



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Cavalli, Luciana Osorio; Frizon Rizzotto, Maria Lucia; Bittencourt Guimarães, Ana Tereza  
O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do  
Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II  
Saúde em Debate, vol. 40, núm. 111, outubro-diciembre, 2016, pp. 87-100  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406349550008>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II

*Physicians in the external assessment process of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care, cycles I and II – Brazil*

Luciana Osorio Cavalli<sup>1</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>2</sup>, Ana Tereza Bittencourt Guimarães<sup>3</sup>

**RESUMO** Pesquisa avaliativa que analisou aspectos da gestão do trabalho e da formação dos médicos que participaram do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. Dados secundários, obtidos em bancos públicos, revelaram que nos ciclos I e II, respectivamente, a representação médica entre os respondentes do Módulo II foi de 5,77% e 5,66%; em sua maioria, atua há menos de dois anos (51% e 53%); possui administração direta como agente contratante (60,73% e 61,80%); é de servidores públicos estatutários (37,26% e 35,41%); ingressou por meio de concurso público (41,61% e 41,40%); e não possui plano de carreira (67,47% e 70,23%). Conclui-se que a formação médica deve contemplar, também, formação política para favorecer a participação mais ativa dos médicos nos processos decisórios e de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Profissional de saúde. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** Evaluative research that examined aspects of work management and education of physicians who participated in the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care, cycles I and II, in Brazil. Secondary data obtained from public databases revealed that in cycles I and II medical representation among respondents of Module II was 5.77% and 5.66% respectively; the majority were in practice for less than two years (51% and 53%); had public administration as hiring agency (60.73% and 61.80%); were civil servants (37.26% and 35.41%); were hired through public service entrance exams (41.61% and 41.40%); and had no right for a career plan (67.47% and 70.23%). The conclusion is that medical education should also include political education to favor physicians' active participation in decision-making and work processes in Primary Health Care teams.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Health personnel. Health evaluation.

<sup>1</sup>Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG) – Cascavel (PR), Brasil.  
lucianacavalli@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.  
frizon@terra.com.br

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.  
anatbguimaraes@gmail.com

## Introdução

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a figura do médico tem sido apontada como um nó crítico para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua alta rotatividade e, em alguns casos, pela baixa capacitação/preparação para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) (CONASS, 2011).

A APS requer um profissional médico integrado ao processo de trabalho da equipe de saúde, com atuação contra-hegemônica frente ao modelo de atenção curativo, especializado. Para resolver a maioria dos problemas de saúde da população de sua área de abrangência (por meio de ações individuais e coletivas), deve possuir formação generalista, comprometer-se com o cuidado das pessoas, construir vínculos com a população, conhecer a realidade local, atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e participar do planejamento e monitoramento das ações e avaliação dos resultados (BRASIL, 2000).

Vicenzi, Girardi e Lucas (2010) realizaram estudo com o objetivo de identificar lideranças na equipe de saúde da APS com base na opinião dos próprios profissionais. Identificaram o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como líder pelo conhecimento que possui sobre a população, e as enfermeiras, pelos cargos de gerência/coordenação frequentemente ocupados por elas. Em nenhuma situação, a liderança da equipe foi atribuída ao médico ou ao dentista. Os médicos argumentaram que liderança tem relação com assumir responsabilidades por questões burocráticas, e que eles optam pelo atendimento clínico. Em trabalho de Saar e Trevizan (2007), a equipe considera o médico o coordenador da equipe, responsável por orientar e supervisionar o trabalho dos demais, porém, identifica-o como um profissional preconceituoso, resistente ao trabalho em equipe e centralizador das decisões.

Vários programas têm sido propostos e implementados pelo governo federal com

o objetivo de qualificar a APS e melhorar a atuação do profissional médico neste nível de atenção. Entre eles, destacam-se: o Mais Médicos, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), este último lançado em 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2015). Desde então, foram realizados dois ciclos completos do PMAQ-AB, sendo um em 2011/2012 e outro em 2013/2014. O terceiro ciclo deverá ocorrer em 2017.

O PMAQ-AB está organizado em três fases e em um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. Fase 1: Adesão e Contratualização – momento em que os gestores municipais e as equipes pactuam compromissos e indicadores; Fase 2: Certificação – com verificação *in loco* de padrões de acesso e qualidade (avaliação externa), certificação das equipes e ofertas de informação para a ação de gestores e equipes; e Fase 3: Reconstrução – com incremento de padrões e indicadores de qualidade. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento compreende autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2015).

No processo de avaliação externa é realizada uma entrevista com profissional de nível superior, membro da equipe de saúde, com o objetivo de obter informações acerca do processo de trabalho da equipe e da organização do cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Para isto, é utilizado um formulário denominado Módulo II, preenchido por um entrevistador externo. Em documento do Ministério da Saúde encaminhado às unidades, orientando o processo de seleção do profissional a ser escolhido para responder à entrevista, está expresso que:

O profissional que responderá à entrevista deverá ser o que agrega o maior conhecimento

sobre o processo de trabalho da equipe entre o(s) médico(s), enfermeiro(s) e dentista(s), determinado previamente pelo conjunto dos profissionais. É importante que ele se reúna com os demais para se preparar para responder às questões ao Avaliador da Qualidade. (BRASIL, 2012, P. 62).

No primeiro ciclo do PMAQ-AB, 17.202 equipes aderiram ao programa em todo o território nacional, portanto, este foi o número de profissionais de nível superior que responderam ao Módulo II do processo de avaliação externa. Entre eles havia 15.876 enfermeiros (92,30%), 993 médicos (5,77%) e 333 dentistas (1,93%). No segundo ciclo, 29.778 equipes aderiram ao programa, com a participação de 27.822 enfermeiros (93,43%), 1.686 médicos (5,66%) e 270 dentistas (0,91%) (BRASIL, 2016).

Esses dados indicam que, na grande maioria das equipes, o médico não se apresenta como líder, nem parece ser o maior conhecedor do processo de trabalho realizado na UBS. Mesmo assim, é interessante identificar os médicos que se colocaram como líderes e em que condições de trabalho atuavam. Nesse sentido, a presente pesquisa teve por objetivo analisar aspectos da gestão do trabalho e da formação dos médicos que participaram do PMAQ-AB, nos ciclos I (2011/2012) e II (2013/2014), nos diferentes estados da federação.

## Material e métodos

Trata-se de pesquisa avaliativa, que utilizou bancos de dados do PMAQ-AB, ciclos I e II, realizados, respectivamente, em 2011/2012 e 2013/2014, previamente disponibilizados às universidades que participaram da coleta de dados no processo de avaliação externa. Atualmente, os bancos estão disponíveis ao público no site do Ministério da Saúde.

Inicialmente, foram selecionados os dados referentes aos locais/unidades nos quais

o respondente foi o profissional médico. Posteriormente, a partir do dicionário de variáveis do PMAQ-AB, selecionaram-se os dados referentes ao local e ao tempo de atuação, ao agente contratante, à existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e à formação/qualificação dos 993 médicos que participaram do ciclo I, bem como dos 1.686 que participaram do ciclo II, que responderam ao Módulo II do PMAQ-AB representando suas equipes no processo de avaliação externa do referido programa.

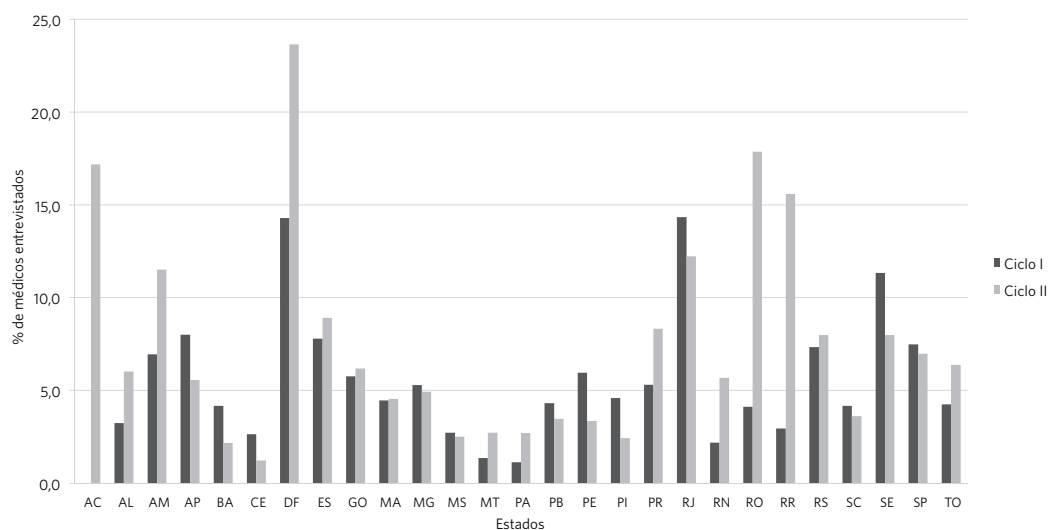
Os dados foram sistematizados em planilha Excel e apresentados na forma de gráficos e tabelas. Os resultados foram organizados com base em duas temáticas: aspectos da gestão do trabalho e formação dos profissionais. À análise descritiva foram acrescidas discussões amparadas na literatura que trata do tema.

A realização da pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, sob o nº 32.012.

## Resultados e discussão

Conforme se observa no *gráfico 1*, em apenas alguns estados houve diferença importante na participação dos médicos como respondentes ao Módulo II do PMAQ-AB, nos ciclos I e II, com destaque para: Distrito Federal, que passou de 4 (14%) no ciclo I para 26 (24%) profissionais no ciclo II; Rondônia, que passou de 4 (4,12%) para 45 (18%); Roraima, que passou de 1 (12%) para 12 (16%); e Acre, que não teve nenhum médico respondente no ciclo I, mas teve 17 (17%) no ciclo II. O estado com maior número de médicos entrevistados, tanto no ciclo I como no ciclo II, foi o Rio de Janeiro, com 150 médicos no primeiro ciclo e 230 no segundo. Observa-se a redução, em termos percentuais, de médicos respondentes no ciclo II, em 12 estados da federação, com destaque para Pernambuco (3%), Piauí (2%), Bahia (2%) e Ceará (1%).

Gráfico 1. Frequência relativa de médicos participantes do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclo I e ciclo II, segundo os estados brasileiros. Brasil, 2015

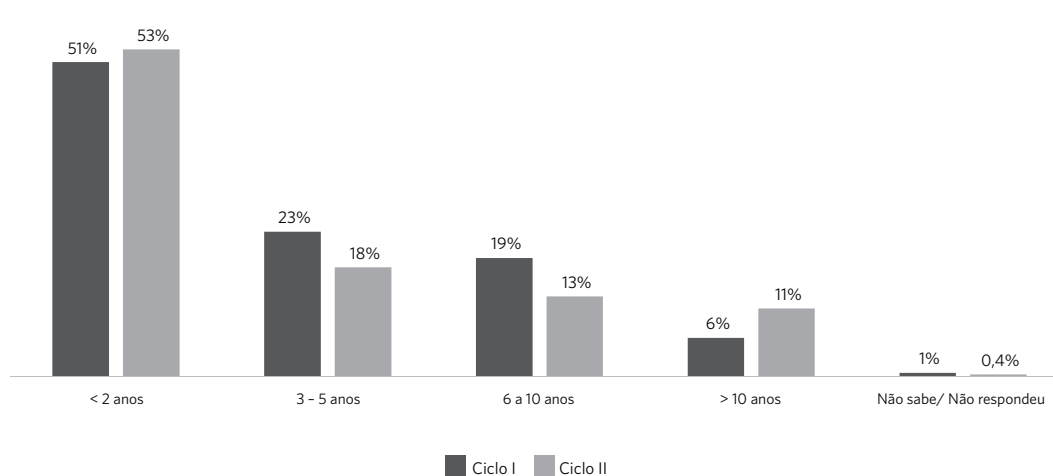


Fonte: Banco de dados, ciclo I (2011/2012) e ciclo II (2013/2014) do PMAQ-AB.

No Brasil, tanto no ciclo I (51%) como no II (53%), a maioria dos médicos que responderam ao Módulo II do PMAQ-AB atuava na equipe havia dois anos ou menos, com leve aumento do primeiro para o

segundo ciclo (*gráfico 2*). Isto evidencia a alta rotatividade dos médicos na APS, fato já relatado por outros estudos (MEDEIROS ET AL., 2010; RODRIGUES; SILVA; ROCHA, 2010; MACHADO, 2003; CAMPOS, 2005).

Gráfico 2. Frequência relativa de médicos participantes do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclo I e ciclo II, segundo o tempo de atuação. Brasil, 2015



Fonte: Banco de dados, ciclo I (2011/2012) e ciclo II (2013/2014) do PMAQ-AB.

O termo rotatividade pode ser definido como entrada e saída de pessoal, de forma voluntária ou involuntária. Toda instituição possui algum grau de rotatividade, e esta pode ser considerada positiva quando funcionários não essenciais deixam o local, mas é negativa quando provoca rupturas e ocorre com pessoas consideradas estratégicas (ROBBINS, 2002).

A opção pela permanência ou não no local de trabalho pode ser considerada uma escolha individual. Na área da saúde, especialmente na APS, a rotatividade dos profissionais dificulta o trabalho da equipe, o estabelecimento de vínculo com os usuários e o conhecimento dos problemas de saúde da população adstrita. Com a implantação da ESF, esperava-se reordenar a APS, a partir da implantação de trabalho em equipe multiprofissional, que atua em um território definido, com uma população adstrita por meio da oferta de ações programadas, e tendo a família como núcleo da atenção. No entanto, um dos grandes desafios para a implementação da ESF consiste em envolver os profissionais neste processo de reorientação do cuidado em saúde (MENESES E ROCHA, 2005).

A estabilidade dos trabalhadores na ESF é fundamental para a construção de modelo de cuidado que contemple, em suas ações, elementos como a integralidade do cuidado e o vínculo com a população (MEDEIROS ET AL., 2010). Levando em consideração que o médico possui papel de destaque na organização dos atributos da APS – principalmente, a longitudinalidade, que prevê a necessidade de cuidado regular ao longo do tempo e uma relação de longo prazo entre equipe e população –, a atração e a fixação desses profissionais se constituem necessidades a serem supridas pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUES; DA SILVA; ROCHA, 2010).

O aumento na oferta de vagas decorrente da expansão da ESF é um fator de atração, mas não de retenção dos médicos. Já a satisfação com o trabalho e o sentimento de gratificação são, sim, fatores de atração e

de retenção (BARBOSA; RODRIGUES, 2009). Vários autores relatam que o salário é um importante atrativo para os profissionais de saúde, porém, este não é um fator que aumenta a fixação. Ao contrário, aumenta a probabilidade de maior rotatividade, pois acaba gerando uma lógica de competitividade entre os municípios (MEDEIROS ET AL., 2010; RODRIGUES; DA SILVA; ROCHA, 2010; MACHADO, 2003; CAMPOS, 2005).

Além disso, o excesso de trabalho das equipes e as dificuldades estruturais, como a falta de materiais e a ausência de referência a outros níveis de atenção, associados à insegurança dos médicos ao exercerem a prática generalista exigida pela APS, são fatores que fazem com que a rotatividade aumente (CAMPOS; MALIK, 2008). Mendonça *et al.* (2010) acrescentam que a carga horária de 40 horas semanais, associada à exigência, por parte de algumas prefeituras, de dedicação exclusiva, se constitui em um fator que dificulta a retenção do profissional médico.

Rodrigues, da Silva e Rocha (2010), com base em revisão de literatura, classificaram os fatores de atração e de retenção dos profissionais como: (1) individuais: relacionados às características próprias do profissional, sua origem e trajetória; (2) cultura e identidade: relacionadas à satisfação do profissional, à valorização e ao reconhecimento; (3) organização do trabalho: relacionada às características do trabalho na ESF; (4) gestão: relacionada à gestão municipal e da própria unidade de saúde; (5) contexto: relacionado ao trabalho da própria equipe de saúde.

Na mesma direção, Campos (2005) propõe a divisão dos fatores que levam à não fixação dos médicos em três categorias: formas de contratação, perfil do médico da ESF e condições de trabalho. No que se refere ao perfil do médico da ESF, espera-se que esteja preparado para prestar assistência integral a indivíduos de diversas faixas etárias, incorporando aspectos emocionais, familiares, sociais, curativos e preventivos, e para participar da organização do trabalho em equipe, sendo necessário, para isto, que o médico

tenha uma formação generalista e certos conhecimentos advindos de outras áreas do conhecimento. Porém, o que se observa é um grande número de profissionais com muitas atribuições, mas com baixa qualificação (MENDONÇA ET AL., 2010).

Sobre as condições de trabalho, pesquisa realizada por Capozzolo (2003) mostrou que a atuação do médico era marcada por sobrecarga de trabalho diário, centrada na oferta de assistência médica individual, com grande número de consultas de curta duração e dirigidas às queixas, e mencionou o tempo reduzido para as atividades com grupos, visitas domiciliares e reuniões de equipe. Além disso, a capacitação foi considerada inadequada devido à diversidade de demandas que apareciam para atendimento (MENDONÇA ET AL., 2010).

No que se refere à gestão do trabalho, a maioria dos médicos entrevistados, tanto no ciclo I (60,73%) como no ciclo II (61,80%), tem como agente contratante a administração direta. Entretanto, também se observou a existência de muitos trabalhadores contratados por Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e cooperativas, entre outras formas (*tabela 1*).

No ciclo I, os estados de Alagoas, Amapá, Maranhão, Rondônia e Roraima possuíam 100% dos médicos contratados por administração direta, fato que não se repetiu no ciclo II. Em contraposição, nos dois ciclos, o Rio de Janeiro manteve-se como o estado

que possuía o menor percentual (8% e 12%) da administração direta como agente contratante. (Dados não constam de tabelas).

Já em relação ao tipo de vínculo, o principal encontrado foi o de servidor público estatutário, com 37,26% dos casos no ciclo I e 35,41% no ciclo II. O segundo vínculo mais frequente deu-se segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com 31,72% dos profissionais no ciclo I e 23,61% no ciclo II. Neste aspecto, observam-se uma redução nos vínculos estáveis e o crescimento de vínculos precários, como o contrato temporário por prestação de serviço, que saiu de 9,77% no ciclo I para 12,34% no ciclo II, e o contrato temporário pela administração pública, regido por legislação especial, que, de 11,08% no ciclo I, passou para 14,59% no ciclo II. Os vínculos ‘autônomo’, ‘outros’ e ‘não sabe’ cresceram de 3,02% no ciclo I para 6,64% no ciclo II (*tabela 1*).

No ciclo I, com relação ao tipo de vínculo, o Distrito Federal possuía 100% dos médicos respondentes como servidores públicos estatutários, e, no ciclo II, esse índice foi reduzido a 88%. Enquanto Amapá, Maranhão e Roraima não possuíam nenhum médico com esse tipo de vínculo no ciclo I – sendo que, em Roraima, 100% desses profissionais haviam sido contratados temporariamente –, no ciclo II, esses estados passaram a ter 0%, 20% e 8%, respectivamente, mantendo 86%, 59% e 78% de contratos temporários. (Dados não constam de tabelas).

Tabela 1. Número e porcentagem de médicos participantes do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclo I e ciclo II, segundo agente contratante, tipo do vínculo e forma de ingresso. Brasil, 2015

Variável	Categoria	PMAQ-AB CICLO I		PMAQ-AB CICLO II	
		FA*	%	FA*	%
Agente Contratante	Administração direta	603	60,73	1042	61,80
	Consórcio intermunicipal de direito público	17	1,71	26	1,54
	Consórcio intermunicipal de direito privado	4	0,40	4	0,24
	Fundação pública de direito público	40	4,03	87	5,16
	Fundação pública de direito privado	17	1,71	33	1,96
	Organização Social (OS)	154	15,51	184	10,91
	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)	44	4,43	4	0,24
	Entidade Filantrópica	27	2,72	41	2,43
	Organização Não Governamental (ONG)	5	0,50	11	0,65
	Empresa	25	2,52	43	2,55
	Cooperativa	7	0,70	14	0,83
	Outros	42	4,23	185	10,97
	Não sabe/Não respondeu	8	0,81	12	0,71
	Total	993	100	1686	100
Tipo de vínculo	Servidor público estatutário	370	37,26	597	35,41
	Cargo comissionado	11	1,11	20	1,19
	Contrato temporário pela administração pública, regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	110	11,08	246	14,59
	Contrato temporário por prestação de serviço	97	9,77	208	12,34
	Empregado público CLT	60	6,04	105	6,23
	Contrato CLT	315	31,72	398	23,61
	Autônomo	9	0,91	15	0,89
	Outro(s)	16	1,61	89	5,28
	Não sabe/não respondeu	5	0,50	8	0,47
	Total	993	100,00	1686	100,00
Forma de ingresso	Concurso público	414	41,69	698	41,40
	Seleção pública	263	26,49	449	26,63
	Indicação	312	31,42	214	12,69
	Outra forma	4	0,40	325	19,28
	Total	993	100	1686	100

Fonte: Banco de dados, ciclo I (2011/2012) e ciclo II (2013/2014), do PMAQ-AB.

\*FA – Frequência Absoluta.



Rodrigues, da Silva e Rocha (2010) encontraram relações entre retenção e forma de contratação, coordenação e fixação. Os referidos autores evidenciaram que a contratação por concurso público aumenta o tempo de permanência dos profissionais, enquanto vínculos de contrato, com ou sem garantias trabalhistas, não fazem diferença na retenção dos profissionais. A coordenação pode produzir conflitos na relação entre profissionais e gestores, gerando insatisfação e estimulando a não fixação. Os autores verificaram que o segundo maior motivo para a troca de municípios enquanto locais de trabalho foi a mudança na orientação política da gestão municipal.

Na mesma direção, Machado (2003) evidenciou que os médicos se sentem mais satisfeitos e estimulados quando observam coerência administrativa, liderança, definição clara do papel de cada membro da equipe e a possibilidade de participarem do processo decisório.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos, a contratação por meio de concurso público, com vínculos trabalhistas mais estáveis, apresenta impacto positivo e facilita a fixação dos profissionais, embora isto não seja suficiente para mantê-los no local (MENDONÇA ET AL., 2010). Acredita-se que um fator importante para a fixação destes profissionais seja a definição de um plano de carreira nacional para os trabalhadores da área da saúde.

O terceiro aspecto sobre a gestão do trabalho dos profissionais médicos que responderam ao Módulo II do PMAQ-AB refere-se à forma de ingresso, cuja maioria, nos dois ciclos, ocorreu por meio de concurso público (41,69% e 41,40%) ou por seleção pública (26,49% e 26,63%), que, quando somados, seus percentuais chegam a 68%, em ambos os ciclos. Uma situação que chama a atenção é a entrada, no ciclo I, de 31,42% dos profissionais por meios não publicizados, como a indicação. Vale a pena ressaltar que, embora o índice dessa modalidade tenha diminuído

para 12,69%, no ciclo II, houve o incremento de 19,28% de 'outra forma' de ingresso. Somadas as duas modalidades, chega-se a 31,97%, ou seja, a prática de ingresso não publicizado permanece inalterada, nos dois ciclos (tabela 1).

Com relação à existência de PCCS nos serviços em que atuavam os médicos entrevistados, 67,47% dos participantes do ciclo I afirmaram não ter plano, enquanto 30,51% responderam afirmativamente. Já no ciclo II, o índice de profissionais sem plano aumentou para 70,23%. (Dados não constam de tabelas).

Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), em estudo sobre a força de trabalho em saúde da macrorregião Oeste do Paraná, identificaram que, do total de 28.239 vínculos de trabalho, 36,46% eram precários, sendo a maioria (85,28%), de profissionais com formação de nível superior. Entre os médicos, esse número representava 78,88%.

Nunes *et al.* (2015), ao estudarem a força de trabalho na APS, em 49 municípios de pequeno porte, identificaram que a maioria dos profissionais (77,2%) possuía vínculo empregatício formal. Entre os vínculos não formais, 4,1% eram de contratos temporários, 2,3% de cargos comissionados e 12,4% de terceirizações.

Mora e Rizzotto (2015), em pesquisa sobre a gestão do trabalho em hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, identificaram que 39,7% dos profissionais de nível superior possuíam vínculos precários, sendo a maioria composta por trabalhadores autônomos (30,88%). Nesse estudo, 100% dos médicos apresentavam vínculos desprotegidos.

Os dados da presente pesquisa mostram que, na APS, a situação do profissional médico é um pouco melhor, em termos de vínculos protegidos, em relação ao nível hospitalar, mas ainda se encontra longe de uma situação ideal, visto que se observou uma maior precarização do trabalho do profissional médico no ciclo II, em relação ao ciclo I, o que pode representar uma tendência negativa.

Em relação à prática médica, pode-se afirmar que as revoluções científicas provocaram grandes mudanças, o conhecimento e a prática dos profissionais tornaram-se cada vez mais complexos, levando a uma divisão técnica do trabalho. No campo médico, a especialização passou a ser uma característica da nova organização do trabalho, com o surgimento de novas especialidades e subespecialidades. Essa característica teve como consequência a fragmentação dos saberes e da prática médica (MACHADO, 1997).

Pesquisa realizada por Scheffer *et al.* (2015) mostrou que, do total de médicos em atividade no Brasil, em 2015 (159.341 profissionais), apenas 41% não possuíam título de especialista. Além disso, cresceu a quantidade de médicos com mais de duas especialidades. A região Sul possuía a maior proporção de especialistas, em relação a generalistas: 2,11 especialistas para cada generalista. Quando se considera a idade, na faixa etária de 31 a 60 anos, os especialistas estão em maior número, 70,2%; já abaixo de 30 anos, 73,7%

são generalistas, o que pode ser explicado pelo fato de os jovens ainda estarem em processo de especialização.

Scheffer *et al.* (2015) também verificaram mudanças no quadro das quatro especialidades com maior percentual de especialistas, como segue: clínica médica (10,6%), pediatria (10,5%), cirurgia geral (8,8%) e ginecologia e obstetrícia (8,6%). A Medicina de Família e Comunidade, apesar do crescimento de seu número absoluto para 4.022, ainda representa 1,2% do total dos especialistas, e a Medicina Preventiva e Social, com 1.790 médicos, representa 0,5% do total.

No que se refere à realização de formação complementar/especialização, observa-se que, tanto no ciclo I (81%) como no ciclo II (78%), a maioria dos profissionais relata ter realizado alguma especialização. No entanto, majoritariamente, essas especializações não foram concluídas em áreas que favorecem o trabalho na APS, que seriam Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Saúde Pública/Saúde Coletiva (tabela 2).

Tabela 2. Número e porcentagem de médicos participantes do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclo I e ciclo II, segundo tipo de especialização cursada. Brasil, 2015

Especializações	Categoria de respostas	PMAQ-AB CICLO I		PMAQ-AB CICLO II	
		FA*	%	FA*	%
Especialização em Medicina de Família e Comunidade	Não possui	563	56,70	958	56,82
	Concluído	191	19,23	288	17,08
	Em curso	42	4,23	63	3,74
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
	Total	993	100	1686	100
Especialização em Saúde da Família	Não possui	532	53,58	864	51,25
	Concluído	185	18,63	334	19,81
	Em curso	79	7,96	111	6,58
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
	Total	993	100	1686	100

Tabela 2. (cont.)

Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui	696	70,09	1157	68,62
	Concluído	86	8,66	127	7,53
	Em curso	14	1,41	25	1,48
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
Total		993	100	1686	100
Possui outra especialização?	Sim	436	43,91	628	37,25
	Não	360	36,25	557	33,04
	Em curso	-----	0	124	7,35
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
Total		993	100	1686	100

Fonte: Banco de dados, ciclo I (2011/2012) e ciclo II (2013/2014), do PMAQ-AB.

\*FA - Frequência Absoluta.

Ao se analisar a formação em residências médicas, pode-se observar que uma minoria de médicos apresenta formação complementar, e esta não é necessariamente vinculada a APS (*tabela 3*). Os números caem ainda mais

quando se trata de mestrado e doutorado, ficando em torno de 1% entre os médicos que responderam ao Módulo II do PMAQ-AB, em ambos os ciclos.

Tabela 3. Número e porcentagem de médicos participantes do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclo I e ciclo II, segundo o tipo de residência cursada. Brasil, 2015

Residências	Categoria de respostas	PMAQ-AB CICLO I		PMAQ-AB CICLO II	
		FA*	%	FA*	%
Residência em Medicina de Família e Comunidade	Não possui	692	69,69	1165	69,10
	Concluído	90	9,06	121	7,18
	Em curso	14	1,41	23	1,36
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
Total		993	100	1686	100
Residência em Saúde da Família	Não possui	765	77,04	1263	74,91
	Concluído	24	2,42	39	2,31
	Em curso	7	0,70	7	0,42
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
Total		993	100	1686	100

Tabela 3. (cont.)

Residência em Saúde Pública/ Saúde Coletiva	Não possui	782	78,75	1206	71,53
	Concluído	10	1,01	12	0,71
	Em curso	4	0,40	1	0,06
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
Total		993	100	1686	100
Possui outra residência?	Sim	196	19,74	369	21,89
	Não	600	60,42	940	55,75
	Não se aplica	193	19,44	377	22,36
	Não respondeu	4	0,40	-----	-----
Total		993	100	1686	100

Fonte: Banco de dados, ciclo I (2011/2012) e ciclo II (2013/2014), do PMAQ-AB.

\*FA - Frequência Absoluta.

Este estudo verificou que, no ciclo I, os estados do Maranhão e do Rio Grande do Norte possuíam 100% dos médicos com formação complementar, enquanto Roraima não possuía nenhum médico com essa característica. No ciclo II, os estados de Pernambuco, Paraíba e Rondônia possuíam o maior percentual de médicos com formação complementar – 90%, 90% e 89%, respectivamente – enquanto Goiânia (com 36%), Ceará (com 35%) e Paraná (com 31%) apresentavam os maiores percentuais de médicos sem formação. (Dados não constam de tabelas).

Estudo realizado por Campos e Malik (2008), que relaciona formação com rotatividade, mostrou que existe uma correlação entre o tempo de formado e a estabilidade no trabalho, ou seja, quanto maior o tempo de formado, menor a rotatividade dos profissionais. Pesquisa levada a cabo por Rodrigues, da Silva e Rocha, (2010), em Minas Gerais, também evidenciou relação positiva entre maior tempo de formação e menor rotatividade. Outra relação interessante encontrada por esses autores foi quanto à formação em

nível de pós-graduação: médicos que cursam pós-graduação em clínicas básicas ou saúde da família permanecem mais tempo do que aqueles com pós-graduação em outras áreas, ou seja, as formações relacionadas à APS favorecem a fixação. Já a busca por capacitação, principalmente pela residência, constitui um fator de aumento da rotatividade.

Mendonça *et al.* (2010), abordando o tema da capacitação, afirmam que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC) passou a exigir o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade como requisito para o ingresso via concurso público. Tal fato foi avaliado como positivo para a adequação do profissional e como fator de motivação e adesão. Os autores também destacaram que os médicos de todos os municípios estudados demandaram capacitações técnicas que fossem dirigidas a eles mesmos, por acreditarem que essas os deixariam ainda mais competentes e aptos a agirem com mais resolutividade, o que reduziria o número de encaminhamentos a especialistas e melhoraria os diagnósticos e as terapêuticas na APS.

## Considerações finais

A quantidade reduzida de médicos que responderam ao Módulo II do PMAQ-AB, em ambos os ciclos (5,77% no ciclo I e 5,66% no ciclo II), revela certo alijamento, desses profissionais, das discussões sobre a política de saúde implementada no nível local e sobre a organização mesma do processo de trabalho das equipes de saúde em que atuam. Mesmo entre os respondentes, a maioria não possui especialização e/ou residência em áreas do campo da saúde coletiva, que melhor preparam os profissionais para atuarem na complexa realidade da APS.

A redução da contratação direta, da entrada por concurso público, da presença de PCCS e do aumento dos vínculos precários entre os médicos participantes do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclos I e II, são dados negativos que podem contribuir para aumentar a rotatividade desses profissionais, que já é grande em relação aos outros profissionais da equipe, podendo comprometer o trabalho na APS.

Também foi possível constatar certo crescimento da precarização do trabalho médico, embora a realidade na APS ainda seja de maior proteção do que no espaço hospitalar.

O pouco tempo de atuação no local de trabalho da maioria dos médicos respondentes

– menos de dois anos (51% no ciclo I e 53% no ciclo II) – pode indicar, além de alta rotatividade, certa mudança no perfil dos profissionais da APS, constatada pelo fato de que profissionais mais jovens estão optando, como primeiro emprego, pela atuação em equipes da ESF, incentivados por políticas públicas de governo, como o Protab e o Mais Médicos.

Compreende-se que o envolvimento do médico nas discussões sobre políticas públicas, em geral, e as colocadas em prática em nível local, em particular, é fator decisivo para a mudança do modelo de atenção e para a própria consolidação da ESF. Neste sentido, recomendam-se estudos que analisem com maior profundidade o processo de formação do médico, pois, além de uma boa formação clínica, este profissional precisa ter formação política que favoreça uma participação mais ativa nos processos decisórios e de trabalho das equipes de APS.

## Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente na concepção e no planejamento deste estudo, assim como na análise e na interpretação dos dados. ■

## Referências

- BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, R. B. *Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos: um estudo sobre os médicos da saúde da família em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Banco de Dados PMAQ-AB*. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=microdados](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados)>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mais perto de você: acesso e qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliacao\\_Externa\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. (Caderno de Atenção Básica, 1). Disponível em: <[http://faa.edu.br/portal/PDF/livros\\_eletronicos/odonto/saude\\_coletiva/caderno\\_atencao\\_basica\\_saude\\_familia.pdf](http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/caderno_atencao_basica_saude_familia.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 5, n. supl. 1, p. s63-s69, dez. 2005.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.
- CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família*. 2003. 296 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).
- EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, jan./mar. 2015.
- MACHADO, M. H. (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- \_\_\_\_\_. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). *Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 227-248.
- MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-31, jun. 2010.
- MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.
- MENESES E ROCHA, A. A. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 303-316, ago. 2005.
- MORA, C. T. R.; RIZZOTTO, M. L. F. Gestão do

trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 1018-1032, out./dez. 2015.

NUNES, E. F. P. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 30-42, jan./mar. 2015.

ROBBINS, S. P. *Comportamento organizacional*. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall: 2002.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H. Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 34, 2010, Rio de Janeiro. *Anais....* Rio de Janeiro: Anpad, 2010. p. 1-17.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-7, 2007.

SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: CFM, 2015.

VICENZI, R. B.; GIRARDI, M. W.; LUCAS, A. C. S. Liderança em Saúde da Família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder. *Saúde & Transf. Soc.*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 82-87, 2010.

---

Recebido para publicação em novembro de 2016

Versão final em novembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve