria dos médicos (68,7%) realiza atendimento regular a usuários de outras áreas. O número de consultas diárias do médico é menor ou igual a 32 na maioria dos casos (74,7%). O registro de consultas em prontuário é realizado frequentemente (94,0%), embora apenas 20,1% utilize o SOAP como método de registro.

Dos serviços oferecidos pela equipe à população destacam-se: atendimento a demanda espontânea (100%), visita domiciliar (VD) (100%), pré-natal (100%), puericultura (98,8%), consultas agendadas (97,6%), coleta de citopatológico de colo uterino (97,6%), curativos (93,2%), vacinação (91,2%), grupos educativos (88,4%) e acolhimento (86,3%). Entretanto, há um déficit na oferta de serviços como: suturas (39,8%), aplicação de benzetacil (quando disponível na unidade) (23,3%), pequenas cirurgias (16,9%) e colocação de DIU (11,2%).

### **Satisfação e intenção de permanência na AB dos médicos vinculados ao programa**

A avaliação geral da satisfação dos médicos com o PMM obteve média de 8,3 e a maioria dos médicos (83,5%) gostaria de seguir atuando na AB após o término do programa. Dos elementos importantes para a permanência dos médicos no programa, os mais citados foram: relação com os pacientes (95,2%), afinidade como o trabalho na AB (94,8%), trabalho em equipe (90,4%) e apoio da supervisão (84,7%); seguidos de valor da remuneração (73,1%) e vínculo direto com o governo federal (72,7%) (Figura 5).

Figura 5 – Elementos relevantes para a permanência do médico no PMM



Fonte: Elaboração própria

## DISCUSSÃO

### Avaliação da estrutura dos consultórios médicos e das UBS

Embora a expansão da ESF tenha aumentado a cobertura da população assistida, a qualificação da assistência perpassa pela existência de uma estrutura física minimamente adequada para a realização da atenção em saúde na AB. Apesar disso, vários estudos apontam para a falta de estrutura física adequada nas UBS (MOURA et al., 2010; NEVES et al., 2018).

Neste estudo, embora a minoria dos médicos respondentes avalie como boa a estrutura física das unidades (43,3%) e dos consultórios (46,2%) em que atuam, a maioria (83,5%) gostaria de seguir atuando na AB, o que sugere que a estrutura física, *per si*, pode não ser relevante como elemento que atrapalhe a fixação do médico na ESF.

A avaliação dos médicos sobre a estrutura pode ter relação com a disponibilidade de uma infraestrutura com adequação regular na Paraíba, como aponta Giovanella et al. (2015). Neste estudo, as autoras apontam a Paraíba como o quinto estado com maior proporção de UBS classificadas no tipo 4 (64%), que seriam unidades com indisponibilidade de internet e de alguns poucos itens de infraestrutura geral. Estas unidades, com baixos investimentos, exceto em relação a internet, poderiam atingir o padrão de referência.

Além disso, condições mínimas estruturais para adesão aos editais do PMMB por parte dos municípios fizeram com que os médicos fossem alocados em unidades com melhor estrutura entre as existentes (GIOVANELLA et al., 2016; SOARES NETO; MACHADO;

ALVES, 2016). E, quando não havia boa estrutura, os municípios eram tensionados a aderir ao Requalifica-UBS e implementar mudanças necessárias para qualificação estrutural, sendo acompanhados neste processo pelos supervisores e demais atores do PMMB (MOTA; BARROS, 2016; SASSI, 2018; SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016).

Especificamente em relação à Paraíba, Sassi (2018) identifica que denúncias de unidades com estrutura ruim eram frequentes no início do programa e que observou diversas situações onde municípios foram notificados a implementar as mudanças estruturais necessárias, sob pena de desligamento, identificando ao longo do seu trabalho mudanças para melhor em diversas unidades. Este achado é ratificado neste estudo já que 32,1% dos médicos relataram melhora das condições estruturais da unidade após ingresso no programa.

Além disso, a percepção de inadequação da estrutura física do consultório por parte dos médicos não corresponde plenamente ao conjunto de suas demais respostas que relatam adequado conforto térmico, acústico e luminoso e boa disponibilidade de mobiliário, insumos e equipamentos. Destaca-se negativamente apenas a baixa modernização das unidades com pouca disponibilidade de recursos tecnológicos, o que pode interferir na avaliação dos médicos que são em sua maioria formados em ambientes hospitalares com alta densidade tecnológica.

Em contrapartida, a avaliação mediana da estrutura da unidade parece coerente quando se observa que em um percentual elevado das unidades há ausência ou inadequação de farmácia (63,8%), sala de reunião/grupos (62,2%) e sala de curativos/procedimentos (57%), estruturas essas que impactam na qualidade do trabalho e da resolutividade da AB. A falta de alguns medicamentos (medicamentos oftalmológicos, benzetacil, medicamentos injetáveis para urgência, principalmente) em quantidade suficiente também pode contribuir para esta percepção negativa das condições estruturais dos serviços.

Na análise dos medicamentos disponibilizados mensalmente, destaca-se a escassez de benzetacil na maioria das UBS (78,3%), sendo este o medicamento mais usado para o tratamento da sífilis no Brasil. Tal dado é relevante frente ao cenário nacional de aumento de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita nos bebês, nos últimos cinco anos. A ausência deste medicamento nas unidades poderia contribuir para a manutenção do coeficiente por sífilis congênita em menores de um ano (6,8) acima da média nacional (6,1) (BRASIL, 2017b).

Destaca-se ainda a frequente indisponibilidade de medicamentos injetáveis para urgência (69,5%), apesar do Plano Nacional de Atenção às Urgências identificar a necessidade de existir, neste nível de atenção, salas de observação equipadas para garantir o

atendimento às urgências em seu horário de funcionamento. Entretanto, a expansão da AB no país não contou com investimento estrutural coerente com essa necessidade (KONDER; O'DWYER, 2015).

Estes resultados ratificam a necessidade de manutenção dos investimentos na infraestrutura das UBS, como é previsto pelo eixo de qualificação da estrutura do PMM. As condições de trabalho desfavoráveis comprometem a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação dos profissionais e desconforto aos usuários (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016).

A ESF teria, quando bem estruturada, a capacidade de resolver até 80% dos problemas de saúde da população assistida, reduzindo o número de encaminhamentos para outros serviços, como emergências e hospitais (CAMPOS et al., 2014). Neste sentido, a adequação da estrutura é imprescindível para a resolutividade dos problemas de saúde na AB, já que a escassez de insumos compromete a disponibilidade de serviços.

### **Equipe e Processo de trabalho**

No âmbito do processo de trabalho, a maioria dos médicos refere que sua equipe está completa e as atividades realizadas em equipe evidenciam um processo de trabalho dinâmico com planejamento em equipe e atividades em grupo. Mas, quando se analisam os vínculos profissionais, nota-se que apenas os ACS possuem mais da metade dos profissionais em regime estatutário. Tal dado sugere uma fragilidade nos vínculos trabalhistas dos profissionais na AB, que poderia estar associada à precarização e rotatividade dos profissionais que impactam diretamente no processo de trabalho em saúde, o que tem sido um grande desafio para a gestão do SUS (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Destaca-se ainda que a dificuldade de atração e fixação de médicos na AB não é percebida em relação aos demais profissionais que compõem a equipe mínima, ainda que nas outras profissões este trabalho seja mal remunerado e com vínculo empregatício precário (JARDIM et al., 2018; LIMA et al., 2014). Este dado aponta para as desigualdades existentes entre as diversas profissões da saúde e para a necessidade de respostas à precarização das relações de trabalho na AB que atinge todos os profissionais. O próprio PMMB estabelece contrato com vínculo temporário e sem garantia de todos os direitos trabalhistas, sendo esta uma das críticas feitas ao programa no período de seu lançamento.

A disponibilidade total das equipes para o atendimento de demanda espontânea e de VD e de quase totalidade das mesmas para demandas programadas e realização de grupos pode sugerir que a maioria das equipes supera um modelo estrito de ações programáticas na

lógica de uma APS seletiva. Este resultado corrobora com o relatório da primeira fase da pesquisa feita pela Rede Observatório do Programa Mais Médicos que segundo Pinto (2017) verificou aumento do escopo de prática, de procedimentos coletivos e de VD nas UBS com médicos do programa.

Quanto ao apoio matricial, o fato da maioria das equipes receber apoio do NASF-AB em suas unidades (86,4%), dialoga com a realidade da Paraíba que se destaca no cenário nacional pelo quantitativo absoluto de equipes NASF-AB implantadas em seus municípios (SILVA et al., 2019). Estas equipes ofertam EP a mais da metade das unidades da ESF, mas em quase metade delas a oferta ocorre de forma irregular. Este dado aponta para uma fragilidade no eixo técnico-pedagógico das equipes de apoio (que tem por objetivo fornecer ações de apoio educativo junto a equipe de AB e para esta) já apontada em outros estudos (SILVA et al., 2019).

### **Satisfação e intenção de permanência na AB dos médicos vinculados ao programa**

A alta satisfação dos médicos com o PMM (média 8,3) também pôde ser verificada em outro estudo realizado pela UFMG/IPESPE *Apud* PINTO (2017) no qual a média de avaliação do programa pelos médicos ficou em 9,1 e 98% destes disseram que indicariam o programa para um amigo, sendo esta boa avaliação uma das causas citadas para um maior interesse dos médicos brasileiros pelo PMM nos últimos anos (PINTO et al., 2017).

A intenção de 83,5% dos médicos de permanecer trabalhando na APS após o PMM também é alta, mas vale ressaltar que o estudo também incluiu os médicos cubanos que compunham o programa apenas emergencialmente e tinham em Cuba como principal local de trabalho as clínicas da família. Estes médicos já retornaram para Cuba devido à antecipação do término do contrato via OPAS após comentários inadequados do governo brasileiro eleito em 2018 (DYER, 2018; PACHECO SANTOS et al., 2018), tornando ainda mais importante o entendimento dos fatores que se associam à fixação dos médicos brasileiros.

Quando se analisa a intenção de permanecer trabalhando na APS apenas entre os médicos brasileiros, o percentual de 78,4% ainda é alto e pode estar diretamente relacionado com a satisfação com o PMM e os diversos componentes do trabalho na APS, já que a insatisfação com o trabalho está relacionada na literatura como o principal fator para deixar um emprego (CAMPOS; MALIK, 2008). Neste mesmo estudo de Campos e Malik (2008), a baixa satisfação com a presença de materiais de trabalho (54,4%) e do ambiente físico da unidade (40,6%) estiverem associados diretamente ao aumento da rotatividade, que atingiu índice de 37,4% em 12 meses. Entretanto, estes fatores foram apenas o terceiro e o sétimo

fator, respectivamente, mais importantes na associação com a satisfação e a rotatividade (CAMPOS; MALIK, 2008).

## **CONCLUSÃO**

Mesmo diante das limitações deste estudo por basear-se num inquérito transversal e restrito ao estado da Paraíba, com análise apenas descritiva, podemos sugerir que, contrapondo-se à visões amplamente difundidas, o quesito estrutura pode não ser o fator determinante da fixação de médicos para áreas de maior vulnerabilidade social, especialmente na Paraíba onde existe uma estrutura regular. Neste sentido, é preciso aprofundar o conhecimento sobre os aspectos de atração e fixação dos médicos para atuação na AB.

Ainda assim, podemos verificar que o PMM dialoga com as demandas das entidades médicas quando visa, em um de seus eixos, a melhoria da infraestrutura das UBS, sendo perceptível já nesta amostra uma mudança estrutural para melhor em cerca de 1/3 das unidades de saúde. Esta característica do programa pode, inclusive, reduzir a influência da insatisfação com a estrutura, devido a perspectiva de que este problema se resolva em médio prazo com apoio dos supervisores e outros atores envolvidos ao PMM na mediação com a gestão municipal.

Pode-se assim pensar que o PMM articulado com outros programas governamentais – como o Requalifica-UBS, PMAQ-AB, entre outros – procura responder às complexas necessidades do SUS que vão desde o provimento de médicos à estruturação e qualificação da AB, podendo ser considerado mais que um simples programa e assumindo caráter de uma ampla política de Estado que prioriza a AB e reduz iniquidades em saúde, apesar de não dar resposta à precarização das relações de trabalho neste nível de atenção.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 out. 2013.

BRASIL (ED.). Programa Mais Médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros. 1a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria Interministerial MEC/MS No 2.087, de 1o de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 1 set. 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – Sífilis 2017. Vol. 48, nº 36. Brasília, DF: 2017b.

CAMPOS, C. V. DE 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, abr. 2008.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

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

DYER, O. Cuba begins pulling 8300 doctors out of Brazil following Bolsonaro's comments. **BMJ**, p. k5027, 27 nov. 2018.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M. DE; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 18–29, mar. 2015.

GIOVANELLA, L. et al. **TIPOLOGIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS** Região e Redes, , 2015. Disponível em: <[http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05\\_ValeEste.pdf](http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2019

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697–2708, set. 2016.

JARDIM, G. S. et al. Índice de satisfação no trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 10, n. 4, p. 2055–2064, 2018.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525–545, jun. 2015.

LIMA, L. DE et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2014.

MOTA, R. G. DA; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2879–2888, set. 2016.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. suppl 1, p. s69–s81, nov. 2010.

NEVES, R. G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 29 mar. 2018.

NOGUEIRA, P. T. A. et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2889–2898, set. 2016.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999–3010, out. 2015a.

OLIVEIRA, F. P. DE et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623–634, set. 2015b.

PACHECO SANTOS, L. M. et al. The end of Brazil's More Doctors programme? **BMJ**, p. k5247, 18 dez. 2018.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1087–1101, 21 ago. 2017.

SASSI, A. P. **DINÂMICAS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública**. João Pessoa - Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, 25 abr. 2018.

SILVA, I. C. B. DA et al. O PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 14 jan. 2019.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2709–2718, set. 2016.

## 4.2 ARTIGO 2 - FATORES ASSOCIADOS À INTENÇÃO DE SEGUIR TRABALHANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

**RESUMO: Introdução:** Como acontece em vários outros países, no Brasil há desigualdades regionais e sociais na distribuição de profissionais médicos. O Programa Mais Médicos (PMM) tem entre seus objetivos o provimento de médicos em regiões de difícil contratação de profissionais. Por ser provisório, ainda é incerta a intenção dos profissionais em continuarem trabalhando na Atenção primária à saúde (APS) após o programa. Este estudo identifica características relacionadas ao PMM e ao trabalho dos médicos, que aumentam a sua intenção de permanecer trabalhando na APS após o término do programa. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, transversal, quantitativo, descritivo e analítico, a partir de um banco de dados formado de um questionário online aplicado aos médicos pertencentes ao PMM, na Paraíba, entre dezembro de 2015 e setembro de 2016. Foi realizada análise descritiva, por meio de médias e desvios-padrão, frequências absolutas e proporções. Para a identificação das variáveis associadas à intenção de permanecer trabalhando na APS após o programa, calculou-se a razão de prevalência, através do modelo de Poisson, construindo um modelo multivariado. **Resultados:** Entre os brasileiros, 78,4% dos médicos têm a intenção de permanecer trabalhando na APS após o PMM. Observa-se aumento da associação entre esta intenção e o tempo de formação dos médicos; ter feito a graduação em outro país e ter tido boa experiência com a supervisão do PMM; estar satisfeito com a gestão municipal; e ter interesse em ser preceptor e/ou fazer a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). **Discussão:** O perfil do médico brasileiro no PMM é principalmente de um médico recém-formado com tendência a deixar o programa em médio prazo para fazer residência médica. Apesar disso, locais com boa relação com o gestor municipal e um suporte do supervisor auxiliaram na construção de uma boa experiência na APS, melhorando a satisfação com o trabalho e a intenção de permanecer. Além disso, médicos com interesse em fazer RMFC, interesse em atuar na preceptoría da residência e que se graduaram fora do Brasil, talvez por um maior perfil para o trabalho na APS, também mostraram uma maior intenção de permanecer. **Conclusão:** O PMM é uma política complexa e que dialoga com diversos elementos presentes na literatura nacional e mundial para atração e retenção de médicos a partir dos seus dispositivos legais. Elementos como a supervisão, relação dialógica entre gestores e trabalhadores e a RMFC na perspectiva da integração ensino-serviço podem melhorar a atração e a retenção de médicos na APS brasileira.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Retenção e Recrutamento de Médicos, Programa Mais Médicos.

## **FACTORS ASSOCIATED WITH THE INTENTION TO FOLLOW WORKING IN PRIMARY CARE BETWEEN MORE DOCTORS PROGRAM**

**ABSTRACT: Introduction:** As in several other countries, in Brazil there are regional and social inequalities in the distribution of medical professionals. The More Doctors Program (PMM) has among its objectives the provision of doctors in regions that are difficult to hire professionals. Because it is provisional, it is still uncertain the intention of professionals to continue working in Primary Health Care (PHC) after the program. This study identifies characteristics related to PMM and the work of physicians, which increase their intention to remain working in PHC after the end of the program. **Methodology:** This is an observational, cross-sectional, quantitative, descriptive and analytical study, based on a database formed of an online questionnaire applied to physicians belonging to the PMM, in Paraíba, between December 2015 and September 2016. It was performed descriptive analysis, by means and standard deviations, absolute frequencies and proportions. For the identification of variables associated with the intention to remain working in the PHC after the program, the prevalence ratio was calculated using the Poisson model, constructing a multivariate model. **Results:** Among Brazilians, 78.4% of physicians intend to remain working in PHC after PMM. It is observed an increase in the association between this intention and the time of formation of the physicians; have undergone graduation in another country and have had good experience with PMM supervision; be satisfied with municipal management; and have an interest in being a preceptor and / or a Family and Community Medicine (RMFC) Residency. **Discussion:** The profile of the Brazilian physician in the PMM is mainly from a newly formed doctor with a tendency to leave the program in the medium term to become a medical resident. Nonetheless, sites with a good relationship with the city manager and a support from the supervisor helped to build a good experience in PHC, improving job satisfaction and the intention to stay. In addition, physicians with an interest in making RMFC, an interest in working in the preceptory of the residence and graduating outside Brazil, perhaps because of a higher profile for work in the APS, also showed a greater intention to remain. **Conclusion:** The PMM is a complex policy that dialogues with several elements present in the national and world literature for attracting and retaining physicians from their legal devices. Elements such as supervision, the dialogical relationship between managers and workers, and RMFC in the perspective of teaching-service integration can improve the attraction and retention of physicians in Brazilian PHC.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Retention and Recruitment of Doctors, More Doctors Program.

## INTRODUÇÃO

A defesa da saúde como direito humano fundamental ganhou força no final dos anos 80 a partir da 30ª Assembléia Mundial de Saúde, sendo referendada pela Declaração de Alma-Ata em 1978 que defende a sua concretização a partir da organização de Sistemas Nacionais de Saúde (SNS) estruturados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Trazia em sua concepção a idéia da saúde como essencial para o bem estar do homem e sendo parte fundamental de um desenvolvimento econômico e social sustentável (OMS, 1978).

Ainda no início da década de 80, com a crise do capitalismo mundial, ganha força a idéia de uma APS seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; PIRES-ALVES; CUETO, 2017), tornando mais conflituosa a luta pela garantia do acesso universal à saúde. Recentemente, principalmente a partir de 2010, tem se destacado o debate em torno da cobertura universal da saúde em substituição à lógica da universalidade dos sistemas nacionais, abrindo espaço importante para o setor privado disputar recursos e profissionais com o sistema público (GIOVANELLA et al., 2018).

É nesse contexto de disputa da concepção de saúde enquanto direito ou mercadoria que se insere a crise na força de trabalho em saúde em nível mundial que atinge países ricos e pobres, mas principalmente áreas carentes e rurais (OMS, 2006). O continente africano, por exemplo, com 24% da carga total de doença mundial tem apenas 3% dos trabalhadores de saúde e consome apenas 1% das despesas mundiais (OMS, 2006).

Em relação especificamente às áreas rurais, a OMS (2010) relata que cerca de metade da população mundial vive em contexto rural, mas apenas 38% dos trabalhadores de enfermagem e menos de 25% dos médicos atuam nestas áreas. Essa distribuição desigual é mantida pela expansão de mercados de trabalho em áreas urbanas e com mais recursos que incentiva a migração de profissionais entre países e dentro dos mesmos sempre das áreas mais pobres para as mais ricas. Com isso, a falta de profissionais é agravada pela concentração dos mesmos nas regiões urbanas e com melhores recursos.

No Brasil, como acontece nos demais países, há desigualdades regionais e sociais na distribuição de profissionais de saúde, especialmente médicos, que comprometem a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, conseqüentemente, a universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS; MACHADO; GIRADI, 2009). Estima-se que, em 2009, 42% da população brasileira vivia em cidades que tinham menos que 0,25 médicos para 1000 habitantes, sendo mais grave a situação da região Norte, com 8% da população do país e 4,3% dos médicos, e do Nordeste, com 28% da população e 18,2% dos médicos, enquanto no

Sudeste residiam 60% dos médicos do país com apenas 42% da população do Brasil (CAMPOS; MACHADO; GIRADI, 2009).

Diante deste problema, tem sido crescente na literatura brasileira e mundial o debate sobre estratégias de recrutamento e retenção de profissionais de saúde de forma a ajudar gestores de saúde na formulação de políticas para atrair e reter trabalhadores da saúde em áreas rurais e remotas (OMS, 2010).

No Brasil, várias estratégias foram testadas ao longo dos anos para o provimento de profissionais em áreas de escassez (SASSI, 2018), mas somente com o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) houve um maior êxito, a partir do segundo ano do programa, com a atração de mais de 3500 médicos para o trabalho na APS (CARVALHO; SOUSA, 2013; OLIVEIRA et al., 2015). Ainda assim, esta quantidade de médicos foi insuficiente para as necessidades do país e principalmente as regiões mais remotas e pobres do país continuaram sem médicos.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado com o objetivo de lidar com a escassez destes profissionais em curto prazo através do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), e médio e longo prazos através do aumento de vagas na graduação de medicina e de residência médica em regiões de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2013). O PMM atingiu grande eficiência em atrair médicos para APS brasileira através de uma política complexa, com abrangência de várias dimensões preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para atração e retenção de médicos (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016). Mais que isso, conseguiu atrai-los para as localidades com maior necessidade. Também conseguiu reduzir a rotatividade de médicos entre as diversas localidades com dificuldade de retenção destes profissionais, aumentando a sua fixação nos locais onde foram alocados (GIRARDI et al., 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016; PINTO et al., 2017; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015). A partir de 2015, o PMM incorporou também o PROVAB (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017; BRASIL, 2015), motivo pelo qual, neste estudo, entende-se como médicos vinculados ao PMM os médicos do PMMB e do PROVAB.

