



Revista de Administração Pública

ISSN: 0034-7612

ISSN: 1982-3134

Fundação Getúlio Vargas

Andrade, Laíse Rezende de; Pinto, Isabela Cardoso de Matos;
Soares, Catharina Leite Matos; da Silva, Vinício Oliveira
Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia
Revista de Administração Pública, vol. 53, núm. 3, 2019, Maio-Junho, pp. 505-519
Fundação Getúlio Vargas

DOI: 10.1590/0034-761220170316

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241060066001>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UAEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia

Laíse Rezende de Andrade ¹

Isabela Cardoso de Matos Pinto ¹

Catharina Leite Matos Soares ¹

Vinício Oliveira da Silva ²

¹ Universidade Federal da Bahia / Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Salvador / BA – Brasil

² Universidade Federal do Paraná (UFPR), Maringá / PR – Brasil

Este artigo analisa as estratégias de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), criada para suprir a necessidade de médicos no Estado da Bahia. Objetiva contribuir com o debate acerca das dificuldades de provimento e fixação de médicos na Estratégia Saúde da Família (ESF). A pesquisa consistiu em um estudo de caso, por meio de diversas estratégias metodológicas, destacando-se a análise documental. Os achados apontam como solução a criação de uma carreira intermunicipal. A proposta de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS, n.d.) incluiu os seguintes aspectos: remuneração variável, mobilidade do trabalhador entre os municípios e fatores associados ao suprimento de médicos. A complexidade dessa proposta se depara com a ausência de experiência na gestão desse modelo e também com as questões estruturais e institucionais que marcaram historicamente a gestão do trabalho nos municípios.

Palavras-chave: administração pública; atenção à saúde; estratégia saúde da família; recursos humanos em saúde; sistema único de saúde.

Provisión y mantenimiento de médicos de atención primaria de salud en el estado de Bahía

El artículo analiza las estrategias de gestión del trabajo de la Fundación Estatal de Salud Familiar (FESF-SUS), creada para satisfacer la necesidad de los médicos en el estado de Bahía. Tiene como objetivo contribuir al debate sobre las dificultades en el suministro y mantenimiento de los médicos en el programa Estrategia Salud de la Familia. La investigación consistió en un estudio de caso mediante diversas estrategias metodológicas, entre las que se destaca el análisis documental. Los resultados apuntan como solución la creación de una carrera intermunicipal. La propuesta de gestión del trabajo de la Fundación Estatal Salud de Familia (FESF-SUS, n.d.) incluye aspectos tales como compensación variable, movilidad de los trabajadores entre los municipios y factores asociados con el suministro de los médicos. La complejidad de esta propuesta se depara con la falta de experiencia en el manejo de este modelo y también con las cuestiones estructurales e institucionales que históricamente han marcado la gestión del trabajo en los municipios.

Palabras clave: administración pública; atención a la salud; estrategia de salud familiar; recursos humanos en salud; sistema único de salud.

Hiring and retaining physicians to work in primary health care in the state of Bahia

This article analyzes the strategies of work management adopted at the Fundação Estatal Saúde da Família (State Health Family Foundation) (FESF-SUS), which was created to hire and allocate physicians in the Brazilian state of Bahia. The research aims to contribute to the debate about the difficulties of hiring and retaining physicians to work in the public policy promoting family health “Estratégia Saúde da Família” (ESF). The research consisted of a case study adopting several methodological strategies, with emphasis on documentary analysis. The findings show that one solution to hire and retain physicians is the creation of an inter-municipal career. The proposed work management of the Foundation included aspects such as variable compensation, worker mobility between municipalities, and factors associated with the provision of physicians to work in public health. The complexity of this proposal is faced with the lack of experience in operating this form of work management, as well as with the structural and institutional issues that historically marked the work management in the municipalities.

Keywords: public administration; health care; family health strategy; human resources for health; unified health system.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170316>

Artigo recebido em 12 out. 2017 e aceito em 21 jan. 2019.

ISSN: 1982-3134 

1. INTRODUÇÃO

A problemática da fixação dos profissionais de saúde na atenção primária não é exclusividade brasileira (Collar, Almeida, & Ferla, 2015; Oliveira et al., 2015; Scheffer, 2015a). A temática se encontra na agenda de vários países do mundo como medidas indutoras para suprir a necessidade de médicos nos denominados “vazios sanitários” (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Cremesp], 2013a, 2013b; Santos, Costa, & Girardi, 2015; R. P. Silveira & Pinheiro, 2014; Wilson et al., 2009).

Análise de experiências internacionais (Oliveira et al., 2015) no provimento e na retenção de profissionais em áreas de alta vulnerabilidade social abrange uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio (Rourke, 2010). Grande parte dessas estratégias corresponde às recomendações elaboradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhorar a retenção de trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Cebes], 2016). A escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis é um importante obstáculo para a universalização do acesso à saúde em diversos países e sistemas de saúde no mundo (Oliveira et al., 2015; Wilson et al., 2009).

Estudos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) reiteram essa problemática no Brasil, em particular, no que tange aos médicos, ressaltando a dificuldade de contratação desses profissionais em determinadas especialidades, nos municípios do interior e na periferia dos grandes centros urbanos (F. C. Carvalho, 2014; M. S. Carvalho & Sousa, 2013; Cremesp, 2013a, 2013b; R. P. Silveira & Pinheiro, 2014). Na atenção básica, essas questões se exacerbam pela dificuldade de provimento e manutenção de profissionais de saúde em áreas de risco e de difícil acesso, gerando concentração em grandes centros urbanos, além da alta rotatividade desses profissionais, em virtude de diversos fatores, como precarização¹ das relações de trabalho, condições ruins de trabalho e pouca valorização desse nível de atenção (C. V. A. Campos & Malik, 2008; F. E. Campos, Machado, & Girardi, 2009; Escorel, Giovanella, Mendonça, & Senna, 2007).

