

Formatos de contratação médica na Estratégia Saúde da Família e o desempenho de seus atributos essenciais

Medical hiring formats in the Family Health Strategy and the performance of their core attributes

Antonio Leonel de Lima Júnior (<https://orcid.org/0000-0003-1267-2181>)¹
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (<https://orcid.org/0000-0001-8447-3654>)²
Roberto Ribeiro Maranhão (<https://orcid.org/0000-0001-6114-9982>)¹
Sharmênia de Araújo Soares Nuto (<https://orcid.org/0000-0002-4763-6773>)²
Bruno Souza Benevides (<https://orcid.org/0000-0002-1697-3427>)¹
Maria Vieira de Lima Saintrain (<https://orcid.org/0000-0003-1514-3218>)³
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer (<https://orcid.org/0000-0003-4237-8995>)²

Abstract *The study aimed to investigate the perception of doctors about the different hiring methods and their influence on the performance of the PHC essential attributes to analyze the formats that best contribute to its implementation and strengthening. This is a quantitative, cross-sectional research using a semi-structured form with 268 doctors from the ESF in Fortaleza, Ceará, Brazil. A unique sociodemographic profile was identified for each group evaluated, influencing the work process and opinions about hiring formats. The development of the essential PHC attributes was positively evaluated, but different perceptions were observed by professional hiring method assessed. The work performed by doctors in the ESF is influenced by how they are hired ($p<0.001$). Better performance of the statutory (4.4) was noted, followed by scholarship holders of the Mais Médicos Program/Primary Care Valorization Program (3.7), Consolidated Labor Laws (3.5), and, finally, those working with Self-Employed Payment Receipt (RPA) (2.4). We analyzed that hiring through the Brazilian Statutory Regime and RPA are, respectively, the best (85%) and the worst (96.6%) hiring formats.*

Key words *Family Health Strategy, Primary Health Care, Workforce, Unified Health System*

Resumo *O estudo tem o objetivo de investigar a percepção dos médicos sobre as diversas formas de contratação e sua influência sobre o desempenho dos atributos essenciais da APS, afim de analisar as formas de vínculo que melhor contribuem à sua implantação e fortalecimento. Pesquisa quantitativa e transversal, utilizando-se da aplicação de formulário semiestruturado junto a 268 médicos da ESF de Fortaleza, Ceará. Verificou-se perfil sociodemográfico singular para cada grupo avaliado, que podem influenciar o processo de trabalho e opiniões sobre as formas de contratação. O desenvolvimento dos atributos essenciais da APS foi avaliado positivamente, mas houve diferença nesta percepção de acordo com o vínculo avaliado. O trabalho realizado pelos médicos na ESF é influenciado pela forma de contratação destes ($p<0,001$). Percebeu-se melhor desempenho dos estatutários (4,4), seguidos dos bolsistas do Programa Mais Médicos/Programa de Valorização da Atenção Básica (3,7), Consolidação das Leis do Trabalho (3,5) e, por último, os atuantes por Recibo de Pagamento Autônomo-RPA (2,4). Analisou-se que a contratação via Regime Estatutário e RPA, são, respectivamente, a melhor (85%) e a pior (96,6%) forma de contratação.*

Palavras-chave *Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Recursos Humanos, Sistema Único de Saúde*

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. R. Barão do Rio Branco 910, Centro. 60310-330 Fortaleza CE Brasil.
antleoneel@hotmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Ceará). Eusébio CE Brasil.

³ Universidade de Fortaleza. Fortaleza CE Brasil.

Introdução

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988 e a garantia do direito à saúde, houve a transição do modelo de proteção social em saúde centrado no mecanismo de seguro social de base Bismarckiana, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para um modelo de seguridade social de base Beveridgiana. Este novo padrão é sustentado no setor saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

No mundo, vários são os sistemas universais de saúde e ou com cobertura universal², podendo destacar os sistemas Brasileiro, Francês, Inglês, Canadense e Alemão, que possuem formas de financiamento e contratação profissional diverso. No Sistema de Saúde Nacional da Inglaterra (NHS), o clínico geral pode ter duas formas de vínculo com o sistema de saúde: 1. Médicos independentes, que são responsáveis por administrar suas próprias clínicas como negócios (sozinhos ou em parceria); 2. Médicos assalariados que são funcionários de práticas contratadas independentes ou diretamente empregados por organizações de atenção primária. No Brasil, o vínculo do profissional médico com o sistema de saúde pode ocorrer de forma direta ou indireta, enquanto que na Alemanha a oferta de serviço é feita por prestadores públicos e privados credenciados ao Seguro Social de Doença (GKV) em todos os níveis³.

Para Brown⁴, o conflito entre formuladores de políticas (ministérios de saúde e finanças) e provedores sobre os termos e níveis de pagamento é um persistente fato da vida política no Canadá, França, Inglaterra e Alemanha. Dentro dos orçamentos públicos e limites fiscais, os provedores negociam com o Estado, com as instituições de seguro saúde, ou com ambos. Na Grã-Bretanha e no Canadá, organizações de médicos e hospitais individuais barganham diretamente com agências governamentais. Na Alemanha, associações de médicos de caixa de doença e hospitais individuais negociam com fundos GKV. Na França, sindicatos de médicos negociam separadamente com os fundos de doença. Estas questões podem influenciar na forma que o sistema de saúde funciona e tencionar os mesmos sobre diferentes concepções de universalidade em saúde (sistemas universais versus cobertura universal em saúde)².

No processo de implementação do SUS, observou-se tensão permanente entre a construção de um serviço nacional de saúde de acesso universal e um sistema direcionado aos mais pobres com programas seletivos, embate localizado no

cerne entre as propostas do campo público e as propostas privatizantes⁵. Ressalta-se, portanto, inúmeras dificuldades na implementação deste novo sistema, como a perene escassez de recursos financeiros e humanos, sobremaneira na Atenção Primária à Saúde (APS)⁶.