Na Paraíba, houve aumento de 34,3% dos médicos na APS entre 2013 e 2016, reduzindo o número de municípios sem médico de 59 para 31, no período, e com redução da desigualdade da distribuição destes médicos em todo o estado (LEITÃO, 2018).

Entretanto, é incerto se, excluídas as características do PMM, estes médicos ainda permanecerão nestas localidades. Este estudo tenta identificar características relacionadas ao PMM e ao trabalho que estes médicos vêm desenvolvendo na APS que aumentam a sua intenção de permanecer trabalhando neste nível de atenção após o término do programa.

Assim, busca-se contribuir com a construção de políticas públicas cientificamente embasadas que consigam atrair e reter médicos suficientes para o cuidado às pessoas na APS brasileira.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, descritiva e analítica. Os dados deste estudo são referentes a um banco de dados formado por respostas a um questionário online aplicado aos médicos pertencentes ao PMM, no estado da Paraíba, no período de dezembro de 2015 a julho de 2016.

Este questionário faz parte de uma pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, obtendo aprovação para aplicação em 22 de outubro de 2015, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

O instrumento foi enviado para o total de médicos do programa na Paraíba no período (400), e destes foi respondido por 266, sendo que 17 respondentes não autorizaram o uso das informações para fins de pesquisa, restando, assim, 249 respostas válidas para análise. Destes 249 respondentes, 68 são cubanos, 5 de outras nacionalidades e 176 são brasileiros. Neste estudo utilizou-se os dados referentes aos médicos brasileiros pelo objetivo da pesquisa de avaliar fatores associados com a intenção de permanecer trabalhando na APS após o término do PMM. Os médicos cubanos já retornaram ao seu país devido ao governo cubano romper com a cooperação com o governo brasileiro em reação a declarações depreciativas do novo presidente (DYER, 2018; PACHECO SANTOS et al., 2018), tornando ainda mais importante o entendimento dos fatores que se associam a fixação dos médicos brasileiros.

O questionário era composto por 121 questões, organizadas nas seguintes seções: Identificação Geral, Formação profissional e experiência do médico, Identificação do programa de provimento (Mais Médicos ou PROVAB), Identificação da USF, Avaliação da estrutura física da USF, Avaliação de insumos, equipamentos e medicamentos para o atendimento clínico, Avaliação de recursos humanos, Avaliação de processo de trabalho, Avaliação da rede de saúde, Avaliação da supervisão, Avaliação geral e satisfação do médico e Autorização para uso em pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Foi feita a limpeza do banco e o preparo do mesmo para análise. As variáveis em escala likert foram convertidas em variáveis escalares e dicotômicas. Para as variáveis dicotômicas, considerou-se concordo parcialmente e totalmente como ‘concordo/adequado’ e as demais respostas como ‘discordo/inadequado’. Para escalas de ‘0 a 10’, foram construídas

novas variáveis dicotômicas onde considerou-se como concordância ou adequação respostas maiores que 8 (oito).

A questão “Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos?” foi definida como sendo a variável de desfecho e todas as demais foram consideradas variáveis preditoras para a busca de associações.

Inicialmente foi realizada análise descritiva das variáveis de identificação do médico, formação e experiência profissional e programa de provimento comparadas entre os grupos com intenção ou não de permanecer trabalhando na APS. As variáveis contínuas foram apresentadas por meio de suas médias e desvios-padrão e as nominais, através das suas frequências absolutas e proporções. A significância estatística da comparação das médias foi verificada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney já que nenhuma das variáveis atendeu a condição de normalidade. A comparação entre as proporções foi verificada pelo teste de qui-quadrado. O nível de significância utilizado foi de 5%. Foi testada correlação entre variáveis a partir do Teste de Correlação de Spearman para variáveis não paramétricas.

Para a identificação das variáveis associadas com a intenção de permanecer trabalhando na APS após o programa, calculou-se a razão de prevalência (RP), com seu respectivo intervalo de confiança, através do modelo de Poisson com variância robusta, por ser um modelo de melhor estimativa da RP em estudos com prevalência alta. (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008)

Inicialmente foi feita a análise univariada das questões do banco e todas as variáveis independentes com p-valor menor que 0,10 foram acrescentadas no modelo multivariado, resultando em 64 nesta condição. Outras 8 variáveis foram acrescentadas no modelo multivariado, resultando num modelo inicial com 72 variáveis, já que apesar de não terem sido significativas estatisticamente fazem parte do debate frequente sobre atração e retenção na literatura. São estas: Macrorregião do município, População cadastrada, Consultas por dia, Consultas por mês, Presença de segurança na unidade, Avaliação geral da unidade, Avaliação geral do supervisor e Satisfação com a remuneração.

Para a construção do modelo multivariado final, as variáveis foram sendo excluídas uma a uma a partir do maior p-valor, até restarem no modelo final apenas variáveis com p menor que 0,05 e com nível de significância menor que 5% também no teste de Omnibus que avalia o ajuste do modelo. Todos os cálculos foram feitos utilizando-se o software IBM SPSS Statistics 22.0. Os resultados encontrados foram comparados à literatura vigente.

## RESULTADOS

Com relação ao perfil dos médicos brasileiros no estudo (Tabela 1), observou-se predominância do sexo masculino (51,7%) e raça branca (56,9%), com idade média de 35,8 anos. A maioria se formou no Brasil (90,3%) e dos que se formaram no exterior 10 médicos (58,9%) fizeram a graduação em Cuba. Dos formados no Brasil, 79 (50%) se graduaram em universidades públicas. A maior parte não tem nenhuma residência médica (92,6%), mesmo estando formado em média há 8,8 anos. Cerca de 77,3% tinha experiência anterior na APS de pelo menos 3,7 anos antes do PMM. Há uma discreta predominância de médicos que ingressaram no PMM pelo PROVAB (52,3%), estando em média há 18,4 meses no programa e estando em unidades predominantemente da macrorregião 1 (58%). Esta é a uma das 4 macrorregiões de saúde do estado, possuindo João Pessoa como município sede junto a outros 65 municípios que totalizam cerca de 48% da população paraibana (ALVES, 2014).

A intenção de permanecer trabalhando na APS foi indicada por 78,4% dos médicos e na tabela 4 pode-se ver mais detalhadamente o perfil, formação e experiência profissional dos médicos separados por grupos a partir da intenção de permanecer ou não na APS.

Tabela 4 – Perfil dos Médicos Brasileiros no PMMB na Paraíba em 2016

Variável	Total (N=176)	Intenção de seguir na APS – <b>NÃO</b> (N=38)	Intenção de seguir na APS – <b>SIM</b> (N=138)	p-valor
	Média (EP) ou n (%)	Média (EP) ou n (%)	Média (EP) ou n (%)	
Idade (anos)	35,8 (1,03)	29,0 (0,51)	37,7 (1,25)	<b>0,003<sup>1</sup></b>
Tempo de Formado (anos)	8,8 (0,95)	2,6 (0,14)	10,5 (1,17)	<b>0,000<sup>1</sup></b>
Tempo em Residência Médica (anos)	0,13 (0,05)	-	0,17 (0,06)	0,107 <sup>1</sup>
Tempo de Experiência na APS (anos)	3,7 (0,53)	0,8 (0,25)	4,5 (0,65)	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Tempo no PMM (meses)	18,4 (0,56)	16,0 (0,88)	19,1 (0,66)	0,055 <sup>1</sup>
Tempo na ESF Atual (meses)	16,9 (0,52)	16,0 (0,92)	17,2 (0,61)	0,651 <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>				
Masculino	91 (51,7%)	18 (19,8%)	73 (80,2%)	0,674 <sup>2</sup>
Feminino	85 (48,3%)	20 (23,5%)	65 (76,5%)	
<b>Raça</b>				
Outros	72 (43,1%)	14 (19,4%)	58 (80,6%)	0,821 <sup>2</sup>
Branca	95 (56,9%)	21 (22,1%)	74 (77,9%)	
<b>País de Graduação</b>				
Outros	17 (9,7%)	0 (0%)	17 (100%)	<b>0,049<sup>2</sup></b>
Brasil	159 (90,3%)	38 (23,9%)	121 (76,1%)	
<b>Médico de Família e Comunidade</b>				
Sim	4 (2,3%)	0 (0%)	4 (100%)	0,655 <sup>2</sup>

Não	172 (97,7%)	38 (22,1%)	134 (77,9%)	
Outra Residência Médica				
Sim	13 (7,4%)	1 (7,7%)	12 (92,3%)	
Não	163 (92,6%)	37 (22,7%)	126 (77,3%)	0,360 <sup>2</sup>
Primeiro Emprego no PMM				
Sim	29 (16,5%)	6 (20,7%)	23 (79,3%)	
Não	147 (83,5%)	32 (21,8%)	115 (78,2%)	1,000 <sup>2</sup>
Experiência na APS antes do PMM				
Sim	136 (77,3%)	28 (20,6%)	108 (79,4%)	
Não	40 (22,7%)	10 (25,0%)	30 (75,0%)	0,706 <sup>2</sup>
Programa de Provisão				
PROVAB	92 (52,3%)	28 (30,4%)	64 (69,6%)	
PMMB	84 (47,7%)	10 (11,9%)	74 (88,1%)	<b>0,005<sup>2</sup></b>
Macrorregião de Trabalho				
Macros 2,3 e 4	74 (42,0%)	15 (20,3%)	59 (79,7%)	
Macro 1	102 (58,0%)	23 (22,5%)	79 (77,5%)	0,859 <sup>2</sup>

Fonte: Elaboração própria

1 Comparado com teste não paramétrico de Mann-Whitney

2 Correção de Yates: correção do p-valor para o teste qui-quadrado em tabelas 2x2

Pela tabela é possível perceber que há diferença significativa entre os grupos com e sem intenção de seguir na APS após o PMM na idade (8,7 anos), tempo de formado (7,9 anos) e tempo de experiência na APS (3,7 anos). Na avaliação de correlação, foi verificado correlação entre idade e tempo de formado ( $r=0,804$  e  $p\text{-valor}=0,000$ ), idade e tempo de experiência na APS ( $r=0,673$  e  $p\text{-valor}=0,000$ ) e entre tempo de formado e tempo de experiência na APS ( $r=0,790$  e  $p\text{-valor}=0,000$ ).

Também houve diferença significativa em relação ao país de graduação já que todos que se formaram no exterior manifestaram intenção de permanecer na APS e em relação ao programa de provimento já que os médicos do PMMB tiveram 18,5% mais intenção de permanecer que os médicos do PROVAB.

Na Tabela 5, tem-se as 7 variáveis finais do modelo multivariado que mostraram associação independente com a intenção de permanecer trabalhando na APS após o término do PMM. Foram ainda apresentadas 10, entre as 72 variáveis do modelo inicial que mostraram significância estatística individualmente e tem relevância na literatura, mas não compuseram o modelo final. Destaca-se a situação da variável 'Avaliação Geral do Supervisor' que não mostrou significância estatística em nível individual, mas que integrou o modelo multivariado final.

Na variável ‘Tempo de formado’, médicos com mais de 5 anos de formação apresentaram-se 43% mais associados à intenção de permanecer na APS em comparação a quem tem menos tempo de formação. Ter se formado fora do país também esteve cerca de 35% mais associado à intenção de permanecer em comparação a quem se formou no Brasil.

Realizar consulta fora da USF também esteve 18% mais associado à intenção de permanecer trabalhando na APS. Em ordem de frequência, os locais onde mais comumente se atende fora da USF são: casas de pacientes/funcionários (30,1%), escolas (25,0%), associação de moradores (9,1%), igrejas (8,5%), prédio da prefeitura com estrutura ruim (6,8%) e prédio da prefeitura com boa estrutura (5,1%).

Outro achado importante foi o dado de que ter um bom supervisor aumentou a associação com a intenção de permanecer em 34%. Quando se compara as médias e proporções das variáveis da seção de supervisão entre os grupos que avaliaram bem (8 a 10) ou mal (0 a 7) o seu supervisor, é possível perceber no grupo de supervisores bem avaliados que fizeram mais visitas e são melhor avaliados pelo apoio clínico e no processo de trabalho. Além disso, quando o supervisor foi bem avaliado há uma proporção maior de supervisores que fizeram educação permanente com os médicos e reuniões regulares com a gestão municipal (tabela 6).

Tabela 5 – Variáveis associadas à intenção de seguir trabalhando na APS após o término do PMM

Variável	Univariável		Multivariável <sup>1</sup>	
	RP (IC 95%)	p-valor <sup>2</sup>	RP (IC 95%)	p-valor <sup>2</sup>
Idade (anos)	1,009 (1,006 – 1,012)	0,000	-	-
Tempo de Formado				
Mais de 5 anos	1,418 (1,268 – 1,585)	0,000	1,430 (1,258 – 1,626)	0,000
Até 5 anos				
País de Graduação				
Outros	1,314 (1,204 – 1,434)	0,000	1,347 (1,149 – 1,580)	0,000
Brasil				
Ser MFC				
Sim	1,284 (1,185 – 1,390)	0,000	-	-
Não				
Tempo de experiência na APS antes do PMM				
Mais de 1 ano	1,251 (1,084 – 1,445)	0,002	-	-
Menos de 1 ano				
Tempo no PMM				
Mais de 15 meses	1,273 (1,109 – 1,462)	0,001	-	-
Menos de 15 meses				

Programa de Provimento				
PROVAB	0,790 (0,675 – 0,923)	0,003	-	-
PMMB				
Realização de consulta médica fora da unidade				
Sim	1,214 (1,034 – 1,426)	0,018	1,182 (1,027 – 1,361)	0,020
Não				
Avaliação Geral do Consultório Médico				
8 a 10	1,199 (1,032 – 1,393)	0,018	-	-
Menos de 8				
Avaliação Geral do Supervisor				
8 a 10	1,095 (0,814 – 1,475)	0,548	1,343 (1,057 – 1,707)	0,016
Menos de 8				
Interesse em ser preceptor				
Sim	1,454 (1,189 – 1,779)	0,000	1,372 (1,151 – 1,634)	0,000
Não				
Interesse em fazer RMFC				
Sim	1,534 (1,301 – 1,809)	0,000	1,306 (1,145 – 1,489)	0,000
Não				
Permanência no PMM por Afinidade com APS				
Sim	2,233 (1,018 – 4,897)	0,045	-	-
Não				
Permanência no PMM por atuação em grande centro				
Sim	1,212 (1,028 – 1,428)	0,022	-	-
Não				
Permanência no PMM por boas condições de vida no município				
Sim	1,187 (1,011 – 1,394)	0,036	-	-
Não				
Satisfação Geral com o PMM				
	1,098 (1,015 – 1,187)	0,020		
Satisfação com a Gestão Municipal				
	1,051 (1,013 – 1,090)	0,008	1,040 (1,005 – 1,076)	0,026

Fonte: Elaboração própria

1 Teste de Omnibus para ajuste do modelo: p-valor =0,046

2 Análises univariadas e multivariadas feitas com Modelo de Poisson com variância robusta.

O interesse em ser preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) e o interesse em fazer a RMFC aumentou a associação com o interesse de permanecer na APS respectivamente em 37% e 31%. É importante destacar que 109 médicos (61,9%) manifestaram interesse na preceptorria, mas destes 94 (86,2%) apenas se houvesse remuneração para esta função. Por fim, cada aumento na escala likert de satisfação com a gestão municipal aumentou a associação com a intenção de permanência em 4%.

Tabela 6 – Variáveis da supervisão comparadas por grupo de Avaliação do Supervisor

Variável	Avaliação do Supervisor – <b>0 a 7</b> (N=18)	Avaliação do Supervisor – <b>8 a 10</b> (N=158)	p-valor
	Média (EP) ou n (%)	Média (EP) ou n (%)	
Visitas nos últimos 3 meses	2,3 (0,23)	3,0 (0,09)	<b>0,019</b> <sup>1</sup>
Apoio na qualificação clínica	6,1 (0,59)	9,2 (0,12)	<b>0,000</b> <sup>1</sup>
Apoio na qualificação do processo de trabalho	6,8 (0,46)	9,2 (0,12)	<b>0,000</b> <sup>1</sup>
Apoio na qualificação do processo de trabalho da equipe	6,7 (0,43)	8,8 (0,13)	<b>0,000</b> <sup>1</sup>
Apoio com boa disponibilidade e rapidez	6,7 (0,49)	8,8 (0,15)	<b>0,000</b> <sup>1</sup>
Participação em reunião de equipe			
Sim	7 (8,5%)	75 (91,5%)	0,658 <sup>2</sup>
Não	11 (11,7%)	83 (88,3%)	
Reuniões de educação permanente			
Sim	6 (4,9%)	116 (95,1%)	<b>0,001</b> <sup>2</sup>
Não	12 (22,2%)	42 (77,8%)	
Reuniões regulares com gestão municipal			
Sim	10 (6,7%)	140 (93,3%)	<b>0,001</b> <sup>2</sup>
Não	8 (30,8%)	18 (69,2%)	

Fonte: Elaboração própria

1 Comparado com teste não paramétrico de Mann-Whitney

2 Correção de Yates: correção do p-valor para o teste qui-quadrado em tabelas 2x2

## DISCUSSÃO

A discussão das 5 fases da vida profissional do médico trazida por Machado (1997) traz elementos importantes para pensar a atração e retenção de médicos para APS. Uma primeira questão que chama a atenção é a ideia de que na primeira fase (1 a 5 anos de formado) os médicos estão principalmente em grandes centros urbanos devido a busca de locais de referência para a qualificação profissional. Enquanto fazem ou tentam a residência médica (RM) acumulam múltiplos empregos públicos e privados em caráter temporário. Na segunda fase da vida profissional (5 a 10 anos de formado), estes profissionais buscam se afirmar no mercado e estão mais dispostos a atuar no interior do país, mas em contrapartida atuam menos que o grupo anterior no setor público, aumentando as atividades de consultório. As 3 fases seguintes se caracterizam por uma maior consolidação no mercado, levando a uma maior renda e maior seletividade em relação aos empregos (com redução da atuação no serviço público), especialmente a partir da quarta fase onde inicia-se uma desaceleração profissional.

A partir deste estudo, é importante caracterizar o perfil do médico brasileiro vinculado ao PMM na PB que, em geral, é um médico jovem (47,4% tem menos de 30 anos), recém-formado (73,3% tem até 5 anos de formado), sem residência médica (92,6%), com nenhuma ou menos de 1 ano de experiência na APS antes de ingressar no programa (46,6%) e tendo ingressado majoritariamente pela opção do PROVAB que o bonifica com adicional de 10% para concorrer em residência médica. Temos num outro extremo, 14,2% de médicos com mais de 25 anos de formado, onde 36% deles possuem residência médica.

Assim, é possível perceber que, pensando a partir da proposição de Machado (1997), identificam-se majoritariamente 2 grupos de médicos, estando o primeiro grupo na primeira fase do ciclo profissional e, portanto, ainda em busca de formação; e um segundo já na quinta fase do ciclo e vivendo um processo de desaceleração profissional.

Estas características revelam a capacidade do PMM de atrair médicos, mas sinaliza dificuldades de retenção dos mesmos em longo prazo, reforçando ainda mais a necessidade de serem implementadas as demais medidas dos outros eixos do programa de forma a garantir a retenção de médicos na APS. Estas medidas ganham ainda mais importância ao se pensar que para haver sustentabilidade de atração e retenção de médicos, a APS vai precisar continuar atraindo os novos médicos que irão se formar a cada ano.

Para isso, o PMM vai precisar consolidar principalmente o seu eixo de formação, fortalecendo os cursos abertos principalmente no interior do país, estimulando o cumprimento das novas diretrizes curriculares que priorizam a APS como espaço formador, e buscando a universalização e interiorização da RM com prioridade para a RMFC (BRASIL, 2015).

Estas medidas estão respaldadas por boas evidências de que a exposição de qualidade de estudantes de medicina à prática na APS e em comunidades rurais, o tempo gasto na formação generalista, o recrutamento de estudantes rurais para a graduação em medicina, a residência médica em lugares carentes e com foco na formação generalista estão associadas com a atração de profissionais para a APS e para lugares remotos (MARCHAND; PECKHAM, 2017; VERMA et al., 2016). O próprio contato com instituições de ensino e serviços de formação, por si só, também apresenta evidências de melhora na atração/retenção de profissionais ao garantir oportunidades de seguir se qualificando, além de diminuir o isolamento profissional (CAMPOS; MALIK, 2008; VERMA et al., 2016).

Fortalecido este eixo, cria-se um ciclo de feedback positivo onde a exposição apoiará a atração de médicos que buscarão qualificação na área através da RMFC, que depois se tornarão preceptores, qualificando assim as novas exposições e mantendo o ciclo, através da formação de pessoas com um perfil para atuação na APS. Este processo de integração entre

residência e graduação e de integração ensino-serviço contribui para a qualificação da APS em longo prazo (SOARES et al., 2018).

Nas condições atuais, entretanto, o que vemos é um risco de interrupção deste ciclo, já que na nossa pesquisa, por exemplo, o perfil clássico de médico na primeira fase, que é o médico vinculado ao PROVAB, mostrou redução da associação com a intenção de permanecer na APS em 21% no modelo univariado e provavelmente não permaneceu no modelo multivariado por ser melhor explicado pelo tempo de formação. No caso do PROVAB a bonificação de 10% para concorrer a uma vaga em seleção de RM se apresenta como um elemento contraditório que atrai médicos para o programa em busca deste benefício, mas estimula a saída após cumprimento de 1 ano e das prerrogativas do programa. Ainda assim é uma medida que precisa ser mais estudada já que se verificou que a migração do PROVAB para o PMM aumentou de 9,1% ao final de 2014 para 55% ao final de 2016 devido ao aumento do entusiasmo dos médicos com a experiência na APS (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017).

Para médicos formados há mais de 5 anos, evidenciou-se um aumento de 43% na associação com a intenção de permanecer na APS. Parte deste resultado pode ser pensado devido ao fato de 53,2% dos médicos com mais de 5 anos de formado já terem, na verdade, mais de 25 anos de formação e o PMM ter permitido o reingresso profissional de médicos aposentados. Neste sentido, o programa atende a uma das orientações da OMS (2006) sobre gerenciamento da saída de recursos humanos através da facilitação de retorno ao trabalho de médicos aposentados, evitando assim desperdício de trabalhadores com formação técnica e boa experiência.

Outros fatores associados com a intenção de permanecer trabalhando na APS, como o interesse em fazer a RMFC (30,6% de aumento na associação) e a realização de consulta médica fora da unidade de saúde (18,2% de aumento na associação) podem estar relacionados a um perfil de médico já sensibilizado para o trabalho na APS e que, portanto, está mais disposto a fazer atendimentos em localidades da própria comunidade e a se qualificar para o trabalho na APS através da residência. Para este grupo já sensibilizado, a disponibilidade da RMFC em sua região permite que não precise buscá-la em algum grande centro urbano.

Já o aumento de 37,2% da associação entre médicos que tinham interesse em ser preceptores da RMFC e a intenção de permanecer trabalhando na APS pode estar relacionada também a um perfil de médico sensibilizado para o trabalho na APS. Mas, também pode ter relação com a busca de valorização e parceria no seu contexto de trabalho através da vinculação com espaços formadores ou ainda pela busca de remuneração adicional, já que

86,2% dos que tinham interesse na preceptoria referiam interesse apenas em caso de remuneração extra.

Na literatura, apesar de benefícios financeiros ser um dos dispositivos mais usados para atrair e reter médicos, há pouca evidência do impacto positivo deste tipo de ação. Salários muito baixos podem ser uma fonte de insatisfação, mas as evidências sugerem que aumentos na renda não compensariam outras fontes de insatisfação no trabalho (MARCHAND; PECKHAM, 2017). No polo oposto, salários muito altos em região de grande escassez de médicos se mostrou associado a aumento da rotatividade devido à competição entre os municípios pelos profissionais existentes (CAMPOS; MALIK, 2008). Estratégias de compensação financeira são melhor avaliadas quando utilizam uma maior variedade de componentes, como remuneração fixa, por performance ou função (como no caso da preceptoria), seguridade social e benefícios de aposentadoria, entre outros (OMS, 2006, 2010).

Uma das medidas do PMM que dialoga com as recomendações da OMS (2006) é a capacidade do programa de reintroduzir brasileiros que migraram para outros países para se graduar em medicina. No presente estudo, brasileiros graduados no exterior apresentaram 34,7% a mais de associação com a intenção de permanecer. Vale ressaltar que 58,9% destes se formaram em Cuba, país com formação médica voltada para os cuidados primários, sendo esta experiência de APS na graduação fortemente relacionada com fixação de médicos neste nível de atenção (VERMA et al., 2016). Porém, o fato destes médicos ainda não terem seu diploma validado no país e não poderem, portanto, atuar fora do escopo do PMM também pode estar relacionado a este dado.

Outro dispositivo do PMM que mostrou aumento da associação com a intenção de permanecer trabalhando na APS foi o fato do médico ter um bom supervisor, aumentando esta associação em 34,3%. Estratégias de suporte aos médicos são fundamentais e bem descritas na literatura como sendo importantes para diminuir o sentimento de isolamento dos profissionais (especialmente em áreas remotas), prover apoio técnico-pedagógico (especialmente para médicos iniciantes), levando assim a uma maior satisfação com o trabalho e consequente aumento da fixação dos profissionais (MARCHAND; PECKHAM, 2017; OMS, 2006, 2010; VERMA et al., 2016). Para OMS (2006), a supervisão é um dos instrumentos de maior eficácia para aumentar a competência dos trabalhadores e ajudar na integração de novas habilidades adquiridas na formação em serviço.

Na realidade do nosso estudo, para além da função técnico-pedagógica, percebe-se que fatores como melhor qualificação do processo de trabalho do médico e da equipe, além de

reuniões regulares com a gestão municipal são citados como mais comuns quando o médico avalia bem o seu supervisor. Sassi (2018) afirma que, na Paraíba, as atribuições do supervisor foram aumentadas de forma a buscar a qualificação da APS no estado, levando com isso a que os supervisores tivessem uma identidade construída a cada momento do programa, passando por momentos de atuação fiscalizadora, de apoio técnico-pedagógico, de mediação, de apoio político na construção da APS no estado, entre outros. Neste sentido, o supervisor se apresenta como um ator central no PMM no apoio aos médicos, equipes de saúde e gestores, contribuindo assim para satisfação dos médicos e para retenção dos mesmos pelo PMM, como evidenciado pelos dados.

Por fim, para cada aumento na escala likert de satisfação com a gestão observou-se um aumento de 4% com a intenção de permanecer na APS após o término do PMM. Para a OMS (2006) não importa a qualificação e a motivação dos trabalhadores se aos mesmos não forem oferecidas condições adequadas de trabalho pelos gestores.

A insatisfação no trabalho é mais influenciada por variáveis relacionadas ao próprio trabalho, como carga de trabalho, burocracia, jornada exaustiva, falta de reconhecimento profissional, entre outros. Além disso, não haver diálogo sobre mudanças pode aumentar a insatisfação (MARCHAND; PECKHAM, 2017). Sassi (2018) afirma que o problema mais comum entre médicos e gestores se dava na discussão da quantidade de pessoas cadastradas por equipe, onde equipes com quantidade grande de usuários tinham maior pressão assistencial e eram mais cobradas pelos gestores a cerca de quantidade de consultas, corroborando os dados acima de que insatisfação com o trabalho vai impactar na retenção profissional.

Estes achados reforçam a importância do papel da gestão na escuta dos profissionais de saúde, valorizando-os e integrando a visão dos mesmos à sua própria e também da comunidade, de forma a articular políticas estruturantes que maximizem os recursos disponíveis no município e busquem soluções conjuntas e regionalizadas para superar os problemas.

## **CONCLUSÕES**

A partir da discussão realizada, podemos ver que o PMM é uma política complexa e que dialoga com diversos elementos presentes na literatura nacional e mundial para atração e retenção de médicos a partir dos 3 eixos do programa. Devido a associação destes vários elementos em conjunto, mesmo em seu eixo emergencial, o PMM conseguiu ter sucesso na

atração, retenção e intenção de permanência de trabalhadores na APS, como se verifica neste estudo.

Com a saída precoce dos médicos cubanos pelo fim da cooperação com Cuba, torna-se ainda mais importante que as ações relacionadas aos eixos de infraestrutura e de formação se concretizem e que a experiência do PMM/PROVAB possa indicar elementos criados pelo programa que auxiliam na atração e fixação profissional, mesmo que sejam necessários posteriormente, novos estudos, especialmente longitudinais, para melhor analisar estas questões.

Dentre os dispositivos que se destacam no presente estudo, a supervisão se apresenta como um elemento inovador que melhora a satisfação e retenção do médico, podendo, ser uma medida importante especialmente em lugares remotos onde se tenha maior dificuldade de implementar ações mais estruturantes.

A RMFC numa perspectiva de integração ensino-serviço e associando-se, preferencialmente, com a graduação de medicina pode ser um dispositivo potente que, para além de ajudar na atração e retenção dos médicos, qualifica a rede como um todo.

Por fim, é também importante ressaltar o fundamental papel dos gestores na construção de uma relação dialógica com os trabalhadores de saúde de forma a construir junto com os mesmos e a população redes locais de saúde com capacidade de cuidar adequadamente da população.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. A. DA S. **GESTÃO DA SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DA PARAÍBA: Uma análise a luz da Administração Política**. Campina Grande, PB: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

ARAÚJO, C. DE A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1217–1228, 2017.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. . 22 out. 2013.

BRASIL (ED.). **Programa Mais Médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros**. 1º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, C. V. DE 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, abr. 2008.

CAMPOS, F. E. DE; MACHADO, M. H.; GIRADI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulg. saúde debate**, v. 44, p. 13–24, maio 2009.

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

CARVALHO, V. K. DA S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. DA. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2773–2784, set. 2016.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992–998, dez. 2008.

DYER, O. Cuba begins pulling 8300 doctors out of Brazil following Bolsonaro’s comments. **BMJ**, p. k5027, 27 nov. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, jun. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012. p. 493–545.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, set. 2016.

LEITÃO, M. H. DE A. **UMA AVALIAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DA PROVISÃO DO TRABALHO MÉDICO NO ESTADO DA PARAÍBA**. Recife, PE: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 1997.

MARCHAND, C.; PECKHAM, S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 657, p. e227–e237, abr. 2017.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999–3010, out. 2015.

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

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata; Cazaquistão: 12 de setembro de 1978 Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018

OMS (ED.). **Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos pela saúde**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2006.

OMS. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.

PACHECO SANTOS, L. M. et al. The end of Brazil's More Doctors programme? **BMJ**, p. k5247, 18 dez. 2018.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1087–1101, 21 ago. 2017.

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2135–2144, jul. 2017.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547–3552, nov. 2015.

SASSI, A. P. **DINÂMICAS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública**. João Pessoa - Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, 25 abr. 2018.

SOARES, R. D. S. et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–8, 12 abr. 2018.

VERMA, P. et al. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 126, dez. 2016.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Melhor é o fim das coisas do que o princípio delas.

Goza a vida com a mulher que amas, todos os dias da tua vida vã, os quais Deus te deu debaixo do sol, todos os dias da tua vaidade; porque esta é a tua porção nesta vida, e no teu trabalho, que tu fizeste debaixo do sol.”

(Eclesiastes 7:8; 9:9)

Inicialmente é importante ressaltar as limitações do estudo por tratar-se de estudo realizado com dados secundários de outra pesquisa. O próprio estudo de origem tem a limitação de ser transversal e não consegue, portanto, estabelecer relações de causalidade, indicando apenas associações não temporais entre as variáveis. Para além disso, a amostra de conveniência aumenta os riscos de vieses de seleção, ainda que algumas questões tenham sido controladas e não parecem ter diferenças significativas entre os respondentes e as perdas.

Estas limitações precisam ser pensadas como lacunas a serem qualificadas por novos estudos. No sentido inverso, temos uma amostra extremamente relevante de 176 médicos, com apenas 21% de perda de respostas neste grupo, sem grandes diferenças em relação ao programa de provimento e a macrorregião de atuação.

Com a relevância da amostra e a amplitude de elementos pesquisados pelo formulário, considerando que o PMM provê médicos para cerca de um terço das equipes de ESF do estado da Paraíba, temos um bom estudo de base sob a perspectiva dos médicos para vários dos elementos pesquisados pelo formulário, relacionados à estrutura, processo de trabalho, rede de saúde e elementos pedagógicos e de suporte do PMM.

Neste sentido, destaca-se no presente estudo a avaliação regular da estrutura presente nas UBS da Paraíba e a baixa associação dos elementos estruturais em relação à intenção de permanecer trabalhando na APS entre os médicos pesquisados. Ressalta-se ainda em relação aos elementos estruturais, o papel do PMM como indutor da qualificação desta estrutura, verificando-se que cerca de um terço dos médicos relataram melhoras estruturais após a chegada na unidade.

É importante ainda destacar que elementos relacionados ao perfil do médico para o trabalho na APS, presença de um bom supervisor e boa relação com a gestão municipal apresentaram associação importante com a intenção de permanecer trabalhando na APS.

Estes dados precisam ser apresentados e discutidos junto aos gestores municipais e estaduais da Paraíba de forma a ajudá-los a refletir sobre suas redes locais de saúde, identificando elementos que precisam ser qualificados para reter a presença de profissionais de saúde e garantir uma APS de qualidade.

Mais que isso, é importante trazer a reflexão de que, antes de um problema local, a atração e fixação de profissionais deve ser encarada através da construção de pactos sociais entre os vários níveis da federação, evitando a disputa fratricida entre municípios pelos escassos profissionais que se propõem a trabalhar em áreas remotas e carentes.

Por fim, para além do diagnóstico da realidade local, os dados permitem identificar fraquezas e potencialidades do PMM, contribuindo assim para a qualificação das estratégias governamentais de provimento de profissionais de saúde para a APS e o SUS como um todo.

## 6 BIBLIOGRAFIA

“E, demais disto, filho meu, atenta: não há limite para fazer livros, e o muito estudar é enfado da carne.”  
(Eclesiastes 12:12)

BRASIL (ED.). **Programa Mais Médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros**. 1º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 648/GM. Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). . 28 mar. 2006.

BRASIL; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Art. 196. Constituição da República Federativa do Brasil. . 5 out. 1988.

CAMPOS, F. E. DE; MACHADO, M. H.; GIRADI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulg. saúde debate**, v. 44, p. 13–24, maio 2009.

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

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

CFM. Resolução CFM nº 2.056/2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas. . 12 nov. 2013, Sec. I, p. 162–163.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992–998, dez. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, jun. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). . **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012. p. 493–545.

GOMES, L. B. **A ATUAL CONFIGURAÇÃO POLÍTICA DOS MÉDICOS BRASILEIROS: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas**. Rio de Janeiro, RJ: Faculdade de Medicina,

Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1103–1114, 20 jul. 2017.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, ago. 2010.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204–213, jun. 2009.

OLIVEIRA, F. P. DE et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623–634, set. 2015.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. . In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata; Cazaquistão: 12 de setembro de 1978Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2135–2144, jul. 2017.

SASSI, A. P. **DINÂMICAS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública**. João Pessoa - Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, 25 abr. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO / Ministério da Saúde, 2002.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MAIS MÉDICOS

 Editar este formulário

## Mais Médicos - Formulário de Avaliação

\*Obrigatório



### ORIENTAÇÕES

Caro Colega,

Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba, sendo de extrema importância sua resposta. Os dados serão analisados de forma agrupada e não individual, mantendo-se a confidencialidade de sua resposta na avaliação dos dados e na publicação dos resultados!

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

**1. Nome do Médico \***

(Escreva seu nome completo)

**2. Data de Nascimento \***

Mês	↕	Dia	↕	2016	↕	
-----	---	-----	---	------	---	---

**3. Sexo \***

- Masculino  
 Feminino

**4. Raça \***

- Negro
- Branco
- Amarelo
- Pardo
- Indígena
- Não sei / Não quero informar
- Outro:

**5. País de Nascimento \***

- Brasil
- Cuba
- Argentina
- Uruguai
- Venezuela
- Espanha
- Outro:

**6. Registro Profissional \***

(CRM XXXX ou RMS XXXX)

**7. Qual o seu telefone/celular? \***

(0-XX-Código da Região-XXXX-XXXX)

**8. Qual o seu e-mail? \***

**9. Você permitiria usar os seus contatos para criação de canais de comunicação mais rápidos como lista de e-mails ou grupo de Whatsapp? \***

- Sim
- Não

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DO MÉDICO

**10. Ano de Graduação em Medicina \***

(Digite o ano com 4 dígitos)

**11. País onde fez o curso de graduação em medicina. \***

- Brasil
- Cuba

- Argentina
- Uruguai
- Venezuela
- Espanha
- Outro:

**12. Instituição onde fez a Graduação em Medicina \***

(Colocar o nome completo da instituição)

**13. Você é Médico de Família e Comunidade(MFC)? \***

(Considera-se MFC somente quem tem residência em MFC - ou equivalente - ou título pela SBMFC, não valendo a especialização da UNASUS)

- Sim, tenho residência em MFC (ou residência equivalente em caso de estrangeiros)
- Sim, tenho prova de título pela SBMFC
- Não

**14. Você tem alguma outra Residência Médica? \***

(Marque todas as residências já realizadas)

- Medicina Preventiva e Social
- Clínica Médica
- Pediatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Não
- Outro:

**15. Você tem alguma outra pós-graduação? \***

(Em caso negativo, pular a pergunta 16.)

	Sim	Não
Especialização em Saúde da Família pelo UNASUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras Especializações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mestrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doutorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**16. Que outra pós-graduação você possui?**

(Especifique o foco de todas as pós-graduações realizadas)

**17. Qual o tempo de duração da graduação em medicina no local em que você fez o curso? \***

4 anos

5 anos

6 anos

7 anos

8 anos

Outro:

**18. Quanto tempo você dedicou a sua formação em residências médicas realizadas? \***

(Para este tempo deve-se somar o tempo de cada uma das residências, não levando-se em conta o tempo de especializações, mestrado e doutorado)

Não fiz ou não completei nenhuma residência médica

2 anos

3 anos

4 anos

5 anos ou mais

**19. O Programa Mais Médicos é seu primeiro emprego como médico? \***

Sim

Não

**20. Você já trabalhou como médico na Atenção Primária à Saúde antes de ingressar no Programa Mais Médicos? \***

Sim

Não

**21. Quanto tempo você tinha de experiência como médico atuando na Atenção Primária antes de ingressar no Programa Mais Médicos? \***

(Descreva a quantidade de anos completos, colocando 0 para menos de 1 ano de experiência)

**22. Você já trabalhou como médico em alguma missão internacional? \***

(Caso sua resposta for 'Não' pular as pergunta 23 e 24)

Sim

Não

**23. Em que países você já trabalhou como médico em missões internacionais antes de**

**ingressar no Mais Médicos no Brasil?**

(Marque todos os países no qual já trabalhou)

 Venezuela Bolívia Haiti Serra Leoa Portugal Outro: **24. Quanto tempo você atuou em missões em outros países antes de ingressar no Mais Médicos?**

(Escreve o número de anos)

**25. Você tem experiência como professor universitário de ensino na graduação de cursos de medicina? \***

(Marque o tempo de experiência em cada área mesmo que haja coincidência no período de atuação)

	Não	Sim, menos de 1 ano	Sim, de 1 a 2 anos	Sim, de 3 a 4 anos	Sim, de 5 a 6 anos	Sim, de 7 a 8 anos	Sim, de 9 a 10 anos	Sim, mais de 10 anos
Em Medicina de Família e Comunidade	<input type="radio"/>							
Em Saúde Pública / Saúde Coletiva	<input type="radio"/>							
Em disciplinas de outras áreas	<input type="radio"/>							

**26. Você tem experiência como preceptor/tutor recebendo alunos de medicina em unidade de Atenção Primária antes do Programa Mais Médicos? \***

(Marque o tempo de experiência em cada área mesmo que haja coincidência no período de atuação)

	Não	Sim, menos de 1 ano	Sim, de 1 a 2 anos	Sim, de 3 a 4 anos	Sim, de 5 a 6 anos	Sim, de 7 a 8 anos	Sim, de 9 a 10 anos	Sim, mais de 10 anos
Preceptoría de alunos de medicina em unidades de saúde na APS	<input type="radio"/>							

**27. Você tem experiência de preceptoría em residências médicas? \***

(Marque o tempo de experiência em cada área mesmo que haja coincidência no período de atuação)

	Não	Sim, menos de 1 ano	Sim, de 1 a 2 anos	Sim, de 3 a 4 anos	Sim, de 5 a 6 anos	Sim, de 7 a 8 anos	Sim, de 9 a 10 anos	Sim, mais de 10 anos
Em Medicina de Família e Comunidade / Medicina Preventiva e	<input type="radio"/>							

Social

Em outras  
residências

**28. Você já recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no Programa Mais Médicos? \***

(Marque sim caso tenha recebido alunos por pelo menos 3 meses)

- Não  
 Sim

## IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE PROVIMENTO

**29. Desde quando você ingressou no Programa Mais Médicos? \***

Mês  Dia  2016

**30. Qual é a sua vinculação com o Programa Mais Médicos? \***

- Mais Médicos  
 Provab  
 Outro:

## IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

**31. Em que município você trabalha atualmente? \***

**32. Em que USF você trabalha atualmente? \***

(Escreva o nome da unidade de saúde, conforme o cadastro no CNES)

**33. Qual o CNES desta USF? \***

**34. Qual o caráter do imóvel em que está sua unidade de saúde? \***

- Imóvel próprio da prefeitura, unidade padronizada  
 Imóvel próprio da prefeitura, unidade não padronizada  
 Imóvel cedido/emprestado por organização social  
 Imóvel alugado  
 Outro:

**35. Quantas equipes existem na sua unidade incluindo a sua? \***

1 2 3 4 5 6



**36. Se mais de uma equipe, qual o nome da sua? \***

**37. A população que você atende mora em: \***

- Zona Urbana  
 Zona Rural  
 Mista

**38. Você realiza regularmente consulta médica fora da unidade? \***

(Não considerar visita domiciliar)

- Sim  
 Não

**39. Com que frequência você precisa atender fora de sua unidade? \***

(Não considerar visita domiciliar)

- Não preciso atender fora da minha unidade  
 Todos os dias  
 2 a 3 vezes por semana  
 1 vez por semana  
 Quinzenalmente  
 1 vez por mês  
 Outro:

**40. Qual o perfil dos locais em que você atende fora de sua unidade? \***

(Se não atender fora da sua unidade, marcar apenas a primeira opção)

- Não preciso atender fora da minha unidade  
 Prédio próprio da prefeitura com boa estrutura  
 Prédio próprio da prefeitura com estrutura precária  
 Associação de moradores  
 Igrejas  
 Escolas  
 Casa de pacientes/funcionários  
 Outro:

**41. Qual a população cadastrada sob responsabilidade de sua equipe de saúde? \***

(Apresentar o dado existente no cadastro da secretaria municipal de saúde)

**42. Você já teve que trocar de unidade desde que ingressou no programa? \***

- Sim

Não

**43. Por qual motivo você teve que trocar de unidade após o ingresso no programa? \***

(Marque todas as opções que justifiquem a troca de unidade)

- Não precisei trocar de unidade
- Devido a problemas na estrutura física da unidade
- Devido a problemas com a equipe
- Devido a problemas de segurança
- Devido a uma população adscrita com mais de 4000 pessoas
- Devido a migração do Provab para o Mais Médicos
- Por decisão do gestor municipal
- Por descredenciamento do município
- Outro:

**44. Desde quando você trabalha na USF atual? \***

(Responder apenas em caso de já ter feito troca de unidade)

Mês  Dia  2016

## AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA

**45. Que recursos foram disponibilizados pela gestão para trazer conforto térmico no seu consultório? \***

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Janelas com boa circulação de ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ar-condicionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**46. Avalie as afirmativas abaixo em relação à Estrutura Física do seu Consultório Médico. \***

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
O conforto térmico no seu consultório de atendimento é adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O conforto luminoso no seu consultório de atendimento é adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A acústica no seu consultório de atendimento é adequada.	<input type="radio"/>				
A conservação de paredes e pisos no seu consultório de atendimento é adequada.	<input type="radio"/>				

**47. Quais recursos de mobília estão presentes em seu consultório de atendimento? \***

(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas e critérios mínimos para seu funcionamento)

	Disponível e de boa qualidade	Disponível, porém de má qualidade	Não disponível
1 cadeira ou poltrona para o paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 cadeira ou poltrona para o acompanhante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 cadeira ou poltrona para o médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 mesa/birô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 colchão para maca revestido com material impermeável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 maca ginecológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 local com chave para a guarda de documentos, livros, receituário especial e medicamentos sujeitos a controle especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 biombo ou divisória	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 pia ou lavabo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lixeiras com pedal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chave ou ferrolho para fechar a porta durante o atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persianas ou cortinas para fechar a janela durante o exame físico dos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**48. Os insumos abaixo são disponibilizados pela gestão em quantidade adequada em seu consultório de atendimento. \***

(Para cada um dos insumos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade adequada)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Lençol ou rolo de papel para a maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toalhas de papel para secar as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabonete líquido/ Álcool em gel para a higiene das mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sacos de lixo para a lixeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Papel higiênico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**49. De forma geral o seu consultório lhe dá plenas condições de prestar um atendimento de qualidade. \***

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente             concordo totalmente

**50. A estrutura física dos ambientes abaixo discriminados está adequada para sua função. \***

Deve-se levar em conta os seguintes critérios: Conforto Térmico; Luminosidade; Acústica; Pisos e Paredes (conservação); Mobília (cadeiras e armários)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	espaço não existent
Recepção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultório Odontológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultório de Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Curativos/Procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de expurgo/esterilização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Reunião/Grupos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiro para Pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiro para Funcionários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copa/Cozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**51. Avalie as afirmativas abaixo em relação a sua unidade de saúde. \***

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Há disponibilidade de água potável de boa qualidade para consumo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A limpeza da unidade de saúde é adequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**52. A unidade de saúde em que atua, de uma forma geral, tem uma boa estrutura física. \***

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente            concordo totalmente

**53. Você acha que a sua unidade de saúde teria condições estruturais de receber a Residência de Medicina de Família e Comunidade? \***

- Sim  
 Não

**54. Desde o seu ingresso no Programa Mais Médicos, você percebeu alguma mudança estrutural induzida pelo programa? \***

- Sim, para melhor  
 Sim, para pior  
 Não percebo mudanças

**55. No caso de ter havido mudanças estruturais, descreva-as abaixo.**

## AVALIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MEDICAMENTOS PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO

**56. Os equipamentos de trabalho abaixo discriminados estão presentes em quantidade e qualidade adequadas para o atendimento dos pacientes. \***

(Para cada um dos equipamentos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade e qualidade adequadas. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
---------------------	-----------------------	------------------	-----------------------	---------------------	-------------

discordo

Esfigmomanômetro adulto	<input type="radio"/>					
Estetoscópio	<input type="radio"/>					
Termômetro	<input type="radio"/>					
Martelo para exame neurológico	<input type="radio"/>					
Lanterna	<input type="radio"/>					
Negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem	<input type="radio"/>					
Otoscópio	<input type="radio"/>					
Kit de monofilamento para teste de pé diabético	<input type="radio"/>					
Glicosímetro	<input type="radio"/>					
Balança antropométrica para adultos	<input type="radio"/>					
Balança antropométrica infantil	<input type="radio"/>					
Régua infantil	<input type="radio"/>					
Sonar doppler	<input type="radio"/>					
Fita métrica plástica flexível inelástica	<input type="radio"/>					
Iluminação foto dirigível (foco de luz)	<input type="radio"/>					
Mesa auxiliar para instrumental do exame ginecológico	<input type="radio"/>					

**57. Os insumos de uso cotidiano abaixo discriminados estão disponíveis em qualidade e quantidade adequadas em minha unidade. \***

(Para cada um dos insumos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade e qualidade adequadas. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Pilhas para lanterna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abaixadores de língua descartáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Luvas descartáveis	<input type="radio"/>					
Tiras reagentes para hemoglicoteste	<input type="radio"/>					
Espéculos vaginais (descartáveis ou não)	<input type="radio"/>					
Material para coleta de citologia do colo do útero	<input type="radio"/>					
DIU	<input type="radio"/>					
Material para curativo	<input type="radio"/>					

**58. As classes de medicamentos abaixo discriminadas são disponibilizadas em quantidade suficiente a cada mês. \***

(Para cada uma das classes de medicamentos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade regular do mesmo em quantidade adequada. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Medicamentos para hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibióticos para crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibióticos para adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos/antitérmicos para crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos/antitérmicos para adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-inflamatórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoncepcionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiparasitários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicotrópicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para uso oftalmológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos injetáveis para urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzetacil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**59. Os impressos abaixo discriminados estão disponíveis na unidade com regularidade e em quantidade suficiente. \***

(Para cada um dos impressos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade regular do mesmo em quantidade adequada. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Pastas/Envelopes para Prontuário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folhas de Evolução para Prontuário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Branco Especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Azul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folha de solicitação de exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atestado médico padronizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fichas de encaminhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carbono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**60. Os recursos de internet e informática abaixo discriminados estão disponíveis na unidade com qualidade e quantidade adequadas. \***

(Para cada uma dos itens avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade e qualidade adequadas. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Computador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impressora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prontuário eletrônico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telessaúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## AVALIAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

**61. Qual é o tipo de sua equipe? \***

(Parâmetro da equipe mínima ESF: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS; Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

- Equipe mínima ESF
- Equipe ESF com saúde bucal
- Outro:

**62. Sua equipe está completa? \***

(Parâmetro da equipe mínima: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS; Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

- Sim
- Não

**63. Se não, quais profissionais estão faltando?**

**64. Qual a forma de contrato dos demais profissionais de sua equipe? \***

	Prestador de serviços	Regime CLT	Regime Estatutário	Bolsista	Outro
Enfermeira	<input type="radio"/>				
Técnica de enfermagem	<input type="radio"/>				
Odontólogo	<input type="radio"/>				
Técnico de Higiene Dental ou Auxiliar de consultório dentário	<input type="radio"/>				
Agentes Comunitários de Saúde	<input type="radio"/>				

**65. Na sua unidade, tem alguma equipe em que esteja faltando médico? \***

- Trabalho em unidade com uma só equipe
- Sim
- Não

**66. Há profissional de segurança na sua unidade de saúde? \***

- Sim
- Não

**67. Há profissional para recepção na sua unidade de saúde? \***

- Sim
- Não

**68. Há profissionais do NASF no seu município que prestam algum tipo de apoio a sua unidade de saúde? \***

(Considerar apoio na própria unidade ou através de encaminhamento)

- Sim
- Não

**69. Há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? \***

- Sim
- Não

**70. Com que frequência há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? \***

- Não há profissionais do NASF atuando na minha unidade
- Todos os dias
- 3 a 4 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- Quinzenal
- Mensal

**71. Quais papéis são desempenhados pelos profissionais do NASF no apoio a sua unidade? \***

- Atendimento Clínico
- Apoio Matricial / Discussão de casos
- Apoio Gerencial
- Outro:

**72. Qual a profissão/especialidade dos profissionais do NASF que apoiam a sua unidade? \***

- Assistente Social
- Educador Físico
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Pediatra
- Psicólogo
- Psiquiatra
- Terapeuta Ocupacional
- Outro:

## AVALIAÇÃO PROCESSO DE TRABALHO

**73. Qual o modo de funcionamento de sua unidade de saúde? \***

- 1 turno
- 2 turnos
- Horário corrido

**74. Qual o tempo diário de funcionamento de sua unidade de saúde para o atendimento dos pacientes? \***

(Coloque um número entre 0 e 8 horas considerando o que ocorre na maior parte dos dias)

**75. Além dos pacientes cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regular a pacientes de outras áreas? \***

- Sim
- Não

**76. Que outros paciente, além dos cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regularmente? \***

- Pacientes de áreas descobertas
- Pacientes de área de influência
- Pacientes de outras unidades
- Pacientes de outras equipes na minha unidade
- Não faço atendimento de pacientes não cadastrados na minha equipe
- Outro:

**77. Quais dos serviços abaixo são oferecidos à população pela sua equipe de saúde? \***

	Sim, mas eu não participo	Sim, e eu participo	Não
Acolhimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento à demanda espontânea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento de consultas agendadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita Domiciliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pré-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puericultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pequenas cirurgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocação de DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos			

**78. Há aplicação de Benzetacil na sua equipe quando este medicamento está disponível? \***

- Sim  
 Não

**79. Qual a forma de marcação na sua equipe para os pacientes que desejam ser atendidos no mesmo dia? \***

(Pode ser marcada mais de um opção)

- Ordem de chegada (fila, distribuição de fichas)  
 Acolhimento com classificação de risco  
 Triagem até completar o número de fichas  
 Todos que procuram a unidade são atendidos  
 Outro:

**80. Qual o número médio de consultas que você atende diariamente em sua unidade? \***

(Considerar como referência um dia habitual de trabalho)

**81. Qual o número de atendimentos realizados por você no último mês de trabalho? \***

(Em caso de férias ou afastamento do trabalho maior que 5 dias no último mês, considerar o mês anterior. Responder com base nos dados enviados ao Esus)

**82. Com que frequência você registra suas consultas em prontuário? \***

- Nunca  
 Raramente  
 Eventualmente  
 Frequentemente  
 Sempre

**83. Qual o método de registro de suas consultas em prontuário? \***

- Registro orientado por problemas (SOAP = Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano de Cuidado)  
 Método Tradicional (Queixa Principal, História da Doença Atual (HDA), Antecedentes, Hipótese Diagnóstica e Conduta)  
 Resumido, registro só informações básicas  
 Não faço registro em prontuário  
 Outro:

**84. As atividades em equipe abaixo discriminadas acontecem regularmente em sua equipe de modo a qualificar o trabalho da equipe. \***

(Para cada uma das atividades avalie o seu grau de concordância em relação à ocorrência da mesma em frequência adequada. Em caso de inexistência total da atividade que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Atendimento conjunto de vários profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos/projetos terapêuticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejamento de atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades de grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de indicadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**85. Há reunião de equipe? \***

- Sim  
 Não

**86. Qual a frequência da reunião de equipe? \***

- Não há reunião de equipe  
 Mensal  
 Quinzenal  
 Semanal  
 Sem regularidade definida

**87. O que funciona na unidade de saúde durante a reunião? \***

- Nada, a unidade fica fechada  
 Atendimento a demanda espontânea  
 Farmácia  
 Vacinação  
 Marcação de exames  
 Outro:

**88. Você participa da reunião de equipe? \***

- Sim  
 Não

**89. Com que frequência você participa da reunião de equipe? \***

- Nunca  
 Raramente  
 Eventualmente  
 Frequentemente

Sempre

**90. Quais dos elementos abaixo estão presentes nas reuniões de equipe? \***

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Pauta definida previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo para informes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inscrições para falas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metodologias participativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisões por votação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decisões por consenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Construção de ata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**91. Há atividades de educação permanente para a sua equipe? \***

Sim

Não

**92. Com que frequência há atividade de educação permanente para a sua equipe? \***

Não há atividades de educação permanente de forma regular

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outro:

**93. As atividades de educação permanente são para todos os profissionais ou separadas por categoria profissional? \***

Não há atividades de educação permanente de forma regular

Separados por categoria profissional

Todos os profissionais juntos

Outro:

## REDE DE SAÚDE

**94. Seus pacientes conseguem ter acesso aos serviços abaixo discriminados sempre que você precisa encaminhá-los. \***

(Para cada um dos serviços avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade e facilidade de acesso ao mesmo. Em caso de indisponibilidade total do serviço que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maternidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casas de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidade de pronto-atendimento (UPA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAMU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulância para transporte de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviço de Atendimento Domiciliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Academia da Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**95. Você tem dificuldade para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? \***

- Sim  
 Não

**96. Se sim, descreva abaixo de forma resumida as principais áreas/especialidades em que tem dificuldade para o encaminhar os pacientes.**

**97. Quais os principais motivos de dificuldades para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? \***

(Marque todas as alternativas que representarem problema para encaminhamento na sua unidade)

- Falta de outros profissionais no município  
 Longa fila de espera  
 Resistência de outros profissionais a atender pacientes encaminhados por médicos do Programa

Mais Médicos

- Indisposição dos pacientes por dificuldades de transporte
- Indisposição dos pacientes por mau atendimento dos especialistas
- Não tenho dificuldades para encaminhar os pacientes
- Outro:

**98. Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede.**

(Para cada um dos tipos de retorno avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em frequência adequada. Em caso de indisponibilidade total destes retornos que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Boletim de atendimento (atendimentos hospitalares, UPA, SAMU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nota de alta (internação hospitalar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contra-referência (atendimentos de outros profissionais ou outras especialidades médicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exames realizados nestes serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**99. Você acha que a rede de saúde de seu município teria condições de receber a Residência de Medicina de Família e Comunidade? \***

- Sim
- Não
- Outro:

## AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO

**100. Quantas visitas seu supervisor fez na sua unidade de saúde nos últimos 3 meses? \***

(Considerar visita somente a atividade realizada na sua unidade de saúde)

0 1 2 3 4 5 6

**101. Que recursos pedagógicos o seu supervisor utiliza nas visitas à unidade? \***

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo imediato em livros ou outras recursos bibliográficos junto com o supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas sem leitura prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso do Telessaúde (0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**102. Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade? \***

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo imediato em livros ou outras recursos bibliográficos junto com o supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas sem leitura prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso do Telessaúde (0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**103. Seu supervisor já participou de alguma reunião de equipe em sua unidade? \***

- Sim  
 Não

**104. Qual o objetivo da participação do seu supervisor na reunião de equipe em sua unidade? \***

- Ele nunca participou
- Apoiar na resolução de conflito entre profissionais
- Apoiar na qualificação do processo de trabalho
- Apresentar o programa e seu funcionamento
- Outro:

**105. Avalie as afirmativas abaixo em relação ao apoio do seu Supervisor. \***

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Meu supervisor apoia na minha qualificação clínica de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia na qualificação do meu processo de trabalho de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia na qualificação do processo de trabalho da equipe de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia nas demandas clínicas e de processo de trabalho com boa disponibilidade e rapidez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**106. Seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? \***

- Sim
- Não

**107. Com que frequência seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? \***

(Não considerar neste item a reunião locorregional)

- Mensalmente
- Trimestralmente
- Raramente
- Nunca

**108. Que recursos pedagógicos o seu supervisor utiliza nas reuniões de educação permanente? \***

(Marque todas as opções já utilizadas)

- Não há reunião de educação permanente
- Role-playing/simulação de consultas
- Simulação de situações do processo de trabalho
- Discussão de casos
- Discussão sobre processo de trabalho
- Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente
- Discussão de temas sem leitura prévia
- Aula expositiva
- Seminários
- Escuta qualificada com apoio coletivo / Grupo Ballint
- Outro:

**109. Seu supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas apresentados por você ou pelos outros médicos? \***

- Sim
- Não

**110. Com que frequência seu supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas apresentados por você ou pelos outros médicos? \***

- Não há reuniões regulares com a gestão
- Eventualmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Não sei

**111. Que outras ofertas pedagógicas ou de apoio são oferecidas pelo seu supervisor? \***

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Grupo de Whatsapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lista de E-mails	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes Sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidade para contato telefônico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**112. Como você avalia seu supervisor de forma geral? \***

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssimo            Excelente

**113. Descreva aspectos positivos que deveriam ser mantidos e negativos que deveriam ser melhorados de sua supervisão.**

## AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO MÉDICO

**114. Em relação aos recursos pedagógico do Programa Mais Médicos, avalie a sua satisfação com cada um dos itens abaixo. \***

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Estou satisfeito com o Tutor/Coordenador da minha região.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com as Reuniões locais/regionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Curso de Especialização da UNASUS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Cursos à distância do AVASUS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Telessaúde (plataforma escrita).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Telessaúde (Serviço 0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**115. Em relação ao Programa Mais Médicos de forma geral, avalie a sua satisfação com cada um dos itens abaixo. \***

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Estou satisfeito com a remuneração recebida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o Trabalho realizado na	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atenção Primária.

Estou satisfeito com minha equipe de trabalho.	<input type="radio"/>				
Estou satisfeito com a Gestão do município no qual trabalho.	<input type="radio"/>				
Estou satisfeito com a Comissão Coordenadora Estadual.	<input type="radio"/>				
Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Saúde.	<input type="radio"/>				
Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Educação.	<input type="radio"/>				

**116. Avalie a sua satisfação geral com o Programa Mais Médicos. \***

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito insatisfeito             Muito satisfeito

**117. Você gostaria de renovar seu contrato com o Programa Mais Médicos caso seja possível ao final do contrato vigente? \***

- Sim  
 Somente se houver mudança de município  
 Não

**118. Que elementos foram importantes para sua permanência no programa até este momento? \***

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Bonificação de 10% para residência (Provab)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio da supervisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio do Telessaúde (0800 ou plataforma escrita)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valor da remuneração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho em equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relação com os pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valorização pela gestão municipal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afinidade com o trabalho na Atenção Primária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vínculo diretamente com o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

governo federal		
Atuação em grande centro ou na proximidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de vida do município	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros fatores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**119. Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos? \***

- Sim  
 Não

**120. Você desejaria atuar como preceptor/tutor da Residência de Medicina de Família, recebendo residentes em sua equipe de saúde? \***

Está previsto na Lei do Mais Médicos disponibilidade de vagas de residência de forma universal para todos os egressos do curso de medicina. Para isso, será necessário uma quantidade enorme de preceptores na Atenção Primária.

- Sim, se for remunerado  
 Sim, de qualquer jeito  
 Não

**120a. Você tem interesse em fazer a Residência de Medicina de Família? \***

- Já tenho a residência de Medicina de Família (ou equivalente)  
 Sim  
 Não

## INFORMAÇÕES FINAIS

**121. Você permitiria usar os dados de sua resposta, preservando o sigilo de sua identidade e dados pessoais, para análise e elaboração de publicações científicas? \***

(Para mais informações sobre esta pesquisa consultar abaixo)

- Sim  
 Não

Caro Colega,

Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba.

### OBJETIVO GERAL

- Tem como objetivo geral avaliar o programa Mais Médicos na Paraíba em suas várias dimensões.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar um perfil do médico do mais médicos da Paraíba, incluindo sua formação e experiência;
- Traçar um panorama da estrutura física, insumos, equipamentos, medicamentos, recursos humanos e do processo de trabalho das unidades onde atuam os médicos do programa;
- Traçar um panorama da rede de serviços disponível para os médicos do programa;
- Avaliar o processo de supervisão;

- Avaliação do programa em relação aos demais aspectos pedagógicos;
- Avaliação sobre a capacidade do programa de induzir mudanças estruturais e de processo de trabalho na APS da PB;
- Avaliação de fatores associados com a fixação de médicos na APS;
- Identificação de potenciais municípios e unidades para receber a residência de medicina de família na PB;
- Identificar potenciais preceptores para a residência em MFC.

#### PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

- A participação nesse estudo envolve somente o preenchimento deste formulário online com o consequente envio das respostas.

#### BENEFÍCIOS/RISCOS DO ESTUDOS

- A sua participação é de fundamental importância para a avaliação do programa no estado da Paraíba, contribuindo para o planejamento das ações que venham a qualificar a sua atuação no programa no ano de 2016 e a Atenção Primária no estado como um todo.
- A participação no estudo não envolve qualquer risco associado,

#### CONFIDENCIALIDADE

- Todas as informações coletadas são armazenadas e analisadas por um sistema computadorizado, mantendo a confidencialidade de acordo com a legislação aplicável nacional. A informação é analisada sem o seu nome. As respostas irão receber um tratamento puramente estatístico e serão processados em geral, tendo em conta todos os participantes. Os resultados do estudo são apresentados sempre de uma forma abrangente e nunca, em hipótese alguma, individualmente. O tratamento dos dados será completamente anônimo.

#### ÉTICA EM PESQUISA

- Este formulário faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado "ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA", tendo aprovação do CEP do CCS/UFPB em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

#### DÚVIDAS E OUTRAS INFORMAÇÕES

- Em caso de dúvidas e/ou maiores informações favor contactar o Tutor Alexandre José de Melo Neto pelo email [halemao\\_jp@hotmail.com](mailto:halemao_jp@hotmail.com).

## AGRADECEMOS PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

Enviar

*Nunca envie senhas pelo Formulários Google.*

Powered by  
 Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

## ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Mais Médicos na Paraíba: Uma avaliação a partir do olhar dos Médicos vinculados ao Programa

**Pesquisador:** Juliana Sampaio

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 88015318.6.0000.8069

**Instituição Proponente:** UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.630.212

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa a ser desenvolvida pela professora doutora Juliana Sampaio sobre o Programa Mais Médicos, na Paraíba. A pesquisa utilizará uma triangulação metodológica (Minayo, 2005), lançando mão de duas estratégias de pesquisa: revisão de literatura e análise descritiva de banco de dados, que permitam atender aos diferentes objetivos propostos.

Para a análise do perfil dos médicos brasileiros que expressam desejo de permanência na AB, será utilizado um banco de dados conformado por questionários aplicados aos médicos pertencentes ao Programa Mais Médicos/PROVAB, no estado da Paraíba, no período de dezembro de 2015 a julho de 2016. O referido banco de dados é derivado do projeto de pesquisa intitulado “Análise Político-social da Implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba”, que atendeu a todas as exigências éticas de pesquisas com seres humanos, inclusive solicitando assinatura de TCLE a todos os respondentes, e obteve a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde em 22 de outubro de 2015, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

O acesso a este banco de dados será possível porque um desses coordenadores que desenvolveram o referido banco integra o grupo de pesquisadores do presente estudo. Realizar-se-á a análise descritiva dos dados. Com auxílio do software IBM SPSS Statistics 20.0, as frequências absolutas e relativas serão apresentadas em formas de tabela e gráficos. A análise dos estudos para as revisões de literatura será feita de forma descritiva em duas etapas: a primeira caracterizando-se os estudos e a segunda compreendendo os principais resultados.

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900

**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7617

**E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 2.630.212

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar o provimento e fixação de médicos na AB na Paraíba, a partir dos programas PMM e PROVAB.

Objetivo Secundário:

- 1 Realizar uma revisão sistemática de literatura sobre o Programa Mais Médicos no Brasil.
- 2 Realizar uma revisão sistemática de literatura sobre estratégias de fixação e permanência de médicos na AB.
- 3 Analisar o perfil dos médicos brasileiros que expressam desejo de permanência na AB no questionário aplicado aos médicos pertencentes ao Programa Mais Médicos/PROVAB, no estado da Paraíba.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Como os dados que compõem o banco de dados dos questionários já foram coletados seguindo todas as exigências éticas de pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde em 22 de outubro de 2015, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188, compreende-se que todos os riscos atribuídos a esta pesquisa já foram apresentados aos participantes e dirimidos.

Benefícios:

A presente pesquisa apoiará o desenvolvimento e qualificação dos programas PMM e PROVAB na Paraíba.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta do estudo em tela permite tecer julgamentos concernentes aos aspectos éticos/metodológicos envolvidos, conforme diretrizes contidas contidas nas Resolução 466/2012 e 411/2011, do CNS, MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados.

**Recomendações:**

Que sejam observadas em todas as etapas da pesquisa os preceitos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos.

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900

**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7617

**E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

Página 02 de 03