O Estado brasileiro vem enfrentando essa questão desde 1976; ele implementa programas para a interiorização dos profissionais de saúde, particularmente médicos, a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS — 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS — 1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS — 2001) e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab — 2011) (Cremesp, 2013a, 2013b; Girardi et al., 2011; Machado, 1997) e o Programa Mais Médicos (PMM) (Portaria Interministerial n. 1.369, 2013).

A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) foi criada como proposta de solução jurídico-administrativa para a política de provimento e fixação de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado baiano. Tal iniciativa se constituiu como alternativa de carreira pública interfederada em saúde, com vistas a atrair a contratação e parceria de gestores municipais e estaduais, além de trabalhadores, particularmente médicos, por intermédio de uma política de gestão do trabalho de abrangência intermunicipal (Fundação Estatal Saúde da Família [FESF-SUS], n.d.).

¹ A noção de trabalho precário, assumida neste artigo, guarda equivalência com o conceito utilizado pelos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), a saber: o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto, seja por vínculo indireto. Ainda afirmam que, mesmo sendo o vínculo indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2004).

Essa política foi apresentada pela FESF-SUS como uma inovação em saúde, na medida em que buscou aperfeiçoar experiências já existentes, aprimorar os resultados e criar oportunidades positivas para dar resposta à necessidade de incorporação de práticas que traduzissem os princípios da integralidade, universalidade e equidade no âmbito do SUS. Essa política se pauta no entendimento de que a gestão, a organização dos serviços de saúde, os trabalhadores da saúde e os usuários são atores importantes no processo de construção de práticas inovadoras na gestão e no cuidado (Ceccim et al., 2016).

Isso posto, este artigo tem por objetivo analisar a política de provimento e fixação² de profissionais médicos desenvolvida pela FESF-SUS no Estado da Bahia.

2. PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de caso único (Yin, 2001), desenvolvido na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), que teve por objeto o enfrentamento da questão do provimento e da fixação de profissionais médicos na atenção básica do estado, o que resultou na Política de Gestão do Trabalho, desenvolvida pela FESF-SUS. Tomou-se como referencial a teoria do ciclo da política pública de Kingdon (2003), na qual o autor ressalta a necessidade de distinguir os participantes ativos, as contribuições de cada ator e a dinâmica que compõe três dimensões de análise: a) reconhecimento do problema; b) formulação de propostas/alternativas para resolução dos problemas; e c) configuração do processo de negociação política em torno da proposta.

O referencial possibilitou a identificação dos atores responsáveis institucionais pelo processo de formulação da proposta, os opositores, os apoiadores e os empreendedores, que são os defensores da proposta. Estes últimos não permitem que o processo fique sem controle. Eles introduzem suas ideias em vários fóruns e tentam amaciar as comunidades políticas que geralmente resistem a grandes mudanças. A sobrevivência das ideias depende de alguns aspectos: direção política; possibilidade técnica garantindo os passos de implementação; eliminação de inconsistências; consenso (consciência do problema e concordância nas soluções propostas). Nesse sentido, a figura do empreendedor é muito importante, ou seja, aquele que assume a defesa da proposta e busca apoios cooptando adesões à proposta de fixação e provimento da FESF-SUS.

No que diz respeito ao processo pelo qual tramitou a proposta, foi possível identificar os problemas e as respostas que foram apresentadas para solucionar a escassez de profissionais nos municípios do Estado da Bahia, assim como o processo de negociação em torno da política.

As estratégias utilizadas para a coleta das informações foram: análise documental; entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, além da utilização dos dados produzidos pela pesquisa encomendada à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pela Sesab, com a finalidade de caracterizar a gestão da atenção básica; a gestão da saúde da família e a gestão do trabalho na ESF no Estado da Bahia, cotejados com outros documentos e dados dos sistemas de informações do SUS, por meio da qual foram realizadas entrevistas com coordenadores da atenção básica dos municípios baianos, correspondendo a 51,3% dos gestores da atenção básica do estado.

² Destaca-se que na literatura de recursos humanos se pode encontrar o emprego dos termos *fixação* e *retenção* com o mesmo sentido. Neste artigo, os referidos termos e o vocábulo *permanência* serão usados para designar a mesma ideia (Perpetuo, Oliveira, & Ribeiro, 2009).

Para a análise documental foram utilizados documentos oficiais nacionais e estaduais relacionados à constituição da FESF-SUS, como portarias, notas técnicas, textos, publicações e atas de reunião do Ministério do Planejamento, do Ministério da Saúde (MS) e da Sesab.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os seguintes atores-chaves: Diretor da Atenção Básica da Sesab; representante da Procuradoria Geral do Estado; Ministério Público do Estado; Conselho Estadual de Saúde; e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) da Bahia.

O material oriundo das entrevistas foi transcrito, processado em matrizes e submetido a análise de conteúdo temática de Bardin (1977), observando as palavras-chave e dados relativos ao assunto, tomando por base as categorias analíticas de Kingdon (2003).

3. RESULTADOS

3.1 Processo de formulação da política de gestão do trabalho na FESF-SUS

Em 2007, o contexto político foi fundamental para o surgimento de uma alternativa ao problema da fixação dos profissionais médicos em áreas de difícil acesso no Estado da Bahia. Trata-se da formulação do Plano de Carreiras, Empregos e Salários (PECS), bem como a estruturação da carreira intermunicipal para a atenção básica da Bahia, um dos frutos da criação da FESF-SUS, instituída pela aprovação de leis em 69 municípios baianos. No referido ano, ingressou na Bahia um novo governo, abrindo uma “janela de oportunidades” para o debate acerca de novos modelos jurídico-administrativos. Assumiu a Sesab um ex-gestor do MS que acumulava discussão sobre modelos alternativos para a gestão hospitalar no país, designando para a direção da atenção básica do estado um médico de família, ex-consultor do MS. No citado contexto institucional, a Sesab, junto com os 417 municípios, enfrentava dificuldades de provimento de médicos, o que posicionava a cobertura da ESF como sendo a menor do Nordeste (Estado da Bahia, n.d.).

A construção da proposta da FESF-SUS representou um processo complexo, tendo em vista a magnitude dos problemas que a motivaram, a amplitude de seus objetivos, seu caráter inovador e a diversidade dos atores políticos envolvidos (Andrade, Teixeira, & Machado, 2012).

No que tange aos participantes ativos do processo de formulação e implementação da proposta, havia uma liderança do diretor da atenção básica que, segundo o referencial adotado, exerceu o papel de empreendedor político, contando com apoio do secretário estadual e análise favorável por parte de procuradores do estado. Em relação aos atores coletivos, participaram do processo o COSEMS, o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Bahia.

3.2 O problema a ser enfrentado: situação da atenção básica no Estado da Bahia

Em 2009, a população da Bahia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 12.160.445 habitantes, distribuída desigualmente nos 417 municípios e concentrada nos municípios de maior porte. Até hoje, os municípios de menor porte apresentam acesso mais difícil, população frequentemente em pior situação socioeconômica e com menor capacidade fiscal (Scheffer, 2015a). Mais da metade dos municípios baianos possuíam até 20.000 habitantes. Dos restantes, 145 concentram entre 20.000 e 100.000 habitantes, sendo que apenas 18 municípios têm mais de 100 mil

habitantes. Além disso, a implantação da ESF ocorreu de modo tardio, alcançando em 2008 apenas 50% de cobertura, a menor média do Nordeste (Andrade, 2011).

No que se refere à proporção de médicos por habitantes, enquanto no Brasil a proporção era de 2,11, na Bahia era de 1,25 médicos por 1.000 habitantes em 2015. Especificamente em relação aos médicos de família, desse total apresentado se concentravam apenas 0,95% no Brasil e 0,36% na Bahia, respectivamente (Scheffer, 2015a).

O diagnóstico realizado na ESF da Bahia apontava insuficiência de infraestrutura e insumos; dificuldade de contratação de profissionais, tendo em vista a existência de um mercado concorrencial entre os municípios e, por conseguinte, alta rotatividade dos profissionais; instabilidade das equipes e precarização das relações de trabalho, impostas pela ausência de uma carreira que garantisse os direitos trabalhistas e que desse conta das especificidades do trabalho na Saúde da Família. Ademais, mantinha-se reduzido investimento em educação permanente e baixa qualidade da atenção à saúde, resultando em insatisfação dos usuários e baixa resolutividade, havendo, ainda, situação de irregularidades perante organismos como tribunal de contas, Ministério Público, Controladoria Geral do Estado e MS (Andrade, 2011).

A maioria dos municípios respondentes contratava os médicos diretamente, isto é, sem intermediação de organizações como cooperativas, Organizações Sociais (O.S.), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). No entanto, a contratação temporária correspondia a 97%, gerando insegurança dos trabalhadores e gestores no tocante a permanência dos médicos, insatisfação dos usuários e, por outro lado, alguns “benefícios” como moradia, transporte e plantões em hospitais do município (Andrade, 2011).

Esse cenário fragilizava as negociações coletivas, diante da diversidade de contratos firmados, estabelecidos em grande número de municípios entre trabalhadores e gestores públicos. Também chamava a atenção a diferença entre os valores pagos aos médicos com contratos temporários, que chegava ao dobro do salário do vínculo celetista. O tempo de permanência médio dos profissionais médicos nos municípios variava de 1 a 2 anos, segundo a pesquisa conduzida pela UFMG. Um número reduzido de municípios — aproximadamente 5% daqueles investigados — afirmaram não haver rotatividade em seus municípios (Andrade, 2011). Foi investigado junto aos gestores os fatores por eles considerados mais importantes para reverter esse panorama (Tabela 1).

TABELA 1 FATORES QUE OS GESTORES CONSIDERAM MAIS IMPORTANTES PARA FIXAÇÃO DO MÉDICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

| Fatores | (%) |
|--|-------|
| Remuneração | 86% |
| Boas condições e bom ambiente de trabalho | 42,5% |
| Existência de vínculos trabalhistas como proteção previdenciária | 38,8% |
| Disponibilidade de instrumentos e equipamentos | 32,7% |
| Oferta de capacitação | 28% |

Continua

| Fatores | (%) |
|---|-------|
| Oportunidade de outros trabalhos | 25,7% |
| Acesso a recursos propedêuticos | 25,2% |
| Referência ao cuidado terapêutico especializado | 24,3% |
| Possibilidade de discussão de casos | 22,4% |
| Acesso à educação para os filhos | 19,6% |
| Trabalho para o cônjuge | 12,6% |
| Oportunidades de lazer e cultura | 11,7% |

Fonte: Elaborada pelos autores.

É importante notar que os fatores que atraem e fixam esses profissionais nem sempre são equivalentes. A remuneração, por exemplo, é fator com potencial de atrair e fixar, bem como a existência de vínculos trabalhistas e oportunidades de outros empregos concomitantes. Por outro lado, boas condições de trabalho, possibilidade de referenciar ao cuidado especializado e acesso a qualificações apresentam um potencial de fixação maior do que o de atração.

A remuneração tem lugar de destaque na resposta dos gestores, porém, nota-se que a composição do financiamento e a quantidade de recursos não têm sido suficientes para garantir a fixação e, muitas vezes, a contratação de trabalhadores para a ESF.

3.3 A alternativa de solução e o processo de negociação entre os atores governamentais e não governamentais: construindo uma carreira para o SUS na Bahia

O enfrentamento da problemática apresentada na atenção básica na Bahia nasceu em 2007, com a elaboração de alternativa jurídico-administrativa interfederada, vinculada à administração indireta dos municípios. O principal objetivo era prover e fixar trabalhadores na ESF, por meio da adesão dos municípios do estado, visando a conformar uma rede intermunicipal de organização da atenção e da gestão do trabalho na ESF, incluindo um esforço de regulação desse mercado de trabalho. Em 2009, o referido ente jurídico proposto foi a FESF-SUS.

Houve resistência de alguns membros do CES — a exemplo da representação dos sindicatos, os quais visualizavam a proposta como terceirização — e apoio por parte do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), no processo de negociação. A proposta foi aprovada na CIB e no CES, sendo a FESF-SUS instituída, de forma intermunicipal, por 69 municípios. Outros gestores municipais, que conservavam dúvidas acerca da possível incidência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) nas contratações, além das incertezas sobre os possíveis incentivos do MS e da Sesab, optaram pela não adesão à proposta nesse momento. Vale lembrar que outros atores — Casa Civil, Ministério Público e Procuradoria Geral do Estado — participaram do processo de negociação para instituição da FESF-SUS (Andrade, 2011).

Ressalta-se que o principal objetivo da criação da FESF-SUS era o provimento e a fixação de trabalhadores por meio da despreciação do trabalho no estado, em uma ação aliada à qualificação da gestão e do cuidado, articulando trabalho e educação em saúde. Também se propunha avaliar o alcance de metas, instituindo remuneração variável em função destas. Com esse intuito se criou uma

política de gestão do trabalho que contemplou a educação permanente, a admissão dos trabalhadores por concurso público e um PECS.

a) Diretrizes da proposta de gestão do trabalho para provimento e fixação de profissionais da ESF

O PECS da FESF-SUS tomou como diretriz os seguintes elementos: a) definir uma maior amplitude de evolução funcional, com horizonte temporal adequado à FESF-SUS e à vida funcional dos empregados; b) contemplar as especificidades dos serviços e aumentar as possibilidades de alocação e mobilidade dos médicos nas unidades organizacionais da FESF-SUS; c) compatibilizar as faixas de salários da FESF-SUS com o mercado locorregional; d) instituir uma política de ingresso, integração funcional, evolução, desenvolvimento e avaliação de desempenho; e) responsabilizar os médicos sobre sua própria evolução, estabelecendo processos que potencializem seu desenvolvimento profissional (FESF-SUS, n.d.).

b) Seleção e regime de contratação dos médicos para a ESF

O ingresso do trabalhador deve ocorrer via concurso público, a partir das demandas dos contratos de gestão estabelecidos entre a FESF-SUS e os municípios contratantes. O quantitativo de médicos seria definido pelos municípios e, desde a inscrição no concurso, o médico teria acesso às características de cada município, cujo intuito é incentivar sua escolha, a partir de aspectos que favorecessem sua permanência.

Escolheu-se o regime de contratação via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), visando a assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários. No entanto, a definição do regime celetista trouxe custos que usualmente os municípios não poderiam ou não desejariam assumir nas contratações diretas que vinham realizando. Tal situação de precarização contratual acabava garantindo uma “economia” para os gestores, pois não assegurava os direitos trabalhistas e previdenciários. Por outro lado, “beneficiava” o médico, que recebia um salário maior por trabalhar segundo essa lógica. Com a contratação celetista da FESF-SUS, os gestores tiveram que refazer seus cálculos por conta dos custos adicionais.

Colocou-se como desafio para a FESF-SUS e os municípios a operacionalização do desenho interfederado e colegiado, uma proposta sem precedentes na história do SUS e na legislação do país, apesar do Brasil tradicionalmente ter uma relação interfederada entre seus entes. Portanto, construir uma gestão solidária e viabilizadora da mobilidade dos médicos entre municípios, ao longo da carreira, seria um dos elementos mais atraentes para os médicos, mas também poderia ser provocador de disputas entre os municípios contratantes e a FESF-SUS.

c) As faixas remuneratórias

A FESF-SUS definiu onze faixas remuneratórias. Os critérios utilizados para tal definição foram o Índice de Desenvolvimento Social combinado ao Índice de Desenvolvimento Econômico, ambos do governo estadual, associados aos salários apresentados na pesquisa de mercado de trabalho na ESF realizada pela UFMG. Os municípios que aderiram à FESF-SUS foram distribuídos nas faixas remuneratórias conforme critérios relacionados às diferenças socioeconômicas e às condições de provimento e fixação dos médicos entre os municípios e as regiões do Estado da Bahia.

A faixa zero correspondia a um índice de escassez muito alto de profissionais, piores indicadores socioeconômicos, tendo maior dificuldade de prover e fixar os médicos. A faixa 10 se situava no polo oposto, reunindo municípios com condições mais atrativas, como escolas, lazer, boas estradas etc. Partindo dessa diferença do potencial de fixação, municípios de faixas diferentes pagariam gratificações diferenciadas aos médicos. Para ter viabilidade, previa-se que os municípios situados da faixa zero a quatro contariam com subsídios advindos de incentivos do MS e da Sesab.

Além disso, tal composição da remuneração baseada em metas e compromissos, com o objetivo de motivar o trabalhador a cuidar com qualidade, trouxe o desafio de criar um sistema de informação capaz de operar essa complexidade, permitindo que gestores qualificados na FESF-SUS e nos municípios também pudessem operacionalizá-la. Afinal, uma má gestão desses processos poderia levar a ações trabalhistas e gerar passivos que inviabilizassem os contratos e a própria FESF-SUS.

d) Composição da remuneração para os trabalhadores da FESF-SUS

A proposta de remuneração dos médicos contou com componentes fixo e variáveis (Andrade, 2011). O componente fixo se referia ao salário-base para 40 horas e independia da faixa remuneratória; já o componente variável da remuneração era composto por gratificações financeiras para indução de qualidade e de provimento e fixação dos trabalhadores; e para educação permanente.

A gratificação indutora de qualidade resultava do monitoramento e da avaliação: das atividades mensais previstas para a ESF (consultas, visitas domiciliares, atividades educativas, carga horária etc.) e do desempenho de toda a equipe no alcance de metas semestrais de qualidade, baseadas em contrato de gestão do cuidado, pactuado entre gestão municipal e equipe.

As gratificações indutoras de provimento e fixação contavam com adicional de localização, que dependia da faixa na qual o município se encontrava; adicional por permanência de, no mínimo, dois anos na mesma equipe, objetivando garantir o vínculo do profissional com o usuário e comunidade; e adicional por condições especiais, que era constituído como um diferencial remuneratório para fixação em determinadas regiões, bairros ou localidades dentro do município com áreas de difícil acesso, pessoas em situação de vulnerabilidade, altos índices de violência e populações historicamente excluídas. Por fim, a gratificação para educação permanente, a qual correspondia a um incentivo aos trabalhadores que assumissem a preceptoria de residentes e a tutoria dos cursos de especialização em Saúde da Família, entre outras.

Apesar da riqueza da proposta da carreira, a cultura de contratação precária existente, limitadora da cobertura legal de um contrato de trabalho, possibilitou que os médicos da ESF recebessem salários mais altos que os propostos pela FESF-SUS. Os gestores, por seu turno, gastavam menos com as equipes, na medida em que não pagavam todos os encargos trabalhistas. Esse desafio de equacionar uma carreira atraente para o trabalhador sem extrapolar o orçamento do gestor foi um nó crítico importante para ampliação e manutenção de contratos dos municípios com a FESF-SUS.

e) Avaliação dos médicos na FESF-SUS

A avaliação tinha implicação no recebimento de gratificações mensais e semestrais e cada município deveria ser corresponsável. Ocorria por meio do estabelecimento de um contrato de gestão do cuidado (CGC), no qual seriam elencados os indicadores, os parâmetros e as metas para avaliação do

desempenho dos trabalhadores. A expectativa era de que o município estreitasse as relações com os trabalhadores, fazendo a gestão do seu processo de trabalho e priorizando ações como planejamento, programação da agenda, acompanhamento e avaliação dos indicadores e das metas pactuadas.

Uma das principais consequências da avaliação de desenvolvimento funcional da FESF-SUS seria a aprovação ou reprovação do médico no período de experiência (90 dias), como prescreve a CLT, sem falar nas gratificações pelo cumprimento das metas, na progressão funcional dos médicos e no desligamento da FESF-SUS, em caso de insuficiência de desempenho.

Um dos desafios colocados para essa gestão colaborativa entre FESF-SUS e municípios contratantes foi qualificar profissionais para a gestão do trabalho e do processo de trabalho, de forma articulada e sem perder de vista a necessidade de garantir o comando único do município em seu território.

f) Progressão funcional

A progressão funcional e pecuniária dos médicos da FESF-SUS ocorreria por meio da progressão por mérito e por adicional por titulação (Andrade, 2011). No caso da progressão por mérito seriam exigidos: 2 anos de efetivo exercício no emprego/na função; mínimo de 12 meses no exercício no emprego; pontuação mínima estabelecida no processo de avaliação de desenvolvimento funcional; inexistência de afastamento superior a 90 dias, nos últimos 12 meses, exceto o relacionado à licença-maternidade; não ter se afastado do exercício das atividades próprias do emprego/da função, excetuadas as hipóteses de aproveitamento, substituições e readaptações previstas. Nesse particular, a FESF-SUS fixaria a cada exercício o percentual de médicos que teriam direito a essa progressão, observando a faixa limitadora entre o mínimo de 20% e o máximo de 60%.

A progressão por titulação consistia na evolução pecuniária da remuneração do médico ao longo da vida funcional, incidindo sobre o padrão salarial inicial. Essa progressão tinha o objetivo de incentivar a qualificação e educação permanente dos trabalhadores (Andrade, 2011).

g) A aposentadoria

Os médicos contratados pelo regime CLT na administração pública, nesse caso constituídos como empregados públicos da FESF-SUS, estariam fora do regime da previdência pública, devendo contribuir para o Regime Geral de Previdência Social, para garantir o direito de aposentadoria conforme regras válidas para os trabalhadores dos demais setores da economia. Trata-se de um ponto bastante debatido pelo CES como uma das possíveis perdas dos profissionais contratados por uma fundação de direito privada, como a FESF-SUS.

4. DISCUSSÃO

A proposta da FESF-SUS contemplou a construção de uma carreira para o SUS, problema mencionado já na gênese do SUS e contemplado no Relatório Final Comissão de Reforma Sanitária Brasileira (Comissão Nacional de Reforma Sanitária [CNRS], 1986). Todavia, assumir essa pauta como projeto para ampliação da ESF, por meio da tentativa de prover e fixar profissionais com base em uma carreira intermunicipal, promoveu polêmicas, intensos debates e tensões no campo jurídico, legislativo e executivo, tanto na esfera municipal quanto no âmbito estadual e, segundo os critérios propostos por Kingdon (2003), podem ser apontados como atores governamentais visíveis na cena política.

A proposta articulou duas grandes questões para a atenção básica na atualidade: provimento e fixação de médicos em áreas remotas, cujas experiências anteriores não foram tomadas como questão de Estado, mas constituíram como programas provisórios, a exemplo do PITS. Embora provimento e fixação sejam questões que dão contorno à problemática da força de trabalho médica, paulatinamente, a ideia relacionada ao provimento foi se sobrepondo à fixação. Exemplo disso foi a emergência de programas nacionais, com o objetivo de prover médicos em áreas remotas (CNRS, 1986; Portaria Interministerial n. 1.369, 2013) apoiada inclusive pelos gestores (Cremesp, 2013a, 2013b). No plano internacional, estudos mostram que os programas de provimento são acompanhados de medidas indutoras para a instalação de médicos nos vazios sanitários (Oliveira et al., 2015; Santos et al., 2015; Wilson et al., 2009).

Os resultados do estudo revelam que o problema da fixação e do provimento de médicos na Bahia se mostra semelhante aos demais estados brasileiros e também a outros países (F. E. Campos, Machado, & Girardi, 2009). Além disso, apontam que a melhoria nas condições de trabalho seria fundamental para a fixação dos profissionais de saúde, particularmente os médicos. Resultados de outra pesquisa corroboram as condições de trabalho, sendo uma ação determinante para a atração de médicos para áreas de difícil acesso (N. M. Silveira & Rodrigues, 2012). Em municípios cujos gestores investiram no enfrentamento dessa questão houve fixação dos profissionais, a exemplo do ocorrido em Aracaju, Florianópolis, Belo Horizonte e Vitória (Mendonça, Martins, Giovanella, & Escorel, 2010).

No caso da FESF-SUS, a abrangência da carreira dependeu da adesão dos municípios à proposta, pois ocorreu via contrato de gestão. Para ser atraente aos médicos, era necessário que municípios de diferentes portes e condições sociopolíticas e econômicas aderissem à fundação. Afinal, a mobilidade dos médicos proposta na carreira pressupunha amplitude de escolhas.

No entanto, o período de contratualização entre municípios e FESF-SUS foi caracterizado por busca de renegociações dos valores contratuais por parte dos municípios, o que implicou rebaixamento dos padrões salariais de diversas categorias profissionais, antes mesmo que se iniciassem os serviços (Ceccim et al., 2016).

Além disso, alguns municípios, apesar de terem participado do debate sobre o desenho da fundação, não aderiram à contratualização com a FESF-SUS diante das incertezas acerca dos incentivos previstos para ser aportados pelo MS e pela Sesab. Afinal, o regime de contratação mediado pela CLT traria um novo conjunto de compromissos financeiros a municípios que já enfrentavam dificuldades fiscais. Também preocupava a ausência de um posicionamento unânime acerca dos tribunais de contas dos municípios (TCM) e dos tribunais de contas do estado (TCE) sobre a incidência, ou não, nos contratos firmados com a FESF-SUS, da LRF.

A insegurança proveniente desses fatores dificultou a adesão de parte importante de gestores municipais após a institucionalização da fundação, ou seja, no momento da contratualização. A viabilidade financeira da FESF-SUS foi sendo colocada em questão, à medida que o número de contratos previstos não se efetivava.

Adicionou-se a esse conjunto de dificuldades a emergência de programas de provimento de profissionais médicos para a atenção básica, acompanhados de incentivos financeiros federais, o que se traduziu em enfraquecido debate sobre carreira de Estado encabeçada pela FESF-SUS na Bahia, levando em consideração que esta última não prescindia da participação dos municípios nesse financiamento. O potencial da experiência da FESF-SUS em servir de modelo para uma Política Nacional de Recursos Humanos voltada à saúde da família esbarrou, portanto, na priorização do provimento emergencial consubstanciado na formulação de Lei n. 12.871 (2013), que criou o PMM.

Estudo de Revisão sobre o PMM aponta que houve preenchimento de 14.462 vagas em 3,785 municípios, para uma demanda dos gestores de cerca de 15.460 vagas de médicos. Ademais, a partir do PMM, a cobertura da saúde da família teve aumento expressivo, sobretudo em municípios e regiões mais pobres, a exemplo do Norte que teve provimento de 4,9 médicos, por município, em média (Kemper, Mendonça, & Souza, 2016).

Em outro trabalho de revisão se discute que, embora se reconheça que houve redução da escassez de médicos no Brasil como um todo e diminuição da carência de médicos em regiões com alto índice de necessidade de médicos, como no Norte e no Nordeste, alguns trabalhos sistematizados mostram evidências de substituição de equipes existentes, com efeitos no provimento e na fixação. Esse mesmo estudo reitera resultados anteriores, que mostram baixa adesão de médicos a unidades com as piores condições de trabalho (Medina & Almeida, 2018).

Scheffer (2015b), em estudo sobre a demografia médica, registra a inserção de número substantivo de médicos no Brasil (cerca de 100.000 médicos). Entretanto, a inclusão desses profissionais não alterou de modo significativo as desigualdades da distribuição desses profissionais, pois eles se mantiveram nos mesmos locais.

Embora os programas federais não tratem somente de provimento, o PMM é posto como questão central e o enfrentamento da questão da fixação não faz parte desse programa. Pelo contrário, a adoção do pagamento dos médicos, por intermédio de bolsa, deixa em aberto a problemática da precarização, tendo em vista que não assegura os direitos trabalhistas. Contudo, apesar dos desafios da despreciação terem sido deixados à parte do PMM, dados da literatura mostram que essa iniciativa viabilizou o preenchimento de vários vazios assistenciais, provendo cerca de 15.000 profissionais de Medicina em todo o país (G. W. S. Campos, 2015; Oliveira et al., 2015).

Considerando a histórica necessidade de provimento e fixação de médicos na ESF, particularmente em zonas de difícil acesso e em periferias urbanas, sugere-se a análise da implantação da proposta da FESF-SUS na Bahia, haja vista que pode revelar elementos acerca de seu aprimoramento, suas debilidades e, também, contextos que mereçam ser tratados pelos estudiosos e gestores da Saúde Coletiva, com vistas ao fortalecimento do SUS.

A literatura aponta que alguns estados promoveram investimentos na gestão do trabalho e que, por esse motivo, propiciaram a fixação dos profissionais de saúde — e em particular os médicos (N. M. Silveira & Rodrigues, 2012). Todavia, não se observa uma política institucionalizada que tenha como pauta a superação dessa problemática no SUS, visto que o PMM se apresenta como alternativa para o provimento e fixação sem, contudo, debruçar-se sobre uma carreira no SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo analisou a Política para Provimento e Fixação de Médicos desenvolvida pela FESF-SUS, identificando os aspectos relevantes e o conteúdo da proposta elaborada. Nesse sentido, cabe destacar a singularidade e a originalidade, no que tange ao desenho intermunicipal da carreira.

No processo de negociação para viabilizar a proposta, chama a atenção o movimento legislativo que foi desencadeado no estado da Bahia, já que foram aprovadas leis autorizativas para instituição da fundação em 110 câmaras municipais. Apesar disso, apenas 69 apresentaram a documentação necessária, em cartório, para se tornar legalmente constituidores de uma fundação interfederada, a

FESF-SUS. As demais propostas intermunicipais existentes nesse contexto eram de consórcios, com foco na contratação e não na conformação de uma carreira.

A proposta da FESF-SUS previa organizar elementos de gestão de sistemas de informação, gestão do trabalho e do processo de trabalho, além da gestão de contratos, historicamente apresentados como limitação de gestores municipais. Exemplos práticos desses desafios se encontram na complexidade da remuneração dos médicos, tendo em vista o conjunto de gratificações, adicionais e diferenças de faixas entre municípios.

Observa-se que os mesmos elementos estratégicos e inovadores no campo da gestão do trabalho propostos pela FESF-SUS também correspondem aos seus principais desafios, pois sua operacionalização depende de variáveis relacionadas tanto a mudanças na ultrapassada e rígida cultura de gestão de trabalhadores, baixa qualificação de gestores e trabalhadores para condução de novas estratégias de provimento e fixação, como a carreira da FESF-SUS, quanto a questões em aberto no campo jurídico, além das cruciais limitações financeiras que assolam os municípios.

A viabilidade da carreira para médicos, por meio da FESF-SUS, por exemplo, pressupunha que os municípios com maior dificuldade de provimento e fixação precisariam contar com subsídios advindos de incentivos do MS e da Sesab. Contudo, o advento dos programas de valorização da atenção básica e do PMM, com bolsas para os médicos custeadas pelo MS, apresentaram-se como mais atraentes para os gestores, pois não onerariam seus cofres, e, ainda, para os trabalhadores, pois, ao receberem bolsa, estariam isentos de deduções no imposto de renda, por exemplo.

Foi notória a redução de contratos de gestão dos municípios com a FESF-SUS, a partir da criação do Provab e do PMM. Exemplo disso é que, atualmente, não há mais nenhum contrato da FESF-SUS referente à carreira médica para a ESF nos moldes propostos na criação da fundação. Por outro lado, diante da pujança dos programas de provimento federais, a FESF-SUS optou por se posicionar como colaboradora, abarcando estratégias de formação e provimento em parceria com o MS, tais como Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Residência Médica em Medicina de Família e Comunitária (RMMFC), além de tornar-se instituição supervisora do Provab em 7 municípios da Bahia, em 2016.

Portanto, a problemática do provimento e fixação de profissionais na ESF requer um diálogo profundo e permanente entre gestores dos três níveis de atenção. Afinal, tratam-se de problemas estruturais e institucionais do SUS que não são superáveis apenas com programas ou estratégias isoladas.

Ademais, o debate acerca de fontes estáveis de financiamento (para municípios) e investimentos para viabilizar a ampliação da oferta de ações e serviços deve levar em consideração as desigualdades socioeconômicas e as peculiaridades de cada município, resultantes de características histórico-estruturais e de suas trajetórias no campo das políticas de saúde.

O caminho trilhado por municípios, estados e MS, na tentativa de garantir a universalidade do acesso aos usuários tem produzido novas propostas e muitos desafios. Cabe agora, observando as experiências aqui debatidas e os resultados obtidos em cada uma das estratégias de provimento e fixação de médicos, avançar também na despreciação do trabalho e no desenvolvimento de mecanismos capazes de incentivar e fortalecer o vínculo dos trabalhadores com o SUS.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L. (2011). *A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz.
- Andrade, L., Teixeira, M., & Machado, C. V. (2012). Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: a proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 47, 65-76.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Ed. 70.
- Campos, C. V. A., & Malik, A. M. (2008). Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, 42(2), 347-368.
- Campos, F. E., Machado, M. H., & Girardi, S. N. (2009). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 44, 13-24.
- Campos, G. W. S. (2015). Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 641-642.
- Carvalho, F. C. (2014). A consolidação do Programa Mais Médicos na opinião pública e na cobertura jornalística. In *Anais do 15o Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul*. Florianópolis, SC. Recuperado de <http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>
- Carvalho, M. S., & Sousa, M. F. (2013). Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 17(47), 913-926.
- Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich, L. A. F., & Kessler, L. L. (Orgs.). (2016). *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede*. Porto Alegre, RS: Rede UNIDA.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. (2013, 26 de julho). *O SUS precisa de Mais Médicos e de muito mais!* Recuperado de <http://cebes.org.br/2013/07/o-sus-precisa-de-mais-medicos-e-de-muito-mais/>
- Collar, J. M., Almeida, J. B., Neto, Ferla, A. A. (2015). Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saúde em Redes*, 1(2), 43-56.
- Comissão Nacional de Reforma Sanitária. (1986). *Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro, RJ: Autor.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2004). *Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília, DF: Autor.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (2013a). *Características gerais da população de médicos*. São Paulo, SP: Autor.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (2013b). *Demografia médica no Brasil: cenário e indicadores de distribuição*. São Paulo, SP: Autor.
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., & Senna, M. C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2), 164-176.
- Estado da Bahia. (n.d.). *Diretoria de Atenção Básica*. Recuperado de <http://www.saude.ba.gov.br/dab>
- Fundação Estatal Saúde da Família. (n.d.). *A Fundação*. Recuperado de <http://www.fesfsus.ba.gov.br/a-fundacao/quem-somos>
- Girardi, S. N., Carvalho, C. L., Araújo, J. F., Farah, J. M., Wan der Maas, L., Campos, L. A. B. (2011). Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In C. R. Pierantoni, M. R. Dal Poz, & T. França (Orgs.), *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas* (pp. 171-86). Rio de Janeiro, RJ: Cepesc, IMS/UERJ, & Observa RH.
- Kemper, E. S., Mendonça, A. V. M., & Souza, M. F. (2016). Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2785-2796.

Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, alternatives and public policies* (2a ed.). New York, NY: Longman.

Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. (2013). Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF.

Machado, M. H. (1997). (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade* (20a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz.

Medina, M. G., & Almeida, P. F. (2018). *Panorama Mais Médicos no Brasil: panorama da produção científica* (Série Técnica Saúde Universal e Programa Mais Médicos — Working Paper n. 2). Brasília, DF: Organização Pan Americana de Saúde.

Mendonça, M. H. M., Martins, M. I. C., Giovanella, L., & Escorel, S. (2010). Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(15), 2355-2365.

Oliveira, F. P., Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R., Figueiredo, A. M., Araújo, S. Q. ... Cyrino, E. G. (2015). Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 623-634.

Perpetuo, I. H. O., De Oliveira, A. C., Ribeiro, M. M., Rodrigues, R. B. (2009). *A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig. One / UFMG.

Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013. (2013). Dispõe sobre a implementação do

Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde & Ministério da Educação.

Rourke, J. W. (2010). Recommendations to improve retention of rural and remote health workers: important for all countries. *Rural Remote Health*, 10(4), 1-4.

Santos, L. M. P., Costa, A. M., & Girardi, S. N. (2015). Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3547-3552.

Scheffer, M. (2015a). Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 637-640.

Scheffer, M. (Coord.). (2015b). *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo & Conselho Federal de Medicina.

Silveira, N. M., & Rodrigues, P. H. A. (2012). Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, 22(4), 1293-1311.

Silveira, R. P., & Pinheiro, R. (2014). Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia — Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(4), 451-459.

Wilson, N. W., Couper, I. D., Vries, E., Reid, S., Fish, T., Marais, B. J. (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*, 9(2), 1-21.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre, RS: Bookman.

Laise Rezende de Andrade



<https://orcid.org/0000-0002-1149-7636>

Doutoranda em Saúde Pública no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

E-mail: laiseandrade@hotmail.com

Isabela Cardoso de Matos Pinto



<https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>

Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

E-mail: isabelacmp@gmail.com

Catharina Leite Matos Soares



<https://orcid.org/0000-0002-8131-4831>

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

E-mail: catharinamatos@gmail.com

Vinício Oliveira da Silva



<https://orcid.org/0000-0003-4149-1777>

Professor da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: viniciooliveira@ufpr.br