Vale destacar que a escassez de médicos na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil é superior a escassez dos demais profissionais de saúde^{7,8}. Desse modo, formas alternativas de vínculo (e.g., Estatutário, CLT, bolsistas, temporários) foram buscadas pelos municípios na contratação de tais profissionais, com o intuito de solucionar esta problemática⁹. Adicionalmente, o governo federal criou medidas contendo diversos estímulos, com destaque a vinculação de médicos junto aos Ministérios da Saúde e/ou Educação, como no caso das residências médicas, Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹⁰⁻¹². Esta miscelânea de formatos de vinculação ocorre apesar das orientações da Política de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS)^{13,14}.

É relevante apontar ainda que o uso de diferentes formas de contratação de profissionais médicos para as equipes da ESF constitui assunto de notório interesse para a continuidade dos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde, devendo ser tratado como prioridade na política de Estado^{15,16}. Sabe-se da importância de se ter médicos que acompanhem ciclos de vida, se responsabilizem com a saúde da comunidade ao longo do tempo, pautem suas atuações em relações humanizadas, possuam vínculo duradouro com seu empregador¹⁷⁻¹⁹ e desenvolvam suas atividades com base nos atributos essenciais da APS, a saber: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado²⁰.

Neste cenário, suspeita-se que a diversidade de formas de vínculo dos médicos com a ESF possa influenciar o processo de trabalho destes e a plena implementação da estratégia, com suas doutrinas, princípios e atributos. Sabe-se ainda que a contratação dos profissionais de saúde no SUS deve seguir os ditames da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS, enquanto a atuação dos profissionais na atenção primária deve seguir as premissas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No entanto, a literatura não é clara em relação a qual forma de contratação de médicos possibilita o melhor desenvolvimento dos atributos essenciais da APS e pressupostos da PNAB.

A partir desta observação, o presente estudo surge com o objetivo de investigar a percepção

dos médicos sobre as diversas formas de contratação e sua influência sobre o desempenho dos atributos essenciais da APS, afim de analisar as formas de vínculo que melhor contribuem à sua implantação e fortalecimento, tendo em vista ainda os ditames da PNAB e a PNRH-SUS.

Metodologia

Estudo de campo, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu entre abril e novembro de 2018. Aplicou-se formulário semiestruturado aos médicos da ESF de Fortaleza. Os 343 médicos do município a época possuíam distintos formatos de vinculação, sendo 171 vinculados como bolsistas por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB); 127 vinculados através do Regime Estatutário; 13 vinculados por meio do regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); 13 vinculados por meio de contratação temporária, através de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA); além de 19 médicos em Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, sendo incluídos no estudo por serem profissionais devidamente diplomados e sobremaneira inseridos no cotidiano assistencial da Estratégia Saúde da Família²¹. O critério de inclusão foi ser médico, com efetivo exercício na ESF do município por mais de seis meses. O critério de exclusão foi estar de férias, licença médica e/ou afastado do trabalho da ESF no momento da coleta.

Sobre a conformação da amostra, para vinculações com 20 ou menos profissionais (CLT, RPA e residência médica) buscou-se aplicar o questionário a todos. Para os demais grupos (bolsistas PMMB/PROVAB e estatutários), em virtude das dificuldades inerentes à coleta de dados em meio à ambiente assistencial intenso e dinâmico, foi utilizado cálculo amostral aleatório simples para população finita, com intervalo de confiança (IC) 95%, P=50%, Q=50% e erro amostral de 5%. A amostragem foi definida em 96 para os Estatutários e 119 para os PMMB/PROVAB, sendo a amostra final prevista de 260 profissionais. Ao final da coleta, a amostra final foi constituída por 268 profissionais (123 bolsistas PMMB/PROVAB; 100 estatutários, 13 atuantes via regime CLT, 13 RPA e 19 Residentes em Saúde da Família). Desta forma, realizou-se um censo para os profissionais vinculados por CLT, RPA ou residência, enquanto que o cálculo amostral simples foi utilizado para os vínculos estatutários e bolsistas PMMB/PROVAB.

O Quadro 1 apresenta a totalidade de profissionais por vínculo e suas respectivas amostragens.

Utilizou-se questionário com indagações acerca de dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, renda familiar, religião, ano de graduação), formação profissional, tempo de atuação na ESF, formas de contratação e percepção do desenvolvimento dos atributos essenciais da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) de acordo com os formatos de contratação. Breve descrição dos atributos da APS estava presente no questionário. Os profissionais entrevistados avaliaram os atributos para todos os formatos de vínculo (bolsistas PMMB/PROVAB, estatutários, regime CLT, RPA e residência médica). Dessa forma, obteve-se a opinião destes não só em relação a sua forma de contratação, mas também sobre as demais.

A coleta de dados se deu em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, sendo os momentos de visita previamente acordados com a coordenação da unidade e o respectivo profissional. Sobre o local do estudo, trata-se da quinta capital do país e segunda no Nordeste em número de habitantes. No ano de 2018, período do estudo, apresentava cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família inferior a 50%, segundo dados do Ministério da Saúde²¹. O município possui atualmente 113 unidades de saúde, distribuídos nas unidades das 6 regionais de saúde.

Os questionários foram aplicados em forma de entrevista, presencialmente ou via telefônica, sendo a forma presencial priorizada e a segunda utilizada apenas como modo de complementar entrevistas pausadas por questões inerentes ao serviço. Quando da recusa de um profissional em participar da pesquisa, este foi repostado por outro profissional da mesma unidade de saúde com o mesmo vínculo empregatício. Quando não havia outro profissional com estas características na unidade de saúde, um profissional de outra unidade de saúde, mas da mesma regional de saúde, era entrevistado para repor a amostra.

Além da coleta de dados primários, realizou-se uma análise documental sobre as características relacionadas às formas de contratação de médicos para ESF nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) do Município de Fortaleza, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Recursos Humanos do SUS (PNRH-SUS), através de avaliação detalhada de documentos da área, relacio-

Quadro 1. Número de profissionais vinculados a Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza por forma de contratação e amostragem utilizada para a coleta de dados da presente pesquisa.

Tipo de Vínculo	Universo	Número de profissionais previstos para entrevista	Número de profissionais entrevistados	Forma de amostragem
Regime Estatutário	127	96	100	Cálculo amostral aleatório simples
Bolsista PMMB/PROVAB	171	119	123	Cálculo amostral aleatório simples
Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)	13	13	13	Censo
Recibo de pagamento autônomo (RPA)	13	13	13	Censo
Residente em Saúde da Família	19	19	19	Censo

Fonte: Análise de dados da entrevista semiestruturada.

nados ao tema (e.g., políticas públicas, portarias, normas, pareceres técnicos, relatórios).

A presente pesquisa constitui recorte da dissertação de mestrado intitulada “A percepção dos médicos em relação ao impacto das formas de contratação no trabalho da Estratégia de Saúde da Família” (Comitê de Ética ISGH). Os dados foram descritos por suas frequências absolutas e relativas. As respostas das variáveis relacionadas aos atributos da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) foram transformadas em variáveis contínuas (ótimo, bom, regular, ruim e péssimo, transformadas em 5, 4, 3, 2 e 1). Variáveis contínuas foram descritas por meio das estatísticas descritivas média e desvio padrão. O teste One Way Anova foi utilizado para comparar a média dos escores dados pelos entrevistados às variáveis relacionadas aos atributos da APS para as quatro formas de contratação analisadas (celetista, estatutária, programa mais médico, autônomo). A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Significância de $p \leq 0,05$ foi utilizada. Os softwares EpiData 3.1 e STATA 14 (StataCorp. STATA Statistical Software. V 13.0. Release 9.0 ed. CollegeStation, Texas 77845 EUA: Stat Corporation: 2007) foram utilizados para organização e análise dos dados). Os aspectos ético-legais da Resolução Nº 466/2012 foram obedecidos.

Resultados

A pesquisa incorporou 268 médicos atuantes nas equipes de ESF de Fortaleza, subdivididos de

acordo com o formato de vínculo (123 bolsistas PMMB/PROVAB; 100 estatutários, 13 atuantes via regime CLT, 13 por Recibo de Pagamento Autônomo e 19 Residentes em Saúde da Família).

A faixa etária predominante dentre os entrevistados foi de 31 a 40 anos (47,7%). Houve um leve predomínio feminino (50,6%) determinado pelos bolsistas do PMMB (56,9%), enquanto nas demais subcategorias o número de homens é maior (55% estatutários, 61,5% CLT e 53,8% RPA). A maior parte dos entrevistados era casada (59%). Os bolsistas do PMMB se destacam como grupo com maior número de componentes com especialização lato sensu concluída (86,9%), seguido pelos estatutários (84%), onde pouco menos da metade dos cursos são na área de Saúde da Família (46,6%). Pouco mais de um terço dos estatutários (37%) concluiu Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, número inferior ao de estatutários que referiram a conclusão de residências médicas em outras áreas (39%). Há uma baixa adesão à prova de títulos pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (38% estatutários; 23% CLT; 23% RPA; 13% PMMB/PROVAB). Dentre os que declararam renda familiar, as maiores rendas estão com os estatutários e bolsistas (5% e 1,6% acima de 31 salários mínimos). A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos por forma de contratação, excluindo-se os residentes, por tratarem-se de vínculos não contratuais.

Os achados mostram que as contratações através do Regime Estatutário e de forma autônoma foram, respectivamente, avaliadas como a melhor (por 85% dos entrevistados) e a pior (96,6% dos entrevistados) maneira de contra-

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos médicos atuantes da ESF em Fortaleza.

	CLT 13	EST 100	PMMB/ PROVAB 123	RPA 13
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade				
Até 30 anos	3 (23,0)	0 (0,0)	39 (31,5)	3 (23,0)
31-40 anos	9 (69,2)	34 (34,0)	70 (56,7)	6 (46,1)
41-50 anos	1 (7,6)	41 (41,0)	7 (5,6)	1 (7,6)
51-60 anos	0 (0,0)	20 (20,0)	2 (1,6)	0 (0,0)
Acima de 61 anos	0 (0,0)	5 (5,0)	5 (4,0)	3 (23,0)
Sexo				
Masculino	8 (61,5)	55 (55,0)	53 (43,0)	7 (53,8)
Feminino	5 (38,4)	45 (45,0)	70 (56,9)	6 (46,1)
Estado civil				
Solteiros	8 (61,5)	12 (12,0)	59 (47,9)	7 (53,8)
Casados	5 (38,4)	78 (78,0)	58 (47,1)	6 (46,1)
Divorciados	0 (0,0)	10 (10,0)	6 (4,8)	0 (0,0)
Especialização lato sensu (concluída)				
Sim	7 (53,8)	84 (84,0)	107 (86,9)	04 (30,7)
Tipo de especialização				
Saúde da Família	3 (23,0)	42 (42,0)	77 (62,6)	3 (23,0)
Saúde Pública	0 (0,0)	2 (2,0)	2 (1,6)	0 (0,0)
Auditoria Médica	1 (7,6)	2 (2,0)	2 (1,6)	0 (0,0)
Medicina do trabalho	1 (7,6)	9 (9,0)	7 (5,6)	1 (7,6)
Outros	2 (15,3)	29 (29,0)	19 (15,4)	0 (0,0)
Residência médica concluída				
Sim, na área de Medicina de Família e Comunidade	2 (15,3)	37 (37,0)	13 (10,5)	1 (7,6)
Sim, em outra área	2 (15,3)	39 (39,0)	11 (8,9)	1 (7,6)
Não	9 (69,2)	24 (24,0)	99 (80,4)	11 (84,6)
Título de especialista pela sociedade brasileira de medicina de família e comunidade				
Sim	3 (23,0)	38 (38,0)	16 (13,0)	03 (23,0)
Renda familiar em salários mínimos				
Até 10 salários mínimos	5 (38,4)	9 (9,0)	7 (5,6)	6 (46,1)
De 11 a 20 salários mínimos	3 (23,0)	44 (44,0)	64 (52,0)	3 (23,0)
De 21 a 30 Salários mínimos	0 (0,0)	14 (14,0)	14 (11,3)	0 (0,0)
Acima de 31 salários mínimos	0 (0,0)	5 (5,0)	2 (1,6)	0 (0,0)
Preferiu não declarar	5 (38,4)	28 (28,0)	36 (29,2)	4 (30,7)

Legenda: EST - Estatutários.

Fonte: Análise de dados da entrevista semiestruturada.

tação para os médicos da ESF. Estas formas resguardam colocações antagônicas em relação à estabilidade, direitos trabalhistas, vinculações, remuneração, regularidade de pagamentos, continuidade da assistência, segurança, possibilidade de incentivos, acesso a aperfeiçoamentos, reduzibilidade de salários, acompanhamento longitudinal e rotatividade de profissionais, conforme Tabela 2.

A maior parte dos médicos teve experiência com algum tipo de contratação anterior (70,8%). A possibilidade de mudanças na satisfação em exercer suas atividades junto à forma de contratação é relatada pelos entrevistados (58,5%), que referem exercer suas atividades de maneira diferente de acordo com a forma de contratação (88,4%). A estabilidade (53,7%), aumento do vínculo (23,5%), direitos trabalhistas (22,3%),

Tabela 2. Opinião dos profissionais médicos atuantes em Fortaleza sobre seu vínculo empregatício e o impacto do vínculo empregatício na atuação profissional. Fortaleza-CE, 2018.

	Total 268	CLT 13	EST 100	PMMB/ PROVAB 123	RES 19	RPA 13
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Principal motivação para estar no atual vínculo						
Estabilidade	69 (25,7)	3 (23,0)	43 (43,0)	21 (17,0)	0 (0,0)	2 (15,3)
Identificação	129 (48,1)	7 (53,8)	51 (51,0)	52 (42,2)	14 (73,6)	5 (38,4)
Situação transitória	59 (22,0)	3 (23,0)	0 (0,0)	47 (38,2)	4 (21,0)	5 (38,4)
Falta de opção	3 (1,1)	0 (0,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,6)
Outros	8 (2,9)	0 (0,0)	4 (4,0)	3 (2,4)	1 (5,2)	0 (0,0)
Contrato anterior na atenção primária em saúde						
Sim	190 (70,8)	11 (84,6)	83 (83,0)	76 (61,7)	15 (78,9)	5 (38,4)
Não	78 (29,1)	2 (15,3)	17 (17,0)	47 (38,2)	4 (21,0)	8 (61,5)
Há mudanças na satisfação com a mudança na forma de contratação						
Sim	157 (58,5)	12 (92,3)	57 (57,0)	67 (54,4)	16 (84,2)	5 (38,4)
Não	111 (41,4)	1 (7,6)	43 (43,0)	56 (45,5)	3 (15,7)	8 (61,5)
De que maneira mudanças na forma de contratação mudam a satisfação em exercer seu trabalho						
Estabilidade	144 (53,7)	6 (46,1)	62 (62,0)	58 (47,1)	8 (42,10)	10 (76,92)
Aumento do vínculo	63 (23,5)	2 (15,3)	38 (38,0)	10 (8,1)	9 (47,36)	4 (30,76)
Vínculo empregatício/Direitos trabalhistas	60 (22,3)	4 (30,7)	26 (26,0)	18 (14,6)	6 (31,57)	6 (46,15)
Segurança	37 (13,8)	3 (23,0)	14 (14,0)	17 (13,8)	2 (10,59)	1 (7,62)
Aposentadoria	13 (4,8)	0 (0,0)	11 (11,0)	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Menor rotatividade	10 (3,7)	2 (15,3)	0 (0,0)	5 (4,0)	1 (5,2)	2 (15,3)
Mudanças na forma de exercer de acordo com a sua forma de contratação						
Sim	237 (88,4)	12 (92,3)	91 (91,0)	103 (83,7)	18 (94,7)	13 (100,0)
Não	31 (11,5)	1 (7,6)	9 (9,0)	20 (16,2)	1 (5,2)	0 (0,0)
De que maneira, modificações na forma de contratação causam mudanças da forma de exercer seu trabalho						
Dedicação	56 (20,8)	0 (0,0)	23 (23,0)	18 (14,6)	11 (57,8)	4 (30,7)
Educação permanente	54 (20,1)	3 (23,0)	12 (12,0)	27 (21,9)	9 (46,3)	3 (23,0)
Planejamento e ações a longo prazo	54 (20,1)	2 (15,3)	18 (18,0)	17 (13,8)	13 (68,4)	4 (30,7)
Motivação	46 (17,1)	7 (53,8)	14 (14,0)	11 (8,9)	8 (42,1)	6 (46,1)
Aumento do vínculo	31 (11,5)	2 (15,3)	16 (16,0)	8 (6,5)	3 (15,7)	2 (15,3)
Estabilidade	17 (6,3)	1 (7,6)	8 (8,0)	6 (4,8)	2 (10,5)	0 (0,0)
Direitos trabalhistas	15 (5,5)	0 (0,0)	5 (5,0)	8 (6,5)	2 (10,5)	0 (0,0)

continua

segurança (13,8%), aposentadoria (4,8%) e menor rotatividade (3,7%) foram citados como quesitos que propiciariam as mudanças na satisfação; enquanto que dedicação (20,8%), educação permanente (20,1%) e planejamento em

longo prazo (20,1%) aparecem como as principais alegações para mudanças no exercício do seu trabalho de acordo com a forma de contratação.

Na avaliação do cumprimento dos atributos da APS, os entrevistados, quando avaliando o

Tabela 2. Opinião dos profissionais médicos atuantes em Fortaleza sobre seu vínculo empregatício e o impacto do vínculo empregatício na atuação profissional. Fortaleza-CE, 2018.

	Total 268	CLT 13	EST 100	PMMB/ PROVAB 123	RES 19	RPA 13
Melhor forma de contratação						
Celetistas	8 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (4,0)	3 (15,7)	0 (0,0)
Estatutários	228 (85,0)	13 (100,0)	98 (98,0)	90 (73,1)	14 (73,6)	13 (100,0)
Programa Mais Médicos para o Brasil	26 (9,7)	0 (0,0)	2 (2,0)	24 (19,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Temporários	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outros	6 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,2)	2 (10,5)	0 (0,0)
Motivo de considerar melhor forma de contratação						
Estabilidade	141 (52,6)	8 (61,5)	55 (55,0)	61 (49,5)	8 (42,1)	9 (69,2)
Vínculo	68 (25,3)	4 (30,7)	28 (28,0)	28 (22,7)	4 (21,0)	4 (30,7)
Acompanhamento longitudinal	67 (25,0)	3 (23,0)	29 (29,0)	29 (23,5)	4 (21,0)	2 (15,3)
Direitos trabalhistas	53 (19,7)	7 (53,8)	10 (10,0)	23 (18,7)	5 (26,3)	8 (61,5)
Direitos previdenciários	16 (5,9)	1 (7,6)	4 (4,0)	6 (4,8)	3 (15,7)	2 (15,2)
Incentivos a aperfeiçoamentos	13 (4,8)	1 (7,6)	1 (1,0)	6 (4,8)	5 (26,3)	0 (0,0)
Segurança	18 (6,7)	1 (7,6)	8 (8,0)	7 (5,6)	1 (5,2)	1 (7,6)
Irredutibilidade de salários	5 (1,8)	1 (7,6)	1 (1,0)	2 (1,6)	1 (5,2)	0 (0,0)
Pior forma de contratação						
Celetistas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Estatutários	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Programa Mais Médicos para o Brasil	5 (1,8)	0 (0,0)	2 (2,0)	3 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Residentes	-	-	-	-	-	-
Temporários	259 (96,6)	13 (100,0)	95 (95,0)	120 (97,5)	18 (94,7)	13 (100,0)
Outros	2 (0,7)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (5,2)	0 (0,0)
Motivo de considerar pior forma de contratação						
Instabilidade	95 (35,4)	4 (30,7)	38 (38,0)	36 (29,2)	8 (42,1)	5 (38,4)
Falta de direitos trabalhistas	93 (34,7)	10 (76,9)	31 (31,0)	33 (26,8)	8 (42,1)	11 (84,6)
Sem vínculos	85 (31,7)	4 (30,7)	32 (32,0)	38 (30,8)	6 (31,5)	5 (38,4)
Atrasos salariais	54 (20,1)	7 (53,8)	15 (15,0)	27 (21,9)	4 (21,0)	1 (7,6)
Baixa remuneração	38 (14,1)	1 (7,6)	11 (11,0)	21 (17,0)	3 (15,7)	2 (15,3)
Descontinuidade da assistência	37 (13,8)	0 (0,0)	12 (12,0)	16 (13,0)	4 (21,0)	5 (38,4)
Insegurança	28 (10,4)	3 (23,0)	15 (15,0)	7 (5,6)	1 (5,2)	2 (15,3)
Alta rotatividade	21 (7,8)	0 (0,0)	8 (8,0)	13 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Acha atual forma de contratação desvantajosa						
Sim	165 (61,5)	12 (92,3)	51 (51,0)	79 (64,2)	10 (52,6)	13 (100,0)
Não	103 (38,4)	1 (7,6)	49 (49,0)	44 (35,7)	9 (47,3)	0 (0,0)

Legenda: EST: Estatutários; RES: Residentes.

Fonte: Análise de dados da entrevista semiestruturada.

primeiro contato (4,4 estatutários; 4,0 PMMB/PROVAB; 3,8 CLT; 3,0 RPA), a longitudinalidade (4,5 estatutários; 3,5 PMMB/PROVAB; 3,2 CLT; 2,0 RPA), a integridade (4,4 estatutários; 3,7

PMMB/PROVAB; 3,6 CLT; 2,5 RPA) e a coordenação do cuidado (4,4 estatutários; 3,6 PMMB/PROVAB; 3,5 CLT; 2,3 RPA), consideraram como melhor o desempenho (em média) dos estatutá-

rios na realização destes atributos, ficando sempre com avaliações superiores aos demais, modificando as diferenças percentuais de acordo com cada atributo essencial avaliado (em graduação onde 1 é Péssimo e 5 indica Ótimo desempenho), conforme Tabela 3.

A análise documental constatou características distintas entre os vínculos médicos a ESF. As diferenças foram evidenciadas em relação aos contratantes, as políticas de fixação do profissional, as garantias de direitos trabalhistas, previdenciários, e as oportunidades de carreira e formação. Em relação ao vínculo trabalhista,

pode-se dividi-los em dois grupos: com vínculo trabalhista (celetistas e estatutários) e sem vínculo trabalhista (bolsistas do PMMB e autônomos). No tocante ao vínculo institucional podem-se determinar três vínculos diretos com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (celetistas, estatutários e autônomos) e um vínculo intermediado através do Ministério da Saúde (bolsistas do PMMB); com relação ao tempo de contrato, pode-se classificá-los em temporários (celetistas, bolsistas do PMMB e autônomos) e efetivos (estatutários); mesma divisão para o grupo sem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)

Tabela 3. Avaliação dos atributos da APS pelos médicos da ESF, segundo vínculo empregatício. Fortaleza-CE, 2018.

	CLT	EST	PMMB/ PROVAB	RPA	valor de p**
	Média (DP)*	Média (DP)*	Média (DP)*	Média (DP)*	
Primeiro contato	3,8 (0,8)	4,4 (0,7)	4,0 (0,8)	3,0 (1,3)	p<0,001
Ótimo n (%)	48 (17,9%)	140 (52,2%)	86 (32,0%)	42 (15,6%)	
Bom n (%)	127 (47,3%)	88 (32,8%)	119 (44,4%)	60 (22,3%)	
Regular n (%)	50 (18,6%)	17 (6,3%)	49 (39,8%)	63 (23,5%)	
Ruim n (%)	14 (5,2%)	6 (2,2%)	4 (1,4%)	47 (17,5%)	
Péssimo n (%)	4 (1,4%)	1 (0,3%)	3 (1,1%)	40 (14,9%)	
Não Sabe/não opinou n (%)	25 (9,3%)	16 (5,9%)	7 (2,6%)	16 (5,9%)	
Longitudinalidade	3,2 (0,9)	4,5 (0,6)	3,5 (0,9)	2,0 (0,9)	p<0,001
Ótimo n (%)	11 (4,1%)	165 (61,5%)	40 (14,9%)	3 (1,1%)	
Bom n (%)	96 (35,8%)	76 (28,3%)	108 (40,3%)	16 (5,9%)	
Regular n (%)	90 (33,5%)	9 (3,3%)	82 (30,6%)	65 (24,2%)	
Ruim n (%)	34 (12,6%)	4 (1,4%)	23 (8,5%)	80 (29,8%)	
Péssimo n (%)	16 (5,9%)	1 (0,3%)	11 (4,1%)	91 (33,9%)	
Não Sabe/não opinou n (%)	21 (7,8%)	13 (4,8%)	4 (1,4%)	13 (4,8%)	
Integralidade	3,6 (0,8)	4,4 (0,7)	3,7 (0,9)	2,5 (1,1)	p<0,001
Ótimo n (%)	20 (7,4%)	150 (55,9%)	56 (20,9%)	11 (4,1%)	
Bom n (%)	137 (51,1%)	84 (31,3%)	123 (45,8%)	38 (14,1%)	
Regular n (%)	63 (23,5%)	13 (4,8%)	66 (24,6%)	78 (29,1%)	
Ruim n (%)	24 (8,9%)	5 (1,8%)	14 (5,2%)	73 (27,2%)	
Péssimo n (%)	2 (0,7%)	2 (0,7%)	6 (2,2%)	56 (20,9%)	
Não Sabe/não opinou n (%)	22 (8,2%)	14 (5,2%)	3 (1,1%)	12 (4,4%)	
Coordenação do cuidado	3,5 (0,8)	4,4 (0,7)	3,6 (0,9)	2,3 (1,0)	p<0,001
Ótimo n (%)	19 (7,0%)	145 (54,1%)	50 (18,6%)	6 (2,2%)	
Bom n (%)	120 (44,7%)	85 (31,7%)	109 (40,6%)	30 (11,1%)	
Regular n (%)	78 (29,1%)	18 (6,7%)	78 (29,1%)	77 (28,7%)	
Ruim n (%)	24 (8,9%)	6 (2,2%)	22 (8,2%)	84 (31,3%)	
Péssimo n (%)	5 (1,8%)	0 (0,0%)	4 (1,4%)	58 (21,6%)	
Não Sabe/não opinou n (%)	22 (8,2%)	14 (5,2%)	5 (1,8%)	13 (4,8%)	

Legenda: DP: Desvio Padrão; EST: Estatutários. *Média foi calculada com base nos escores dados pelos entrevistados para cada um dos atributos nas diferentes formas de vínculo profissional (graduação de 1=péssimo a 5=ótimo desempenho); **Oneway ANOVA.

(celetistas, bolsistas do PMMB e autônomos) e com PCCS (estatutários). Avaliando-se as oportunidades de educação permanente/continuada, depara-se com grupo possuidor de processo de formação obrigatório (bolsistas do PMMB), grupo com oportunidades em potencial (celetistas e estatutários) e grupo com poucas oportunidades (autônomos).

Discussão

Trata-se de estudo desenvolvido em um município de grande porte, possuidor de uma miscelânea de formatos de contratação, o que permitiu desenvolver avaliação robusta acerca do tema. Os resultados são relevantes por auxiliarem na compreensão da influência da forma de contratação nos processos de trabalho do médico na Estratégia Saúde da Família, assim como se constituem enquanto subsídio para o aprimoramento de políticas de recursos humanos para o SUS que tenham como cerne a qualidade do serviço¹⁶.

As diferentes modalidades de contratação encontradas entre os médicos do município de Fortaleza confirmam as consequências da reforma neoliberal que possibilitou a flexibilização dos vínculos e permissão de contratos mediante processos seletivos simplificados; bem como os efeitos de reformas informais, que ocasionaram o uso de contratos temporários e a contratação de pessoal permanente por bolsas e pró-labore²².

Verificou-se perfil sociodemográfico singular para cada um dos grupos de médicos atuantes na ESF, de acordo com a sua forma de contratação, divergindo entre si em faixa etária, sexo predominante, religião, estado civil, tempo de formação, titulação acadêmica e renda familiar. Apesar de não ter sido possível avaliar estes aspectos, acredita-se que os mesmos podem influenciar no processo de trabalho dos médicos da ESF e na avaliação dos atributos essenciais. Há relatos na literatura que sexo, estado civil, formação, número de vínculos empregatícios, tempo de permanência no serviço e a forma de contratação influenciam no desenvolvimento do atributo essencial da longitudinalidade dos profissionais da ESF²³.

Rodrigues et al.²⁴ demonstram que um alto percentual dos profissionais atuantes na ESF não recebe capacitação para atuar na APS, fato também encontrado na presente pesquisa, na medida em que menos da metade dos profissionais possuíam especialização em saúde da família (46,6% no geral e apenas 19,9% na modalidade residên-

cia). Importante mencionar que a capacitação já representava um dos desafios identificados pelo Ministério da Saúde para o êxito da ESF desde os seus primórdios. Conseqüentemente, incentivos para formação acadêmica voltada a APS, tanto por novos médicos como por médicos já atuantes são importantes para qualificar a assistência²⁵.

Evidenciaram-se discrepâncias na avaliação dos profissionais acerca dos distintos formatos de vínculo, o que levou ao registro de maior descontentamento por parte dos avaliados, notadamente maior entre os profissionais com vínculo RPA (com 100% dos profissionais demarcando seu vínculo como desvantajoso; 51% entre os estatutários). Quanto aos pontos desvantajosos em sua contratação em comparação a outros grupos, notou-se que dentre os RPA, 84,6% apontavam a ausência de direitos trabalhistas e 38,4% a ausência de vínculo. Vale destacar que especificamente nesta variável era possível a marcação de mais de um item, o que faz com que a soma destes possa atingir valores superiores a 100%.

Esta insatisfação pode influenciar negativamente no desenvolvimento das atividades laborais dos médicos em seus locais de trabalho, impactando na qualidade da atenção em saúde desenvolvida na ESF. Portanto, a valorização profissional constitui aspecto essencial na satisfação dos trabalhadores e está ligada a qualidade do serviço. É possível que a percepção de desigualdades influencie na percepção da valorização profissional. Na ótica dos entrevistados, a uniformização de direitos é observada como condição determinante na melhoria do desempenho do trabalho multidisciplinar.

O tema da remuneração sempre ocupou espaço de relevância para os gestores dos sistemas de saúde²⁶. Poli Neto et al.²⁷ refere que os melhores resultados na gestão do cuidado da população assistida provêm de uma combinação de diferentes modos de remuneração, geralmente com uma parte fixa maior e uma parte variável. No Brasil, os estados de Curitiba e Rio de Janeiro lideram ações de remuneração mista – com parte fixa e variável, também encontrado em Portugal²⁷. Segundo o autor, os gestores dessas localidades sentiram necessidade de premiar financeiramente objetivos alcançados. Assim, uma política de incentivos voltada aos profissionais poderia melhorar os indicadores de saúde da população.

Outro ponto que merece ser debatido é a relevância da estabilidade ofertada por parte de cada forma de vinculação do profissional médico na ESF. Houve forte caracterização do vínculo estatutário como melhor forma de contratação

(85%), com mais da metade (52,6%) dos entrevistados destacando como fator chave para tal avaliação a estabilidade ofertada. No entanto, percebe-se a escassez de novos processos de ingresso de profissionais por meio deste formato, possivelmente conformando-se enquanto um dos pontos relevantes nesta equação a questão financeira imediata, ou seja, a economia com proventos por parte do ente federativo. Contudo, parece haver um descuido ao não se considerar o impacto financeiro de uma APS resolutive, reduzindo encaminhamentos aos demais níveis de atenção e proporcionando ações mais sedimentadas de promoção e prevenção de agravos, o que tem impacto nos custos²⁰. Não obstante, é preciso saber que, assim como descrito por Piola et al.²⁸, o salário atrai os profissionais, mas não os fixa. Uma forma poderosa de fixação de recursos humanos do SUS, na opinião de Brito et al.²⁹, é a criação de uma política atrativa para os trabalhadores, congregando aspectos financeiros, formativos e a possibilidade de ascensão em uma carreira de estado.

Assim, os aspectos organizacionais podem relacionar-se às formas de contratação, podendo obstaculizar ou facilitar o acesso através do tempo para obter consulta, tipo de agendamento, continuidade do tratamento ou turnos de atendimento³⁰. Os aspectos socioculturais e econômicos da acessibilidade, relacionados às formas de contratação, incluem a capacidade de percepção dos profissionais sobre o entendimento das pessoas assistidas, a assimilação do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos; como também, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, grau de instrução, emprego, renda e seguridade social³¹.

A maior parte dos entrevistados avaliou os atributos da atenção básica de forma positiva. Contudo, esta avaliação não foi uniforme em relação ao grupo que foi avaliado. O primeiro contato é caracterizado pela acessibilidade e o uso de serviços a cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde²⁰, e deve ser considerado com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. Observaram-se avaliações positivas, porém distintas para o desempenho do primeiro contato, com os estatutários e RPA recebendo, respectivamente, a melhor (52,2% avaliam como Ótimo) e a pior avaliação (32,4% avaliam como Ruim ou Péssimo). A presença do médico nas unidades de saúde (se presente,

o primeiro contato é bem avaliado) pode ter influenciado a avaliação do primeiro contato pelos entrevistados.

No atributo da longitudinalidade, determinado pela conexão entre usuários e prestadores de serviços, a interferência de acordo com a forma de contratação aparece de forma mais expressiva. O destaque dos estatutários (61,5% avaliam como ótimo) neste atributo pode estar relacionado ao fato de constituírem uma modalidade de vinculação duradoura e com menor rotatividade^{23,32}.

A longitudinalidade é construída pela existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanização entre equipe de saúde, indivíduos e famílias²⁰. A longitudinalidade e o vínculo com o serviço também foram avaliados por Paula et al.²³, quando se atribuiu maiores escores aos estatutários e profissionais no serviço há mais de três anos. Para os autores há evidências de que o tempo para o desenvolvimento de relações interpessoais interfira favoravelmente no atributo da longitudinalidade. Neste estudo, 61,5% avaliam como ótimo o desempenho do atributo por parte dos profissionais de vínculo estatutário, com 33,9% avaliando como péssimo no caso do RPA.

A integralidade é representada pela prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição. Diferentemente da responsabilização pela não oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças por parte das equipes de saúde²⁰.

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário do sistema de saúde³⁰. Nesse estudo, o vínculo estatutário também conta com vantagem na avaliação por parte dos profissionais médicos da ESF no que se refere ao desempenho deste atributo, no caso 87,2% avaliam-no como ótimo ou bom.

A coordenação do cuidado é determinada pela capacidade de garantir a continuidade da atenção, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das

Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{14,20}. Nesse sentido, as necessidades de saúde são complexas e, em geral, não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada^{31,32}. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva. Contudo, para que o profissional possa exercer a coordenação do cuidado, há veemente necessidade de conhecimento regional e das RAS, aspectos relacionados à rotatividade profissional e acesso a processos de formação na área, sendo a última característica mais bem identificada entre os estatutários e PMMB, com 85,8% e 51,7%, respectivamente, avaliando-os como de desempenho ótimo ou bom.

Por fim, representam limitações do estudo: o fato de tratar-se de estudo transversal, o que não possibilita o acompanhamento dos apontamentos relacionados aos formatos de vínculo e suas implicações na qualidade da assistência; assim como o fato de ter observado apenas a ótica dos médicos. Assim, sugerem-se estudos complementares, se possível contendo também pontos de vista de gestores, população e demais atores envolvidos na ESF.

Conclusão

Houve avaliação do desenvolvimento dos atributos essenciais da ESF como positivos, contudo,

de acordo com o vínculo, esta não foi uniforme com relação ao grupo avaliado no município de Fortaleza. Nesta capital, o trabalho realizado pelos médicos na Estratégia Saúde da Família é influenciado pela forma de vinculação destes. Os médicos entrevistados perceberam, em relação aos atributos essenciais da atenção primária, melhor desempenho dos estatutários, seguidos dos bolsistas do Programa Mais Médicos/Programa de Valorização da Atenção Básica, Consolidação das Leis do Trabalho e, por último, os atuantes por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). O relato dos entrevistados aponta que tanto a satisfação no trabalho como a maneira diferente de realizar as atividades são estimuladas pela configuração da contratação incluindo sua estabilidade. Observou-se que a contratação através de regime estatutário e via RPA, sob a ótica dos médicos, são, respectivamente, a melhor (85%) e a pior (96,6%) forma de contratação para o desenvolvimento dos atributos essenciais na ESF.

Estudos científicos que abordem a temática são necessários para oferecer suporte ao ente federativo no sentido de que políticas públicas perfilhem a valorização do profissional de saúde. Urge a implantação da Política de Recursos Humanos do SUS, enquanto ferramenta-guia para a conformação de vínculos empregatícios que garantam a manutenção de profissionais médicos nos serviços da APS, mas ainda, que contribua com a efetivação de seus atributos essenciais, qualidade da assistência e, conseqüentemente, níveis de saúde da população brasileira.

Colaboradores

Os autores participaram efetivamente na elaboração do manuscrito. Idealização da pesquisa: AL Lima Júnior, ICHC Barreto, RR Maranhão, APGF Vieira-Meyer. Coleta de dados: AL Lima Júnior, RR Maranhão. Tabulação, análise estatística dos dados e criação de tabelas e figuras: AL Lima Júnior, ICHC Barreto, RR Maranhão, SAS Nuto, BS Benevides, MVL Saintrain, APGF Vieira-Meyer. Redação do texto e padronização das normas de acordo com a revista: AL Lima Júnior, ICHC Barreto, RR Maranhão, SAS Nuto, BS Benevides, MVL Saintrain, APGF Vieira-Meyer. Revisão do texto e adição de partes significativas: SAS Nuto, MVL Saintrain, APGF Vieira-Meyer.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
2. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, Silva DB, Vieira JML, Castro VCG, Silva PO, Machado CV. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1763-1776.
3. National Health Service (NHS) [Internet]. Reino Unido; 2021 [acessado 2021 fev 17]. Disponível em: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/pay-doctors>.
4. Brown LD. Comparing Health Systems in Four Countries: Lessons for the United States. *Am J Public Health* 2003; 93(1):52-56.

5. Pessoto UC, Werneck EA, Guimarães RRBO. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. *Saude Soc* 2015; 24(1):9-22.
6. Giovanella L. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2697-2708.
7. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)* 2012; 9(18):489-506.
8. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2000.
9. Medeiros CRG. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2014; 15(1):1521-1531.
10. Schraiber LB. Saúde coletiva: um campo vivo. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 3ª ed. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
11. Girardi SN. Impacto do Programa Mais Médico na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2675-2684.
12. Servo LM. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea; 2011.
13. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2012; 22(4):1293-1311.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: MS; 2015.
15. Medeiros CRG. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1521-1531.
16. Carvalho GCM. A saúde pública no Brasil. *Estud Av* 2013; 27(78):7- 26.
17. Araújo HE. *Migração de médicos no Brasil: análise de sua distribuição, aspectos motivacionais e opinião de gestores municipais de saúde*. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH; 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2ª ed. Brasília: MS; 2004.
19. Brasil. Lei nº 12.690, de 19 de Julho de 2012. Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho; institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho - PRONACOP; e revoga o parágrafo único do art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. *Diário Oficial da União*; 2012.
20. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, MS; 2002.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *E-Gestor Atenção Básica* [Internet]. 2019 [acessado 2019 jun 14]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
22. Nogueira RP. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. *Divulg Saude Debate* 1996; (14):18-22.
23. Paula CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoin SM. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm* 2015; 17(4):1-4.
24. Rodrigues IJJAC, Pereira MF, Sabino MMFL. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de Santo Amaro da Imperatriz. *Coleção Gestão Saúde Pública* 2013; 2:65-81.
25. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública* 2008; 42(2):347-368.
26. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150):61-65.
27. Poli Neto P, Faoro NT, Prado Júnior JC, Pisco LAC. Variable compensation in Primary Healthcare: a report on the experience in Curitiba, Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon, Portugal. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1377-1388.
28. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. *Financiamento Público da Saúde: Uma História sem Rumo*. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.
29. Brito ESV, Oliveira RC, Silva MRF. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2012; 12(4):413-423.
30. Oliveira DC, Sá CP, Santo CCE, Gonçalves TC, Gomes AMT. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. *Rev Eletr Enf* 2011; 13(1):30-41.
31. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2014; 20(Supl. 2):S190-S198.
32. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Rev Bras Enferm* 2019; 72(1):19-26.

Artigo apresentado em 05/08/2020

Aprovado em 24/02/2021

Versão final apresentada em 26/02/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva