

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

ROZENILA DA SILVA DOLZANE

**PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTOS DE DIFÍCIL ACESSO, NO ESTADO DO
AMAZONAS**

MANAUS
2019

ROZENILA DA SILVA DOLZANE

PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTOS DE DIFÍCIL ACESSO, NO ESTADO DO
AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – PPGSSEA, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito para a obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt

MANAUS
2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

D665p Dolzane, Rozenila da Silva
Provimento e fixação de profissionais de saúde na Atenção
Básica em contextos de difícil acesso, no estado do Amazonas /
Rozenila da Silva Dolzane. 2019
138 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Júlio Cesar Schweickardt
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Políticas de saúde pública. 2. Profissionais de saúde. 3.
Atenção primária em saúde. 4. Amazônia. I. Schweickardt, Júlio
Cesar II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ROZENILA DA SILVA DOLZANE

PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTOS DE DIFÍCIL ACESSO, NO ESTADO DO
AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – PPGSSEA, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito para a obtenção do título de Mestre.
Linha de Pesquisa: Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt – Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/ Fiocruz Amazônia

Prof^ª. Dra. Kátia Maria Lima de Menezes – Membro
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia

Prof. Dr. Bruno Mendes Tavares – Membro
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor da vida, fonte de sabedoria, meu guia. Agradeço pela sabedoria, ânimo, coragem e bênçãos para conseguir alcançar este objetivo tão almejado.

Ao meu Orientador, Doutor Júlio Cesar Schweickardt, minha imensa Gratidão pelo acolhimento, no momento em que mais necessitei, onde pensei que poderia ter ficado na metade do caminho deste sonho, obrigada por ter acreditado em minha capacidade, e compartilhar suas experiências.

Aos meus familiares, especialmente meu querido esposo, que foram compreensíveis com minhas constantes ausências nos eventos em família. Agradeço a compreensão de todos.

Aos amigos que direta ou indiretamente compartilharam comigo os contratempos enfrentados.

Aos colegas, pelas amizades construídas e troca de experiências muito válidas nessa temporada do Mestrado. Especialmente aqueles com quem estive mais próxima, como o Welligton Chaves, Mayara Costa e Samara Feitosa.

À Coordenação do PPGSSEA, em especial à Doutora Kelly de Jesus Allen Graça, que sempre foi atenciosa em todos os momentos que necessitei de direcionamento. E aos demais Professores que compõem o Programa, pela disposição e entrega, os quais foram primordiais na evolução de cada um dos discentes.

A todos os funcionários do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA – FIOCRUZ), pela acolhida nesse ambiente com ilustres pesquisadores. Em especial Raquel Jarquín, a qual foi sempre solícita quando necessário e ao senhor Antônio (estatístico) pelas instruções, ao Doutor Rodrigo Tobias, pela gentileza e receptividade. E aos demais servidores dessa renomada Instituição. A todos os colaboradores que foram precursores deste estudo e possibilitaram a composição do Banco de dados PPSUS, os quais se tornaram essenciais para que eu conseguisse integrar valiosas informações durante a produção de novos conhecimentos. Agradecer à FAPEAM – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, que financiou os dados primários deste estudo.

Aos funcionários da Comissão de Capacitação dos Servidores, em especial Lidismar, Daniele e Ronaldo pelo apoio e incentivo, meus sinceros Agradecimentos.

Ao Hospital Universitário Getúlio Vargas, pelo consentimento em minha liberação para realização do Mestrado.

Enfim, a todas as pessoas que de forma direta ou indiretamente colaboraram para que eu pudesse concluir este trabalho e efetivar mais uma conquista nessa caminhada.

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como modelo organizacional para estruturar as políticas de saúde no país. Contudo, apesar dos progressos alcançados após sua implantação, ainda existem lacunas a serem preenchidas, para que haja a incorporação efetiva de profissionais de saúde na Atenção Básica (AB), especialmente naquelas localidades mais distantes dos centros urbanos, como se apresentam os municípios inseridos no estado do Amazonas. A questão do provimento e fixação de profissionais de saúde na AB em áreas de difícil acesso, ainda representa um desafio para as políticas públicas de saúde do estado, em relação às populações que residem nas localidades mais remotas da capital. **Objetivo:** Analisar o provimento e a fixação dos profissionais de saúde na AB em municípios do Amazonas. **Método:** Estudo transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa e qualitativa, o qual faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada: “O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS”, com 397 profissionais da AB de 20 municípios do estado do Amazonas. Os profissionais foram entrevistados por intermédio de questionário com perguntas fechadas e abertas. Foi utilizada estatística descritiva para avaliar o perfil sociodemográfico dos profissionais e Análise de Conteúdo para interpretação das entrevistas. **Resultados:** Os profissionais de medicina foram apontados como facilitadores das estatísticas negativas em relação ao provimento e fixação nos municípios. Os destaques positivos como motivos para permanência foram questão familiar, as boas condições do local e o sentimento de modificações na saúde da população. Os desafios salientados para que haja a rotatividade dos profissionais foram, a questão salarial, falta de infraestrutura e geografia do local e as questões políticas. **Conclusão:** Políticas de saúde efetivas, práticas voltadas para a capacitação e valorização profissional, estruturação dos ambientes que oferecem serviços em saúde, além disso, políticas que valorizem as cotas e apoio para alunos dos municípios realizarem curso e, ao mesmo tempo, ampliar as vagas de cursos de saúde em locais estratégicos do Estado, são ações que podem contribuir com o provimento e a fixação de profissionais em locais de difícil acesso.

Palavras-chave: Políticas de saúde pública. Profissionais de saúde. Atenção primária em saúde. Amazônia.

ABSTRACTS

Introduction: The Unified Health System (SUS) was created as an organizational model to structure health policies in the country. However, despite the progress achieved after its implementation, there are still gaps to be filled in order to effectively incorporate health professionals in Primary Care (PH), especially in those locations farther from urban centers, as presented by the municipalities within the region. state of Amazonas. There is an issue of the provision and settling of health professionals in PH in areas of difficult access because it still represents a challenge for the state's public health policies, in relation to the populations that live in the most remote locations of the capital. **Purpose:** To analyze the provision and fixation of health professionals in PH in municipalities of Amazonas. **Method:** Cross-sectional, descriptive-analytical study with a quantitative and qualitative approach, which is part of a broader research called: "The Scenario of Labor Management in the Amazon: setting and provision of health professionals in SUS", with 397 professionals, from the PH of Amazonas' 20 small towns. The professionals were interviewed through a questionnaire with closed and open questions. Descriptive statistics was used to assess the sociodemographic profile of the professionals and content analysis to interpret the interviews as well. **Results:** Medical professionals were appointed as facilitators of negative statistics regarding provision and settlement in Amazonas's small towns. The positive highlights that justify that they could stay were family issues, good conditions of the place and the feeling of changes in the population's health. The challenges highlighted for the rotation of professionals were the salary issue, lack of infrastructure and geography of the place and the political issues. **Conclusion:** Effective health policies, practices aimed at professional qualification and enhancement, structuring of environments that offer health services, in addition, policies that support students from villages and small towns to take courses and, at the same time, expand vacancies of health courses in strategic locations in the state, these are actions that can contribute to the provision and establishment of professionals in places that are difficult to access.

Keywords: Public health policies. Health professional. Primary health care. Amazon.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Regiões de Saúde do Estado do Amazonas.....	25
Gráfico 1 – Panorama da distribuição dos profissionais por município.....	58
Gráfico 2 – Panorama da distribuição dos profissionais por Região de Saúde.....	58
Gráfico 3 – Idade dos profissionais do sexo masculino em média, desvio padrão, mínima e máxima.....	62
Gráfico 4 – Idade dos profissionais do sexo feminino em média, desvio padrão, mínima e máxima.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissionais que atuam nos municípios do Amazonas.....	57
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais da AB nos municípios do Amazonas.....	59
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos profissionais.....	61
Tabela 4 – Perfil de formação e qualificação profissional.....	63
Tabela 5 – Experiência profissional.....	64
Tabela 6 – Categorias de análise, questões do estudo e frequência (%)......	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Municípios que compõem o estado do Amazonas.....	21
Quadro 2 – Características e as vias de acesso dos 20 municípios do Amazonas envolvidos no estudo.....	22
Quadro 3 – Características das Regiões de Saúde (RS) Amazonas.....	25
Quadro 4 – Distribuição do quantitativo de profissionais entrevistados.....	48
Quadro 5 – Variáveis do estudo.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EAD	Educação a Distância
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
ESFR	Equipes de Saúde da Família
eSFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAHPSA	Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS

Prorural	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Região de Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Serviço Especial Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluviais
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
ZFM	Zona Franca de Manaus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.1.1 Objetivo Geral.....	18
1.1.2 Objetivos Específicos.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 O CONTEXTO AMAZÔNICO.....	19
2.2 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	26
2.3 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	29
2.4 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO LÍQUIDO DO AMAZONAS.....	32
2.5 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	34
2.6 PROFISSÕES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	36
2.7 PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMAZONAS E ÁREAS DE DIFÍCIL ACESSO.....	38
3 METODOLOGIA	46
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
3.2 LOCAL DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	47
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	49
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	49
3.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	49
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS.....	50
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	52
3.6.1 Abordagem Quantitativa.....	52
3.6.2 Abordagem Qualitativa.....	54
4 RESULTADOS	57
4.1 RESULTADOS DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	57
4.2 DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	64
4.3 RESULTADOS DOS DADOS QUALITATIVOS.....	73
4.4 RESULTADOS DOS DADOS QUALITATIVOS.....	75
4.4.1 Por que este Município?.....	75

4.4.2 Como é a Rotina de Trabalho?.....	80
4.4.3 Qual o Motivo para Permanecer no Município?.....	86
4.4.4 O Que Interfere para a Permanência no Município?.....	87
4.4.5 Outras Questões que Interferem na Mobilidade dos Profissionais de Saúde?.....	91
4.4.6 Avaliação das Condições de Trabalho no Município?.....	94
4.5 QUESTÕES DESTACADAS COMO DESAFIOS NOS LOCAIS DE DIFÍCIL ACESSO.....	97
4.6 ELEMENTOS QUE PODEM CONTRIBUIR PARA PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	100
CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIAS.....	105
ANEXOS.....	127

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de cobertura nacional, criado com intuito de promover uma nova concepção política e organizacional para reestruturar os serviços e ações de saúde, determinados pela Constituição Brasileira, além de ser uma das maiores conquistas sociais no campo da saúde. Contudo, apesar dos progressos alcançados nas políticas públicas de saúde após sua implantação, percebe-se ainda a necessidade da elaboração de medidas essenciais para melhor incorporação dos profissionais de saúde, principalmente na Atenção Básica (AB), a qual é determinada por ações individuais e coletivas, envolvendo a promoção e proteção da saúde, bem como, prevenção dos agravos e garantia na manutenção da saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011).

O SUS está implantado em todo o território brasileiro e locais específicos onde as pessoas convivem. A Amazônia faz parte desse contexto, tendo a necessidade de conciliação entre suas características peculiares e as políticas nacionais, que possibilitem a elaboração de inovações nos arranjos tecnoassistenciais em saúde. Esse território traz demandas e pede por respostas eficazes e eficientes para responder às características de vida e saúde nesse local. No Amazonas, a introdução determinante da AB nos municípios do interior aconteceu a partir da década de 2000. Antes dessa época, o paradigma de assistência à saúde era simplificado nas ações de saúde centralizadas no hospital. A inserção do SUS conduziu a uma nova realidade para as políticas de saúde no estado, porém, esse processo ocorre com morosidade (SCHWEICKARDT et al., 2017).

A garantia do acesso para assistência em saúde compreende o princípio da universalidade do SUS, porém, grande parcela da população ainda enfrenta dificuldade de acesso ao sistema, de forma peculiar, aqueles povos que se encontram em situação de vulnerabilidade e habitantes das áreas rurais. Os desequilíbrios regionais quanto à disponibilidade de serviços em saúde, aliados à elevada concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, afligem de forma acentuada os povos que residem nas regiões Norte e Nordeste do país. Uma fusão de agentes, como a complexidade na fixação de profissionais na AB e a baixa densidade demográfica, especialmente na região Amazônica, dentre outros entraves, colaboram para que sejam encontrados obstáculos no acesso aos serviços de saúde (GARNELO et al., 2018).

Na atualidade brasileira, o quantitativo e a qualidade dos profissionais de saúde, em particular os de nível intermediário e superior, não respondem integralmente às necessidades

do SUS. De forma particular, grande parcela da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste e as periferias dos grandes centros urbanos, são locais que ainda parecem para conseguir absorver e fixar profissionais de medicina, odontologia e enfermagem (GIOVANELLA et al., 2012).

O provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas ou de difícil acesso tornam-se obstáculos para atingir a universalidade preconizada pelo SUS. Lima et al. (2015) descrevem que os médicos generalistas que exerciam atividades nos países europeus no ano de 2005, tinham uma variação de 0,3 a 2,1 por 1.000 habitantes, nesse mesmo período no Brasil representavam 0,1 por 1.000 habitantes, tornando difícil o acesso da população aos serviços de saúde. Destacando que muitos indivíduos deixam de ser acompanhados pela falta de profissionais, e nos municípios mais distantes a obtenção desse atendimento torna-se mais precário. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à comparação da variação de médicos para cada mil habitantes, em países que dispõem de políticas públicas universais idênticas à do Brasil, mostram uma proporção de 1,8 no Brasil, 2,0 no Canadá, 2,7 no Reino Unido, 3,9 em Portugal e 4,01 na Espanha (OMS, 2012).

No Brasil, associado à redução de médicos, ainda ocorrem desigualdades quanto à distribuição desses profissionais por região, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A proporção de médicos/1000 habitantes ocorre da seguinte forma: no Distrito Federal conta com 3,46, a região Sudeste apresenta a média de 2,4 médicos, região Sul com 1,86, Centro-Oeste com 1,36 e Nordeste com 1,09. Na região Norte, os estados do Acre, Amapá e Pará, e na região Nordeste, os estados de Maranhão e Piauí, estão abaixo da média nacional, com menos de 1 médico/1.000 habitantes. No estado do Amazonas, a proporção é de 1,06 médicos/1000 habitantes. Evidenciado que, nas regiões Norte e Nordeste, o quantitativo desses profissionais é menor em relação a outras regiões do Brasil (BRASIL, 2015).

Na região das Américas, foi evidenciada a insuficiência no número de profissionais de enfermagem nas áreas mais remotas. Pois, “enquanto que as áreas mais vulneráveis, tanto nas grandes cidades como nas regiões remotas, dispõem não apenas de um número reduzido de médicos e enfermeiras [...]”, grande parcela desses profissionais é atraída para os grandes centros urbanos, ocorrendo, dessa forma, uma falta de interesse em se deslocar para as regiões que mais necessitam desses profissionais, além de “[...] uma capacidade e autonomia limitadas de prestar os serviços de atenção primária à saúde necessários”, contribuindo para as iniquidades regionais e intrarregionais. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) relata a persistência de questões que dificultam a fixação de profissionais nessas áreas, como a infraestrutura dos serviços e apoio da gestão nos países das Américas (OPAS, 2018, p. xi).

Em relação aos profissionais de odontologia é orientado pela OMS que a proporção de dentista seja de 1/1.500 habitantes. Sendo que no Brasil esse número é de 1 dentista/800 habitantes, demonstrando que o problema nesse caso não é a falta de profissionais, mas a distribuição desses, no território nacional. Apesar dos dados exibidos para algumas regiões brasileiras, foi destacado também que, no Sul e Sudeste do Brasil, havia maiores quantidades do acesso às consultas odontológicas, e na região Norte, um menor quantitativo dessas consultas. Refletindo na ausência desse profissional em áreas onde domina a desigualdade social, ocasionando menor inserção da população a este serviço. Além disso, foi muito recente a inserção de uma política abrangente de saúde bucal no SUS, apoiando e financiando ações nos municípios, inclusive com serviços especializados (STOPA et al., 2017).

Estudos que tratam sobre o provimento e fixação de profissionais de saúde na Amazônia são debatidos pelas políticas públicas desde a década de 1970, pois a região Amazônica possui uma logística que é destacada por alguns gestores, como um dos maiores desafios para o desenvolvimento das ações de saúde, que são fortemente impactados pelo ciclo das águas, enchente ou seca dos rios. Assim, a implementação de políticas de saúde na região necessita dialogar com as características locais da região e do modo como as pessoas vivem nesse ambiente (SCHWEICKARDT et al., 2017).

Segundo Barbosa (2016) os municípios do estado do Amazonas já eram acometidos com estas questões, devido à dificuldade de acesso nas comunidades, dispersão da população, grandes distâncias, problemas com infraestrutura local, bem como a falta de qualificação dos profissionais que iriam atuar neste cenário, inviabilizando a prestação do cuidado de forma adequada à população, principalmente nas localidades mais distantes dos grandes centros urbanos.

No estado do Amazonas, as áreas de difícil acesso ainda representam um embaraço para a população e aos gestores das políticas públicas. A preocupação com o tema não é recente, pois, historicamente, a região tem sido objeto de discussão quanto à oferta de políticas públicas de saúde para as populações dispersas no extenso território da Amazônia. Do mesmo modo, essa questão não se limita a um problema local, mas também se refere a outras regiões do mundo, como em regiões de deserto, de montanhas e florestas (SCHWEICKARDT et al., 2017).

A AB no contexto da Amazônia é destacada como insuficiente para responder à população das localidades mais distantes dos centros urbanos, a qual é marcada pelas distâncias, extensa rede hidrográfica e dispersão populacional. Esses fatores fazem com que, a

execução das atividades programadas para essas áreas não seja realizada em conformidade, devido a algumas limitações encontradas. Pois, devido às peculiaridades da região, muitas pessoas ainda são desassistidas pelos serviços básicos, podendo ocasionar outros agravos nas diversas faixas etárias, especialmente naquelas populações localizadas mais distantes da capital e que vivem em situação de vulnerabilidade social (GUIMARÃES, 2016).

Dentre os profissionais de nível superior que atuam nos serviços de saúde nos municípios do Amazonas, destacam-se os médicos, enfermeiros e odontólogos, os quais serão objetos deste estudo. Em estudo no norte do Paraná, desenvolvido por Santini et al. (2017) são destacadas algumas dificuldades de fixação desses profissionais na AB, principalmente os médicos, seguidos pelos enfermeiros. Esses profissionais justificam que as condições de infraestrutura e de trabalho não são adequadas para o desempenho das atividades desenvolvidas para a saúde naquela população.

Em pesquisa realizada no estado do Amazonas, os profissionais argumentaram que questões como difícil acesso e a precariedade dos locais de trabalho consistem em barreiras para a sua fixação nos municípios. No entanto, a pesquisa mostrou também que essas não são questões determinantes, para promover a atração e a fixação dos profissionais nos municípios mais distantes da capital do estado (SCHWEICKARDT et al., 2016).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde, algumas áreas ainda permanecem apresentando adversidades importantes, principalmente localidades com características próprias, elevando, dessa forma, as iniquidades em saúde daquelas pessoas que convivem em condições sociais desiguais e em situação de instabilidade na saúde (TONHÁ et al., 2017). Ainda que a acessibilidade aos serviços de saúde esteja unida aos princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS, devendo o usuário ter suas solicitações e necessidades atendidas, a oferta desses serviços na AB é influenciada por fatores como políticas públicas de saúde efetiva, infraestrutura, disposição e aplicação dos recursos, continuidade das ações, dentre outros. Tais fatores fazem com que os benefícios cheguem de forma precária a determinadas localidades, assim como, as equipes de saúde, que também não conseguem promover um atendimento adequado (SILVA et al., 2017).

A rotatividade dos profissionais é outro empecilho que interfere na continuidade do cuidado e na integralidade da atenção. Pois, apesar do avanço ocorrido de forma positiva com a implantação da política do Programa Mais Médicos (PMM) na AB, ainda não se obteve a efetividade aguardada na promoção da saúde, especialmente em locais mais afastados da

cidade, visto que, os índices de escassez de profissionais ainda se mantêm intensos nesses lugares (PIONER, 2012).

Diante dos argumentos expostos, este trabalho busca problematizar e mostrar que o tema provimento e fixação de profissionais no interior esbarram em outros elementos como questões políticas, familiares, dentre outros quesitos. Nesse sentido, o estudo levanta as seguintes questões: Por que os profissionais de saúde buscam atuar nos municípios do interior? E quais os fatores que contribuem para o provimento e fixação dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos na AB nos municípios do Amazonas?

O presente trabalho está incluído em um estudo maior, denominado “O CENÁRIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO AMAZONAS: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS”, desenvolvido pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/FIOCRUZ/AM)¹, realizado no período de 2014 a 2016, financiado pelo MS/FAPEAM, âmbito do edital PPSUS/2013.

Tem como relevância acadêmica, a elaboração de conhecimentos modernos relacionado ao tema provimento e fixação de profissionais de saúde no estado do Amazonas, mostrando a compreensão essencial sobre o assunto e colocando em evidência, a importância das políticas públicas para o desempenho das ações em saúde na região. A relevância social se estabelece por meio da propagação desta pesquisa para a sociedade, o entendimento sobre as particularidades da região, proporcionando dessa forma, a produção do conhecimento e do saber, para que estes possam se tornar acessíveis a todos.

As poucas produções científicas acerca do tema voltado para a região fazem com que este estudo seja relevante para a ciência e seja fonte de análise e reflexão para qualificar as políticas públicas da AB na região Amazônica. Além disso, a produção de um conhecimento oportuno para a região torna-se importante para qualificar o debate sobre o provimento e fixação de profissionais em locais de difícil acesso, o que pode contribuir para a diminuição de fatores que colaboram com a permanência das desigualdades regionais.

O trabalho está organizado da seguinte forma: revisão de literatura, metodologia, resultados e discussão. A revisão de literatura discorrerá sobre o contexto amazônico descrevendo seu território e os povos que estão inseridos nesse ambiente; A Reforma

¹ O LAHPSA/Fiocruz Amazônia (Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia) tem como função social atuar como sujeito político nos espaços de debate em direção ao pensamento de políticas públicas de saúde na Amazônia. Atua no tripé da formação de profissionais, trabalhadores e gestores que atuam no SUS, desenvolvimento da pesquisa e transferência de metodologias ativas no âmbito da Educação Permanente em Saúde.

Sanitária e o Sistema Único de Saúde; A Política Nacional da Atenção Básica em Saúde; AB em saúde no território líquido do Amazonas; Gestão do trabalho e educação em saúde; Profissões de saúde da AB; Provimento e fixação de profissionais de saúde no Amazonas e áreas de difícil acesso. A metodologia irá descrever os passos da pesquisa e os métodos analíticos utilizados para a análise dos dados, bem como, todo o percurso para o desenvolvimento do trabalho. Nos resultados, será feita uma abordagem em dois momentos: resultados da análise quantitativa e resultados da análise qualitativa, com suas devidas interpretações. E por fim, a discussão, com abordagem de estudos voltados para o tema em questão.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o provimento e a fixação dos profissionais de saúde na Atenção Básica em municípios do Amazonas.

1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica nos municípios do Amazonas;

Analisar os elementos explicativos que envolvem as motivações que contribuem para o provimento e fixação dos profissionais nos municípios;

Problematizar a relação entre contexto, atuação no trabalho, desafios encontrados e as medidas para alcançar o provimento e fixação desses profissionais nos municípios.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O CONTEXTO AMAZÔNICO

A Amazônia Legal brasileira ocupa uma área de cerca de 5 milhões de Km², segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que representa quase 60% do território nacional e compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão (oeste do meridiano de 44°). Sobre a população da região para o ano de 2013, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, a quantidade é de pouco mais de 27 milhões de pessoas (IBGE, 2010; SUDAM, 2016). Já o estado do Amazonas em 2018 estimava uma população de 4.080.611 habitantes (IBGE, 2018). A região Amazônica é composta por diversos municípios com população de até 100 mil habitantes, tendo como maiores metrópoles a capital Manaus (capital do Amazonas) e Belém (capital do Pará) (LACERDA; VERONESE, 2017).

O estado do Amazonas é destacado como o maior estado da federação, com área demográfica de 1.559.162 km² e 1,79 habitantes por km², sendo constituído por 62 municípios, cujo maior município é Barcelos, com 122.476 km² e o menor é Iranduba com 2.215 km², sendo marcado por uma extensa rede hidrográfica (RODRIGUES, 2016). O território também é marcado pelas áreas de várzea, pois os rios inseridos nesse contexto geralmente apresentam períodos de enchente, alagando as áreas de margem, as quais são denominadas de terrenos de várzea. Esses territórios são planícies que sofrem inundação, as quais são diferentes das áreas de terra firme, que não sofrem inundação em tempos da cheia, porque são mais elevadas. Essas planícies (várzea) não interagem com o ambiente fluvial e pluvial da região, pois se encontram inundadas em períodos de enchente (subida das águas), de cheia (nível máximo das águas), de vazante (descida do rio) e de seca (nível mais baixo da água), levando o indivíduo amazônico a ajustar-se aos mais diversos comportamentos ambientais, que são apresentados pela região, como destacado pelos autores (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

Os ambientes de várzea se caracterizam por uma sazonalidade marcante devido às enchentes periódicas dos seus rios, que regulam os ciclos de vida da biota local e conseqüentemente regulam as oportunidades de subsistência disponíveis para as populações humanas. Assim como os demais componentes da biota das áreas inundáveis, as populações humanas locais

precisam adotar estratégias de adaptação em relação às mudanças drásticas ocorridas na passagem entre as fases aquáticas e terrestres (FRAXE; PEREIRA, WITKOSKI, 2007, p. 16).

As pessoas que vivem na região geralmente são os indígenas, pescadores, quilombolas, extrativistas, dentre outros migrantes, os quais constituem as populações ribeirinhas e representam maior número de indivíduos que vivem na margem dos rios, sendo definidas como populações tradicionais. Cada habitante é representado por sua característica sociocultural própria, bem como, suas ligações políticas e organizacionais. Esses moradores exercem atividades de caça, pesca e agricultura, as quais se tornam fonte de sobrevivência para si e seus familiares. Eles residem nas bordas dos rios, vivem em casas de estilo palafita e as famílias vivem em grupos, conquistam seu espaço em conjunto ou em recintos distantes dos outros grupos de habitantes da mesma localidade (CICHOVSKI; TEIXEIRA, 2017; LIRA; CHAVES, 2016).

O transporte em grande parte da extensão Amazônica é realizado por via fluvial, mas existe também o transporte terrestre e aéreo, que são disponibilizados com algumas restrições, devido às dificuldades de infraestrutura das estradas e preço elevado de passagens aéreas (ADA, 2006; PEREIRA, 2008).

As atividades econômicas das populações ribeirinhas são influenciadas pelo ciclo das águas. Sendo que, nos períodos de janeiro a junho, as áreas de várzea tornam-se por completo ou em partes alagadas, já as áreas de terra firme não são atingidas. Os produtos de ciclo longo são plantados em terra firme, e os de ciclo curto nas áreas de várzea. A pesca torna-se mais facilitada em períodos de vazante, pois, na cheia, segundo moradores, os peixes se espalham. Também, nessas áreas, os rios servem de estradas naturais e compõem um cenário diário na vida dessas pessoas (ESPÍNOLA, 2015).

Nessas áreas da Amazônia, prevalecem tradições, ocorrem junções de histórias e é como se desenvolve o modo de vida dessa gente. Essa vivência pode mostrar de forma clara que essa conexão existente junto às águas e os povos que ali vivem, edificando a vida desses habitantes, tendo a compreensão de que se transforma em uma corrente com outros indivíduos e serviços, mas também, tem interesse de mostrar que, sobretudo, ocorrem relações sociais entre os agentes envolvidos nesse ambiente (SCHWEICKARDT, 2016; PORTELA, 2017).

Os 62 municípios que compõem o estado do Amazonas estão inseridos no Quadro 1:

Quadro 1 – Municípios que compõem o estado do Amazonas

Alvarães	Japurá
Amaturá	Juruá
Anamã	Jutaí
Anori	Lábrea
Apuí	Manacapuru
Atalaia do Norte	Manaquiri
Autazes	Manaus
Barcelos	Manicoré
Barreirinha	Maraã
Benjamin Constant	Maués
Beruri	Nhamundá
Boa Vista do Ramos	Nova Olinda do Norte
Boca do Acre	Novo Airão
Borba	Novo Aripuanã
Caapiranga	Parintins
Canutama	Pauini
Carauari	Presidente Figueiredo
Careiro	Rio Preto da Eva
Careiro da Várzea	Santa Isabel do Rio Negro
Coari	Santo Antônio do Içá
Codajás	São Gabriel da Cachoeira
Eirunepé	São Paulo de Olivença
Envira	São Sebastião do Uatumã
Fonte Boa	Silves
Guajará	Tabatinga
Humaitá	Tapauá
Ipixuna	Tefé
Iranduba	Tonantins
Itacoatiara	Uarini
Itamarati	Urucará
Itapiranga	Urucurituba

Fonte: IBGE (2014).

As características e as vias de acesso dos 20 municípios do estado do Amazonas envolvidos no estudo estão descritas no Quadro 2:

Quadro 2 – Características e as vias de acesso dos 20 municípios do Amazonas envolvidos no estudo

Careiro da Várzea (Entorno de Manaus e Alto Rio Negro)	Área territorial 2.627,474 km ² ; População: 23930 pessoas; Em 1955, foi desmembrado do município de Manaus o seu território e o Careiro passa a ser município autônomo; IDH= 0,568; Distante 22 km da capital Manaus via fluvial. *Percurso: a partir do Porto da Ceasa, na zona Sul de Manaus, através de embarcação a jato/lancha (transporte fluvial de lotação) e balsa, com 20 a 25 minutos de duração.	Via de Acesso: fluvial e rodoviário.
São Gabriel da Cachoeira (Entorno de Manaus e Alto Rio Negro)	Área territorial 109.181,240 km ² ; População: 37896 pessoas; Pela Lei Estadual nº 233 em 1965, o município de Ilha Grande tomou a denominação de São Gabriel da Cachoeira; IDH= 0,609; Distante 852 km da capital Manaus em linha reta e 1.001 km via fluvial; limita-se ao norte com as Repúblicas da Colômbia e Venezuela, ao sul com os municípios de Santa Isabel do Rio Negro e Japurá. *Percurso: De barco leva em média 4 dias, de lancha rápida em média 24 horas, via aérea em média 2 horas e 30 minutos de viagem.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Coari (Rio Negro e Rio Solimões)	Área territorial 57.970,768 km ² ; População: 75965 pessoas; Em 1932, pela Lei Estadual nº 1.665, Coari foi elevado à categoria de cidade; IDH= 0,586; Distante em linha reta da capital Manaus 368 km da capital e 467 km por via fluvial. Limita-se com os municípios de: Codajás, ao norte; ao nordeste com Anori; ao sul com Tapauá; a oeste com Tefé e ao noroeste com Maraã. *Percurso: de barco leva em média 23 horas e via aérea em média 90 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Manacapuru (Rio Negro e Rio Solimões)	Área territorial 7.336,579 km ² ; População: 85141 pessoas; Elevado à condição de cidade pelo Ato Estadual nº 1.639 em 1932; IDH= 0,614; Distante em linha reta da capital Manaus 68 km e via fluvial 88 km; Fazem limite com Manacapuru: Iranduba e Manaquiri a leste, Beruri ao sul, Anamá e Caapiranga a oeste, e Novo Airão ao norte e noroeste; *Percurso: A partir de Manaus, depois de atravessar a ponte sobre o Rio Negro, seguir pela AM-070, em média 90 minutos.	Via de Acesso: fluvial e rodoviário.
Eirunepé (Rio Juruá)	Área territorial 14.966,244 km ² ; População: 30665 pessoas; Em 31 de dezembro de 1943 pelo Decreto-Lei Estadual nº 1.186, o município e o distrito sede, passam a denominar-se Eirunepé; IDH= 0,563; Distante em linha reta da capital Manaus 1.245 km e via fluvial 3.448 km; Fazem limite com os municípios de Benjamin Constant, ao norte; IPIXUNA, ao oeste; Jutáí, ao nordeste; Itamarati ao leste e ao sul com Envira e Boca do Acre. *Percurso: de barco leva em média 21 dias e via aérea com duração em média 1 hora e 56 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Envira (Rio Juruá)	Área territorial 7.505,808 km ² ; População: 16338 pessoas; A denominação originou-se do rio Envira, sendo elevado à categoria de município pela Lei Estadual nº 96 em 1955; IDH= 0,509; Distante em linha reta da capital Manaus 1.218 km e 3.496 km por via fluvial. Faz limite com os municípios de Feijó e Tarauacá, do estado do Acre e os municípios de Itamarati, Eirunepé e Pauini Amazonas. *Percurso: de barco leva em média 21 dias e via aérea com duração em média 1 hora e 58 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Borba (Rio Madeira)	Área territorial 44.236,14 km ² ; População: 34961 pessoas; Originou-se da Aldeia do Trocano em 1728, e em 1928, pelo Decreto-Lei Estadual nº 68, a sede do município é elevada à categoria de cidade; IDH= 0,560; Distante da capital Manaus em linha reta a 150 km e 215 km via fluvial. Faz limite ao norte com os municípios de Careiro Castanho, Autazes, Nova Olinda do Norte, Manaquiri e Beruri; ao sul com Apuí; a leste com Manicoré e Novo Aripuanã; a oeste com Maués *Percurso: de barco leva em média 6 horas e 30 minutos e via aérea (táxi aéreo) em média 45 minutos.	Via de Acesso: fluvial.

(cont.)

Humaitá (Rio Madeira)	Área territorial 33.111,164 km ² ; População: 44227 pessoas; Elevado à categoria de vila com a denominação de Humaitá, em 1890; IDH= 0,605; Distante em linha reta da capital Manaus 675 km e via fluvial 972 km; Faz limite com municípios Manicoré, Apuí, Lábrea, Canutama e com o estado de Rondônia. *Percurso: de barco leva em média 3 dias e 12 horas, via terrestre em média 10 horas pela BR 319, via aérea em média 42 minutos.	Via de Acesso: fluvial, aéreo e rodoviário.
Manicoré (Rio Madeira)	Área territorial 48.315,022 km ² ; População: 47017 pessoas; Elevado à condição de cidade com a denominação de Manicoré pela Lei Estadual nº 137 em 1896; IDH= 0,582; Distante em linha reta da capital Manaus 338 km, 421 km por via fluvial, 332 km por via aérea e 409 km por via terrestre. Faz limite ao norte com os municípios de Borba e Beruri, ao sul com o estado de Mato Grosso e Rondônia, ao leste com os municípios de Novo Aripuanã e Apuí e a oeste com os municípios de Humaitá e Tapauá. *Percurso: de barco leva em média 14 horas, e via aérea (táxi aéreo) em média 1 hora e 25 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Novo Aripuanã (Rio Madeira)	Área territorial 41.179,656 km ² ; População: 21451 pessoas; Elevado à categoria de município com a denominação Novo Aripuanã, pela Lei Estadual nº 96 em 1955; IDH= 0,554; Distante em linha reta da capital Manaus 615 km e 892 km por via fluvial. Faz limite ao norte com Borba; ao sul com Colniza (MT); ao leste com Apuí e Borba e; ao oeste com Manicoré. *Percurso: de lancha leva em média 9 horas e 30 minutos e via aérea (táxi aéreo) em média 1 hora.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Itacoatiara (Médio Rio Amazonas)	Área territorial 8.891,906 km ² ; População: 86839 pessoas; O município que tem significado pedra pintada, foi criado pela Lei nº 74 em 1857; IDH= 0,644; Distante da capital Manaus 277 km via terrestre e via fluvial 201 km. Faz limite com os municípios: Silves, Boa Vista do Ramos, Urucurituba, Maués, Autazes, Nova Olinda do Norte, Careiro da Várzea, Rio Preto da Eva e Manaus. *Percurso: de barco leva em média 8 horas, via terrestre pela AM 010 em média 4 horas e via aérea em média 12 minutos.	Via de Acesso: fluvial, aéreo e rodoviário.
Itapiranga (Médio Rio Amazonas)	Área territorial 4.335,075 km ² ; População: 8211 pessoas; Elevada à categoria de vila com a denominação de Itapiranga, pelo ato nº 354, em 1931; IDH= 0,654; Distante da capital Manaus 336 km por via terrestre (Estrada da Várzea/AM), 231 milhas por via fluvial e 222 km em linha reta. Faz limite com os municípios de São Sebastião do Uatumã, Urucará, Urucurituba, Silves, Itacoatiara, Rio Preto da Eva e Presidente Figueiredo. *Percurso: via terrestre pela AM 010 em média 6 horas.	Via de Acesso: fluvial e rodoviário.
Maraã (Triângulo - Médio Rio Solimões)	Área territorial 16.830,827 km ² ; População: 17528 pessoas; O município foi criado pela Lei nº 96 em 1955; IDH= 0,498; Distante em linha reta da capital Manaus cerca de 615 km e 892 km por via fluvial. Faz limite ao norte com Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos; ao sul com Tefé, Alvarães e Uarini; ao leste com Coari e; ao oeste com Japurá e Fonte Boa. *Percurso: de barco leva em média 23h 30 minutos.	Via de Acesso: fluvial.
Tefé (Triângulo - Médio Rio Solimões)	Área territorial 23.692,223 km ² ; População: 61453 pessoas; Elevado à condição de cidade, com a denominação de Tefé, pela Resolução Provincial nº 44 em 1855; IDH= 0,639; Distante em linha reta da capital Manaus 516 km e 672 milhas por via fluvial. Faz limite com Coari, Tapauá, Carauari, Alvarães e Maraã. *Percurso: de barco leva em média 36 horas, de lancha em média 12 horas e via aérea em média 42 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Lábrea (Rio Purus)	Área territorial 68.262,696 km ² ; População: 37701 pessoas; Lábrea foi elevado à categoria de cidade Em 1894; IDH= 0,531; Distante em linha reta da capital Manaus 836 km e 1.672 km por via fluvial. Faz limite ao norte com o município de Tapauá; leste: Município de Canutama; oeste: Municípios de Boca do Acre e Pauini; sul: Estado de Rondônia. *Percurso: via terrestre pela BR 319 em média 12 horas e 23 minutos e via aérea em média 2 horas.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.

(cont.)

Pauini (Rio Purus)	Área territorial 41.624,668 km ² ; População: 18166 pessoas; Elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Pauini, pela Lei Estadual nº 96 em 1955; IDH= 0,496; Distante em linha reta da capital Manaus 915 km em linha reta e 2.115 km por via fluvial. Faz limite com Boca do Acre, Envira, Lábrea, Itamarati. *Percorso: de barco leva em média 7 dias.	Via de Acesso: fluvial.
Barreirinha (Baixo Rio Amazonas)	Área territorial 5.751,765 km ² ; População: 27355 pessoas; A cidade surgiu em meados de 1830, foi elevado à categoria de vila com a denominação de Barreirinha, pela Lei nº 539, em 1881; IDH= 0,574; Distante em linha reta da capital Manaus 331 km e a 552 km por via fluvial. Faz limite ao norte com o município de Parintins, ao sul com Maués, ao leste com o estado do Pará e a oeste com município de Urucurituba. *Percorso: de barco leva em média 24 horas.	Via de Acesso: fluvial.
Parintins (Baixo Rio Amazonas)	Área territorial 5.956,373 km ² ; População: 102033 pessoas; A vila foi elevada à condição de cidade com a denominação de Parintins, pela Lei Provincial nº 499 em 1880; IDH= 0,658; Distante em linha reta da capital Manaus 368 km e 420 km por via fluvial. Faz limite ao norte com Nhamundá; ao sul com Barreirinha; a oeste com Urucurituba e ao leste com Jurutí (PA). *Percorso: de barco leva em média 16 a 18 horas, de lancha leva em média 8 a 10 horas e via aérea em média 50 minutos a 1 hora e 30 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
São Paulo de Olivença (Alto Rio Solimões)	Área territorial 19.658,502 km ² ; População: 31422 pessoas; Elevado à condição de cidade com a denominação de São Paulo de Olivença, pelo decreto-lei estadual nº 68 em 1938; IDH= 0,521; Distante em linha reta da capital Manaus 1.235 km a oeste. Faz limite com Tabatinga, Benjamin Constant, Atalaia do Norte, Jutai, Amaturá, Santo Antônio do Içá. *Percorso: de barco leva em média 32 horas e via aérea em média 1 hora e 45 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.
Tabatinga (Alto Rio Solimões)	Área territorial 3.266,062 km ² ; População: 52272 pessoas; Fundada na primeira metade do séc. XVIII, com Ato de Criação: Lei nº 12 em 1981; IDH= 0,616; Distante em linha reta da capital Manaus 1.106,78 km. Faz fronteira com a Colômbia e o Peru. *Percorso: de barco leva em média 5 dias e via aérea em média 1 hora e 45 minutos.	Via de Acesso: fluvial e aéreo.

Fonte: Censo IBGE (2010); IDAM (2014).

*viagem saindo da capital Manaus.

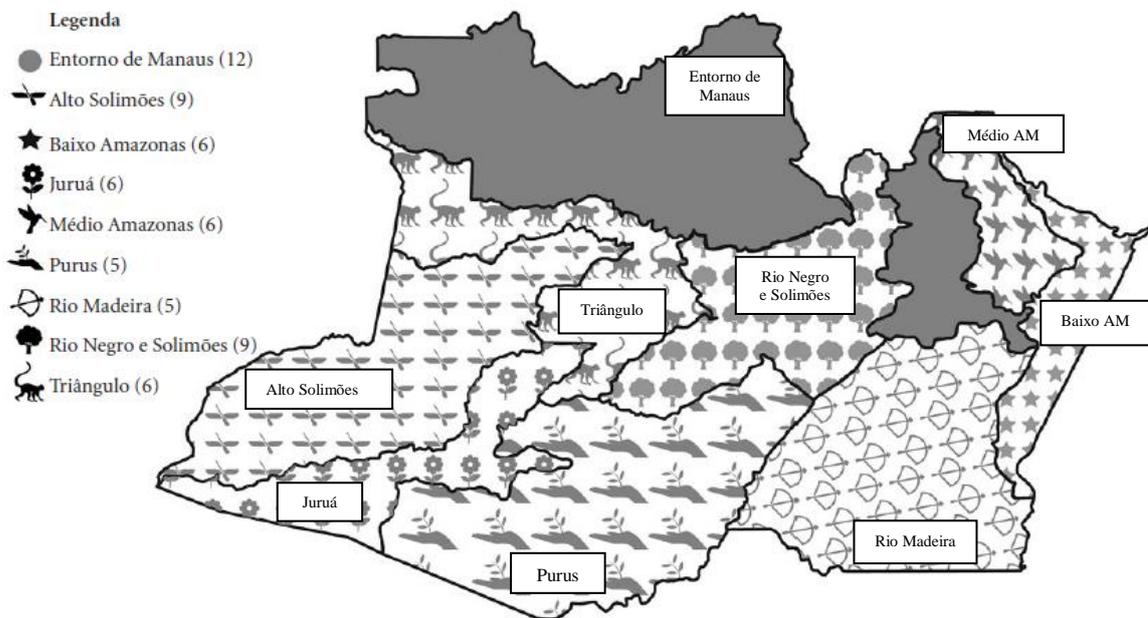
O estado do Amazonas possui nove Regiões de Saúde (RS), conforme exibido na Figura 1, com suas características destacadas no Quadro 3. A Região de Saúde de acordo com o Decreto nº 7.508 de 2011, em seu Art. 2º é descrita como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde (BRASIL, 2011, cap. I e II).

Dessa forma, a Região de Saúde torna-se uma condição prévia para que ocorra um arranjo sanitário, que venha buscar a garantia do acesso aos serviços essenciais de saúde dos usuários em um território demarcado e conforme as particularidades epidemiológicas de cada localidade. É nesse eixo que o SUS tem a responsabilidade em concordância às referências interfederativas e à gestão compartilhada, as quais são determinadas nos acordos e sancionadas em contrato (SANTOS, 2017). As ações de saúde nesse território devem ser estruturadas, para que sejam atendidas as necessidades de saúde dessa população à qual as RSs estão abrangendo, assegurando dessa forma, que a oferta de cuidados básicos, média complexidade e de vigilância em saúde sejam de fato efetivadas (MACIEL, 2018).

Figura 1 – Regiões de Saúde do Estado do Amazonas



Fonte: Garnelo; Sousa; Silva (2017).

Quadro 3 – Características das Regiões de Saúde (RS) Amazonas

RS Entorno de Manaus e Alto Rio Negro (município de referência – Manaus)	Composta por 12 municípios: Autazes, Barcelos, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manaquiri, Manaus, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira. Possui limite geográfico com municípios do Médio Amazonas e Rio Negro e Solimões. Os serviços de maior complexidade ambulatorial e hospitalar estão concentrados na capital do estado que é Manaus, a qual serve de referência para os demais 61 municípios que integram as nove Regiões de Saúde do estado. O DSEI – Manaus abrange 19 municípios.
RS Baixo Rio Amazonas (município de referência – Parintins)	Composta por 05 municípios: Parintins, Maués, Nhamundá, Boa Vista dos Ramos e Barreirinha. O limite geográfico se dá com os municípios da Região de Saúde do Médio Amazonas (São Sebastião do Uatumã e Urucará), Região do Madeira (Apuí) e também, com o estado do Pará (Faro e Terra Santa). Parintins é o município de referência para os serviços de atenção especializada de média complexidade para os demais que fazem parte desta Região de Saúde. O DSEI – Parintins atende 119 aldeias indígenas.

(cont.)

RS Alto Rio Solimões (município de referência – Tabatinga)	Composta por 09 municípios: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tonantins e Tabatinga. Divididos em três microrregiões: Tabatinga, Santo Antônio do Içá e Fonte Boa, dispostos, em parte, numa área de Segurança Nacional, nas fronteiras com o Peru e a Colômbia. A Região possui três DSEI's: Alto Rio Solimões, Médio Amazonas e Afluentes e Vale do Javari.
RS Médio Rio Amazonas (município de referência – Itacoatiara)	Composta por 06 municípios: Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará e Urucurituba. Itacoatiara é o município de referência para serviços de atenção especializada de média complexidade.
RS Rio Negro e Rio Solimões (município de referência – Manacapuru)	Composta por 08 municípios: Manacapuru, Novo Airão, Anamá, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari, Codajás. Manacapuru é o município de referência para serviços de atenção especializada de média complexidade. O DSEI – Manaus integra essa RS.
RS Triângulo - Médio Rio Solimões (município de referência – Tefé)	Composta por 06 municípios: Tefé, Japurá, Maraã, Juruá, Uarini, e Alvarães. A reserva Mimirauá, de conservação ambiental, está localizada entre os municípios de Maraã, Alvarães, Uarini e Fonte Boa.
RS Rio Madeira (município de referência – Humaitá)	Composta por 05 municípios: Apuí, Borba, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã. Existe em cada município, uma unidade hospitalar para serviços de média complexidade. Para os serviços de urgência e ambulatorial do município de Humaitá, torna-se mais viável até Rondônia, devido a logística e baixo custo.
RS Rio Purus (município de referência – Lábrea)	Composta por 05 municípios: Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá. A assistência de maior complexidade é realizada em Manaus
RS Rio Juruá (município de referência – Eirunepé)	Composta por 06 municípios: Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna e Itamarati. Para chegar aos municípios de Guajará e Ipixuna, o deslocamento aéreo é feito até o município de Cruzeiro do Sul no Acre, pois, pelo acesso fluvial, leva em torno de 15 a 20 dias de viagem da capital Manaus.

Fonte: SUSAM (2019).

O estado do Amazonas tem uma forte concentração de povos indígenas, conforme dados do IBGE (2010), sendo constituídos sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para realizarem a atenção diferenciada às diversas etnias que vivem numa grande diversidade de territórios, alguns com fácil acesso, mas na sua maioria vivem em regiões remotas do Estado. Apesar desse estudo não tratar do provimento e fixação de profissionais na área indígena, o grupo de pesquisa do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia desenvolveu em outra pesquisa um estudo sobre o PMM no DSEI do Alto Rio Solimões (SCHWEICKARDT et al., 2019).

2.2 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As políticas de saúde foram marcadas por períodos conturbados, até que de fato, ocorresse nos anos de 1980 a Reforma Sanitária, que veio proporcionar um modelo de saúde abrangente e de inclusão a todas as classes. Os benefícios ora estabelecidos pela Constituição, em conjunto ao desenvolvimento do SUS, favoreceu o progresso nos modelos de atenção à

saúde, participação da sociedade em debates, culminando com melhorias do acesso aos serviços de saúde e se tornando um processo de ganhos positivos, principalmente para os segmentos menos favorecidos, nesse momento de grande importância na saúde pública (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Antes da instituição do SUS, o atendimento à população era realizado prioritariamente pelos hospitais públicos, com uma cobertura de cerca de trinta milhões de brasileiros, quando somente eram contemplados com esses serviços os contribuintes da Previdência Social. Em contrapartida, aqueles que não possuíam condições de contribuir eram atendidos pelas instituições filantrópicas e de caridade. Os serviços ofertados eram centralizados, com responsabilidade de Órgão Federativo e a saúde era denominada meramente ausência de doenças na época (BRASIL, 2011).

A Reforma Sanitária foi marcada por vários acontecimentos que antecederam o ponto máximo, que foi a instituição do SUS, não somente no que diz respeito propriamente à saúde da população, mas por uma série de impasses, tanto de cunho político-social, como econômicos, que inviabilizavam a conquista de estratégias para o setor saúde. Nessa conjuntura, vários movimentos tinham o mesmo interesse em prol de melhores serviços e uma saúde digna, que proporcionasse uma cobertura para todos os indivíduos. Desde departamentos de medicina, escolas de saúde pública, entidades sindicais, trabalhadores, dentre outros articuladores buscavam melhorias e a implantação de serviços de saúde de forma organizada e com abrangência para todos os brasileiros (PAIM, 2008).

O país, nesse período, vivenciava um duplo sistema de saúde, marcado pela medicina previdenciária, com atuação na saúde dos trabalhadores formais, de maneira individualizada e por meio dos institutos de pensão. E a saúde pública, voltada para os trabalhadores da zona rural e classes menos favorecidas, com ações meramente preventivas. Com intuito de expandir o setor privado, elevou-se a compra dos serviços de saúde pela previdência e facilitaram incentivos fiscais às empresas que aderissem às cooperativas como convênios, pois julgavam que serviços médicos estatais, não eram lucrativos para as políticas da época. Assim, os serviços médicos elevaram a cobertura, inserindo acidentes de trabalho e estendendo atendimento às empregadas domésticas, autônomos e trabalhadores rurais, criando o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os movimentos sociais de diferentes categorias sociais, instituições de pesquisa, associações científicas e membros do governo, participaram para a construção da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em março de 1986, com a participação de

aproximadamente cinco mil representantes, incluindo quase todas as instituições que exerciam atividades no setor saúde e a sociedade civil. A Conferência levantou questões acerca de um modelo novo de saúde para o Brasil, tendo como ponto mais importante a criação do SUS, que foi assegurada na Assembleia Nacional Constituinte no ano de 1988, representando uma importante modificação para a proteção social da população brasileira, anseios estes que já se faziam presentes nas lutas que antecederam sua consolidação (SOUSA, 2014).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, por intermédio da Lei n. 8.080 em 19 de setembro de 1990 e estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, regulamentado pelas Leis n. 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n. 8.142/90. Determina em seu Art. 7º que, as “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que fazem parte do SUS para promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo desenvolvidas de acordo com as diretrizes estabelecidas no artigo 198 da Constituição Federal” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011, grifo do autor).

Este novo desenho para a saúde, veio romper com os conceitos da proteção restrita à parcela da população, que expunham os demais indivíduos à mercê de modelos excludentes que se originaram na época. Veio promover a inserção de cobertura integral a todos, assegurando o direito à saúde, previdência e assistência social, os quais eram antes limitados somente aos contribuintes da Previdência. O novo modelo de política social tem como particularidade a cobertura universal com propósitos descentralizados, estabelecendo, dessa forma, o dever do Estado com as políticas públicas de saúde. Com esse propósito, o Brasil tornou-se um país singular, no que tange o formato de saúde universal e igualitário para todos os cidadãos, unificando áreas da previdência, saúde e assistência social, os quais seriam custeados por impostos em geral e contribuições sociais (FLEURY, 2009).

Dentre os aspectos mais importantes, definidos pela Constituição em relação à saúde, destacam-se: o conceito de saúde não limitado apenas na assistência médica, mas aos cuidados de forma longitudinal, melhorias em qualidade de vida e redução das desigualdades sociais, estabelecimento da saúde como um direito social e universal ao cidadão. O SUS tem como diretrizes ser um sistema descentralizado, com atendimento integral e participação da sociedade, além da prestação de serviços de caráter suplementar pelo setor privado, quando se fizer necessário (MENICUCCI, 2014).

O SUS foi instituído como arranjo organizacional, para concretizar as políticas de saúde no Brasil, unindo as três esferas de governo e organizado por princípios doutrinários: integralidade, universalidade e equidade, e organizativos: descentralização com comando

único, regionalização, hierarquização e participação popular, este último inserido por intermédio da Lei n. 8.142. Essa inserção teve como escopo a comunidade se fazer presente na gestão e controle do SUS, com seus respectivos representantes, objetivando o acompanhamento dos processos relacionados ao controle das políticas de saúde, em todas as esferas de governo, por intermédio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde (LUCIETTO, 2011).

A integralidade pode ser entendida como a base da AB, pois está fundamentada nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, possibilitando que se tenha uma visão mais holística dos indivíduos e coletividade envolvidos nas ações. Fazendo com que, esse cuidado seja prestado por equipe multiprofissional, levando em conta, o aspecto biopsicossocial de cada indivíduo, e tendo este, o direito de acessar os três níveis de assistência (SOUZA et al., 2012). A universalidade estabelece que todos os cidadãos têm direito de acessar os serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação. O princípio da equidade permite reconhecer as necessidades dos indivíduos e suas condições de vida, ofertando mais cuidado a quem necessitar mais, com atendimento diferenciado para a superação das desigualdades. Buscando dessa forma, oferecer um atendimento distinto a cada cidadão que apresentam particularidades diversas (PONTES et al., 2009).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Os primeiros “postos de saúde”, como eram conhecidos na AB, são datados da década de 1978, com pouca estrutura, organização e recursos limitados. Eram pequenas casinhas, alugadas por intermédio das prefeituras da época, com atendimento à população apenas duas vezes por semana, mas sem distinção no atendimento aos indivíduos que necessitavam dos serviços, diferente dos Postos de Atendimento Médico (PAMs), que eram prédios de tamanho maior, localizados nos centros das cidades. Contudo, apesar dessas condições desapropriadas, os sanitaristas da época, a cada ano aumentavam sua equipe com a presença de médicos, profissionais de enfermagem e dentistas, gerando certo valor positivo na prestação de serviços à saúde e fazendo com que, em 1983, a Previdência Social fizesse convênios com as referidas prefeituras (MATHIAS, 2018).

A AB é norteada pelos princípios e diretrizes do SUS e o indivíduo deve ser acolhido como sujeito singular, admitindo sua questão social e cultural, bem como, proporcionar atenção de forma integral, minimizando por intermédio da promoção, prevenção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, danos ou sofrimentos que possam colocar em perigo sua independência, considerando também, seus determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

A determinação de que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito e acesso às ações e serviços de saúde com qualidade, continua sendo uma cobiça pelos sistemas de saúde locais, os quais se esforçam para dar uma resposta que possa alcançar o componente essencial para a saúde da população em geral. Pois, mesmo no Brasil, onde o direito é garantido por lei, o assunto é tratado como uma tarefa árdua, visto que, conforme estudos, locais que possuem uma AB de qualidade evidenciam resultados positivos, por intermédio de ações preventivas, reduzindo despesas futuras em relação à assistência nos outros níveis de atenção à saúde, principalmente na alta complexidade, este último sendo mais oneroso para o Estado (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; KASHIWAKURA et al., 2016).

A Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu artigo 1º e parágrafo único, estabelece que: “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento”. Assim, os termos AB e APS são identificados como termos que possuem igual significado, agregando a ambas, os mesmos princípios e diretrizes, estipulados pelo SUS (BRASIL, 2017, p. 1-2).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no ano de 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), com finalidade de transformação do antigo modelo assistencial, com característica individualizada, custo elevado e hospitalocêntrico, para um novo modelo assistencial, priorizando os princípios básicos do SUS e buscando levar a saúde mais próxima do indivíduo, família e comunidade. O modelo foi influenciado pelas experiências em saúde de Cuba, Canadá e Inglaterra, os quais tinham uma visão mais ampla de cobertura de atenção em saúde. É composto por equipe multiprofissional, tendo como propósito ampliar essa ação integral, impactando de forma positiva no modo de saúde da população em geral, por intermédio das práticas de cuidado integrado e gestão qualificada (NEVES JÚNIOR, 2010; MENDES, 2015).

No ano de 2006, o PSF passa a ser reconhecido como uma Estratégia, transformando-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), por intermédio da Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Tinha a proposta de reorganizar a AB no país, levando em consideração as recomendações firmadas pelo SUS e tendo como efeito primordial elevar a capacidade de

desenvolver ações que visem à resolutividade, gerando largo efeito no cenário de saúde dos indivíduos e comunidade, principalmente no que diz respeito ao custo-efetividade (BRASIL, 2007). Todos os profissionais de nível superior que atuam na ESF têm em comum a responsabilidade da educação permanente, em conjunto com todos os membros da equipe, desenvolver ações simultâneas e buscando priorizar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A equipe da ESF é composta por, no mínimo, médico e enfermeiro, de preferência especializados em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com quantitativo definido baseado na população que será assistida (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos). Sendo facultativo acrescentar a esta formação como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, de preferência especializado em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e o agente de combate às endemias (BRASIL, 2017).

Para melhor efetivação das ações em saúde, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria GM n. 154 em 24 de janeiro de 2008, com a finalidade de prestar apoio às equipes da ESF, para tornar mais amplas a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, além de estender as ações da atenção primária (BRASIL, 2009). Essas novas modalidades foram desenvolvidas com o intuito de que, qualquer município tivesse a capacidade de obter esta política, e com isso realizar o aprimoramento das atividades que já se encontravam em exercício, sendo estas modalidades financiadas e reconhecidas pelo MS. Os NASF são compostos por equipe multidisciplinar, que subsidiam as equipes da Saúde da Família e demais equipes da AB, com suporte técnico no território dessas equipes e ampliando a resolução dos agravos. (BRASIL, 2014). No ano de 2017, após revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a nomenclatura do NASF foi redefinida, passando para a denominação de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) (BRASIL, 2017).

Os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul e outros com particularidades específicas dispõem de dois arranjos organizacionais: as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF). As eSFR desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e as eSFF desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (BRASIL, 2012).

2.4 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO LÍQUIDO DO AMAZONAS

Devido às características da região Amazônica, os municípios no interior do estado do Amazonas, além da disposição das UBS, têm a colaboração das UBSF e eSFR. Esses modelos tecnoassistenciais colaboram com o modelo assistencial da ESF proposto pelo SUS, e ao mesmo tempo, prestam assistência aos povos residentes em locais com difícil acesso. As equipes da ESF tiveram grande aporte dos profissionais do PMM, o qual contemplou em 2013 no segundo semestre, vários municípios do estado, possibilitando a formação de mais equipes da ESF nos locais mais remotos da região (SUSAM, 2016).

A UBSF é composta por equipe multidisciplinar, que atua dentro de uma embarcação estruturada com consultórios, prestando serviços a algumas comunidades interioranas do Amazonas. O atendimento é realizado por livre demanda aos pacientes e também àqueles que já se encontram adscritos na UBSF, como os pacientes com hipertensão e diabetes e as gestantes. A unidade realiza viagens planejadas e organizadas com todos os materiais necessários à realização das atividades propostas. Porém, dependem principalmente da disposição das águas, pois, em períodos de seca dos rios, fica bastante dificultada a entrada da embarcação em algumas localidades. Tal situação, retrata uma realidade dos povos que residem na região do Amazonas e em locais de difícil acesso no estado (SANTOS, 2018).

Já as eSFR utilizam lanchas para ter acesso aos rios, lagos e igarapés, com a finalidade de realizar o trabalho junto às comunidades. Diferente da UBSF, que se posiciona em um determinado local da comunidade e a equipe realiza o trabalho dentro da própria embarcação, as eSFR procuram chegar o mais próximo das casas das pessoas, fazendo com que esse atendimento possa ser realizado dentro da própria residência. Em algumas ocasiões, quando existe grande quantidade de pacientes para atendimento, ações voltadas para a saúde ou quando ocorrem campanhas de vacina, estes são realizados nas sedes da comunidade, escolas ou em outros locais mais amplos, para melhor acolhimento da população durante o desempenho das atividades (PEREIRA, 2018).

Dessa forma, a região requer a implantação de políticas de saúde voltadas para essas populações específicas, ao mesmo tempo, capacitadas de manter a equidade e integralidade, bem como, redução da rotatividade de profissionais nessas áreas (SCHWEICKARDT et al., 2016). A ESF foi de grande importância no ano de 2009 para estruturar os serviços de AB, pois, desde então, vários municípios abraçaram a causa conseguindo adesão ao programa. Fato este, que significou um avanço de forma positiva na mudança dos indicadores de saúde,

especialmente relacionado à mortalidade infantil, com impacto de redução na faixa de 27,56 por 1.000 no ano 2000 para 15,80 por 1.000 em 2009, segundo dados da FVS/AM para o Estado (SUSAM, 2009).

Lima et al. (2016) destacam que, em conjunto com a ESF para ampliar o acesso à AB, a inserção do PMM veio contribuir de forma positiva nas desigualdades em saúde, principalmente em locais onde a vulnerabilidade estava presente. Pois, segundo este estudo voltado para AB e PMM, ocorreram inúmeras consultas oriundas dos profissionais médicos inseridos no Programa, atendendo de certa forma, o objetivo ao qual este Programa foi proposto, redução das iniquidades e melhor oferta de acesso aos serviços de saúde.

Contudo, recentemente a AB sofreu grandes defasagens com a saída dos médicos do PMM em novembro de 2018, devido questões políticas, conforme reportagem do jornal Correio do Povo,² destacando que 86 vagas ainda continuavam em aberto nos municípios do estado do Amazonas, principalmente em áreas mais afastadas da cidade, e destas vagas, 63 seria para atuar nos DSEI's. No Alto Solimões, restavam 22 vagas e no Alto Rio Negro 11 vagas para serem preenchidas em Distritos Indígenas.³ Além dos indígenas, os ribeirinhos também foram prejudicados com a saída dos médicos, pois alguns médicos se inscrevem no Programa, mas, ao se deparar com a localidade de atuação, desistiram das vagas, deixando várias famílias a mercê do acesso aos serviços de saúde (ZAMBRANA, 2018; RODRIGUES, 2018).

No estado do Amazonas, o atendimento por alguns profissionais de saúde torna-se instável, dentre outros aspectos, principalmente pelas dificuldades encontradas em localidades mais remotas do estado, sejam pelas longas distâncias ou por questões na estrutura dos ambientes onde são realizadas as atividades laborais. Havendo necessidade de políticas ativas da gestão, que proporcionem de forma efetiva os critérios preconizados pelo SUS (SCHWEICKARDT et al., 2016).

As particularidades que envolvem o estado do Amazonas mostram a dificuldade, que as políticas públicas têm em proporcionar de maneira adequada a promoção da saúde nos territórios específicos. As políticas de saúde necessitam ser ativas, para dar respostas que minimizem as iniquidades produzidas na região Amazônica. Assim, as populações das

² Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/Saude/2018/12/668212/Mais-Medicos-106-vagas-nao-foram-preenchidas,-86-delas-no-Amazonas>. Acesso em: 26 dez. 2018.

³ Disponível em: <http://d24am.com/amazonas/mais-medicos-8-em-cada-10-selecionados-desistem-de-atender-indios-no-am/>. Acesso em: 26 dez. 2018.

localidades mais distantes da capital podem ser contempladas, de modo equitativo, com os cuidados de saúde.

Não podemos negar os avanços que a AB teve, com as inovações tecnoassistenciais que promoveram a inclusão das comunidades ribeirinhas. Mas ainda se fazem necessárias políticas de incentivo à formação e uma gestão de trabalho, que contribuam com ações que promovam a fixação dos profissionais de saúde, principalmente nas áreas de maior necessidade e com situação de vulnerabilidade.

2.5 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A gestão do trabalho como modelo de participação do trabalhador e ator fundamental para concretizar as competências do SUS vem buscando consolidar estratégias que visam valorizar os profissionais envolvidos nas ações de saúde por intermédio de incentivos para a qualidade não somente do trabalho em si, mas também do trabalhador como um todo, mostrando esse profissional não somente como espécie material, mas proporcionando a qualificação e agregando-lhe valores que venham torná-lo produtivo em todos os aspectos (BRASIL, 2011).

As discussões em volta do tema gestão do trabalho estão voltadas para as melhores adequações no campo do desenvolvimento das ações em saúde, embora a gestão e o cuidado se configurassem no passado como políticas que pouco dialogava. Nos dias atuais, a gestão vem ganhando espaço nesse setor, pois houve a necessidade da produção de atendimentos com qualidade e valorização profissional, e isso só poderia ter êxito, por meio de atos planejados, não apenas dos gestores, mas de toda classe, para que unidos, não somente os profissionais, mas que também os usuários do sistema pudessem usufruir do processo de organização dessa gestão do cuidado de maneira qualificada (SCHWEICKARDT et al., 2015).

A gestão do trabalho como forma de atender as especificações do SUS e a valorização profissional, busca o reconhecimento do trabalhador e do seu trabalho, com ganhos essenciais, como o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Também, discussões sobre as relações de trabalho em saúde, educação permanente, dentre outras pautas que busquem ter uma visão do profissional como agenciador na transformação do ambiente onde desempenha suas atividades, para que, dessa maneira, sejam fortalecidas as ações em saúde (BRASIL, 2014).

O trabalho em saúde é descrito como a prestação de serviços, por intermédio de conhecimentos específicos dos atores, sendo o material de trabalho imposto pelos usuários a essência daquilo que realmente se precisa, que é a saúde. Tem como constituintes essenciais o objetivo pelo qual está se prestando o serviço, o indivíduo (objeto) e os instrumentos de trabalho, os quais são peças primordiais para que seja concretizada a realização do trabalho, e das ações no setor saúde de maneira efetiva, contribuindo para melhoria da qualidade de vida de cada indivíduo inserido nesse ambiente (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Esse trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais que atuam na AB, tem como principal meta, realizar a mudança em situações indesejadas dos indivíduos, por meio de processos organizacionais. Deve dispor de ações e produzir informações que venham ser viáveis no planejamento do cuidado a ser prestado à população, o qual deve ser efetuado com qualidade. Tal processo inclui, não somente o bem-estar do indivíduo que está sendo tratado, mas também, procura inserir os objetivos próprios do profissional, buscando conquistar seu espaço como feitor de ações que irão beneficiar ambos os lados que envolvem o método de cuidar (FARIA et al., 2009).

Conforme descrito por Seidl et al. (2014) o trabalho em saúde na AB tem a singularidade de ser desenvolvido por profissionais distintos e de forma coletiva com a divisão das atividades, que necessitam de maior empenho dos profissionais em prol de oferecer qualidade no atendimento à população, com investimento no planejamento das ações e na educação permanente dos atores envolvidos. Esse trabalho desenvolvido no SUS apresenta algumas particularidades, no qual expõem que o profissional necessita ter uma formação qualificada, educação de forma duradoura e, sobretudo, habilidades específicas que possam contribuir para o trabalho desenvolvido pela equipe que atua na promoção da saúde, bem como, sensibilidade às necessidades dos indivíduos (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

De maneira geral, esse trabalho é desempenhado dentre outros, pelos profissionais inseridos na ESF. O processo de trabalho se caracteriza de forma interdisciplinar e multiprofissional, pelo reconhecimento dos saberes e práticas, com pretensão de realizar uma abordagem integrativa e resolutiva e o monitoramento das ações que foram executadas, analisando na íntegra todo o processo de trabalho desenvolvido. O trabalho tem como finalidade fortalecer o SUS com base na equidade, integralidade e universalidade, bem como com participação da comunidade, com um propósito interdisciplinar, tendo a família e a comunidade como fundamento (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

A prática de educação em saúde, como componente essencial no desempenho do trabalho dos profissionais inseridos na área da saúde, tem como importância, principalmente formar de, maneira permanente, os profissionais que atuam no cenário da saúde, de modo a permitir a ampliação do conhecimento sobre o indivíduo e coletividade, para que possam obter a capacidade de assegurar sua saúde e a qualidade de vida, levando em consideração que ambas, saúde e educação, são condições sociais que andam lado a lado no processo de melhorias das atividades em saúde de todos os elementos envolvidos (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Apesar de promover técnicas diversificadas e diferenciadas, a educação em saúde pretende instituir laços de relacionamento entre indivíduos e profissionais atuantes, favorecendo o envolvimento da comunidade, de modo a realizar modificações que venham contribuir de forma positiva para a melhoria na qualidade de vida da população (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). Após a consolidação do SUS, novas percepções foram apresentadas como impulsos na prestação de cuidados relacionado à gestão do trabalho e educação em saúde. O profissional passa a ser compreendido não somente como mero prestador de serviços, e sim, como um ator que faz a gestão do cuidado nos mais diferentes contextos sociais.

2.6 PROFISSÕES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Dentre os profissionais de saúde que atuam na AB em saúde, destacam-se os médicos, enfermeiros, preferencial, especializados em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, preferencial especializado em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e o agente de combate às endemias, dentre outros que atuam nos NASF (BRASIL, 2017). Serão focados os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que atuam na AB, por se tornarem objeto do estudo em questão.

Os profissionais de medicina no mundo somam um total de 9.171.817 médicos em 193 países, os quais são distribuídos de maneira irregular no que diz respeito às nações, continentes e extensão da população. Sendo a África o local com o menor percentual de médicos por cada mil habitantes (0,23) e a Europa com o maior percentual (3,33). O desenho da OMS destaca que ocorrem desigualdades em relação aos financiamentos para a saúde,

revelando que, onde ocorre a falta de médicos, geralmente são aquelas localidades com os indicadores de saúde insuficientes (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011).

O médico é um profissional que realiza sua graduação por um período de seis anos, e se capacita de forma intensa, para buscar o diagnóstico e a cura de pessoas enfermas, tratando-as humanamente e com dedicação profissional, conforme descrito (MIRANDA-SÁ JR, 2013).

Médico é o agente da medicina, a pessoa capacitada e habilitada para exercer a profissão médica. Medicina é a profissão científica e humanitária cujos agentes, os médicos, são incumbidos privativamente do diagnóstico das enfermidades e do tratamento dos enfermos e todos os demais atos profissionais decorrentes destes. Cabe-lhes, adicionalmente e como práxis profissional compartilhada, a participação em programas e procedimentos de promoção da saúde, profilaxia das enfermidades e reabilitação dos casos de invalidez. Devendo-se destacar a primazia da relação humanitária e ética dessa relação especial entre o enfermo e quem o ajuda (MIRANDA-SÁ JR, 2013, p.15).

Dentre as atividades desempenhadas pelo profissional médico na AB, são destacadas as seguintes: realizar assistência integral aos indivíduos, consultas clínicas e procedimentos, encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, realizar atividades de demanda espontânea, domiciliar e programada em clínica médica, contribuir e participar das atividades de educação permanente com os membros da equipe, seguir protocolos pré-estabelecidos, dentre outras atividades inerentes à área de atuação (BRASIL, 2017).

Os profissionais de enfermagem realizam sua graduação por um período de cinco anos. Conforme dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em março de 2019, o Brasil exibiu um quantitativo de 523.532 profissionais. Já no estado do Amazonas, esses profissionais somam um total de 10.198 enfermeiros (COFEN, 2019). A enfermagem é uma profissão, que também possui extrema importância nos sistemas de saúde e principalmente no SUS, pois, trata-se de atividade que abraça o cuidar dos indivíduos, como essência no desenvolvimento de seu trabalho profissional (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA 2016).

A enfermagem é essencial a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e está alicerçada em um processo de trabalho moderno. Atividade historicamente associada à caridade cristã, ela transforma-se em profissão centenária no início do século XIX, sem, contudo, desvincular-se do 'cuidar' cujo trabalho requer, portanto, valorização por parte da sociedade e dos demais profissionais de saúde (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016, p. 20).

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na AB incluem dentre outras: realizar atenção à saúde aos indivíduos e família, se necessário, no domicílio ou em outras locais da comunidade, atividades em grupo; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, encaminhamentos conforme a necessidade a outros serviços de saúde, manter rotina atualizada seguir protocolos conforme disposições legais da profissão, bem como outras atribuições inerentes à profissão; realizar plano de cuidados dispensado à pessoas com condições crônicas; planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS (BRASIL, 2017).

Outro profissional com destaque, como membro da equipe de saúde, é o de odontologia. Também realiza sua graduação por um período de cinco anos. Esses profissionais tornam-se agentes responsáveis pela saúde bucal dos indivíduos, bem como devem realizar atividades que possam promover a saúde da população, assim como é descrito no Código de Ética em seu “Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto” (CFO, 2012).

Na AB, os profissionais odontólogos realizam atividades como: procedimentos clínicos e cirúrgicos da região bucal, prevenção, tratamento, acompanhamento individual e coletivo, atividades programadas, planejamento e coordenação das ações em saúde bucal, desenvolvimento de ações em conjunto com a equipe, considerando o perfil epidemiológico da população, e, quando necessário, atendimento de urgência, dentre outras atividades de sua área de atuação (FIGUEIREDO, 2011; BRASIL, 2017).

2.7 PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMAZONAS E ÁREAS DE DIFÍCIL ACESSO

Provimento, segundo o dicionário Aurélio, significa: abastecer, fornecer, munir, dotar, nomear, providenciar. E o significado de fixação é descrito como: tornar fixo, afixar, reter, tornar-se fixo, estável, permanente, estabelecer-se, tornar estável (FERREIRA, 2014). E conforme o Conselho Federal de Administração (2012) provimento é definido como:

Ato administrativo pelo qual se dá o preenchimento de cargo ou emprego público, designando-se seu ocupante de titular, responsável pelo exercício das funções públicas relativas a esse cargo ou emprego. No regime estatutário, o provimento equivale à nomeação para cargo público; já no regime da CLT, refere-se à contratação de servidor (CFA, 2012, p. 64).

Dessa forma, o provimento e a fixação como destacado, referem-se a abastecer, providenciar e estabelecer-se em determinado local. Dentre outros aspectos, ambos os termos, visam, que ocorra o suprimento e a retenção de algo em algum lugar. Para os serviços de saúde, principalmente daquelas áreas mais distantes dos centros urbanos, tem-se a necessidade que ocorra um aumento na demanda de profissionais para atuarem nessas localidades, promovendo, dessa forma, uma política de saúde abrangente aos usuários que ali se encontram.

Na década de 1942, foram criadas pelo Serviço Especial Saúde Pública (SESP) estruturas para o desenvolvimento de serviços de saúde e saneamento em várias localidades da Amazônia, com o intuito não somente de realizar o atendimento da população, mas também realizar a formação de recursos humanos para atuar em áreas do interior do estado, onde se encontravam instalados, na época, os trabalhadores que realizavam a extração de borracha (SCHWEICKARDT et al., 2017).

Nos anos entre 1974 a 1979, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) realizou a preparação de profissionais durante o processo da Reforma Sanitária, com a finalidade de formar recursos humanos para atuarem nos serviços de saúde. Orientando-os de forma que pudessem investigar e ter noção crítica relacionada às condições de saúde da população e seus determinantes, os cursos de saúde pública desenvolveram de forma significativa, o aprendizado para as novas modalidades que estariam surgindo no campo da saúde, capacitando profissionais em todo território brasileiro (PINHEIRO, 2009).

Desde a 3ª CNS realizada no Rio de Janeiro, em 1963, já existiam discussões acerca da divisão dos profissionais de saúde pelo país, a qual ocorria de maneira inadequada, especialmente pelos médicos. A problemática foi de que forma seria solucionado o provimento desses profissionais nos municípios distantes, marcados pelo subdesenvolvimento, visto que estes procuravam se concentrar em locais com melhores condições de atendimento e que fossem providos de tecnologia para desenvolver suas habilidades. Após discussões, ocorreu a 4ª CNS voltada para os recursos humanos, cujas propostas se voltavam para a elaboração das políticas voltadas para a formação de pessoal em saúde, com o propósito de melhorias no setor. Foi sugerido que profissionais de nível auxiliar, substituíssem os médicos, devido à oposição destes às localidades rurais e mais distantes (MACIEL FILHO, 2007).

Em relação à discussão da 5ª CNS, esta buscava responder quanto à demanda e qualidade da formação profissional, por intermédio das escolas de formação. Também, a compreensão de que seria coerente desprezar o antigo modelo de saúde que imperava na época, o qual atuava de forma curativa, tendo a percepção da necessidade de medidas para prevenção com aspecto mais abrangente. Já a 6ª CNS, discutiu a modificação na estrutura do quadro de servidores, por meio da inserção da ação multiprofissional, proporcionando, dessa forma, melhor aplicação dos recursos humanos por área de formação. O tema abordado na 7ª CNS teve como questão os recursos humanos para os serviços de saúde, com o objetivo de melhorias na execução das atividades desenvolvidas por estes, na AB (FERREIRA; MOURA, 2006).

A 8ª CNS realizada em março de 1986, foi o pilar essencial nesta década em relação ao histórico das políticas de saúde no Brasil. Nesta, foi definida que a prestação dos serviços deveria ser de interesse público e de forma determinante à população. Nessa mesma época, também foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde (CNRHS), que instigava uma proposta relacionada à política de gestão do trabalho e desenvolvimento, voltada aos trabalhadores da saúde para a implantação do SUS. Teve conexão com vários profissionais de entidades ligadas à educação, trabalho, administração e usuários da saúde, com o intuito de serem verificados vários aspectos que estão inseridos na política de recursos humanos para a saúde, os quais ainda se mostram de maneira ineficiente em algumas localidades com grau de vulnerabilidade (SILVA et al., 2009).

De uma forma geral, a política para os Recursos Humanos direcionados a saúde brasileira teve seu ponto principal após a IV CNS, por meio de suas diretrizes que, no país, tornava-se indispensável construir um contingente para a realização das atividades em saúde nos municípios brasileiros, especialmente naquelas regiões descritas como de difícil acesso. Tiveram destaques nessas questões, as regiões Norte e Nordeste. Surgiu também, nos debates, grande preocupação com a formação e capacitação adequada dos profissionais, para que se tornasse viável sua fixação nas áreas mais remotas (BARBOSA, 2016).

Apesar da questão do provimento e fixação de profissionais da saúde em áreas de difícil acesso transcender de algumas épocas, no decorrer destas foram obtidas certas conquistas no setor saúde para suprir suas lacunas, como a implantação de planos que buscavam suprir essas demandas, impulsionar o processo de interiorização para prover e fixar esses profissionais. Dentre eles, o Projeto Rondon (1967), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – Piass (1980-1985), o Programa de Interiorização do Sistema

Único de Saúde – PISUS (1994) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS (2001). Todos os programas tinham como finalidade em comum, estabelecer o provimento e a fixação de profissionais em áreas remotas e difícil acesso, onde o grau de vulnerabilidade era e ainda é constante (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

O PISUS foi implantado pela Portaria n. 692/1994, o PISUS, um dos últimos programas com o objetivo de fixar e regulamentar a interiorização de profissionais em municípios da Amazônia Legal tinha como finalidade, a garantia do acesso aos serviços de saúde, com prerrogativas de uma assistência ampliada e promoção da saúde, em locais mais distantes. Com o mesmo escopo o PSF, criado na mesma época, composto por profissionais médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde, desenvolvia o trabalho em equipe, moldando novos caminhos para uma assistência integral. Porém, até o ano de 1996 poucos municípios tinham à disposição esses serviços (ALBUQUERQUE, 2015).

A dificuldade em promover o provimento de profissionais de saúde e o acesso da população de forma igualitária, algumas vezes se manifesta em razão das iniquidades regionais. Pois, mesmo em locais onde a proporção de médicos está acima da média nacional, os profissionais encontram-se mal distribuídos, principalmente naquelas localidades mais vulneráveis e com difícil acesso (BRASIL, 2015).

Mas a iniquidade maior se manifesta quando se percebe que quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e precárias as condições sociais, econômicas e sanitárias da região e do município, maior será a necessidade de médicos, maior a escassez deste profissional, mais inflacionado o mercado de trabalho médico da região e menor a capacidade do município de atrair e fixar os profissionais (BRASIL, 2015, p. 23).

Stralen et al. (2017) relatam que, nos anos de 2011 e 2013 foram criados dois programas importantes para provimento de profissionais da saúde na AB, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o PMM. Tais programas buscaram atrair a atenção de profissionais de saúde para as localidades distantes dos centros urbanos, que não tinham a devida assistência à saúde.

O PROVAB foi instituído pela Portaria Interministerial n. 2.087, em 1º de setembro de 2011, por determinação do MS, em conjunto com o Ministério da Educação, com o intuito de valorizar e incentivar principalmente os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que atuavam na AB e na ESF. Mas também, contribuir para que os povos mais necessitados dos serviços em saúde pudessem dispor dessa assistência e estimular

profissionais recém-formados na área da saúde, para realizar suas atividades em regiões remotas e com carência de recursos humanos. Teve como benefícios, o aperfeiçoamento profissional, bolsa de estudo e nas provas realizadas para residência médica pontuar com 10% a mais (BRASIL, 2011).

Aciole (2017) destaca que o PMM, instituído no Brasil por intermédio da MP n. 621, publicada em 08 de julho de 2013, posteriormente sendo modificada para Lei n. 12.871, em 23 de outubro de 2013, foi uma política com grande importância para provimento de profissionais médicos. Veio para suprir a escassez de médicos para o país, especialmente na região Amazônica, áreas indígenas e localidades com maior grau de vulnerabilidade. Porém, ainda é evidente que, alguns locais que anteriormente apresentavam índices de escassez, voltam a evidenciar esses quesitos relacionados à AB, especialmente aquelas localidades destacadas com presença de população em situação de vulnerabilidade.

Em estudo desenvolvido por Pinto et al. (2017) destaca-se que a implantação do Programa buscou realizar o provimento e fixação de profissionais em áreas distantes, e com populações em situação de maior instabilidade. O objetivo foi, dentre outros, promover melhor acesso aos serviços de saúde e preencher vagas nas equipes de saúde que se encontravam incompletas. Teve como prerrogativas prioritárias cobertura da AB principalmente naqueles locais onde os serviços oferecidos aos indivíduos eram estritamente prestados pelo SUS, ou seja, não tinham oferta da saúde suplementar.

O PMM foi criado com o propósito da formação de recursos humanos na área médica para o SUS, objetivando a redução da ausência desses profissionais em regiões preferenciais para o SUS, com a meta de abrandar as diferenças ocorridas nas regiões em relação à saúde, bem como, tornar mais eficaz os serviços desenvolvidos pela AB no país. O Programa dispõe de grande investimento relacionado à infraestrutura das unidades de saúde, expansão na quantidade de médicos em locais da AB com dificuldades de provimento, sendo um passo muito importante, para reestruturar as redes de saúde locais e promover novas conquistas por intermédio de iniciativas voltadas para o trabalho em conjunto com as equipes de saúde multidisciplinar (BRASIL, 2013).

Conforme descreve Weber (2017), o PMM foi uma política de provimento de médicos para regiões em situações de vulnerabilidade social, sendo estabelecida no Brasil, com a finalidade de melhorar a assistência em saúde no SUS, mais especificamente na AB e em regiões mais distantes dos centros urbanos. Essa política foi instituída, após a problemática da escassez dos profissionais médicos nessas regiões, haverem sido mostradas como foco

principal de iniquidades na área de saúde, devido a dificuldades de acesso às localidades mais longínquas do estado. Assim, estes vieram para suprir essas demandas, as quais criavam irregularidades na promoção da saúde dessas populações.

As dificuldades para atingir a universalização no SUS apontam tanto as diferenças socioeconômicas quanto dos próprios serviços de saúde, especialmente na região norte do país. Conforme estudo sobre a comparação na atuação de médicos no interior de outras regiões do Brasil e no interior da região Norte, especificamente no interior do Amazonas, o resultado apontou pior desempenho na disposição desses profissionais no interior do estado do Amazonas e regiões menos beneficiadas estruturalmente. Evidenciando que não somente a região padece com estas questões, mas várias regiões onde as desigualdades sociais estão em destaque (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Silveira e Pinheiro (2014) relatam que, as regiões situadas no interior do Amazonas contam com reduzidas porcentagens de médicos. Apresentando 0,2 médicos para cada mil habitantes no interior e 2,0 médicos para mil habitantes na capital, ocasionando uma discrepância negativa de profissionais nos locais mais distantes. Alguns gestores relatam obstáculos para assegurar uma equipe multiprofissional na ESF nas periferias das grandes cidades, devido à alta rotatividade de profissionais e destacando outras causas como: salários defasados, formação acadêmica não adequada, locais de trabalho com instalações precárias, problemas socioeconômicos dos municípios, cidades de pequeno porte com falta de infraestrutura, questões de violência. Dessa forma, tais dificuldades se estendem tanto nas capitais como nas periferias, sobretudo naquelas áreas mais distantes da cidade e com grau de vulnerabilidade ampliado e com particularidades no acesso idênticas à região Amazônica (GOMES, 2015).

Outros elementos que contribuem na complexidade para fixação dos médicos na ESF, conforme relatos dos mesmos, questões relacionadas às políticas locais, o que aumenta ainda mais a demanda de pacientes e rodízio dos profissionais. Ademais, a falta de ações de educação permanente, planos de carreira que assegurem a ascensão profissional, articulação com os demais níveis de atenção à saúde e a depreciação salarial, fazem com que, os profissionais busquem outros municípios que apresentam mais estabilidade e condições de trabalho (GALAVOTE et al., 2016).

A dificuldade relatada por profissionais enfermeiros durante a execução de suas atividades em saúde diz respeito à estrutura física dos ambientes, grande quantidade de população adscrita, falta de recursos materiais, financeiros, gestão e uma melhor compreensão

da comunidade de qual seria realmente a finalidade das atividades prestadas por estes profissionais. Todas essas questões são levantadas como desestimulantes, permitindo o comprometimento na continuidade dos profissionais naquela determinada região e na continuidade do serviço desenvolvido por estes, em busca de permitir o acesso da população aos serviços de saúde (FIRMINO et al., 2016).

Estudo de Nogueira (2007) destaca que a OMS reconheceu que há uma deficiência de profissionais enfermeiros no mundo todo. Tal episódio ocorre devido a uma quantidade reduzida de pessoas estão optando pela profissão, bem como o fator envelhecimento dos profissionais que ainda estão ativamente na função. Dessa forma, este fato serve como alerta às entidades governamentais, dentre outros integrantes dos sistemas de saúde, para admitir que esses profissionais têm grande importância para os serviços de saúde, e venham proporcionar transformações de forma satisfatória nos locais de trabalho, com o objetivo principal de promover a dignidade e condições viáveis de trabalho a esses trabalhadores.

Estudo em um município do Amazonas destacou que a disposição de profissionais odontólogos nos interiores é escassa, levando muitas vezes os moradores a aguardar pelos barcos de saúde que aparecem de forma esporádica, ou procurar por serviços de práticos do local. Se houver dor no dente, este geralmente é perdido, devido falta de um acompanhamento adequado e da prestação do cuidado específico desse profissional (CARNEIRO et al., 2009).

Pioner (2012) relata sobre o trabalho de profissionais da ESF nas comunidades mais distantes do estado, onde médicos, enfermeiros e odontólogos desenvolvem suas atividades. Nesses locais, passam a viver uma realidade diferente daqueles que atuam dentro da capital, seja pela precariedade e realidades peculiares durante o desempenho laboral nesses locais, condições vulneráveis da saúde local, salários incompatíveis ou pela falta de compromisso com a capacitação profissional. Tais condutas podem levar ao grande revezamento, e reduzida fixação dos profissionais nessas áreas. Também, em virtude do detrimento tanto de cunho pessoal como profissional, causa transtornos aos indivíduos que necessitam da prestação do serviço e aos profissionais, que não conseguem atender a grandes demandas impostas, o que torna o trabalho em saúde preconizado pelo SUS uma precariedade nesses ambientes.

Em outro estudo sobre profissionais da ESF é destacado que a precariedade das comunidades pode se tornar um sofrimento psicológico, envolvendo os trabalhadores dessas áreas, comprometendo não somente a execução das atividades, podendo também acarretar prejuízos pessoais, emocionais e posteriormente complicações na estruturação desse modelo assistencial. Acima de tudo, pode gerar alta rotatividade de profissionais, pelo fato de não se

sentirem realizados profissionalmente, que vem sendo o anseio de muitos quando ingressam no mercado de trabalho em saúde (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Estudo desenvolvido no estão do Amazonas aponta dados que envolvem as políticas de gestão e trabalho em saúde, que podem ser problematizados. A rotatividade torna-se frequente, devido às características peculiares inerentes às regiões do norte do país e, especificamente, nos interiores do estado do Amazonas. As realidades diferenciadas de cada município, questões políticas internas, estrutura do ambiente de trabalho, distanciamento da família, dentre outros fatores, são aspectos que dificultam de certa forma, o desenvolvimento das atividades dos profissionais nas áreas remotas do estado e conseqüentemente seu provimento e fixação, levando a região na permanência das iniquidades em saúde (SCHWEICKARDT et al., 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa e qualitativa. Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada: “O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS”, que teve como objetivo avaliar o provimento e fixação de profissionais de saúde no SUS, realizado em 20 municípios do estado do Amazonas, Brasil.

O estudo transversal é um modelo executado em momento de tempo definido, onde a apresentação dos fatos encontra-se no corrente espaço de tempo investigado. Ou seja, o fator e o efeito são apurados em um dado momento e apenas uma única vez durante a realização da pesquisa (HOCHMAN et al., 2005).

Conforme descreve Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como estabelecer as relações entre as variáveis do estudo. Para esta pesquisa, a particularidade foi a utilização do banco de dados da pesquisa referida acima, que está nos arquivos do LAHPSA. O estudo analítico é mencionado como um processo de entendimento da realidade, envolvendo a sistematização dos componentes abordados para promover um estudo completo, e para que isso ocorra, as ideias devem estar estruturadas e ordenadas para melhor compreensão do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Na pesquisa quantitativa, as suas resoluções podem ser quantificadas e têm a capacidade de mostrar uma realidade local, devido à representação das amostras. São objetivas e relatam as circunstâncias de um fenômeno pela linguagem matemática. Em conjunto com a pesquisa qualitativa, possibilita reunir maior quantitativo de informações, as quais não poderiam ser alcançadas, se fossem trabalhadas de forma isolada (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A utilização do método quantitativo está baseada em dados estruturados de certa quantidade de elementos, a qual irá referenciar um todo de uma determinada população ou circunstância, sendo esses procedimentos alcançados por meio de técnicas e tratamentos estatísticos, em busca de significados absolutos (OLIVEIRA, 2011).

A pesquisa qualitativa, por sua vez, busca compreender de forma mais intensa os grupos na sociedade e os significados das coisas com diferentes interpretações, pontos de

vista voltados para a realidade. Analisa as informações de forma mais minuciosa e com profundidade, não se preocupando com conceitos numéricos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). O uso do método qualitativo permite também, investigar mais a fundo o debate acerca dos fenômenos destacados no estudo, e o seu convívio direto com a circunstância envolvida condiciona uma melhor ênfase aos múltiplos conceitos que irão surgir. Dessa forma, neste método o pesquisador tem a possibilidade de um relacionamento direto e maior tempo com o ambiente em questão, devido ao árduo trabalho de campo que compõe essa metodologia (OLIVEIRA, 2011).

3.2 LOCAL DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na definição da amostra dos municípios de interesse da pesquisa maior, foram selecionados por conveniência, dois municípios em cada uma das nove RS do Amazonas, sendo o primeiro o polo de referência, sede regional e o segundo escolhido conforme os seguintes critérios:

- a) distância da sede;
- b) infraestrutura da rede de atenção à saúde;
- c) porte populacional;
- d) calha de rio.

A Região do Rio Madeira teve a sede e mais três municípios participantes na amostra, por se tornarem objeto de outra dissertação de mestrado. Assim, foi selecionado um total de 20 municípios, distribuídos da seguinte forma:

Região Alto Rio Solimões: Tabatinga e São Paulo de Olivença;

Região Baixo Rio Amazonas: Parintins e Barreirinha;

Região Entorno de Manaus e Alto Rio Negro: São Gabriel da Cachoeira e Careiro da Várzea;

Região Rio Juruá: Eirunepé e Envira;

Região Médio Rio Amazonas: Itacoatiara e Itapiranga;

Região Rio Purus: Lábrea e Pauini;

Região Rio Madeira: Humaitá, Borba, Manicoré e Novo Aripuanã;

Região Rio Negro e Rio Solimões: Manacapuru e Coari;

Região Triângulo (médio rio Solimões): Tefé e Marañ.

Uma vez escolhidos os municípios, foi levantado o total dos profissionais em saúde de nível superior por unidade de estabelecimento em saúde de cada localidade. Para o cálculo da amostra, foi utilizada a fórmula abaixo:

Tamanho da amostra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2(1-\alpha/2)^2 * (N-1) + p*(1-p)]$, sendo:

Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF): 2;

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp) (N);

Frequência % hipotética do fator do resultado na população (p): 50%;

Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/-%) (d): 95%.

Desta forma, estabeleceu-se uma amostra mínima de profissionais de saúde a serem entrevistados. O Quadro 4, apresenta o quantitativo de profissionais por município e total de entrevistados:

Quadro 4 – Distribuição do quantitativo de profissionais entrevistados

Regiões de Saúde	Municípios	Total de profissionais	Entrevistados
Alto Solimões	Tabatinga	170	152
	São Paulo de Olivença	30	14
Juruá	Eirunepé	52	34
	Envira	36	22
Purus	Lábrea	47	30
	Pauini	24	15
Triângulo (Médio Rio Solimões)	Tefé	120	54
	Maraã	22	15
Rio Negro e Solimões	Manacapuru	190	64
	Coari	160	43
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	São Gabriel da Cachoeira	84	17
	Careiro da Várzea	31	15
Médio Rio Amazonas	Itacoatiara	228	126
	Itapiranga	28	11
Baixo Amazonas	Parintins	190	86
	Barreirinha	43	33
Rio Madeira	Borba	68	23
	Manicoré	57	32
	Humaitá	80	29
	Novo Aripuanã	29	15
Total			830

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Os profissionais entrevistados na pesquisa trabalhavam em hospitais, na AB, na Vigilância em Saúde, na Regulação, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos Laboratórios, nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e nas Secretarias

Municipais de Saúde. Estes profissionais, na ocasião, atuavam nos 20 municípios, das nove RSs do estado do Amazonas.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no presente estudo todos os profissionais de medicina, enfermagem e odontologia; atuantes na AB dos 20 municípios visitados.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do presente estudo todos os entrevistados pertencentes a outras categorias profissionais, aqueles que não atuam na AB, profissionais pertencentes ao PMM, profissionais que atuam na saúde indígena.

3.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Foram utilizados dois tipos de instrumentos: um para os profissionais de nível superior e outro para os gestores municipais. Para o presente estudo, foi utilizado apenas parte do instrumento para os profissionais de nível superior (anexos) que foi dividido em dois blocos. No primeiro bloco, contemplou a caracterização dos profissionais quanto sua formação, situação familiar, trajetória dos profissionais e dados sociais gerais. Esse bloco de informações constituiu a base dos achados da parte quantitativa do estudo. O segundo bloco de informações era composto por seis perguntas abertas (anexos) que questionavam sobre motivação para escolha e permanência no município ou se existiam interferências locais, rotina de trabalho, se existiam outras questões que interferiam na mobilidade profissional, e avaliação das condições de trabalho. As perguntas abertas foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra para análise dos resultados. Essa parte do instrumento serviu de base para achados da parte qualitativa da pesquisa.

O segundo instrumento estava dividido em duas partes: a primeira com perguntas fechadas sobre o perfil do gestor e a segunda parte foram perguntas abertas sobre a estrutura de gestão do trabalho no município, as dificuldades de contratação de profissionais e as estratégias para a fixação e o provimento dos profissionais. Os instrumentos foram elaborados pela equipe com o apoio de pesquisadores consultores do projeto. Em seguida, foi discutido

em reuniões da equipe de pesquisa, juntamente com os estatísticos para verificar a validade da pergunta na relação com os objetivos. Depois disso, foi realizado um teste num município próximo para avaliar os instrumentos, que foi novamente discutido pela equipe, sendo finalmente validado para a aplicação das entrevistas. Para a aplicação dos instrumentos, foi utilizado um *tablet*, para facilitar a coleta de dados. Posteriormente, os dados foram enviados para um banco de dados, para que pudessem ser baixados para a análise. A parte das questões fechadas utilizadas, foram consideradas na análise das respostas dos profissionais, e as seis perguntas abertas possuem as seguintes indagações:

- a) Por que este município?
- b) Como é sua rotina de trabalho?
- c) O que lhe motiva a permanecer neste município?
- d) O que interfere para a permanência nesse município?
- e) Existem outras questões que interferem na mobilidade dos profissionais de saúde?
- f) Como avalia as condições de trabalho no município?

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, o projeto “O CENÁRIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO AMAZONAS: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS”, do qual o presente estudo faz parte, já foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, número do parecer: 517.862, data da relatoria: 29.01.2014, CAAE 20016613.7.0000.5020 (anexos).

3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de maio de 2014 a setembro de 2016, com a colaboração de 21 pesquisadores pertencentes às Instituições: Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/ Fiocruz Amazônia), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM – AM), Secretaria Municipal de Saúde de Tefé e Parintins.

Após identificação dos profissionais de saúde e os gestores, segundo os critérios de inclusão, os selecionados foram contatados pelos pesquisadores e esclarecidos todos os aspectos da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos), assim sendo aplicado o instrumento da pesquisa.

Não houve identificação pessoal de nenhum sujeito. A logística da pesquisa de campo foi planejada pela equipe do Projeto, no primeiro encontro realizado em Manaus. Na ocasião, foram mapeados os municípios e as suas condições de acesso. Posteriormente, foi realizada a distribuição dos pesquisadores, de acordo com a sua disponibilidade, para a realização da coleta de dados. Foi considerado que, os pesquisadores não fariam entrevistas no seu município de residência.

O deslocamento para os municípios de Itacoatiara, Itapiranga e região do Médio Rio Amazonas, foi realizado por via terrestre através de carro particular do pesquisador e ônibus. Itacoatiara está localizado na margem do Rio Amazonas numa distância de 270 km da capital. Itapiranga está localizado na região do Médio Rio Amazonas, margem do Rio Urubu, distante 276 km de Manaus.

O deslocamento para os municípios do Entorno de Manaus e Alto Rio Negro foi realizado por via aérea e fluvial. Careiro da Várzea foi realizado através de lancha, saindo do porto da Ceasa, em Manaus, até o porto do município. A viagem durou em torno de 20 minutos. A viagem para São Gabriel da Cachoeira foi realizada por voo comercial, com duração de 2 horas.

A viagem para os municípios da região do Rio Negro e Rio Solimões foi realizada tanto por via terrestre como aérea. O município de Manacapuru está localizado na margem do Rio Solimões numa distância de 90 km da capital, sendo a viagem realizada por carro particular do pesquisador. Para Coari, a viagem foi realizada em outro período por voo comercial, com duração de 1 hora.

Os deslocamentos para os municípios da Região do Baixo Rio Amazonas foram realizados por via aérea, em voo comercial, e fluvial. A viagem para Parintins durou em torno de uma hora. Para chegar a Barreirinha, o trajeto foi realizado através de lancha, saindo de Parintins, com duração de uma hora. Barreirinha está localizada na margem de dois rios: Paraná do Ramos e Andirá.

Os municípios da Região do Triângulo, localizados no Médio Solimões, tiveram o deslocamento aéreo e fluvial. A viagem para Tefé, localizado na margem do Rio Solimões, foi realizada em voo comercial com duração de 1 hora e 20 minutos. O município de Maraã, localizado às margens do rio Japurá, foi acessado com viagem para Tefé e, posteriormente, em barco com duração de 24 horas.

A viagem para região do Alto Solimões foi realizada por via aérea e fluvial. A viagem à Tabatinga, localizado na margem do rio Solimões, foi realizada por voo comercial, com duração de 2 horas e 30 minutos. O deslocamento para o São Paulo de Olivença foi realizado,

primeiramente de avião até Tabatinga e posteriormente de lancha com duração de 4 horas, saindo do porto de Tabatinga. A viagem para a região do Rio Madeira foi realizada por via aérea, terrestre e fluvial.

O deslocamento para Humaitá, margem do Rio Madeira, foi realizado através de voo comercial até o município de Porto Velho (RO) e via terrestre pela Transamazônica com duração de 2 horas. A viagem para Borba foi realizada por via aérea, táxi aéreo, com duração de 45 minutos. O deslocamento para Novo Aripuanã, margem do rio Madeira, foi realizado por via fluvial, através de lancha, com duração de 4 horas, saindo de Borba. A viagem para Manicoré foi realizada por via fluvial, com lancha, saindo de Novo Aripuanã, com duração de 4 horas. A pesquisa foi realizada nesses três municípios no mesmo período, com duração de 15 dias. O retorno para Manaus aconteceu de Manicoré através de lancha com duração de 17 horas de viagem porque a lancha teve problemas. Somente Humaitá foi realizada em período posterior.

A pesquisa na região do Purus foi realizada em momentos diferentes, sendo a viagem feita por via aérea, terrestre e fluvial. O deslocamento para Lábrea foi realizado por voo comercial com duração de 2 horas. A viagem para Pauini foi realizada com deslocamento de Manaus para Rio Branco (AC), 2 horas de viagem com escala em Porto Velho (RO), depois com táxi lotação até Boca do Acre (AM), com 4 horas de duração, e, por fim, de barco, com duração de 20 horas. O retorno foi realizado através de táxi aéreo, com duração de 1 hora até Boca do Acre, no encontro do Rio Acre e Rio Purus. Ali conseguiu uma carona com o voo que estava deixando ajuda humanitária no município, economizando um dia de viagem.

O deslocamento para a região do Rio Juruá aconteceu por via aérea, onde foi realizada a pesquisa aos municípios de Eirunepé e Envira no mesmo período. A viagem para Eirunepé aconteceu por voo comercial, com escala em Tefé, com duração de 3 horas. A viagem para o Envira aconteceu por táxi aéreo, saindo de Eirunepé, com duração de 25 minutos. O retorno aconteceu do mesmo modo.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

3.6.1 Abordagem Quantitativa

Para a caracterização sociodemográfica dos profissionais, foi empregada estatística descritiva, com utilização de testes não paramétricos. Esses testes são utilizados lançando mão do conhecimento da forma e dos parâmetros de distribuição das variáveis em questão e de

grande interesse nas análises de dados qualitativos, e de forma geral, são aplicados de maneira restrita, mas, exibem alguns benefícios como: não impõem uma distribuição normal e nem variâncias idênticas e podem ser usados a dados que não sejam numéricos (PIMENTEL - GOMES, 2009).

Para determinação da idade dos profissionais em mediana e intervalo interquartil (p 25 – p75) foi utilizado o teste Kruskal Wallis, assim como verificar se há diferença significativa entre as variáveis em relação às profissões abordadas. Para avaliar a associação simples entre variáveis categóricas e a homogeneidade na distribuição dos profissionais, foi usado o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher, dependendo da necessidade. Este último teste foi utilizado para determinar o nível de significância da análise, de forma mais criteriosa.

O teste Kruskal Wallis é um teste não paramétrico para amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes, que serve para fazer a comparação entre duas ou mais populações, no que diz respeito à tendência central dos dados analisados. E o Teste exato de Fisher é um teste utilizado para expressar a significância estatística nos dados amostrais, seja em amostras de tamanho pequeno ou de grande volume. “É chamado de teste “exato” porque calcula a probabilidade exata de se obter, ao acaso, os resultados observados nas caselas ou resultados ainda mais extremos, para os mesmos totais das margens” (CALLEGARI - JACQUES, 2013).

O teste Qui-quadrado ou Chi-square é um teste não paramétrico amplamente utilizado quando se quer fazer a comparação com dados nominais, os quais podem ser separados por categoria, como sexo, nacionalidade e outros. Em geral, seu uso estabelece medidas entre as frequências que foram analisadas e as que podem ser aguardadas no resultado (KURETZKI, 2013).

Para a elaboração dos dados, a análise dispôs da utilização do software estatístico R na versão 3.6.0, usando o Rstudio versão 1.1.4, com pacotes diversos (tidyverse, epiDisplay e sjPlot). O nível de significância utilizado foi de 0,05. De acordo com Schmuller (2019) o RStudio é um local de desenvolvimento incorporado, de código permitido, denominado R (linguagem de programação). Este software utiliza códigos de computação como mecanismos para programação de cálculos e gráficos, os quais instituem o panorama para análise estatística inferencial à tomada de decisão. Foi desenvolvido na Universidade de Auckland na Nova Zelândia, com apoio da Foundation for Statistical Computing, com disponibilidade para o Windows, Linux e Mac.

3.6.1.1 Variáveis do Estudo

As variáveis que destacam o perfil sociodemográfico, formação acadêmica e atuação profissional, que foram utilizadas nesse estudo, estão descritas no Quadro 5, as quais irão auxiliar no atendimento do primeiro objetivo deste estudo.

Quadro 5 – Variáveis do estudo

Variáveis do Estudo		
Categoria	Variável	Descrição
Características sociodemográficas	Sexo	Masculino ou feminino
	Idade	Em anos
	Residência no município	Sim ou não
	Estado civil	Solteiro (a); Casado (a); Desquitado; Separado (a); União consensual; Viúvo (a)
	Parentes no Município	Sim ou não
	Nacionalidade	Brasil ou outro país
	Naturalidade	Amazonas ou outros locais
Formação acadêmica	Profissão	Por categoria profissional (médico, enfermeiro, odontólogo)
	Tempo de formação	Em meses
	Tipo de Instituição de ensino	Pública ou privada
Pós- Graduação	Possui Pós-Graduação	Sim ou não
	Área da Pós-Graduação	Saúde coletiva e afins, outras
Atuação profissional	Tempo de trabalho na AB	Em meses (no município)
	Função	Gestão ou assistencial

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

3.6.2 Abordagem Qualitativa

Em posse do Banco de Dados PPSUS - 2016, com as entrevistas dos profissionais de saúde no período entre 2014 a 2016, buscou-se primeiramente compreender o conteúdo que havia no Banco de Dados e respostas dos profissionais entrevistados. Após, foi realizada a transcrição das três últimas questões abertas. Foi adquirido o software MaxQDA versão 12, por um período de seis meses (custeados por meios próprios), para destacar as principais categorias que serão utilizadas durante o estudo e as respostas mais pertinentes dos entrevistados. Feito isto, foi criado um novo banco de dados com utilização do Microsoft Excel, para tabulação das respostas mais relevantes das entrevistas dos profissionais e melhor análise dos resultados.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e seguiram a técnica de análise de conteúdo, optando-se pela técnica de análise categorial, leitura de profundidade, interpretação, categorização dos temas, considerando repetição e relevância, dirigida por olhar interpretativo

do material produzido. As etapas da análise foram ordenadas em três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferência e a interpretação. Na pré-análise, os materiais a serem analisados foram organizados; aplicou-se a regra da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; na exploração do material, foi realizada a elaboração das codificações, categorização com transformação dos dados brutos do texto; no tratamento dos resultados, estes sofreram tratamento analítico por meio do software MaxQDA versão 12 (BARDIN, 2016).

A regra da exaustividade diz respeito a todos os elementos que fazem parte do conjunto dos documentos, os quais devem ser abordados na íntegra. Na regra da representatividade, caso tenham inúmeros dados, pode ser retirada uma amostra específica que possa configurar um todo desses dados. A regra da homogeneidade deve cumprir preceitos semelhantes, não fugindo do tema abordado. Na regra da pertinência, deve ser apurado se os documentos obtidos se adequam aos objetivos preconizados pelo estudo. A exploração do material visa buscar palavras-chaves ou frases, estas vão originar as categorias com os principais temas, e após, o entendimento na percepção dos entrevistados. A interpretação busca descrever o sentido das informações assimilado nas entrevistas, de forma mais intensa, sejam elas questões evidentes ou ocultas (SILVA; FOSSÁ, 2015).

A análise de conteúdo, enquanto método, transforma-se em um conjunto de procedimentos de análise das comunicações, que aplica as técnicas de maneira sistemática e objetiva, descrevendo o conteúdo existente nas mensagens. Para que o método seja aplicado de forma coesa, a análise deve ser desenvolvida de forma organizada e coerente, seguindo todos os passos determinados por esta ferramenta (BARDIN, 2016).

O software MaxQDA é um software de análise qualitativa de dados, que pode conduzir vários trabalhos dessa natureza, pois estes possuem estruturas básicas semelhantes. Ou seja, a maioria dos trabalhos utiliza categorias que podem ser chamadas de códigos. Além de que este software pode realizar a organização dos dados, e do mesmo modo, organizar as bibliografias empregadas no trabalho, bem como fazer as combinações de palavras dentro dos documentos utilizados (MAXQDA, 2016).

Na análise das entrevistas procuramos identificar quais os principais fatores que estimulam a permanência ou não dos profissionais nos municípios do estudo. No presente trabalho, foi utilizado o auxílio da análise categorial. As categorias são compreendidas como “[...] expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala está organizado” (MINAYO, 2008, p.317). Desta forma, para destacar as categorias, foi realizada

a leitura do material, procurando identificar componentes que interagem com a temática dos motivos e desmotivações relacionados ao provimento e fixação dos profissionais de saúde nesses municípios. Também, buscou-se ainda traçar os temas que se revelaram com maior frequência, para posteriormente realizar sua codificação. Em seguida, na fase de exploração do material, foram escolhidas as unidades de registro e de contexto, como palavras, frases ou assuntos, os quais foram reunidos e ordenados em categorias e subcategorias. Na fase do tratamento, inferência e interpretação dos resultados, dos conteúdos que foram levantados, foi destacada a frequência relativa das subcategorias que apareceram, para que posteriormente pudesse ser realizada a interpretação das narrativas das entrevistas, que foram efetuadas com os profissionais de saúde. Com isso, buscou-se determinar os elementos mais relevantes a serem analisados no estudo sobre os fatores que podem contribuir para o provimento e fixação dos profissionais nos municípios, e as questões destacadas como desafios para permanência destes nas localidades mais distantes dos centros urbanos.

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DOS DADOS QUANTITATIVOS

Na análise das entrevistas com os profissionais de saúde, dentre os quais médicos, enfermeiros e odontólogos atuantes na Atenção Básica, nos 20 municípios do estudo, ordenado nas nove RS do estado do Amazonas, somaram um total de 557 profissionais, Tabela 1. Sendo que dentre estes, 397 são atuantes na Atenção Básica e 160 não atuantes. Dessa forma, a amostra do presente estudo é composta de 397 profissionais.

Tabela 1– Profissionais que atuam nos municípios do Amazonas (n=557)

Profiss. Entrevistados	Atuam na AB		Não atuam na AB	
	n	%	n	%
Médicos	70	17,6	49	30,5
Enfermeiros	241	60,7	99	62
Odontólogos	86	21,7	12	7,5
Total	397	100	160	100

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

De acordo com o Gráfico 1, os profissionais médicos que atuam na AB estão em menor quantitativo nos municípios de Eirunepé e Envira (RS Juruá), Marã (RS Triângulo), Manicoré (RS Madeira) e São Gabriel da Cachoeira (RS Entorno de Manaus). De acordo com o estudo, nos municípios de Itapiranga (RS Médio Amazonas) e Novo Aripuanã (RS Madeira) existe ausência desses profissionais atuantes na AB, sendo estes locais ocupados por profissionais de outras modalidades, como os prestadores de serviços, profissionais do PMM, dentre outros. Em contrapartida, os municípios de Itacoatiara (RS Médio Amazonas), Tabatinga (RS Alto Solimões) e Parintins (RS Baixo Amazonas) respectivamente, expressam maior quantitativo desses profissionais.

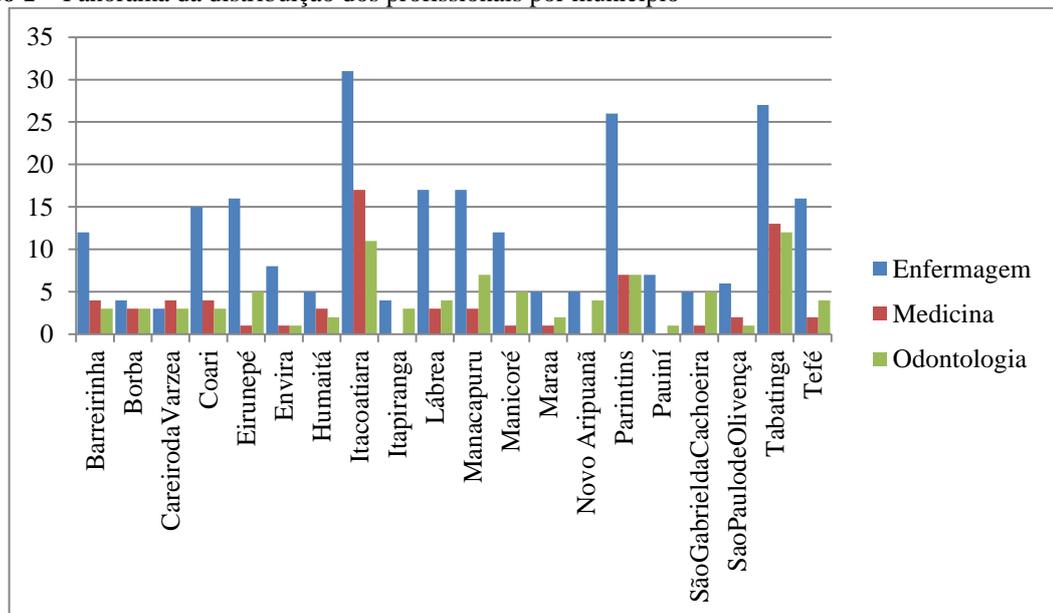
Dentre os profissionais enfermeiros, os menores quantitativos ocorrem nos municípios de Borba (RS Rio Madeira), Careiro da Várzea (RS Entorno de Manaus) e Itapiranga (RS Médio Amazonas). Tendo os municípios de Itacoatiara (RS Médio Amazonas), Tabatinga (RS Alto Solimões) e Parintins (RS Baixo Amazonas), respectivamente o maior quantitativo desses profissionais.

Quanto aos profissionais odontólogos, os municípios de Envira (RS Juruá), Pauini (RS Purus) e São Paulo de Olivença (RS Alto Solimões) apresentam as menores quantidades desses profissionais. E maiores quantidades desses profissionais são encontradas nos

municípios de Tabatinga (RS Alto Solimões), Itacoatiara (RS Médio Amazonas), Parintins (RS Baixo Amazonas) e Manacapuru (RS Negro e Solimões) respectivamente.

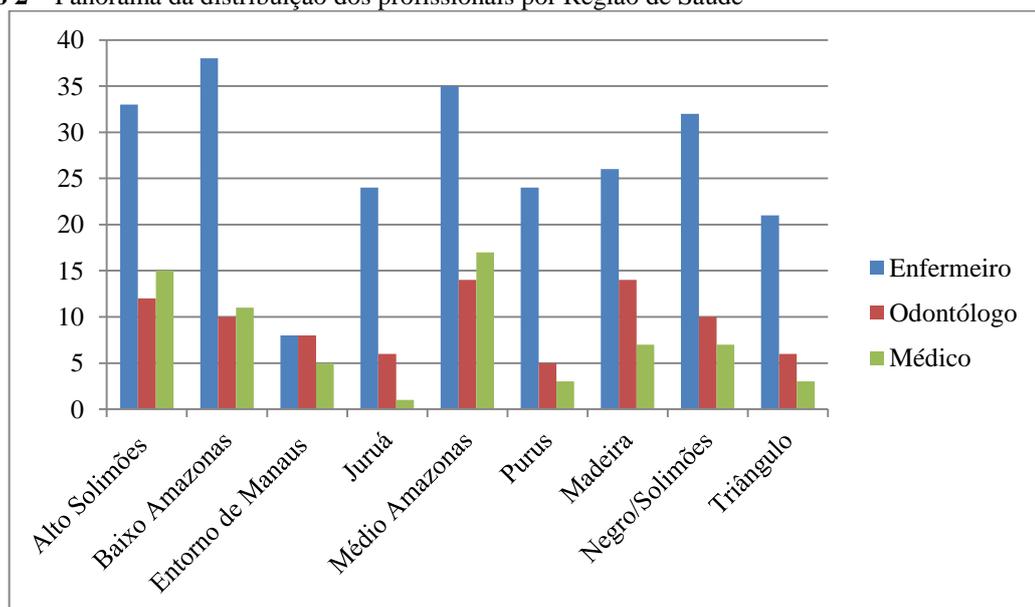
De acordo com o Gráfico 2, onde ocorrem o maior quantitativo de profissionais de saúde são as RS do Baixo Amazonas, Médio Amazonas, Alto Solimões e Rio Negro e Solimões. Destacando no presente estudo, as RS do entorno de Manaus com menor quantitativo desses profissionais.

Gráfico 1 – Panorama da distribuição dos profissionais por município



Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Gráfico 2 – Panorama da distribuição dos profissionais por Região de Saúde



Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Na distribuição dos profissionais, conforme Tabela 2, nos 20 municípios do estado, foi evidenciado um maior percentual de profissionais enfermeiros nos municípios de Itacoatiara (12,9%), localizado na RS do Médio Amazonas, Tabatinga (11,2%), localizado na RS Alto Solimões e Parintins (10,8%), localizado na RS do Baixo Amazonas. Os profissionais de medicina estão em maior percentual também nos municípios de Itacoatiara (RS Médio Amazonas) com 24,3% e Tabatinga (RS Alto Solimões) com 18,6%. E os profissionais de odontologia são encontrados em maior percentual nos municípios de Tabatinga (RS Alto Solimões) com 14% e Itacoatiara (RS Médio Amazonas) com 12,8% desses profissionais.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais da AB nos municípios do Amazonas

Variáveis	Profissão			Total n=397(%)	P<0,05
	Enfermagem	Medicina	Odontologia		
	n=241(%)	n=70(%)	n=86(%)		
Municípios					0.427 ^F
Barreirinha	12 (5)	4 (5.7)	3 (3.5)	19 (4.8)	
Borba	4 (1.7)	3 (4.3)	3 (3.5)	10 (2.5)	
Careiro da Várzea	3 (1.2)	4 (5.7)	3 (3.5)	10 (2.5)	
Coari	15 (6.2)	4 (5.7)	3 (3.5)	22 (5.5)	
Eirunepé	16 (6.6)	1 (1.4)	5 (5.8)	22 (5.5)	
Envira	8 (3.3)	1 (1.4)	1 (1.2)	10 (2.5)	
Humaitá	5 (2.1)	3 (4.3)	2 (2.3)	10 (2.5)	
Itacoatiara	31 (12.9)	17 (24.3)	11 (12.8)	59 (14.9)	
Itapiranga	4 (1.7)	0 (0)	3 (3.5)	7 (1.8)	
Lábrea	17 (7.1)	3 (4.3)	4 (4.7)	24 (6)	
Manacapuru	17 (7.1)	3 (4.3)	7 (8.1)	27 (6.8)	
Manicoré	12 (5)	1 (1.4)	5 (5.8)	18 (4.5)	
Maraã	5 (2.1)	1 (1.4)	2 (2.3)	8 (2)	
Novo Aripuanã	5 (2.1)	0 (0)	4 (4.7)	9 (2.3)	
Parintins	26 (10.8)	7 (10)	7 (8.1)	40 (10.1)	
Pauini	7 (2.9)	0 (0)	1 (1.2)	8 (2)	
São G. da Cachoeira	5 (2.1)	1 (1.4)	5 (5.8)	11 (2.8)	
São P. de Olivença	6 (2.5)	2 (2.9)	1 (1.2)	9 (2.3)	
Tabatinga	27 (11.2)	13 (18.6)	12 (14)	52 (13.1)	
Tefé	16 (6.6)	2 (2.9)	4 (4.7)	22 (5.5)	

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Nota: p-valor F=Teste exato de Fisher.

A caracterização sociodemográfica dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que atuam na AB estão descritos na Tabela 3.

Dentre todos os entrevistados (397), 285 são do sexo feminino (71,8 % do total) e 112 são do sexo masculino (28,2 % do total). Os profissionais médicos do sexo masculino somam 54,3% do total (70) em relação ao sexo feminino que constituem 45,7% desses profissionais. Os profissionais de odontologia 71,8% do total (86) são do sexo feminino em relação aos do

sexo masculino que são apenas 28,2%. Já os profissionais enfermeiros do sexo feminino são 83% do total (241), em relação aos do sexo masculino que representam apenas 17%. Indicando uma predominância significativa dos profissionais de enfermagem do sexo feminino ($p < 0,001$).

A idade mediana (intervalo interquartil 25 – 75) dos profissionais foi de 34 (29 – 41) anos, mostrando 36 (30 – 51) anos para medicina, 34 (29 – 40) anos para enfermagem e 32 (29 – 39,8) anos para odontologia, não obtendo valores significativos entre as profissões. Porém, observa-se que os profissionais de odontologia são mais jovens que os outros profissionais do estudo. A média de idade do sexo masculino, de acordo com o Gráfico 3, para profissionais de medicina é de 42 anos (d.p.= 14), com idade mínima de 24 anos e idade máxima de 66 anos. Os profissionais de enfermagem possuem idade média de 44 anos (d.p.= 8), idade mínima de 22 anos e idade máxima de 60 anos. Os profissionais de odontologia possuem idade média de 31 anos (d.p.= 11), idade mínima de 24 anos e idade máxima de 72 anos. Quanto a média de idade do sexo feminino, de acordo com o Gráfico 4, para os profissionais de medicina é de 39 anos (d.p.= 12), idade mínima de 26 anos e idade máxima de 63 anos. Os profissionais de enfermagem possuem idade média de 34 anos (d.p.= 8), idade mínima de 21 anos e idade máxima de 60 anos. Os profissionais de odontologia possuem idade média de 30 anos (d.p.= 8), idade mínima de 24 anos e idade máxima de 64 anos.

Os profissionais em sua maioria são casados ou constituem união consensual. Dentre os médicos 55,8%, enfermeiros 52,3% e os profissionais de odontologia 51,1%, não apresentando diferença significativa dentre os entrevistados.

Dentre os profissionais que não possuem residência no município, 2,5% dos profissionais são enfermeiros, 10,5% são de odontologia e 18,6% são médicos. Destacando este último profissional, de forma significativa, sendo o que menos fixa residência nos municípios ($p < 0,001$).

No quesito parente no município, dos que relataram não possuir, 33,2% são enfermeiros, 41,9% são odontólogos e 77,1% são profissionais de medicina, salientando uma limitação significativa de parentes para este último profissional ($p < 0,001$).

Em relação à naturalidade do estado do Amazonas, 57,1% dos profissionais médicos não eram naturais do estado ($p < 0,001$). Dentre os profissionais enfermeiros 29,9% e dos profissionais de odontologia 27,9% não eram dos municípios do estado. Tendo predominância significativa dos profissionais de medicina não sendo naturais do estado.

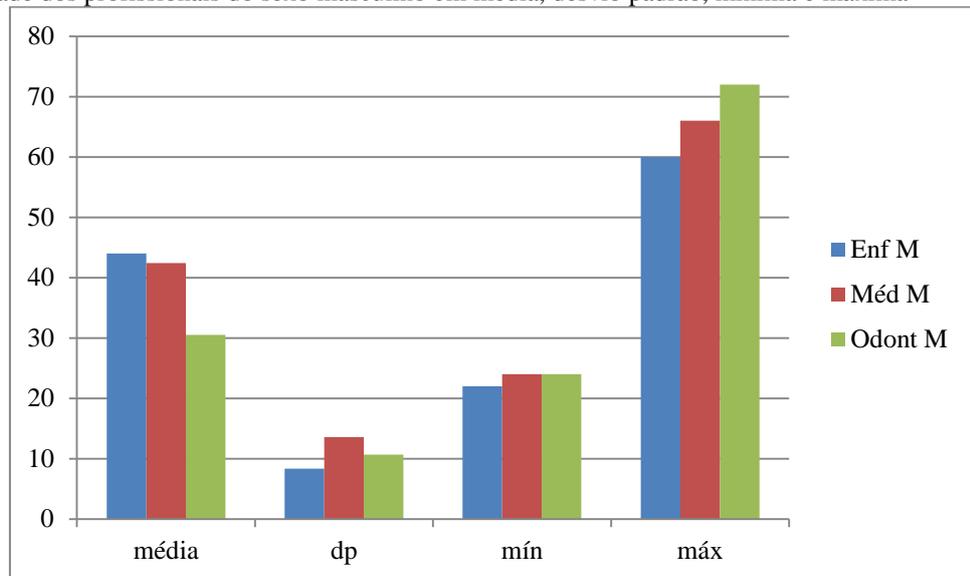
No que diz respeito à nacionalidade dos profissionais, os de medicina 22,9% eram de outras nacionalidades. Entre os de enfermagem 0,8% e os profissionais de odontologia 7% de outras nacionalidades. Tendo os profissionais de medicina, valores superiores significativos para os que não são brasileiros, em relação às demais profissões ($p < 0,001$).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos profissionais

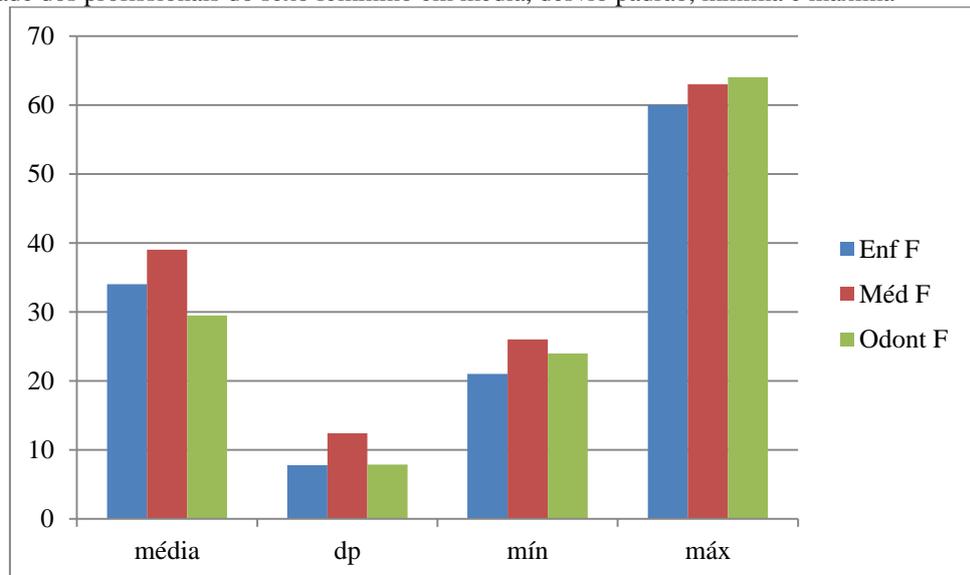
Variáveis	Profissões			Total n=397(%)	P<0,05
	Enfermagem n=241(%)	Medicina n=70(%)	Odontologia n=86(%)		
Sexo					<0.001^Q
F	200 (83)	32 (45.7)	53 (61.6)	285 (71.8)	
M	41 (17)	38 (54.3)	33 (38.4)	112 (28.2)	
Idade⁺					0.011 ^{KW}
Mediana (IQR)	34 (29,40)	36 (30,51)	32 (29,39.8)	34 (29,41)	
Estado civil					0.116 ^F
Casado/U. consensual	126 (52.3)	39 (55.8)	44 (51.1)	209 (52.6)	
Desquitado/ Separado	15 (6.2)	5 (7.1)	5 (5.8)	25 (6.3)	
Solteiro	98 (40.7)	26 (37.1)	36 (41.9)	160 (40.3)	
Viúvo	2 (0.8)	0 (0)	1 (1.2)	3 (0.8)	
Residência no município					<0.001^Q
Não	6 (2.5)	13 (18.6)	9 (10.5)	28 (7.1)	
Sim	235 (97.5)	57 (81.4)	77 (89.5)	369 (92.9)	
Parentes no município					<0.001^Q
Não	80 (33.2)	54 (77.1)	36 (41.9)	170 (42.8)	
Sim	161 (66.8)	16 (22.9)	50 (58.1)	227 (57.2)	
Naturalidade					<0.001^Q
Amazonas	169 (70.1)	30 (42.9)	62 (72.1)	261 (65.7)	
Outras	72 (29.9)	40 (57.1)	24 (27.9)	136 (34.3)	
Nacionalidade					<0.001^Q
Brasil	239 (99.2)	54 (77.1)	80 (93)	373 (94)	
*Outras	2 (0.8)	16 (22.9)	6 (7)	24 (6)	

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Nota: *Bolívia, Colômbia, Cuba, Peru; p-valor com Q=teste qui-quadrado, F= teste exato de Fisher, KW= Kruskal-Wallis; ⁺ variável contínua apresentada como mediana e intervalo interquartil (p25 – p75).

Gráfico 3 – Idade dos profissionais do sexo masculino em média, desvio padrão, mínima e máxima

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Gráfico 4 – Idade dos profissionais do sexo feminino em média, desvio padrão, mínima e máxima

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

No que diz respeito ao tipo de Instituição da graduação, dentre os que cursaram a graduação em Instituição privada, 21,4% são médicos, 46,5% são odontólogos e 73% são enfermeiros, apontando um predomínio significativo do curso em Instituição privada pelos profissionais de enfermagem ($p < 0,001$).

Em relação aos profissionais quanto à pós-graduação, 18,6% dos médicos, 30,2% dos odontólogos e 46,9% dos enfermeiros relataram possuir, enfatizando um domínio significativo do profissional de enfermagem com pós-graduação, em relação às demais profissões do estudo ($p < 0,001$).

Quanto à área da pós-graduação, 4,3% dos médicos, 4,7% dos odontólogos e 15,4% dos enfermeiros possuíam pós-graduação na área de Saúde da família, pública, coletiva ou comunidade, colocando o profissional de enfermagem com destaque significativo para áreas de Saúde da família e afins ($p < 0,001$).

Tabela 4 – Perfil de formação e qualificação profissional

Variáveis	Profissões			Total n=397(%)	P<0,05
	Enfermagem	Medicina	Odontologia		
	n=241(%)	n=70(%)	n=86(%)		
Tipo de Instituição					<0.001^Q
Privada	176 (73)	15 (21.4)	40 (46.5)	231 (58.2)	
Pública	65 (27)	55 (78.6)	46 (53.5)	166 (41.8)	
Possui Pós-Grad.					<0.001^Q
Não	128 (53.1)	57 (81.4)	60 (69.8)	245 (61.7)	
Sim	113 (46.9)	13 (18.6)	26 (30.2)	152 (38.3)	
Área da Pós-Grad.					<0.003^Q
Saúde coletiva e afins	37 (15.4)	3 (4.3)	4 (4.7)	44 (11.1)	
*Outras	204 (84.6)	67 (95.7)	82 (95.3)	353 (88.9)	

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Nota: * Pediatria, ultrassonografia, gestão, auditoria, urgência e emergência, implantodontia, endodontia; p-valor com Q=teste qui-quadrado, F= teste exato de Fisher, KW= Kruskal-Wallis.

Em relação à experiência profissional, Tabela 3, destacou-se que, 38,5% dos profissionais médicos possuem menos de 12 meses de atuação na AB, em relação aos demais profissionais, somando 33% para enfermeiros e o mesmo percentual para odontólogos. O tempo de atuação em mediana (intervalo interquartil 25 – 75) dos profissionais foi de 23 (11 – 48) meses, exibindo 18 (7 – 51) meses para medicina, 24(12 – 48) meses para enfermagem e 24 (12 – 60) meses para odontologia, não obtendo valores significativos entre as profissões.

Em relação à função de gestor, nenhum médico desenvolve essa função, 4,7% do total dos odontólogos e 12% do total dos enfermeiros atuam como gestores, revelando predominância significativa de gestores entre os profissionais de enfermagem ($p < 0,002$). Todos os médicos do estudo (70 – 100%) são atuantes na função assistencial.

Tabela 5 – Experiência profissional

Atuação profissional	Profissionais			Total n=397(%)	P<0,05
	Enfermeiros n=241(%)	Médicos n=70(%)	Odontólogos n=86(%)		
Tempo de trabalho AB (meses)					
Menor que 12	79 (33)	27(38,5)	28 (33)	134 (34)	
13 a 24	68 (28)	16 (23)	20 (23)	104 (26)	
25 a 48	39 (16,2)	09 (13)	13 (15)	61 (15)	
49 a 72	25 (10,4)	05 (7)	10 (11,6)	40 (10)	
Maior e igual a 73	30 (12,4)	13 (18,5)	15 (17,4)	58 (15)	
mediana (IQR)	24 (12,48)	18 (7,51)	24 (12,60)	23 (11,48)	0.408^{KW}
Função					<0.002^Q
Gestor	29 (12)	0 (0)	04 (4.7)	33 (8.3)	
Assistencial	212 (88)	70 (100)	82 (95.3)	364 (91,7)	

Fonte: Banco de dados PPSUS (2016).

Nota: p-valor Q=teste qui-quadrado, KW= Kruskal-Wallis.

4.2 DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS

O provimento e fixação de profissionais de saúde são dois elementos que configuram um sistema complexo, relacionado à disposição de ambientes adequados para o desenvolvimento dos trabalhos em saúde e circunstâncias oportunas que possam colocar em equilíbrio a ocupação de vagas por profissionais de saúde qualificados em localidades com certo grau de vulnerabilidade. Alguns municípios do estado do Amazonas ainda exibem condições que comprometem o provimento e fixação desses trabalhadores, principalmente em áreas geográficas de difícil acesso. Ocorre uma tendência entre os profissionais de saúde em aderir as capitais e regiões mais desenvolvidas para desempenhar suas atividades em saúde, com destaque para os profissionais de medicina, devido este grupo fazer parte daqueles que menos possuem residência e parentes nos municípios, pertencerem a outras localidades do estado ou até mesmo outros países.

Embora tenham ocorrido melhorias nas políticas públicas de saúde para a melhoria da assistência, muito ainda precisa ser feito para atingir o equilíbrio nessa prestação de serviços, assim como, em relação aos atores que prestam esse cuidado.

A baixa quantidade dos profissionais de medicina nos municípios Eirunepé e Envira (RS Juruá), Maraã (RS Triângulo), Manicoré (RS Madeira) e São Gabriel da Cachoeira (RS entorno de Manaus) salientada nos dados pode evidenciar que, apesar de alguns municípios apresentarem condições favoráveis para desempenho das atividades em saúde, outros ainda são figurados como locais negligenciados e desfavoráveis para exercer as ações, como é o

caso da RS Juruá, exposta como localidade de difícil acesso. Estudos no próprio estado apontam que os municípios dessa RS estão localizados mais próximos do estado do Acre e mais distantes da capital Manaus. Às margens do rio Juruá encontram-se os municípios de Guajará e Ipixuna, que também fazem parte desta RS, e o transporte até elas é realizado somente por via aérea até o município de Cruzeiro do Sul, pois, por via fluvial teria uma duração de mais ou menos 20 dias de viagem (SUSAM, 2019).

As ações que são desempenhadas pelos profissionais de saúde nos municípios do estado do Amazonas, nas nove RS, de acordo com dados obtidos no presente estudo, tornam explícitos para uma realidade não tão distante do que geralmente ocorrem em regiões com situações e características idênticas à realidade da Amazônia. Um estudo sobre AB na região norte, destaca que as RS Juruá e Purus apresentam um perfil de inferioridade relacionado à taxa de pobreza e IDH, bem como em relação à infraestrutura local, configurando condições insignificantes aos serviços oferecidos na AB em saúde à população nessas regiões, principalmente com a ausência de grande parcela dos profissionais de medicina, os quais, ao se deparar com localidades que expõem maior grau de fragilidade na saúde e com difícil acessibilidade, desistem de dar continuidade nos trabalhos (GUIMARÃES, 2016).

Também foi apontado na presente pesquisa que há menor percentual de profissionais de saúde atuantes na RS do entorno de Manaus, representada pelos municípios de Careiro da Várzea e São Gabriel da Cachoeira. Em estudo de caso realizado na mesma RS, salientou que, apesar da RS do Entorno de Manaus evidenciar um crescimento econômico elevado e média demanda de serviços de saúde, por outro lado, apresentam um IDH e rendimento *per capita* reduzidos em relação a outras RS do Brasil que possuem idênticas características, com exceção da capital do estado, Manaus. Além de que os recursos federais do SUS tornam-se inconvenientes para satisfazer as condições decadentes dos municípios que compõem essa RS, exibindo-a com sistemas inferiores e frágeis de saúde, que não conseguem promover um cuidado de forma qualificado a essa população (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Outro estudo desenvolvido em uma comunidade flutuante do Amazonas destacou que, apesar de algumas comunidades encontrarem-se ligadas a equipes da ESF nos municípios do estado, existem os desafios que são notórios, conforme foi destacado pelos profissionais que atuam nessas localidades. Segundo eles, os atendimentos são realizados de forma esporádica, ou seja, esse cuidado não estaria sendo promovido adequadamente, devido à falta de infraestrutura local e de transporte para os profissionais se locomoverem até determinada comunidade, inviabilizando de certa forma, que os programas instituídos pelo MS sejam de

fato consolidados (PORTELA, 2017). Conforme salientado em estudo sobre a cobertura da ESF no Brasil, locais que outrora eram especificados com alta cobertura de profissionais de saúde, alegam que a missão árdua em fixar esses profissionais no interior dos estados, principalmente no Norte e Nordeste, e em particular os profissionais da medicina, são ocasionados pelo grande revezamento em espaços destacados como áreas de risco e também territórios expostos com grau de vulnerabilidade, gerando ação descontínua na promoção do acesso aos indivíduos que carecem dos serviços de saúde (MALTA et al., 2013).

Das localidades mais bem avaliadas para atuar, os profissionais de saúde das três categorias mencionaram, a RS do Médio e Baixo Amazonas e do Alto Solimões, com destaque para os municípios de Itacoatiara, Parintins e Tabatinga, respectivamente.

Sobre o município de Parintins (RS Baixo Amazonas), conforme um estudo realizado sobre o perfil dos egressos dos cursos de saúde no Amazonas foi destacado que este, localizado na RS do Baixo Amazonas, disponibiliza uma atenção primária sólida e com planejamento estruturado. Além de buscar inserir em seu âmbito de trabalho, profissionais de saúde que realizaram sua graduação em seu próprio local de residência, e inclusive, possui uma presença bem mais efetiva destes no que tange a serviços de saúde, que nos demais municípios da região (COELHO, 2016).

O município de Itacoatiara dispõe de posição geográfica que permite o acesso à capital através de estrada. Além disso, possui infraestrutura de porto, aeroporto e estradas. Os serviços de saúde são de nível primário e secundário, com disposição de cirurgias de pequeno e médio porte e pronto-socorro, sendo referência para os municípios próximos. Possui Instituições de ensino superior com ofertas de cursos variados, por intermédio da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Instituto Federal do Amazonas (IFAM) e outras ofertas através de instituições privadas. Essas particularidades colocam o município em situação de grande importância em relação aos demais municípios do Médio Amazonas (OLIVEIRA, 2007).

O município de Tabatinga, localizado na região do Alto Solimões e da tríplice fronteira, também com destaque positivo no presente estudo, sendo caracterizado como cidade média. É delimitado internacionalmente com as Repúblicas do Peru e Colômbia. A cidade possui as seguintes instituições de ensino superior: UEA e IFAM e a UFAM no município de Benjamin Constant, a 40 minutos de Tabatinga. No entanto, não há oferta cursos da área da saúde. O município conta com um hospital gerenciado pelo exército, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma maternidade. O município exerce grande destaque na organização

territorial da região de tríplice fronteira com atuação expressiva das forças armadas e dos povos indígenas, além de ser a mais importante cidade brasileira de fronteira (RIBEIRO, 2015).

Contudo, apesar dos dados apresentados, os profissionais de medicina ainda são destacados como os que conduzem a questão de escassez em outros municípios, visto que, estes são profissionais necessários à composição da equipe na AB. Dessa forma, cabe notabilizar que para executar as ações em saúde na AB, principalmente em locais com maior grau de instabilidade na saúde, como são destacados os municípios do estado do Amazonas, a necessidade de articulações estruturadas, para que um modelo assistencial em acordo com as demandas locais seja desenvolvido, de maneira a atender as reais prioridades da comunidade, ou seja, em consonância ao fenômeno de subida e descida das águas que ocorre na região.

De acordo com os dados obtidos, foi evidenciado que os profissionais de medicina do sexo masculino predominam nos municípios de estudo no Amazonas, dando ênfase à figura masculina nessa área de atuação. Contudo, estudos sobre a feminização da medicina no Brasil explicam que, desde a década de 2009, o número de profissionais do sexo feminino vem aumentando no Brasil, e em outros locais do mundo como Estados Unidos e Canadá. Mas, apesar do aumento de mulheres no exercício dessa função, salienta-se que essas profissionais também são menos estáveis em locais de difícil acesso e com obstáculos no provimento de profissionais (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Entretanto, achados em estudos nas regiões do Brasil enfatizam que, apesar do crescimento do trabalho feminino na área da medicina nos últimos anos, a força de trabalho masculina ainda prevalece nesse ramo de atividade e em algumas especialidades específicas (LOPES JÚNIOR, 2017; SCHEFFER et al., 2018).

Em contrapartida, os profissionais do sexo feminino têm maior predominância entre os profissionais de enfermagem e de odontologia, colocando em evidência que a força de trabalho feminino predomina entre as mulheres na AB dos municípios do presente estudo. Nogueira (2007), em seu estudo em serviços de ambulatório no Rio de Janeiro, enfatiza que o processo de cuidar daqueles mais necessitados é conferido às mulheres, devido às peculiaridades próprias e ímpares que somente elas possuem, apesar de conviverem com a dupla jornada de trabalho. Também outros atores relatam a profissão de enfermagem, sendo mais vinculada à figura feminina, conforme a história precedente da enfermagem, apesar de profissionais do sexo masculino estar em ascendência nas últimas décadas (SANTOS et al., 2014; PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Estudos realizados em município do Sul do Brasil e entorno de Manaus e Alto Rio Negro, também evidenciaram o perfil feminino mais abundante dentre os profissionais de odontologia na AB (LENZI et al., 2010; SOUSA et al., 2017). Os dados encontrados seguem uma ocorrência natural dos trabalhos que envolvem o perfil feminino, como é o caso dos serviços em saúde, que evidenciam elevado envolvimento de mulheres nessa modalidade econômica, não apenas no Brasil, mas em outros locais, mostrando a supremacia feminina na atenção em saúde das pessoas (FIOCRUZ, 2012).

O presente estudo destaca ainda que os profissionais da classe de odontologia se apresentam mais jovens dentre os demais profissionais do estudo. Esse achado também foi encontrado em estudo realizado em municípios da região Noroeste do Paraná, onde foi evidenciado que os profissionais de odontologia apresentam-se como a classe mais jovem dos atuantes na área da saúde, exibindo percentual elevado na faixa de 20 a 35 anos (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010; ZUCHINI et al., 2012). Encontramos os mesmos resultados nos municípios do Amazonas.

Em sua maioria, os profissionais entrevistados nos municípios do Amazonas salientaram que em sua maioria são casados ou vivem em união consensual, o que vai de encontro com outros estudos que o perfil dos profissionais configura a fase adulta do trabalhador, indicando que estes têm livre arbítrio para viver de acordo com seus propósitos e capacidades, respeitando o ciclo natural da vida e o planejamento da construção familiar (CAMELO; ANGERAMI, 2008; ZANETTI et al., 2010).

A questão de parentesco e residência no município, em locais onde os profissionais desempenham suas atividades, apresentou uma diferença significativa, pelo desequilíbrio entre os profissionais de medicina que menos possuíam parentes e residência nos municípios. Mas ficou destacado nas entrevistas dos outros profissionais inseridos nos municípios, que de certa forma, estes fatores parentesco e residência geram maior conforto e segurança pessoal pelo fato de ter seus entes por perto.

Ficou evidenciado também, em estudo sobre fatores que influenciam o trabalho em pequenas comunidades no Canadá de Mathews et al. (2012), onde exibiram tal fato, como grande vantagem para a provisão e fixação de trabalhadores em determinadas localidades com dificuldades no acesso, pois o objetivo de estar próximo da família, supera segundo esse estudo, as condições consideradas vulneráveis que são apresentadas em determinados ambientes aos profissionais. Assim, os parentes em sentido genérico, estão inseridos no

contexto familiar, que é destacado como um dos elementos essenciais para garantir o provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas mais remotas.

O fator naturalidade e nacionalidade local, de acordo com as entrevistas, retratam que os profissionais de medicina que atuam na AB desses municípios apresentam maiores percentuais em relação à naturalidade ser de fora do estado do Amazonas e não ser brasileiro, destacando uma diferença significativa, referente aos profissionais de medicina em relação aos demais profissionais. Este dado representa de forma transparente, que ocorre a insuficiência desses profissionais, sendo as vagas preenchidas por trabalhadores de outras regiões a até mesmo de outros países.

Em estudo realizado pelo MS sobre Saúde Amazônia, já havia sido destacada a questão do provimento de profissionais de saúde, os quais vinham de outras localidades do país, dentre os quais médicos e enfermeiros, por intermédio do PITS (MS), foram direcionados para atuar em locais de difícil acesso e com baixa taxa de fixação desses profissionais (BRASIL, 2004). Estas localidades já apontavam dados relativos à escassez de profissionais de saúde, principalmente naqueles locais com maior grau de vulnerabilidade e mais remotas. Dessa forma, o preenchimento de vagas por profissionais de outros lugares do estado e até mesmo de outros países, reforça a ideia de que, ainda existe instabilidade nas políticas de saúde para a população, tendo-se a necessidade de fomentar ações capazes de suprir a escassez de trabalhadores nessas localidades com maior grau de viés relacionado ao acesso à saúde (GIRARDI et al., 2011).

Caso a força de trabalho fosse regida por pessoas que possuem ciência das características da Amazônia, se tornaria mais viável a fixação profissional, conseqüentemente melhoria no desenho da prestação dos serviços em saúde nesse ambiente. A consolidação dos processos que fomentam essa adequação necessita dialogar com as Instituições de educação local e os gestores inseridos na região, para que ocorra a ampliação de métodos eficazes que assegurem mudanças favoráveis, para que essas localidades possam utilizar em seu favor o preenchimento das vagas que se encontram ausentes de profissionais de saúde (SCHWEICKARDT et al., 2015). Os dados qualitativos, analisados mais adiante, também apontam para a importância entre a relação de parentesco com a fixação e o provimento.

Quanto ao elemento perfil de formação e qualificação profissional, o profissional de enfermagem ficou com maior destaque em ter concluído sua graduação em Instituição privada, que mais possuem especializações e com também mais adequados na modalidade Saúde coletiva e áreas, obtendo diferenças significativas nesses itens, em relação aos demais

profissionais do estudo. Em acordo com esta informação, um estudo em diferentes regiões do Brasil explicitou que grande parcela dos profissionais outorga preferência em obter sua graduação em Instituição privada, pelo fato de maior flexibilidade em relação aos horários, tendo em vista que grande parcela desses profissionais necessita estar empregado para custear suas despesas pessoais (VIANA et al., 2014). Machado et al. (2016) também apontam em seu estudo sobre formação de profissionais de enfermagem no Brasil, esse dado de forma positiva, onde destaca que grande parcela dos profissionais de enfermagem possuíram sua graduação em Instituição privada.

Este fato também ocorre devido à oferta de bolsas para estudantes com baixa renda, ou por conta do financiamento parcial ou total nos custos da graduação, os quais eram oferecidos pelo FIES (Financiamento Estudantil - 1999) e ProUni (Programa Universidade para Todos-2004), ambos com iniciativa do governo federal. São frisados também nas entrevistas no presente estudo os cursos realizados na modalidade pós-graduação EAD (Educação a Distância). Tal fator é justificado pela questão das grandes distâncias onde estes profissionais estão inseridos e pela concentração dos cursos da saúde na capital. Enquanto são ofertados cursos de graduação na área da saúde em alguns municípios como Parintins (enfermagem) e Coari (enfermagem e medicina), na pós-graduação há poucas ofertas. Contudo a modalidade EAD pode estabelecer uma conexão entre as pessoas e outros ambientes (COELHO, 2016).

Os profissionais de enfermagem tendem a deter mais especializações para que possam ter vantagens e qualidades inerentes ao desenvolvimento do trabalho em saúde, principalmente em relação à AB, visto que esta demanda atributos específicos por se tratar de cuidados de atenção integral ao indivíduo e coletividade. Estudo de Spazapan (2017) sobre o processo de enfermagem na AB em Campinas também apontou para dados idênticos aos relatados pelos profissionais dos municípios do Amazonas, onde expressa que estes profissionais procuram se capacitar nas áreas afins da Saúde Pública, com o intuito de aprimorar seus conhecimentos sobre a AB, e mostrar que se encontram plenamente habilitados no que tange o cuidado integral aos usuários dos serviços de saúde e da comunidade em geral, oferecendo dessa forma, uma assistência moldada no perfil que o SUS preconiza.

Por outro lado, Minayo (2010) expõe que, apesar da dimensão que as especializações podem conferir aos habilitados, tal processo não consegue identificar quais tributos representativos desse aperfeiçoamento, podem ser alcançados para o fortalecimento do SUS, visto que este seguimento conta com diversos protagonistas envolvidos para a elaboração de

novas políticas. Contudo, os profissionais que possuem especializações voltadas para as áreas de saúde da família tendem a melhor executar suas atribuições, levando a um cuidado mais sistemático, criação de novos valores e conhecimento de diferentes culturas em prol de um sistema de saúde mais reconhecido e acessível (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

O tempo de permanência na AB, de acordo com os dados obtidos, indicou que os profissionais com menos de um ano de atuação são os profissionais de medicina, e quanto maior o tempo de AB, mais decaí os percentuais desse profissional. Esses indícios refletem a rotatividade dessa classe nos municípios, assim como demonstrado em estudo de Seidl et al. (2014) sobre gestão do trabalho na AB, onde destacam que o pouco tempo de exercício em atividade na AB reflete na elevada alternância desses profissionais, ocasionando desarticulação das propostas previstas à saúde, bem como ocasionando danos na prestação dos serviços ofertados, culminando em que este cuidado à população não seja realizado de maneira efetiva. Essa rotatividade também é ocasionada em decorrência de medidas governamentais, que criam instabilidades na prestação e serviços.

Em estudo desenvolvido sobre mudanças na PNAB expõe que as mudanças inseridas na PNAB 2017, após revisão sobre a PNAB de 2011, compromete principalmente o fator fixação de profissionais de saúde, na figura do médico, pois onde havia uma flexibilidade na carga horária desse profissional e beneficiava o vínculo deste com o usuário, favorecendo o cuidado integral e sem interrupções, a modificação das prerrogativas do documento causa certa involução, mas também ocasiona uma desarticulação no processo de cuidar, e acima de tudo, eleva a escassez e rotatividade dos profissionais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A função de gestão é mais evidente entre os profissionais de enfermagem em detrimento aos demais profissionais. Dentre os municípios com maior quantidade de gestores da enfermagem, estão os municípios de Tabatinga (RS Alto Solimões), Eirunepé (RS Juruá), Itacoatiara (RS Médio Amazonas) e Parintins (RS Baixo Amazonas). Alguns profissionais de odontologia também desenvolvem esta atividade em Tabatinga (RS Alto Solimões) e Parintins (RS Baixo Amazonas). Ficou revelado que o profissional de enfermagem se sobressai dentre os demais profissionais nessa função. Contribuindo com as informações apontadas, um estudo sobre práticas dos enfermeiros na AB e no ESF (scoping review) também foi destacado a atividade de gestor por este profissional na AB como forma de planejar e organizar as ações em saúde (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

O profissional de enfermagem que desempenha a função de gestor necessita de articulação que envolva conhecimentos amplos, relacionado ao processo da produção do cuidar em serviços básicos de saúde, entendimento amplo de suas competências, plano de ações para que as atividades que lhes são atribuídas sejam realizadas de forma ética, pois a função envolve diversos setores da organização social e política, para que a prestação dos serviços seja realizada de forma responsável e com excelência profissional (FIRMINO et al., 2016). Esse profissional não deve ter uma posição particular, mas necessita construir metas em prol dos agentes envolvidos nesse processo, dentre os quais, colaboradores e usuários dos serviços de saúde, com a finalidade de alcançar uma gestão de forma instável, condicionando a isso, melhorias nas ações em saúde da comunidade (SILVA, 2012).

O território Amazônico pode ser destacado como um espaço com incessante processo de estruturação para criação de modelos que possam oferecer melhores condições de saúde para a população que convive numa dinâmica contínua, marcada pelas desigualdades sociais e diversidades culturais. Também, pode ser descrito como um território vivo, que se reflete nos atores que estão inseridos nesse contexto, e líquido, o qual é administrado pelo ciclo das águas, e os movimentos que este seguimento propõe para a realidade particular dessa região (SCHWEICKARDT et al., 2016). No entanto, apesar da dinâmica das águas serem um processo natural da região, tem implicações nas questões sanitárias, habitacionais, alimentares e especialmente no acesso às comunidades. Essas consequências tornam forte a imposição de medidas categóricas em prol da realidade da população que convive nesse ambiente (RIBEIRO; CARNEIRO, 2016).

A implantação de políticas públicas de saúde em locais com desenhos territoriais distintos, populações com culturas diferenciadas, existência de áreas com dificuldade de acesso, como é o caso dos municípios do Amazonas são fundamentais para a inclusão das populações que estão distribuídas nos territórios ribeirinhos e rurais da região. Os desafios determinados por diversos elementos, ao mesmo tempo, necessitam de recursos diferenciados, obedecendo ao princípio da equidade, para a produção do cuidado em saúde e para a promoção do acesso igualitário das pessoas ao SUS (SCHWEICKARDT et al., 2015).

As principais limitações quanto aos dados quantitativos no presente estudo, estão relacionadas ao desenho metodológico do tipo transversal, que impossibilita a inferência de causalidade em relação ao provimento e fixação dos profissionais de saúde nos municípios. Sendo necessários mais estudos sobre os motivos relevantes que determinam a fixação e provimento dos diferentes profissionais de saúde nos municípios do Amazonas. Apontamos

também, a necessidade de mais estudos do tipo longitudinal sobre o tema. Contudo, foram encontrados resultados significantes quanto à análise dos fatores que podem explicar a escassez de alguns profissionais de saúde, fato que pode comprometer a qualidade da execução da AB nestes municípios.

4.3 RESULTADOS DOS DADOS QUALITATIVOS

Durante a análise das entrevistas com os profissionais, por intermédio das seis questões abertas, foram identificadas sete categorias principais, conforme Tabela 6: questões pessoais, as quais se encontram inseridas na primeira pergunta, que interroga sobre o porquê da escolha do município; ações em saúde que estão inseridas na segunda questão sobre a rotina de trabalho do profissional; elementos profissionais positivos, que está incluída na terceira questão que interroga sobre os motivos da permanência no município; argumentos positivos e negativos do local, que estão inseridos na quarta questão, que destaca quais as interferências para permanecer no município; desafios do local, inserida na quinta questão, que relata quais outros elementos interferem na mobilidade dos profissionais de saúde; e disposição do trabalho, inserida na sexta questão, sobre as condições de trabalho no município. As categorias estão segmentadas em 18 subcategorias e a identificação dos profissionais que foram entrevistados será realizado pela função, município de atuação e RS (Região de Saúde).

Diante das categorias pré-definidas, buscou-se averiguar os elementos que contribuem no provimento e fixação dos profissionais, o que vai responder ao segundo objetivo específico do estudo e a relação entre o contexto, atuação no desenvolvimento das atividades, componentes que são destacadas como desafios nos locais de difícil acesso, incluindo medidas que podem contribuir para o provimento e fixação dos profissionais de saúde, o que vai atender ao terceiro objetivo do estudo.

Na primeira pergunta as questões pessoais, na figura do elemento família e naturalidade local, sobressaíram com maior ênfase na escolha pelo município, em especial pelos profissionais de enfermagem e odontologia.

Na terceira questão, como elementos profissionais positivos, o desejo de modificar a questão sanitária do local onde cresceu, foi um fator bastante destacado por alguns profissionais de enfermagem e odontologia, mas a família continua sendo um fator bem destacado nas respostas.

Na quarta questão, como argumento positivo de interferência para permanecer no município, o fator família obteve grande destaque, principalmente pelos enfermeiros e odontólogos, e como argumento negativo de interferência, foi elencado o quesito remuneração salarial, em especial pelos enfermeiros, seguido pelos médicos.

Na quinta questão, como desafios encontrados nos municípios e que interferem na mobilidade dos profissionais, foi apontada novamente a questão salarial, pelos profissionais de odontologia e enfermagem, mas também, a falta de infraestrutura local, pelos profissionais de enfermagem e medicina.

Na sexta questão, de como ocorre a disposição do trabalho, foram salientadas as boas condições, com maior destaque pelos profissionais de enfermagem e odontologia, mas também, a falta de incentivos que fragilizam os requisitos para um bom desempenho das atividades, principalmente pelos profissionais de enfermagem.

Tabela 6 – Categorias de análise, questões do estudo e frequência (%)

Questões do estudo	Categorias subcategorias	n	%
1 – Porque o município	Questões pessoais		
	Família	126	38
	Natural do município	113	34
	Indicação	53	16
	Remuneração salarial	42	12
2 – Rotina de trabalho	Ações em saúde		
	Atendimento geral e visita domiciliar	364	92
	Gestor	33	08
3 – Motivos para permanecer no município	Elementos profissionais positivos		
	Mudanças para saúde	90	36
	Família	85	34
	Remuneração salarial	77	30
4 – Interferências para permanência no município	Argumentos positivos do local		
	Família	89	35
	Sem interferências	43	17
	Argumentos negativos do local		
	Remuneração salarial	87	34
	Questões políticas	36	14
5 – Outras questões que interferem na mobilidade	Desafios do local		
	Remuneração	35	38
	Falta de infraestrutura local	30	33
	Questões políticas	26	29
6 – Condições de trabalho no município	Disposição do trabalho		
	Boas condições	265	73
	Falta de incentivos	96	27

Fonte: A Autora (2019).

4.4 DISCUSSÃO DOS DADOS QUALITATIVOS

4.4.1 Por que este Município?

4.4.1.1 Categoria: Questões Pessoais

Como subcategoria foi salientada a família e a naturalidade do município. De acordo com os dados analisados, este argumento tem grande influência na escolha do local de trabalho, principalmente para os profissionais de enfermagem, seguido pelos profissionais de odontologia e em menor proporção pelos profissionais de medicina. Essa subcategoria teve maior destaque nos municípios de Tabatinga (RS Alto Solimões), Parintins (RS Baixo Amazonas), Itacoatiara (RS Médio Amazonas), Manacapuru (RS Negro e Solimões), Tefé (RS Triângulo) e Lábrea (RS Purus).

De acordo com Carnut e Faquim (2014) a família é definida como um conjunto de pessoas que possuem ligação harmônica, destacando certo grau de hierarquia e atenção entre os membros. Esse conjunto de pessoas garante que ocorra uma conexão interpessoal com as outras partes constituintes de uma determinada espécie, favorecendo que exista um processo de agrupamento entre os seres humanos.

A família também se torna responsável pela socialização, bem como a proteção dos indivíduos que a compõem. A família é também descrita como um ambiente onde ocorre o convívio entre pessoas com laços de afinidade, agregando valores de cunho emotivo, bem como bens materiais e outros adquiridos ao longo do convívio familiar. Dentre os atores desse ambiente, são destacados pais, filhos, dentre outros indivíduos que possuem estreita relação de parentesco (ALVES; NODA; NODA, 2018). Além do mais, a família é a principal responsável em inserir na sociedade os exemplos da cultura de cada indivíduo, para que esta não se perca ao longo da existência, assim como as tradições próprias de cada povo. Essas tradições devem ser consolidadas em cada organização familiar e difundidas ao longo do processo de sucessão, sem perder seu sentido real. Dessa maneira, apesar da modernização no contexto familiar, pela inserção da mulher no mercado de trabalho, e os homens, já não mais vistos como extremos provedores do lar, o contexto familiar ainda representa um elo entre as pessoas, sendo consanguíneas ou não, e local do aconchego de cada indivíduo (CARNUT; FAQUIM, 2014).

Um estudo realizado no Canadá com profissionais de medicina também apontou dados em que a vontade de estar perto de familiares influenciou os profissionais na escolha do local de trabalho, mesmo que este fosse desempenhado em províncias menores, colocando em evidência que o fator família tem forte prerrogativa para que profissionais permaneçam em alguns locais com maior necessidade de atendimentos (MATHEWS et al., 2012).

No cenário do presente estudo, o sentido de família vai além de pais, irmãos, cônjuges, filhos e outros membros de forma direta, mas ainda, outros constituintes desse processo familiar. Os parentes inseridos no contexto familiar são destacados como um dos elementos essenciais para garantir o provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas mais remotas. O motivo para a questão familiar estar presente nas narrativas dos profissionais ocorre porque vários profissionais prezam pela proximidade com seus parentes.

Ser natural do município,⁴ de acordo com a narrativa dos entrevistados, expressa a realidade de alguns profissionais que são nascidos nos municípios do estudo. Sendo este fator grande influenciador para que estes continuem nesses locais, visto que também é onde residem seus parentes.

Porque, eu sou filho daqui. Pra gente é prazeroso voltar pra onde a gente começou né? Onde a gente criou raízes, a gente já conhece quase todo mundo, Envira é uma cidade boa de morar [...] (Enfermeiro – Envira – RS Juruá).

Porque a minha família já estava residindo aqui. Meu pai, minha mãe já estavam aqui, aí eu escolhi vir pra cá logo depois de formado (Odontólogo – Lábrea – RS Purus).

A questão familiar e ser natural do município, como fator para escolha do local é destacada, principalmente pelos profissionais de enfermagem e odontologia em todos os municípios do estudo, e tem menos destaque pelos profissionais de medicina, pois, conforme as entrevistas foi mostrado que estes possuem famílias em outras cidades fora do município onde exercem suas atividades, o que compromete de certa forma que eles permaneçam nessas localidades, gerando também a rotatividade e baixa adesão a esses locais. Em relação a esse menor destaque pelos médicos, foi observado principalmente na RS do Baixo Rio Amazonas (Barreirinha), RS do Rio Juruá (Envira), RS do Rio Madeira (Manicoré), RS Triângulo (Maraã) e na RS do Alto Rio Solimões (São Paulo de Olivença).

⁴ Ser natural do município é definido conforme a Medida provisória nº 776 como: “§ 4º - ser do município em que ocorreu o nascimento ou do município de residência da mãe do registrando na data do nascimento, desde que localizado em território nacional, cabendo a opção ao declarante no ato de registro do nascimento” (BRASIL, 2017).

Convém destacar que os primeiros egressos da UEA são de 2006, com o sistema de cotas para alunos do interior do Estado, e essa política afirmativa voltada para os moradores, incentivou que egressos de medicina pudessem retornar para os seus municípios de origem. Mesmo com estas prerrogativas, os egressos de medicina foram os que menos permaneceram no Estado do Amazonas e na região Norte (COELHO, 2016).

Ficou salientado na fala dos entrevistados do presente estudo, de forma subjetiva, que como alguns profissionais são “filhos da terra”, pode ter a condição de prioridade em relação às demais pessoas que vem para atuar nos municípios. Conforme foi observado, esses moradores deixam seu lugar de origem para realizar os estudos fora do município, em contrapartida, na volta, já podem ter a garantia de uma vaga em seu município, a qual geralmente é ofertada pelos gestores políticos da localidade, como forma da segurança de que este profissional irá atuar e permanecer nesse local. Consequentemente, o fator proximidade de familiares e a naturalidade do município tornam-se elementos robustos para escolher o local onde o profissional almeja desempenhar suas funções em saúde.

A indicação para o emprego, conforme narrado, geralmente ocorre quando o profissional é apontado por algum conhecido que já tenha vivência em determinado município ou que tenha envolvimento com grupos políticos locais, o que facilita essa condição. Esse elemento é elencado como forma do profissional garantir a aquisição de uma vaga para atuação em saúde nos municípios do estudo.

Primeiramente eu vim praticar o estágio aqui, e a partir daí, a Secretaria me convidou pra que eu viesse trabalhar (Odontólogo – Borba – RS Madeira).

De acordo com estudo sobre trabalho profissional da ESF no interior do estado do Amazonas, tornou explícito que a maneira com que os profissionais ingressam na estratégia geralmente ocorre por indicação de certa pessoa da comunidade, mas, na maioria das vezes, ocorre por intermédio da indicação de algum político. Os contratos são provisórios, o que causa inquietação e incertezas para esses profissionais, que se sujeitam a situações precárias e insignificantes para suas atividades laborais (OLIVEIRA, 2010).

A remuneração salarial é um fator que, de certa forma, levanta uma vasta discussão, pelo fato de que, algumas localidades oferecer salário maior. Contudo, apesar dessa oferta, estas mesmas localidades ainda continuam desassistidas pelos profissionais de saúde, evidenciando que o desafio do local pesa mais do que os valores que lhes são dispensados.

O motivo de ter saído do município anterior e vir pra cá, primeiro foi sobre o salário, que nós tinha muita crise, o salário ficava atrasado, a gente já ficou até 2 meses sem receber, o outro motivo também foi as reivindicações sobre atraso de salário, [...] foi quando surgiu a oportunidade de eu vir pra Tefé (Enfermeiro – Tefé – RS Triângulo).

Conforme destacado por Arruda e Rodriguez (2012), a remuneração salarial está relacionada à satisfação dos profissionais, pela atividade desenvolvida na função determinada. Trata-se de componente de grande importância, que orienta, equilibra e justifica o desempenho do trabalhador, como forma de cooperação e reconhecimento pela responsabilidade que lhe foi atribuída em sua atividade laboral. Contudo, Barbosa (2016), em estudo sobre provimento de profissionais no estado do Amazonas, destacou que, apesar de ofertas figuradas como atraentes aos profissionais, o elemento bom salário e outros incentivos, não foram suficientes para fixação destes, permanecendo o estado em situação crítica em relação ao provimento de trabalhadores da saúde.

Retirando as respostas citadas que obtiveram maior destaque, outras também apareceram nesse diálogo com pequeno enfoque, mas que exprimem a realidade vivida pelos profissionais, como: dimensionamento de profissionais, aquisição de experiência, boa logística, amor à profissão, as quais indicam que existem outras razões que influenciaram na escolha do local de trabalho.

A questão do dimensionamento de profissionais, que foi relatada pelos entrevistados, exprime que a escolha para trabalhar no município não se deu pelo próprio profissional; o mesmo foi encaminhado pelos gestores ou pela Secretaria de Saúde local, para desempenhar suas funções naquela região onde havia a necessidade de profissionais para o provimento de cargos para os serviços em saúde.

Não exatamente, eu não escolhi este município de Barreirinha, eu vim parar aqui para Manaus. Estava num curso em Manaus e aí comunicaram a nós, a cada um de nós, para que município ir trabalhar, então o que caiu pra mim foi Barreirinha (Médico – Barreirinha – RS Baixo AM).

O dimensionamento de profissionais para os serviços em saúde é destacado como um instrumento que procura não somente tratar da quantidade de profissionais para atividades nos serviços, mas também tem como objetivo o aprimoramento na prestação dos cuidados, para que este ocorra de forma eficiente, e dessa forma, possa produzir melhor acesso e valorização dos indivíduos que buscam pelos serviços de saúde, assim como melhorias nos locais de

atendimento. Dessa forma, de acordo com este estudo, os gestores locais solicitaram o provimento de profissionais de saúde para aqueles locais que apresentavam insuficiência de atendimento profissional, para o desenvolvimento das ações em saúde (PIRES; CAMMAROTA; OLIVEIRA, 2014).

A aquisição de experiência profissional tem como foco a possibilidade de alguns profissionais, recém-formados ou não, realizarem o aperfeiçoamento de suas atividades nos serviços de saúde. Essa formação possibilita um conhecimento mais amplo sobre o desenvolvimento das ações em saúde na AB, bem como das políticas públicas em localidades mais distantes dos centros urbanos.

O motivo, primeiro é a experiência. Como faz pouco tempo que eu acabei de me formar, uma das razões que me faz estar aqui no município é essa: ganhar a experiência (Médico – Eirunepé – RS Juruá).

A experiência profissional pode ser definida como um conjunto de conhecimentos obtidos no decorrer da carreira profissional de forma equilibrada e consolidada (CAPOZZOLO, 2013). Em contrapartida, é destacado que, para que ocorra de fato a experiência tornam-se necessárias a vivência com outros profissionais e, conseqüentemente, a produção de novos conhecimentos, pois alguns profissionais não possuem maiores habilidades além do que foi aprendido no período da graduação (BULGARELLI, 2013). A falta dessas habilidades, conforme descrito por Sousa et al. (2017), algumas vezes é apontada como barreiras para o desempenho profissional, pois a transição entre a graduação e a prática profissional sofre influências da maneira como ocorreu esse aprendizado na academia, podendo prejudicar o desempenho do trabalho. Dessa forma, a experiência profissional colabora para que os atores da saúde possam oferecer cuidados qualificados aos indivíduos.

A boa logística do município também foi referida por alguns profissionais como tendo grande influência para escolha do local de trabalho. Este fator irá permitir ou não, o acesso de forma rápida ou com melhores condições de deslocamento, promovendo de forma favorável a ida e a vinda, de forma que, o profissional que não reside no local de atuação possa retornar para seu domicílio, favorecendo com que ocorram condições propícias para o provimento de trabalhadores de saúde em determinados municípios do estudo.

Em Itacoatiara, por causa da proximidade com Manaus e o acesso, tem estradas, não precisa de barco (Médico – Itacoatiara – RS Médio AM).

O amor à profissão, destacado pelos entrevistados, engloba alguns profissionais que se realizam com sua profissão e repassam essa condição àqueles a quem vão outorgar o cuidado. Este fato condiciona uma situação que, melhora a permanência dos profissionais no local de trabalho e reduz a escassez.

Então eu amo a enfermagem, eu amo o que eu faço, principalmente, eu poder trabalhar pelas pessoas da minha cidade, isso já me traz muita coisa boa (Enfermeiro – Manacapuru – RS Negro e Solimões).

Esse amor à profissão é descrito por Grüdtner et al. (2010) como um cuidado ofertado de forma amorosa pelos profissionais aos indivíduos que procuram por auxílio, principalmente nos serviços de saúde. Essa dedicação torna-se símbolo da capacidade de modificar a vida das pessoas, com ênfase à valorização em todos os aspectos que possam contribuir de certa forma, para que o indivíduo possa sentir-se importante em todo o desenvolvimento do processo de cuidar.

De acordo com os argumentos relatados pelos entrevistados, fora os elementos mais salientados, não existe uma questão pontual que possa demonstrar que este local ou aquele é melhor ou pior. O fato destacado é que, apesar dos relatos favoráveis, perduram outros elementos que influenciam na permanência ou não desse profissional, o que ocasiona rotatividade de trabalhadores e sobretudo a escassez de profissionais.

4.4.2 Como é a Rotina de Trabalho?

4.4.2.1 Categoria: Ações em Saúde

As ações realizadas pelos profissionais de saúde nos ambientes em que são lotados de uma forma geral estes efetuam os atendimentos, a visita domiciliar e o trabalho de gestor. A assistência ofertada aos indivíduos segue os protocolos recomendados pelo SUS. A visita domiciliar é uma prática de grande importância na AB e realizada por todos os integrantes da equipe, conforme preconizado pelo MS, Portaria n. 2.436, de 09/2017, a qual destaca:

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica: XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu

território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas (BRASIL, 2017, cap. I).

Os profissionais enfermeiros desempenham as atividades na AB nos municípios do Amazonas, geralmente seguindo cronogramas previamente planejados, e estas ações são desempenhadas em conjunto com os demais membros da equipe.

Nós temos um fluxograma de atendimento, um cronograma de atendimento, no qual na segunda-feira a gente abre espaço para todas as consultas de enfermagem em geral, tudo que aparece a gente atende na segunda, na terça-feira a gente faz atendimento pré-natal, então atendemos as grávidas, nas quartas-feiras o atendimento médico, e as **visitas domiciliares** médicas também que a gente acompanha, na quinta, o PCCU, realiza a coleta e na sexta-feira a gente deixa sempre em aberto, ou atende normal tudo que chegar a gente vai atendendo, ou eu faço visitas em outras comunidades adjacentes (Enfermeiro – Barreirinha – RS Baixo Amazonas).

Dentre as atividades inerentes ao profissional de enfermagem, conforme o MS estão destacados: ações de saúde para o indivíduo, família e coletividade em todas as etapas da vida; consultas de enfermagem e demais procedimentos conforme protocolos preconizados pelo MS; estratégias para condições crônicas dos indivíduos; desenvolvimento de atividades em grupo; gerenciamento, planejamentos, atualização de rotinas, supervisão das ações desenvolvidas pelos profissionais que se encontram inseridos em sua equipe e cumprimento de obrigações inerentes à sua área de atuação, conforme legislação profissional e protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2017).

Contudo, o estudo mostra que as atividades que são mais desenvolvidas no âmbito da AB nos municípios por estes profissionais são, as consultas de enfermagem com todos os aparatos envolvidos nesta tarefa, atividades de educação em saúde, tanto para os usuários quanto para a equipe, e a visita domiciliar, com todas as ações que esta abrange. Todas essas atividades desenvolvidas pelos profissionais também foram destacadas em estudo de Acioli et al. (2014), onde expressam que, apesar da execução destas fazerem parte da dinâmica do trabalho em saúde, muitas vezes se dissociam daquele cuidado integral preconizado, devido a proporções de cunho técnico e mecanizado que imperam nas ações em saúde, e que pode colocar em risco a prestação dos cuidados ofertados.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais de medicina nos municípios, removendo aquelas que são comuns a todos os membros que atuam na AB, conforme relato nas entrevistas, buscam também realizar o atendimento aos usuários, adequando-se às

necessidades de cada comunidade onde vai desempenhar as ações. Algumas localidades mais distantes dos municípios necessitam de que os profissionais permaneçam por períodos estipulados, conforme cronograma previsto para as ações, para garantir o acesso à saúde dessas comunidades.

Então, segunda-feira eu chego e atendo o pessoal da minha área, na terça eu vou pra estrada fazer mutirão, na quarta eu estou aqui atendendo também e na quinta normal atendimento e **visita**, e na sexta-feira, todos os programas, só na quinta-feira que é separado, grávida pela manhã (Médico – Itacoatiara – RS Médio Amazonas).

Temos a programação da organização pra viagem, passa uma semana na organização das coisas que serão necessárias pra fazer a viagem... Realizamos o trajeto em 42 comunidades então, o trabalho é sempre de manhã em uma comunidade e à tarde em outra [...]. Trabalhamos direto, intensamente, de segunda a domingo, sem feriados. No retorno da viagem, seja ela de 20 dias ou 12 dias [...] voltamos pra programação de uma nova viagem (Médico – Borba –RS Madeira).

Conforme preconizado pelo MS, as atividades desenvolvidas pelos profissionais de medicina na AB se definem em: realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos, atenção à saúde das famílias e indivíduos que se encontram sob sua responsabilidade; praticar educação em saúde com grupos na Unidade ou se houver necessidade, em outros locais como escolas, associações ou em domicílio, conforme protocolos ou se estabelecido pelo gestor local; organizar plano de cuidados aos indivíduos em condições crônicas; realizar encaminhamentos e indicar internação se necessário, mantendo o acompanhamento terapêutico; realizar planejamento, gerenciamento e avaliar as ações dos demais membros da equipe sob sua supervisão; desempenhar outras atribuições inerentes à sua área de atuação e conforme legislação profissional (BRASIL, 2017).

O mesmo entendimento dos entrevistados do presente trabalho, está presente em estudo de Gonçalves et al. (2009) com profissionais da ESF realizado em Botucatu, o qual relata que os profissionais médicos da ESF têm nas consultas médicas como essencial atividade no desenvolvimento de suas ações em saúde, pois envolvem pessoas de diferentes faixas etárias, o que amplia o conhecimento do profissional e de como funcionam as atividades no SUS. Também, realizam o atendimento com demanda espontânea, assim como a visita domiciliar.

Os profissionais de odontologia, como agentes também atuantes da AB nos municípios, desempenham suas ações dentro da Unidade e fora dela, conforme recomendado

pelo MS. Dentre as ações, esses profissionais realizam principalmente a promoção da saúde e prevenção de doenças bucais.

Durante a semana, a gente faz atendimento paliativo aqui na UBS. Na segunda, terça e quarta a gente atende na UBS, na quinta a gente vai pra escola e faz a parte de promoção e prevenção, na sexta, a gente faz **visita domiciliar** e vai às casas orientando, damos escovas de dente, fazemos troca delas, pra quem precisar (Odontólogo – Borba – RS Madeira).

Dentre as atividades realizadas por estes profissionais, são destacadas: a promoção da saúde e prevenção dos agravos da região bucal dos indivíduos e atividades coletivas, bem como a coordenação dessas atividades; ações de saúde em espaços comunitários, e quando necessário, em domicílio, conforme protocolos pré-estabelecidos, fazer o acompanhamento e apoiar as ações, em conjunto com os demais membros da equipe de forma multidisciplinar; realizar perfil epidemiológico da população para posterior programação de ações em área delimitada; realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos, de urgência, de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses removíveis; planejamento, gerenciamento e supervisão de profissionais sob seu controle; desempenhar outras atribuições inerentes à sua área de atuação e conforme legislação profissional (BRASIL, 2017).

Outra atividade executada pelos profissionais de saúde na AB é a visita domiciliar, que propicia aos profissionais o conhecimento acerca das condições da situação de vida da população, assim como a busca ativa das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade. Essa visita proporciona também o conhecimento das condições socioambientais e de como o indivíduo e seus familiares estão vivendo em suas residências, para que a equipe possa planejar as ações e efetuar as medidas necessárias ao bem-estar desses indivíduos e família (AZEREDO et al., 2007).

De acordo com Merhy e Franco (2003), as tecnologias em saúde são propostas como leve, leve-dura e dura. Sendo a tecnologia leve empregada sob a forma de acolhimento, ligação entre profissional e o usuário e vice-versa, inclusive o comprometimento com a resolutividade. A tecnologia leve-dura se configura em todos os entendimentos bem elaborados da clínica no processo de saúde. E a tecnologia dura está voltada para os equipamentos utilizados em várias ocasiões dos serviços em saúde. Desse modo, a visita domiciliar se configura como uma tecnologia leve-dura desenvolvida por profissionais que atuam nas equipes de saúde da AB, a qual tem como requisito o planejamento, ordenação e um plano de ação efetivo, para que esta seja realizada com o intuito de promover os

benefícios a qual ela está proposta, causando ao indivíduo uma evidência de que está sendo oferecido o cuidado de forma integral (ANDRADE et al., 2017).

Em estudo desenvolvido por Santos e Morais (2011) em município do noroeste do estado de São Paulo, destaca-se que, para os enfermeiros, a visita domiciliar é de grande importância na vida dos usuários de serviços de saúde, assim como para os profissionais que a desenvolvem. Os usuários têm uma melhor percepção de que podem contar com o acesso aos serviços de saúde, sem que haja grande burocracia, que muitas vezes, são apontadas como entraves para quem procura por estes serviços. Para os profissionais, a visita domiciliar busca a compreensão do modo de vida das pessoas de cada comunidade e de seu cotidiano, cria um vínculo profissional-usuário e vice-versa, presta um cuidado de forma horizontal, assim como uma melhor aproximação com os membros da família de cada usuário.

Os profissionais de odontologia definem a visita domiciliar como sendo uma forma de vínculo entre profissional e usuário, oferecendo benefícios e bons resultados para a comunidade, pois, além do elo criado com a comunidade, a visita permite o atendimento às pessoas que não possuem condições de chegar aos serviços, pela dificuldade de locomoção, seja por motivos especiais, como os acamados e idosos ou os acometidos por acidentes de trânsito, dentre outros. Este serviço não permite somente o acesso aos usuários, também procura ofertar ações educativas que vão desde a assistência bucal até o cuidado de forma integral a esses indivíduos (BIZERRIL et al., 2015).

Para os profissionais médicos, a visita domiciliar promove uma melhor interação médico-paciente, pois, segundo eles, o contato mais próximo incentiva no processo de promoção, prevenção e também o conhecimento mais amplo de cada família envolvida nesse cuidado, fazendo com que ocorra um cuidado mais humanizado e diferenciado às crianças, adultos, gestantes e idosos. Ou seja, esse cuidado não deve ocorrer de forma mecanizada, mas deve buscar um olhar mais amplo das dificuldades encontradas, para que haja um plano de ação efetivo em cada situação observada (BORGES; D`OLIVEIRA, 2011).

Contudo, no relato das entrevistas, os profissionais destacaram desafios para executar essa atividade nos municípios do estado do Amazonas, devido às características peculiares da região. O estudo desenvolvido por Garnelo et al. (2018) sobre a cobertura da ESF em estados da região Norte do Brasil apontam que alguns usuários se deparam com desafios importantes em relação ao acesso aos serviços de saúde, pois foi exposto que a falta de transporte adequado para realização da visita domiciliar na região ocasiona um prejuízo no

desenvolvimento dessa atividade, ocorrendo, dessa forma, certa limitação para que a prestação desse serviço seja ofertada aos moradores dessas localidades.

Em relação à função de gestor, conforme mostrado nos dados quantitativos e abordado anteriormente, é desenvolvido principalmente pelos profissionais de enfermagem.

Eu sou gestora da UBS. Todos os profissionais eles sabem o que tem que fazer, mas a gente precisa estar gerenciando o trabalho de cada um. Aqui eu, como coordenadora, tenho todas as responsabilidades com o posto, ACS, médico, dentista, saber se veio, porque não veio. A comunicação com os gestores da Secretaria, tudo é feito por mim (Enfermeira – Borba – RS Madeira).

A Gestão é descrita como uma atividade para gerenciamento de operações e também de pessoas, com o intuito de garantir a qualidade nos serviços oferecidos, e no campo da saúde pode ser definida como:

Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras (BRASIL, 2006, p. 77).

Realizar o trabalho de gestão na AB, também necessita de conhecimentos teórico-científicos plenos por parte desses profissionais que mais se sobressaem nessa função, especialmente nos municípios do estado que são compostos por uma população específica, que necessitam de um cuidado diferenciado. De acordo com estudo de Silva et al. (2016), esses gestores devem possuir características peculiares como liderança de equipe, aptidão para conduzir e coordenar as atividades, desempenhar o planejamento das ações com organização e boa comunicação com os demais profissionais que atuam nesse contexto. Para que isto ocorra, faz-se necessário que este profissional esteja bem capacitado e tenha uma visão ampla das necessidades da comunidade local e que tenha conhecimento dos fluxos de atendimento, para que o trabalho seja desenvolvido com responsabilidade e eficiência.

4.4.3 Qual o Motivo para Permanecer no Município?

4.4.3.1 Categoria: Elementos Profissionais Positivos

São destacadas como subcategorias as mudanças para a saúde, seguido da questão familiar e remuneração salarial. O estudo mostrou que, os profissionais buscam sua qualificação fora do local de origem, mas posteriormente retornam, para oferecer melhorias na saúde de seus conterrâneos e, dessa forma, tentar reduzir o sofrimento daqueles que se encontram muitas vezes sem perspectivas de evolução na saúde de seu município.

A motivação é que eu posso atender as pessoas que eu conheço desde criança e ajudar o meu município a ter uma saúde bucal melhor, tentando minimizar os problemas do meu município (Odontólogo – Novo Aripuanã – RS Madeira).

[...] pelo fato que já tive toda a minha vida escolar no município. Mudei para Itacoatiara com seis meses de idade. Então poder contribuir através do meu trabalho para melhorar o nosso município, a área da saúde, pra somar mesmo (Enfermeiro – Itacoatiara – RS Médio AM).

A prestação de serviços à população, como fonte de oferta para beneficiar a saúde local, é um agente de compromisso daqueles indivíduos que se deslocaram de sua cidade para realizar a graduação fora do município. Posteriormente, estes sentem uma obrigação pessoal de retornar e oferecer à população local seus serviços profissionais que podem ajudar nas melhorias das condições de saúde daquela determinada localidade, como forma de gratidão ao local de onde ele é natural. Essa gratidão pode estar associada a um fator de reconhecimento aos que o ajudaram a concretizar o processo de qualificação, admitindo as prerrogativas recebidas pelos familiares e pessoas envolvidas nesse processo. Toda essa manifestação faz com que haja uma retribuição em favor de sua população, como forma de agradecimento (VIANA et al., 2017).

Suprimindo as respostas mais destacadas, houve relato também em relação à qualidade de vida no local, e novamente, de amor à profissão e experiência profissional.

A minha primeira intenção quando eu pensei em vir para o interior era exatamente buscar qualidade de vida, cidade tranquila, calma, sem trânsito, oportunidade de sair pra tomar um banho de rio (Médico – Coari – RS Negro e Solimões).

Devido ao grande estresse das grandes cidades, alguns profissionais buscam a tranquilidade em locais mais distantes das capitais, com o intuito de uma vida mais saudável em todos os aspectos, unindo, dessa forma, a qualidade de vida e o desempenho profissional. Assim, de acordo com Almeida et al. (2012) a qualidade de vida é descrita com diferentes percepções, mas de forma geral, pode ser definida como um processo de bem-estar do indivíduo em relação à saúde, lazer, alimentação, atividade física e moradia, dentre outros, os quais possam produzir um estado de satisfação no indivíduo. Para Teixeira et al. (2009), essa satisfação própria está ligada a diversos agentes que podem contribuir positivamente para o desempenho do trabalhador, vinculando o processo de realização pessoal com as atividades e os locais onde desenvolve suas ações, fazendo com que essas condições, sejam convenientes para o bem-estar desse trabalhador.

4.4.4 O Que Interfere para a Permanência no Município?

4.4.4.1 Categoria: Argumentos Positivos do Local

Como subcategorias novamente foi destaque a família e nenhuma interferência do local para desenvolver as atividades em saúde. Porém, a resposta que teve forte evidência nessa questão foi a familiar, quesito este já abordado anteriormente, e com poucos relatos principalmente pelos profissionais de medicina, de que não existem interferências para o desenvolvimento das ações em saúde em algumas localidades inseridas no estado do Amazonas. Este relato de nenhuma interferência local, referido de forma positiva, ocorreu nos municípios de Itacoatiara (RS Médio Rio Amazonas), Parintins (RS Baixo Rio Amazonas) e Tabatinga (RS Alto Rio Solimões).

Não, não há nada que interfira a permanência, sinto-me bem, até agora não tive nenhum problema (Médico – Parintins – RS Baixo Amazonas).

Em relação às características desses municípios expressos positivamente pelos profissionais, já foram reportadas anteriormente na discussão dos dados quantitativos desse estudo.

4.4.4.2 Categoria: Argumentos Negativos do Local

Como subcategorias sobressaíram a remuneração e as questões políticas. A questão da remuneração novamente aparece nas respostas dos profissionais como fator que interfere na permanência no município, contudo, as questões políticas também são respostas que foram narradas pelos participantes do estudo.

A política é destacada com vários significados, mas de uma forma geral, deve prezar por benefícios em prol dos membros de uma sociedade. Deve seguir normas, para que a organização e a administração dos interesses sociais sejam alcançadas, ou seja, é a maneira mais conveniente para estruturar e compartilhar os mesmos propósitos em função de um bem-estar geral da sociedade (QUEIROZ, 2012). No caso dos profissionais entrevistados, o tema causa desconforto, principalmente quando está próximo dos pleitos políticos. De acordo com os relatos, no tempo que ocorrem os pleitos eleitorais, caso o profissional tenha sido contratado pelo antigo grupo político, e se esse grupo perde a predileção popular, automaticamente o profissional também perderá sua vaga para outro profissional, mesmo que esteja realizando seu trabalho dentro das conformidades.

Um relato de experiência desenvolvido em um município do interior da Bahia descreve que os grupos políticos se aproveitam da fragilidade dos trabalhadores, especulam ajuda aos profissionais, e, no entanto, buscam somente o domínio político da situação, desestimulando o trabalho de alguns profissionais, ocasionando, dessa forma, que ocorra o rodízio frequente destes (JESUS et al., 2015). Colaborando com esta informação, Barone (2010, p. 23) descreve em seu estudo sobre emprego público e política em municípios brasileiros que “o ciclo político nos municípios, portanto, é fundamental para determinar a política de emprego”, enfatizando, dessa forma, o relato feito pelos profissionais entrevistados, quando retratam que, as causas políticas exercem papéis fundamentais na segurança ou não do emprego, bem como na condução das ações desenvolvidas em determinadas localidades.

Um estudo desenvolvido por Garnelo et al. (2014) no estado do Amazonas, confirmou essa afirmação dos profissionais do estudo, exposto nos dados obtidos que a questão política torna-se uma moeda de troca entre os trabalhadores e os envolvidos com o processo político, colocando em situação embaraçosa as atividades realizadas e o prosseguimento das ações em saúde das populações do interior do estado.

[...] é política, infelizmente, você acompanha, se sua gestão ganhou você está garantido por esses 04 (quatro) anos, agora se você perder, você pode ter sido o melhor médico, o melhor profissional, você tá fora, infelizmente (Médico – Manacapuru – RS Negro e Solimões).

Devido a mudanças própria de prefeito, o que acontece de 4 em 4 anos entra prefeito e eles falam que não querem os profissionais antigos e acabam mudando todos profissionais eles querem os deles questão das parcerias políticas esses que não são efetivos e são contratados trocam pelos que eles fizeram as promessas (Enfermeiro – Novo Aripuanã – RS Madeira).

Dessa forma, as modificações ocorridas na gestão dos municípios do estado, principalmente em anos pares, período este em que são realizados os pleitos eleitorais, geram o rodízio e deslocamento de profissionais para outros municípios adjacentes ou para locais onde ocorrem melhorias na oferta de remuneração, mas também onde a figura familiar está presente.

Também sobressaíram na fala dos entrevistados, a falta de oferta para capacitação, a questão da distância, a falta de estabilidade e a falta de infraestrutura local.

A falta de oferta para capacitação é outro fator que tem dificultado a permanência de alguns profissionais nos municípios, pois, segundo as entrevistas, muitos não conseguem aprimorar seus saberes ou se qualificar para o mercado de trabalho e também para o exercício da atividade que executa, pois não lhes são oferecidas, segundo relatos, condições necessárias para o crescimento profissional. Oliveira et al. (2012) descrevem a capacitação profissional como um processo de grande importância aos profissionais que procuram alcançar o progresso pessoal e profissional, dentro das áreas em que desenvolvem suas atividades, sejam elas em empresas, ou em outras áreas de atuação que envolvem pessoas. Além do que, manter-se capacitado, significa manter-se atualizado para ofertar melhores resultados e serviços a outrem e com excelência.

Acho que quem permanece aqui empobrece em conhecimento, então o pessoal vem pra cá faz suas economias e vai embora pra poder crescer profissionalmente, pois não se tem oportunidades de fazer especializações, mestrados [...] (Enfermeiro – Manicoré – RS Madeira).

Assim, a percepção de que, o desenvolvimento de processos voltados para estimular a capacitação profissional no próprio local de atuação torna mais sólido o possível regresso de estudantes que foram realizar a graduação fora dos municípios, incentivam os que se encontram no ambiente e, conseqüentemente, beneficiam estes locais com auxílio no

provimento e na permanência profissional, favorecendo um melhor sistema de saúde nesses locais que mais necessitam ampliar o acesso aos serviços essenciais. Contudo, algumas localidades da região ainda declinam devido à limitação de recursos voltados para os sistemas tecnológicos.

A distância dos grandes centros urbanos torna-se elemento negativo para promover o provimento e, principalmente, a fixação de trabalhadores em localidades mais vulneráveis.

Eu penso que seja a distância, e o município não oferece muitos meios pra se trabalhar. Há dificuldade de se locomover (Enfermeiro – Pauini – RS Purus).

Carvalho e Sousa (2013), em estudo de caso sobre o PROVAB, destacaram que os profissionais relataram a necessidade de melhores condições de trabalho e oferta de capacitação profissional, salientando que esses elementos, influenciavam para que não ocorresse a fixação de alguns profissionais em seus ambientes de trabalho. Destacaram também que o assunto sobre provimento se estende de longa data, em que algumas medidas foram tomadas para minimizar a escassez de profissionais, porém sem alcançar muito êxito.

Estudo realizado em municípios do Rio Grande do Sul apresentou em seus resultados, dentre outros aspectos, o difícil acesso a algumas localidades, sendo um dos fatores que ocasiona descontentamento de trabalhadores da área de saúde e também o revezamento desses profissionais. Fato este também mencionado na fala dos entrevistados nos municípios do Amazonas. Mas, de modo geral, o fator difícil acesso aos municípios, remuneração de forma inadequada, além de incentivos para o desenvolvimento do trabalho, são alguns elementos assinalados como razões para ocasionar a intensa rotatividade de profissionais de saúde (MEDEIROS et al., 2010).

A falta de estabilidade, de acordo com o relato dos entrevistados, refere-se não realização de concursos públicos nos municípios, motivo este que acarreta desmotivações e incertezas em sua vida profissional, alcançando também fatores intrínsecos desse ser humano, o qual não poderá oferecer qualidade de vida aos familiares pela insegurança no emprego.

Ah, o que faz eu não ficar no município é a falta de concurso público (Médico – Humaitá – RS Madeira).

Distância dos grandes centros, a falta de lazer, qualidade de vida precária, dificuldade de transporte (Enfermeiro – Marã – RS Triângulo).

A estabilidade é relatada como um processo de solidez no emprego para os profissionais, e conforme descrito no manual da Controladoria-Geral da União Corregedoria-Geral da União (2018) “... a estabilidade aos servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público, após três anos de efetivo exercício. Portanto, a estabilidade é uma garantia concedida pela Constituição Federal” (BRASIL, 2018, p. 11).

Contudo, a estabilidade não tem garantia que o profissional possa se fixar em determinada localidade, pois, segundo estudo de Ney e Rodrigues (2012), em município do Rio de Janeiro, apesar da realização de concurso público para ocupação de vagas em equipes da ESF, poucos compareceram para assumir seus postos. Ainda que o elevado número de cargos estivesse disponível, também houve grande parcela de profissionais, principalmente de medicina, que se desligaram do emprego, causando revezamento desses profissionais e ao mesmo tempo a ausência destes, contribuindo para estatísticas negativas em relação ao provimento e fixação.

4.4.5 Outras Questões que Interferem na Mobilidade dos Profissionais de Saúde?

4.4.5.1 Categoria: Desafios do Local

Como subcategorias destacam-se a remuneração, a falta de infraestrutura local e as questões políticas. Os principais locais destacados como desafiadores para o desenvolvimento das atividades em saúde foram: Barreirinha (RS Baixo Amazonas), Maraã (RS Triângulo), Eirunepé e Envira (estes últimos da RS Juruá), geralmente pelos profissionais de medicina e enfermagem.

Os municípios localizados no interior do estado do Amazonas apresentam populações que vivem em situação de fragilidade na saúde, as quais parecem ser invisíveis aos olhos dos serviços de saúde, principalmente pela dificuldade de estrutura e mobilidade nessas localidades. Dessa forma, Passos (2013), em seu estudo no estado de Roraima, explica que a infraestrutura e logística da região Amazônica são diferenciadas das demais regiões, devido a suas particularidades próprias, principalmente pela questão das rotas fluviais que necessitam ser realizadas para o deslocamento local. Assim como os fatores naturais, que de maneira geral, são destacados como desafios locais, pois estes impõem grandes entraves para o desenvolvimento das atividades de alguns profissionais, que são destinados para realizar suas ações nessas localidades, as quais são configuradas como de difícil acesso.

Estudo realizado em Manaus, capital do estado, ressalta que a qualidade de alguns serviços oferecidos pelos profissionais da AB fica comprometida pela insuficiência de recursos materiais e limitação das estruturas, onde são desenvolvidas as ações em saúde. Enfatiza também que essas condições não se limitam apenas à capital, mas também em todo o território amazônico, repercutindo de forma negativa para que a produção do cuidado e as demandas de saúde sejam atendidas de maneira qualificada (MENDES, 2015).

A questão da infraestrutura e logística dos locais de trabalho é destacada também em estudo na cidade de Duque de Caxias (RJ), entre outros, como desafio para fixar profissionais, principalmente em localidades em condições de vulnerabilidade, as quais se encontram mais distantes dos centros mais desenvolvidos (NEY, RODRIGUES, 2012).

Distância dos grandes centros, a falta de lazer, qualidade de vida precária, dificuldade de transporte. Nossa situação de trabalho aqui não é muito favorável. Temos muita dificuldade, falta muito equipamento, não temos aparelho de ECG, nem laboratório de análises clínicas [...] e como faz na urgência? E faltam vários medicamentos (Médico – Marã – RS Triângulo). Não tem apoio ou material para trabalhar, o que acaba desestimulando (Enfermeiro – Marã– RS Triângulo).

Em estudos nos municípios do Brasil desenvolvido por Stralen et al. (2017), no qual os profissionais relataram as dificuldades encontradas para promover o provimento e a permanência de profissionais de saúde nos municípios, dentre as quais, a falta de oferta de componentes para distração pessoal e outros serviços básicos relacionados ao entretenimento pessoal e coletivo, tais fatores contribuem de forma negativa para que o profissional possa continuar exercendo suas atividades nesses locais.

Em relatos sobre o trabalho de profissionais de saúde da ESF, nas cinco regiões geográficas do Brasil, foi ressaltado que alguns obstáculos são encontrados para que as atividades preconizadas sejam efetivadas, tais como a questão da estrutura física das Unidades para o atendimento aos usuários, falta de insumos necessários para a realização do trabalho em saúde, dentre outros elementos, que podem afetar diretamente para que o cuidado ofertado seja embaraçado, refletindo em uma assistência precária (SORATTO et al., 2017).

Também em estudo desenvolvido no próprio estado do Amazonas, dados apontaram defasagem na qualidade das estruturas das Unidades de saúde, apesar de esforços conjuntos para reabilitar esses locais. Conforme divulgado nesse estudo, a possível exposição deletéria dos trabalhadores, devido às condições em que se encontravam os ambientes de trabalho,

culmina na qualidade da oferta dos serviços à população, bem como, no desfalque de profissionais de saúde que atuam nesses locais (GARNELO et al., 2014).

Outros elementos são apontados pelos profissionais do presente estudo como fatores desestimulantes, para que as práticas de trabalho no SUS sejam desenvolvidas de forma estruturada e qualificada, foram as condições precárias do local e a demanda elevada de usuários para atendimento, ocasionando insatisfação profissional, fadiga pessoal e, sobretudo, a rotatividade de profissionais.

Eu acho que tem poucas equipes pra muitas comunidades, ainda tem muitas comunidades descobertas (Médico – Careiro da Várzea – RS Entorno de Manaus).

Assim, o transtorno para que os profissionais possam oferecer serviços com a devida qualidade esbarra em questões, como a falta de materiais em algumas localidades, burocracias próprias da gestão, pouca infraestrutura do local, dentre outros, ou a localidades que algumas vezes são consideradas de difícil acesso (NEY; RODRIGUES, 2012). Em estudo desenvolvido com estudantes em uma UBS de Alagoas, foi externado que algumas unidades de saúde perecem no quesito estrutura e componentes materiais, para conseguir promover o suporte necessário dos serviços essenciais aos usuários, e para que este seja conduzido de maneira adequada. Os dados desse estudo conciliam com as colocações feitas pelos profissionais entrevistados nos municípios do Amazonas (SOUZA, et al., 2013).

Em estudo documental na região Centro-Oeste do Brasil, também foi narrado que existem desafios para os gestores do SUS em relação à fixação e adesão de profissionais de saúde em algumas localidades, pois existem alguns agentes que são enumerados pelos entrevistados desse estudo, que contribuem para o prejuízo do processo, como a questão da remuneração, dificuldade para o acesso aos locais de trabalho, escassez de profissionais, precariedade dos locais de trabalho, dentre outros, o que ocasiona descontinuidade no processo de cuidar (MENDES et al., 2018).

As questões de infraestrutura dos ambientes de trabalho para o processo de cuidar tem influência na prestação da oferta de serviços, bem como na integralidade do cuidado. Os profissionais se deparam com situações embaraçosas, conforme estudo sobre infraestrutura realizado em UBSs de Cuiabá, onde destacaram que os espaços inapropriados para o desenvolvimento das atividades geram resultados negativos ao pessoal que se encontra incluído neste sistema, ao utilizarem espaços compartilhados com outros profissionais,

ocasionando desconforto e falta de privacidade ao usuário que está recebendo esse cuidado. Tal fato faz com que este usuário não consiga exprimir as reais necessidades da procura pelo atendimento, o que vai prejudicar a continuidade no seu processo de saúde (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

A rotatividade é o resultado das imperfeições que ocorrem na ordenação do trabalho em saúde e da insatisfação dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades, refletindo na permanência ou não destes por mais tempo em determinada localidade. Pesquisa realizada em um município de São Paulo com profissionais da ESF exemplifica que ocorre uma relação direta entre a rotatividade com os elementos configurados opostos para que haja a continuidade das ações, como a insuficiência de aptidão para o desempenho laboral, a questão do distanciamento entre trabalho e residência, disposição de materiais aos profissionais, além do ambiente físico do setor. Tais agentes colocam em risco a eficácia do modelo assistencial e causam impacto no seguimento das ações em saúde (CAMPOS; MALIK, 2008).

4.4.6 Avaliação das Condições de Trabalho no Município?

4.4.6.1 Categoria: Disposição do Trabalho

Foram relatadas como subcategoria, as boas condições de trabalho, mas também, a falta de incentivos. De forma geral, as respostas sobre as condições de trabalho em algumas localidades, em maior grau, foram frisadas pelos profissionais de enfermagem, seguido pelos de odontologia e com menor frequência pelos profissionais de medicina.

De acordo com estes profissionais, dentre os municípios apontados como aqueles com melhores condições de trabalho estão Itacoatiara (RS Médio Amazonas), Tabatinga (RS Alto Solimões), Parintins (RS Baixo Amazonas) e Manacapuru (RS Negro e Solimões).

Comparado com outras situações de outros municípios, eu poderia qualificar como nota 10 aqui, porque eu já trabalhei em outros municípios, já vi muita necessidade, muito precário. Graças a Deus em Manacapuru a gente tem boas condições (Médico – Manacapuru – RS Negro e Solimões).

É onde paga melhor, me dá uma melhor condição de trabalho, o acesso é mais fácil, Manaus é bem pertinho, a estrutura da cidade para ser interior é boa [...] (Enfermeiro – Itacoatiara – RS Médio Amazonas).

Apesar do acesso fluvial aos municípios da RS do Negro e Solimões prevalecerem. Manacapuru pode ser acessado por via terrestre e a sua distância em linha reta do município Manaus, é de 68 km e por via fluvial, 88 km (IDAM, 2014). O município obteve destaque, porque se encontra próximo da capital do estado, Manaus e também é referência para outras localidades em relação à atenção especializada de média complexidade. Além disso, após a construção da Ponte Rio Negro em 2011, ocorreu o fenômeno urbano de unificação, fazendo com que este município possa estar integrado com a capital do estado (COELHO, 2016; SUSAM, 2019). Os municípios de Itacoatiara, Tabatinga e Parintins também pontuados favoravelmente pelos profissionais, foram abordados anteriormente, na seção quantitativa do presente estudo.

Em relação à falta de incentivos para oferecer uma assistência satisfatória, os profissionais destacam a necessidade de elementos que possam garantir o bom desempenho no exercício da função, que vão além da remuneração, o qual não conseguiu impulsionar a aderência de profissionais em áreas remotas.

Precárias. A demanda de incentivos por parte de entidades governamentais ainda é pouca, às vezes você tem que andar com as próprias pernas. Acho que falta um pouco de vontade de dar esse *feedback* do que necessitamos. Isso dificulta a melhoria das coisas (Médico – Careiro da Várzea – RS Entorno de Manaus).

Este tema sobre a falta de incentivos está relacionado à valorização pessoal, como a insuficiência de propostas para a educação pessoal e coletiva, evolução na carreira e condições desfavoráveis de trabalho. Esses agentes vão de encontro a determinados requisitos que são dispensados de forma precária aos colaboradores, dentre outras condições debilitadoras. Acima de tudo, a falta de compromisso dos gestores envolvidos, resultando na decepção profissional em seu campo de atuação (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Estudo sobre incentivos profissionais no setor público de saúde salienta que os incentivos voltados para os profissionais de saúde buscam, sobretudo, no reflexo de perspectivas promissoras aos usuários e ampliação da equidade, especialmente naquelas localidades em que os usuários não têm alcance aos cuidados por colaboradores qualificados. Os incentivos profissionais podem ser ofertados em forma de planos de cargos, carreiras e salários, premiações, bonificações, compensações não financeiras como a oportunidades de desenvolvimento no trabalho, qualidade de vida, dentre outras promoções equiparadas (DITTERICH, MOYSÉS, MOYSÉS, 2012).

Conforme as entrevistas foram destacadas também nessa última questão, a falta de recursos humanos em algumas localidades, ocasionando excesso na demanda de atendimentos e a falta de estímulo aos profissionais por parte de gestores locais, para que as ações em saúde e a produção do cuidado sejam realizadas de forma efetiva, em alguns municípios do estudo. Isso ocorre, segundo os entrevistados, devido às lacunas existentes na condução dos serviços, além da escassez de profissionais.

Eu acredito assim, que a nossa demanda é muito grande, muita comunidade, muita gente [...] e isso aí dificulta muito nosso trabalho [...] e muitas vezes a gente é mal reconhecido né, então a maior dificuldade é essa. (Enfermeiro – Barreirinha – RS Baixo AM).

Essa falta de condições viáveis para o desenvolvimento das ações em saúde também foi salientado em estudo desenvolvido na região Sudeste do país, o qual detalha as atividades desenvolvidas por profissionais da ESF, onde estes procuram desempenhar as ações em saúde com qualidade, porém, foi exposto que, ocorrem situações em que o profissional encontra-se com grande demanda de pessoas para atendimento, ocasionando cansaço físico e desânimo. Esse elemento possibilita de certa forma, o desestímulo pessoal e a alta rotatividade de profissionais, devido à falta evidenciada de recursos humanos para a saúde, principalmente nas localidades mais afastadas das capitais. Ao mesmo tempo, este fato causa prejuízos aos serviços e ao cuidado pleno do usuário (GONÇALVES et al., 2009).

Fatores que colaboram para que profissionais estejam desanimados com suas atividades também estão evidentes em estudos com trabalhadores da ESF em Minas Gerais, que salientam alguns elementos que contribuem para o embaraço no desenvolvimento das ações em saúde, como a estrutura física do ambiente de trabalho, a grande extensão da população que estão registradas para atendimento, recursos humanos e materiais insuficientes, assim como a questão financeira e a gestão local. Tais fatores, não são singulares em relação ao cenário de saúde, porém desestimula de certa forma, a fixação de profissionais de saúde em determinadas localidades (MITRE et al., 2006; FIRMINO et al., 2016).

Em estudo realizado nos estados da região Nordeste do Brasil, também foi destacada a questão da má distribuição de profissionais de saúde, especialmente os de medicina, pois a concentração destes nas periferias das capitais ainda representa uma tarefa difícil de ser conquistada, para que haja uma melhor adequação das políticas de saúde voltadas para as populações mais carentes (NOGUEIRA et al., 2016). Apesar da elevação no quantitativo de médicos no Brasil, Alves et al. (2017) relatam que a disposição destes nos setores da saúde,

principalmente na regiões Norte e Nordeste do país, continuam insuficientes para aplicação da atenção integral daquelas populações que vivem em localidades geográficas mais distanciadas das capitais, favorecendo acentuados contrastes no acesso e expondo comunidades à circunstâncias de risco.

Estudo sobre a demografia de profissionais de enfermagem também apontam dados de uma distribuição inadequada desses profissionais entre as regiões do Brasil. As regiões que apresentaram maior quantitativo destes foram região Sudeste, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, deixando a região Norte, com os menores percentuais desses profissionais. Esse quadro pode provocar um possível desgaste no processo de cuidar, mas também retrocessos nas políticas de saúde recomendado pelo SUS (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Estudo com profissionais de saúde em município de Minas Gerais expõe que a redução no quantitativo de odontólogos retarda a eficácia proposta pela ESF reduzindo, sobretudo, os atendimentos voltados para intervenção bucal da população, acarretando danos e adoecimentos. Esses motivos degeneram a qualidade da saúde, e tem influência direta no bem-estar dos usuários desses serviços. Dessa forma, a escassez de algumas categorias profissionais na AB reduz a capacidade de evolução das políticas de saúde, necessitando de medidas pontuais que possam sanar esta inquietação (LIMA et al., 2019).

As principais limitações quanto aos dados qualitativos do presente estudo foram as respostas do instrumento aplicado, objetivando analisar os motivos que influenciaram no provimento e fixação dos profissionais de saúde nos municípios, as quais podem está passíveis de diferentes significados e interpretações interavaliadores. Considerando que, para minimizar essa limitação seria indicada a análise da transcrição das entrevistas por três avaliadores, evitando dessa forma, o erro interpretativo por um único avaliador.

4.5 QUESTÕES DESTACADAS COMO DESAFIOS NOS LOCAIS DE DIFÍCIL ACESSO

Diante dos achados do presente estudo foi demonstrado que, dentre os profissionais que atuam nos serviços de saúde nos municípios do Amazonas, ocorrem discrepâncias referente às localidades de atuação. Enquanto alguns municípios contam com elevado percentual desses profissionais, em detrimento, determinadas áreas não conseguem fixar trabalhadores para que haja a oferta de serviços essenciais, como é o caso da RS entorno de Manaus, apesar dessa RS abranger também a capital do estado, os dados apontaram que ocorrem índices de escassez de profissionais. Observou-se que as condições refletidas nos

municípios do Amazonas, estes conceituados como locais de difícil acesso e dispersão populacional há necessidade de políticas públicas favoráveis, voltadas para a provisão tanto de pessoal quanto da oferta de assistência para a diversidade de pessoas que é encontrada nessa região.

As respostas dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, mostraram as principais questões destacadas como atrativos, mas também, como desafios para promover a fixação e o provimento de profissionais de saúde nos municípios. Dentre os pontos desafiadores foram ressaltadas no presente estudo, a falta de infraestrutura e de incentivos para desempenhar as atividades em saúde em algumas localidades, bem como as questões políticas que imperam em certas circunstâncias. Há evidências de motivos que colabora com a insatisfação pessoal, levando à reflexão negativa sobre os locais onde esses trabalhadores desempenham suas atividades, o que ocasiona, de certa forma, a evasão de alguns profissionais.

A escassez de profissionais em áreas com grau de vulnerabilidade em saúde e mais remotas, também é relatado na fala dos entrevistados, como elemento que dificulta a permanência dos profissionais nos municípios. Esse motivo ocasiona maior demanda a quem se encontra na atuação, necessitando realizar os seus atendimentos e também daquele profissional que se tornou ausente, gerando desgaste físico e mental.

Estudo desenvolvido sobre a complexidade do trabalho exercido por enfermeiros que atuam na AB, apontou-se que são várias as questões que implicam no desgaste desse profissional durante o exercício de suas atividades, como: a falta de recursos humanos das variadas áreas, quantidade insuficiente de profissionais de enfermagem na unidade, elevada carga de trabalho, que é influenciada pela deficiência dos profissionais de apoio, ampla área territorial de abrangência, o que dificulta a realização das visitas domiciliares, falta de compreensão dos usuários sobre o desenvolvimento das atividades, rodízio frequente de profissionais, este último, ocasiona sobrecarga aos funcionários que permanecem na atuação, dentre outras dificuldades. Tais relatos levam tanto ao enfraquecimento dos serviços prestados quanto à qualidade dessa assistência (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

A redução de profissionais da área de odontologia nos municípios mais distantes dos centros urbanos, também, ainda é vista como um agravo para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, pois, conforme estudo de Martin et al. (2018) nas diferentes regiões do Brasil explica que, apesar de um número elevado de profissionais graduados na área, eles são encontrados principalmente nas regiões com mais recursos financeiros, e onde, segundo

narrações obtidas, eles podem continuar seu progresso tanto na qualificação quanto profissionalmente, tornando evidente nesse estudo que as regiões do interior ainda são afetadas pela escassez não somente deste profissional, como de outros que atuam na AB.

Conforme relato de profissional que atua no município de Humaitá, em depoimento referente ao médico no interior, destacou que alguns desafios enfrentados pelos profissionais que realizam suas atividades no interior do estado estão relacionados com os recursos que são escassos para realização dos diagnósticos e a redução de especialidades médicas locais. Esses motivos muitas vezes impedem de promover à população os serviços essenciais para dar continuidade ao seu tratamento, pela dificuldade em articular com os demais níveis de atenção. Tais fatos decorrem, dentre outros aspectos, da localização em que os municípios do estado se encontram e suas vias de acesso (VIANNA, 2017). Existem também desigualdades em relação à prestação de serviços ofertados, pois, segundo dados do estudo realizado no entorno de Manaus, mostram que, no município de Careiro da Várzea até o ano de 2011, não havia disposição de leitos para internação, somente UBS em algumas localidades, configurando que as ações em saúde primárias não seguiam um plano de continuidade no tratamento, sendo refletido que tais condições expressam, ainda, um desafio constante para que as políticas públicas em saúde sejam efetuadas de acordo com os preceitos elaborados pelo SUS, no que diz respeito ao cuidado longitudinal (UFAM, 2011).

O interior do estado do Amazonas apresenta limitações relacionadas à logística, clima, adversidades geográficas, distanciamento dos grandes centros e o acesso complexo. Além de todos esses desafios, ainda exibem um dilema na saúde pública, principalmente referente à escassez de profissionais de saúde, levando a população permanecer exposta à instabilidade dos serviços essenciais. Apesar de dispor de municípios-polo, necessita dispor de profissionais capacitados e comprometidos para assegurar que o trabalho em saúde seja desenvolvido de acordo com necessidade de cada localidade (FERLA et al., 2019).

Estudo sobre rotas de escassez nas regiões do Brasil reitera o difícil acesso como fator para insuficiência de profissionais de saúde, principalmente na região Norte do país. O fato de o meio de transporte ser em sua maioria fluvial, com tempo longo de duração da viagem, ou aéreo com custos onerosos, gera desconforto pessoal e pouca atração por estes, acarretando agravos na disposição de profissionais (STRALEN et al., 2017).

Os dados obtidos no presente estudo podem levar a várias reflexões acerca desse tema complexo que é o provimento e fixação de profissionais de saúde em localidades de difícil acesso. Como foi relatado anteriormente, o tema não é recente, mas vem se arrastando por

várias décadas. É essencial a combinação de políticas públicas emergenciais e medidas que possam minimizar os fatores internos e externos que são expostos pelos profissionais e pela região onde estão inseridos os municípios do Amazonas, visando a uma tomada de decisões que possam contribuir na melhoria dos serviços ofertados à população, e dessa forma consolidar o cuidado integral e equânime que são delineados pelo SUS.

4.6 ELEMENTOS QUE PODEM CONTRIBUIR PARA PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O estudo mostrou que existem fatores estimulantes para que possa ocorrer a provisão e consolidação de profissionais em alguns municípios do Amazonas. Contudo, tais agentes não são suficientes para garantir que ocorra de forma positiva, a estabilização adequada, principalmente daqueles profissionais que em algumas localidades são mais requisitados.

Dentre os atrativos, como pontos mais relevantes do estudo, foi relatada a questão familiar, naturalidade do município, mudanças para a saúde da comunidade, remuneração e as boas condições de trabalho em algumas localidades. A questão familiar e naturalidade do município, de acordo com o estudo, são elementos de forte influência para promover a fixação e o provimento desses profissionais. Este fator influenciador também foi elencado no estudo realizado em Minas Gerais, onde aponta para resultados categóricos e de grande determinação em relação a esse importante aspecto, que é a estrutura familiar, sendo retratado de maneira positiva para promover a fixação profissional (RODRIGUES; SILVA; ROCHA, 2010).

A questão financeira, como fator que pode promover também a fixação de profissionais na AB, com uma remuneração adequada para satisfazer as exigências profissionais, também está direcionada à ocorrência de oportunidade dos trabalhadores em saúde possuírem outros vínculos empregatícios, no mesmo local onde são predestinados para sua atividade laboral, reforçando, assim, a possibilidade de permanecer por mais tempo nesse local, pelo fato de possivelmente estar aumentando sua renda (ANDRADE et al., 2019). Em contrapartida, a questão financeira, que é discutida em alguns trabalhos desenvolvidos sobre a fixação de profissionais, deve ser vista de forma delicada, pois, ao mesmo tempo em que é empregado como fator atrativo para fixar o profissional, este por sua vez pode acompanhar as tendências de melhores propostas de remuneração entre os municípios, acarretando o revezamento desses próprios profissionais em várias localidades, onde a oferta se torne mais interessante (RODRIGUES; SILVA; ROCHA, 2010).

Uma das soluções para manter o provimento e a fixação de alguns profissionais de nível superior em localidades com acesso precário seria a aplicação de recursos na execução da Educação Permanente em Saúde com novos desenhos na produção de saúde das comunidades mais afastadas dos centros urbanos, bem como a instalação de escolas voltadas para o ensino em saúde nos municípios, onde são encontradas maiores situações de vulnerabilidades da população, além de incentivos para estimular a habilitação de pessoal em prol da atuação nos serviços de saúde, pois os próprios moradores seriam capacitados e desempenhariam suas funções na própria localidade, minimizando dessa forma a evasão de pessoal e impulsionando a promoção da saúde (BONELLI, 2009; SCHWEICKARDT et al., 2015).

Em estudo desenvolvido no estado do Amazonas, quanto à oferta de cursos para profissionais nas RS do estado, mostrou-se que esta medida buscou impulsionar elementos que contribuíssem de forma positiva para redução da rotatividade de profissionais em localidades de difícil acesso, adjetivo este que é imposto aos municípios do Amazonas. Esse modelo de formação agregou de forma positiva benefícios aos participantes, pois estes não precisavam realizar grandes deslocamentos com destino a outras regiões para participar de capacitações. Este tipo de atividade pode contribuir positivamente como desenho para promover melhorias na capacitação de profissionais, bem como, reduzir a escassez de profissionais de saúde em locais com desafios no acesso (SCHWEICKARDT et al., 2016).

Medidas como a inserção de políticas de ações afirmativas voltadas para residentes nas localidades onde a escassez de profissionais seria conveniente, com posterior regresso desse morador já formado. Este retorno fomenta a compensação sob a forma de trabalho nas comunidades com maior grau de vulnerabilidade, sendo dessa forma, uma proposta para impulsionar a fixação de profissionais e equilibrar os desafios encontrados nos municípios (COELHO, 2016).

Outra opção que poderia garantir o provimento de profissionais de saúde em locais distantes dos centros urbanos, assim como o acesso das populações aos serviços básicos de saúde, seria a inserção da telemedicina como mecanismo de oferta para ações em saúde. Também serviria para prévio diagnóstico, interação com demais profissionais de outras localidades, dentre outras atuações por intermédio de tecnologias. Além disso, a telemedicina pode promover a capacitação dos profissionais que atuam na AB dos municípios. Tal elemento buscaria introduzir o fomento de práticas, que possam assegurar melhorias nas

condições básicas, assim como a integração das comunidades mais isoladas, beneficiando na continuidade do cuidado (MACHADO et al., 2010).

A definição de “[...] políticas claras de formação adequada (o que incluiria uma vaga de Residência Médica para cada formando), de fixação e retenção de profissionais, de formação e ações concretas para atacar a raiz das desigualdades na concentração de médicos” significaria uma maneira de conseguir assegurar a presença desses profissionais em localidades mais distantes dos centros desenvolvidos e a inclusão dos indivíduos aos serviços de saúde de maneira equânime. Pois existem certos desequilíbrios em relação à distribuição desses profissionais nas regiões do Brasil (CFM; CREMESP, 2019, p. 5).

Os elementos apontados como indicativos para minimizar a escassez de profissionais de saúde em localidades de difícil acesso pretendem encontrar alternativas na superação dos desequilíbrios relacionados à redução e distribuição dos profissionais em locais com particularidades diferenciadas, como é o caso dos municípios que se encontram inseridos no estado do Amazonas. Os investimentos orientados para ampliação e qualidade do acesso de populações em situação de fragilidades sociais devem articular em prol de definir políticas públicas ativas para promover modelos tecnoassistenciais em saúde que contribuam para a redução das iniquidades regionais.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que os desafios encontrados para responder à questão provimento e fixação de profissionais de saúde nos municípios do Amazonas são multivariados, ou seja, não têm uma única explicação e uma única resposta. Vimos que essa questão é histórica para a região amazônica, e que tivemos diversas experiências tanto no âmbito da formação, como de políticas específicas para estimular o provimento e fixação de profissionais em regiões de difícil acesso. No entanto, entendemos que os resultados nos apontaram para algumas questões que pode gerar investimentos por parte dos entes governamentais (federal, estadual e municipal). Assim, as estratégias também precisam ser diferenciadas para cada profissão devido às necessidades diferenciadas de atuação na Atenção Básica.

Os profissionais de medicina de acordo com os resultados do presente estudo foram apontados como facilitadores de estatísticas negativas, relacionadas à redução de trabalhadores nos municípios localizados nas áreas mais remotas do estado do Amazonas. As questões familiares, descender dos municípios e perspectivas em modificar a saúde da população local, foram elencados como principais motivos para permanência dos demais profissionais que atuam nesses locais. A rotatividade e escassez profissional geralmente ocorrem pela questão salarial, falta de infraestrutura, geografia local, questões políticas e a falta de incentivos para o desenvolvimento do trabalho. Esses fatores atenuam a conquista da equidade, integralidade e universalidade, além de causar inquietação aos profissionais envolvidos nesse contexto.

Políticas de saúde efetivas, práticas voltadas para a capacitação e valorização dos profissionais de saúde inseridos nesses territórios, conhecimento prévio da localidade, compreensão de como ocorre o cotidiano dessa população e suas necessidades, auxilia na discussão de como reforçar as políticas de promoção à saúde local. Assim, vimos que é fundamental o incentivo na criação de modelos que sejam voltados para as necessidades de atenção diferenciada dos povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e rurais para responder ao princípio da equidade do SUS. As características de um território complexo, como os municípios inseridos no estado do Amazonas, demandam políticas e modelos complexos de atenção, inclusive nos processos de trabalho e nos arranjos tecnoassistenciais. De fato, necessitamos não somente de priorizar políticas específicas como também, profissionais formados para enfrentar essa diversidade dos cenários de atuação nos territórios da Amazônia.

A pesquisa, que deu origem ao recorte desse estudo, tinha como motivação compreender os principais desafios da fixação e provimento de profissionais de saúde nos municípios do Amazonas, pois, havia o discurso que esses eram os maiores desafios para desenvolver a saúde nesses municípios do Estado. Com os resultados dessa dissertação, podemos entender alguns aspectos que podem contribuir com o debate dessa problemática. No entanto, ainda continuamos no desafio permanente de analisar as políticas de saúde que envolve a gestão do trabalho, pois temos avanços e recuos, como foi o caso dos programas para interiorização de profissionais em localidades de difícil acesso. Entretanto, precisamos desenvolver estratégias de pesquisas para que essas possam subsidiar as tomadas de decisões nos diferentes níveis de gestão, para que dessa forma, possam propiciar melhores oportunidades especialmente para aquelas populações que se encontram inseridas nesses locais.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel. O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: uma leitura bartheana. *Comunicação Saúde Educação. Interface*, 2017; 21 (Supl.1): 1157-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-1807-576220160540.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.
- ACIOLI, Sonia *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 set/out. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.
- ADA, Agência de Desenvolvimento da Amazônia -. Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia legal: estudos diagnósticos setoriais – PDSA 2005-2008. / Agência de Desenvolvimento da Amazônia, Universidade Federal do Pará, Organização dos Estados Americanos. – Belém: ADA, 2006. Disponível em: http://www.sudam.gov.br/conteudo/menus/referencias/biblioteca/arquivos/Ada-2006/caf_2006_10859_cod_1550_producao_rural_empresarial_e_familiar.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.
- ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil / Maria Ilk Nunes de. – Recife: [s.n.] 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf. Acesso em: 08 nov. 2018.
- ALMEIDA *et al.* Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf. Acesso em: 02 maio 2019.
- ALVES, Sandra Mara Campos *et al.* Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (7): 2223-2235, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2223.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.
- ALVES, Thiago José Costa; NODA, Sandra do Nascimento; NODA, Hiroshi. A Família nos Agroecossistemas Amazônicos: o caso do Complexo Ambiental Sacaí, Baixo rio Branco, Roraima, Brasil. *RESR*, Piracicaba-SP, Vol. 56, Nº 03, p. 501-516, Jul./Set. 2018 – Imprensa em Outubro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v56n3/1806-9479-resr-56-03-501.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.
- ANDRADE *et al.*, Angélica Mônica. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017 jan-fev; 70(1): 210-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.
- ANDRADE, Laíse Rezende de *et al.* Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 53(3): 505-519, maio. - jun. 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/78979-166175-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/78979-166175-2-PB%20(1).pdf). Acesso em: 04 jun. 2019.

ARRUDA, Jaqueline Freitas; RODRIGUEZ, Martius Rodriguez Y. Remuneração por Desempenho Gera Mais Satisfação no Colaborador? Estudo de Caso de Empresa Comercial. IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Tema: Gestão, Inovação, e Tecnologia para a Sustentabilidade, 2012. Disponível em:

<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/17316107.pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

AZEREDO *et al*, Catarina Machado. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3):743-753, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/25.pdf>. Acesso em 01 jun. 2019.

BARBIANI, Rosangela; NORA, Carlise Rigon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019.

BARBOSA, Erica Lima. Cenário das Políticas Públicas de Fixação e Provimento de Profissionais de Saúde no Amazonas, 1970 - 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, 2016. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5437/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Erica%20Lima%20Barbosa.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2018.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARONE, Leonardo Sangali. Emprego público e política: uma radiografia da gestão 2005/2008 nos municípios brasileiros. III Congresso Consad de Gestão Pública, 2010. Disponível em:

http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_3/emprego_publico_e_politica_.pdf. Acesso em: 21 jul. 2019.

BIZERRIL, Davi Oliveira *et al*. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10 (37)1-8.

[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1020](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1020). Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1020-7366-3-PB.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

BONELLI, M. da G. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.25, n.11. p. 2531-2532, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100024. Acesso em: 08 jul. 2019.

BORGES, Renata; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0611>. Acesso em: 03 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério Saúde, 2000. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004 – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_amazonia_2ed.pdf. Acesso em: 02 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento 1ª edição – 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27) Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2 set. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html. Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 01 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL. [Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011](#). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 05 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 22. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_orientacoes_organizacao.pdf. Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Gestão do Trabalho em Saúde / Ministério da Saúde, - Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 50 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 6, n. 9) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n9_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017), 2017. p. 11. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Medida provisória nº 776, de 26 de abril de 2017. Câmara dos Deputados. República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de abril de 2017. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1586188&filename=Aviso+-MPV+776/2017. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União Corregedoria-Geral da União. Manual de Direito Disciplinar para Empresas Estatais. Brasília, agosto, 2018. Disponível em: https://www.cgu.gov.br/Publicacoes/atividade-disciplinar/arquivos/manual_estatais.pdf. Acesso em: 04 maio 2019.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Comunicação Saúde Educação. Interface (Botucatu), 2018. Disponível em: www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf. Acesso em: 24 nov. 2018.

BULGARELLI, Alexandre Favero *et al.* Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Interface, 2013. Comunicação Saúde Educação. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130583.pdf>. Acesso em: 09 maio 2019.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. Bioestatística, 2013. Disponível em: <http://www.liaaq.ccb.ufsc.br/files/2013/10/Bioestat%C3%ADstica-Cap18-Testes-n%C3%A3o-param%C3%A9tricos.pdf>. Acesso em: 06 maio 2019.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. Cienc Cuid Saude. Jan/Mar, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4895>. Acesso em: 30 jul. 2019.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública –RAP p – Rio de Janeiro* 42 (2): 347-68, mar./abr. 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai. 2009. Disponível em:

http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf. Acesso em: 09 nov. 2018.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida *et al.* Experience, knowledge production and health education. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.357-70, abr./jun. 2013. Disponível em:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Experience_knowledge_production_and_health_educati.pdf. Acesso em: 09 maio 2019.

CARNEIRO Flávia Cohen *et al.* Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1827-1838, ago, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/19.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

CARNUT, Leonardo; FAQUIM, Juliana. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *J Manag Prim Health Care* 2014; 5 (1):62-70. Disponível em:

<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/4-CARNUT-Leonardo-FAQUIM-Juliana.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. *Interface (Botucatu)* [online]. 2013, vol.17, n.47, pp.913-926. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 jul. 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina; CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Demografia Médica no Brasil Estudo de Projeção “Concentração de Médicos no Brasil em 2020”*. CFM; CREMESP, 2019. Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf. Acesso em: 08 ago. 2019.

CICHOVSKI, Patrícia Blagitz; TEIXEIRA, Eliana Maria de Souza Franco. *Do outro lado do rio: à margem de direitos. Direito à educação no contexto das populações ribeirinhas*. Editora: Juspodivm, 2017. Cap 1. Disponível em:

<https://www.editorajuspodivm.com.br/cdn/arquivos/d824bd7646d9a891e812650d6da5ac00.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

COELHO, Flávia Roberta Dias. *Provimento e fixação dos profissionais de saúde no estado do Amazonas: uma análise dos egressos da Universidade do Estado do Amazonas*. Dissertação de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, 2016. Disponível em:

<https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5568/5/Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20-%20FI%20c3%a1%20via%20R.%20D.%20Coelho.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

CFA. Conselho Federal de Administração. Guia da boa gestão do prefeito. Conselho Federal de Administração/ Conselhos Regionais de Administração. Brasília/DF, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GUIA_PREFEITOS_CFA.pdf. Acesso em: 07 maio 2019.

CFO. Conselho Federal de Odontologia (Brasil). Código de Ética Odontológica. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Disponível em: http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Enfermagem em números, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 28 abr. 2019.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

ESPÍNOLA, Henriqueta Barbosa. O ribeirinho na defesa do peixe. Manaus: EDUA, 2015.

FARIA, Horácio *et al.* Processo de trabalho em saúde /. - 2a ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

FERLA, Alcindo Antônio *et al.* Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia. Capítulo 5: Vivenciando a realidade do Sistema Único de Saúde no município de Urucurituba, Amazonas. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. Disponível em: http://editora.redeunida.org.br/project_category/educacao-em-saude/. Acesso em: 10 ago. 2019.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 5 ed. Curitiba – PR: Editora Positivo, 2014.

FERREIRA, Michelyne Antônia Leôncio; MOURA, Alda Alice Gomes de. Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Departamento de Saúde Coletiva. Recife, 2006. Disponível em: http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2017/02/politica_rh_analise_cns.pdf. Acesso em: 01 dez. 2018.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares, PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar, DIAS Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Supl 1):704-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS | UNIFESP, 2011. Disponível em:

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em 23 nov. 2018.

FIRMINO, Anilson Augusto *et al.* Atuação de Enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família em um município de Minas Gerais. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Saúde (Santa Maria), Vol. 42, n. 1, p. 49-58, Jan./Jun, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/18694-108209-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 de jan. 2019.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (3): 743-752, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto; PEREIRA, Henrique dos Santos; WITKOSKI, Antônio Carlos. Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais / organizadores. Manaus: EDUA, 2007. Disponível em: http://educampo.miriti.com.br/arquivos/File/comunidades_ribeirinhas_modos_de_vida.pdf. Acesso em: 20 dez. 2018.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012, 323 p. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf. Acesso em: 08 ago. 2019.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo *et al.* A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.

GARNELO, Luiza *et al.* Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes; 2014. p. 73. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf. Acesso em: 31 ago. 2019.

GARNELO, Luiza *et al.* Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, Setembro 2018. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0081.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4): 1225-1234, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1225.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de Pesquisa; Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Health Systems in South America: Challenges to the niversity, integrality and equity / South American Institute of Government in Health. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Disponível em: http://isags-unasur.org/wp-ontent/uploads/2018/03/livro_sistema_saude_2012_eng-2.pdf. Acesso em: 14 ago. 2019.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *In:* Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: epesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Indice_de_escassez_d_e_medicos_no_Brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da_Atencao_Primaria.pdf. Acesso em: 02 ago. 2019.

GOMES, Rosa Maria de Lima. Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família/ Rosa Maria de Lima Gomes – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4proc_trabalho_2016.pdf. Acesso em: 24 nov. 2018.

GONÇALVES, Rebeca Jesumary *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Revista Brasileira de Educação Médica, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

GRÜDTNER, Dalva Irany *et al.* O Amor no Cuidado de Enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2): 317-22. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a25.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves. Avaliação da atenção pré-natal na atenção básica por macrorregiões geográficas e por regiões de saúde. 2016. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5550>. Acesso em: 19 dez. 2018.

HOCHMAN, Bernardo *et al.* Desenhos de pesquisa. Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 20 (Supl. 2) 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico Amazonas, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=13&dados=0>. Acesso em: 18 mar. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cadastro de Municípios localizados na Amazônia Legal. 2014. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonialegal.shtm?c=2>. Acesso em: 16 mar. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>. Acesso em: 12 fev. 2019.

IDAM. Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas – 2014. Disponível em: <http://www.idam.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Manaus-2011.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, Abr-Jun, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2018.

JESUS, Andreia Souza *et al.* O Enfermeiro no contexto do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): relato de experiência. *Rev. Saúde. Com* 2015; 11(2): 193-200. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/362/292>. Acesso em: 21 jul. 2019.

KANNO, Natália de Paula; BELLODI, Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.4, p.884-894, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

KASHIWAKURA, Helder Kiyoshi; GONÇALVES, Andréa de Oliveira; SILVA, Rosane Maria Pio da. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. *Saúde Debate | rio de Janeiro*, v. 40, n. 111, p. 49-62, OUT-DEZ 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0049.pdf, Acesso em: 04 nov. 2018.

KEMPER, Elisandréa Sguario; MENDONÇA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9): 2785-2796, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n9/2785-2796/pt>. Acesso em: 04 nov. 2018.

KURETZKI, Carlos Henrique. Implementação de Testes Estatísticos para o Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos / Carlos Henrique Kuretzki. – 2013. 71 f.: il. 30 cm. Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/34629/R%20-%20T%20-%20CARLOS%20HENRIQUE%20KURETZKI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 maio 2019.

LACERDA, Luiz Felipe; VERONESE, Marília Veríssimo. A Questão Social e o Contexto Amazônico. *Cadernos do Ceas, Salvador/Recife*, n. 240, p. 43-70, jan./abr., 2017 | ISSN 2447-861X. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/283/288>. Acesso em 18 nov. 2018.

LEÃO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção.

Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

LENZI, Tathiane Larissa *et al.* Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. *J Health Sci Inst.*, 2010. Disponível em:

https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p121-124.pdf. Acesso em: 25 jul. 2019.

LIMA, Cássio de Almeida *et al.* Avaliação do Processo de Trabalho entre Equipes de Saúde da Família de um Município de Minas Gerais, Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2019; 17 (1):e0018710. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0018710.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa *et al.* A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9): 2685-2696, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2685.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 635-656, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

LIRA, Talita de Melo; CHAVES, Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *Interações*, Campo Grande, MS, v. 17, n. 1, p. 66-76, jan./mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/inter/v17n1/1518-7012-inter-17-01-0066.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

LOPES JUNIOR, Ademir. O mercado de trabalho médico: Os impactos da "reforma" trabalhista e da Lei da Terceirização somados ao aumento de vagas em universidades privadas devido ao Mais Médicos. *Revista Dr. Publicação do Simesp – Sindicato dos Médicos de São Paulo*, abril a agosto - Nº 92 | 2017. Disponível em:

<http://www.simesp.com.br/images/uploads/revistadr/revista50.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019.

LUCIETTO, Deison Alencar. Uma Revisão sobre os Princípios e as Diretrizes da Política de Saúde - elementos conceituais para o cirurgião-dentista que atua no SUS. *Revista Dentística on line – www.ufsm.br/dentisticaonline* ISSN 1518-4889 – ano 10, número 20, jan/mar, 2011. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/dentisticaonline/1005.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MACIEL, Franciclei Burlamaque. Encontros no lugar e o lugar dos encontros: acontecimentos no ambiente e saúde com a política de desenvolvimento regional no Médio Tapajós – PA. Tese (Doutorado em Ciências do ambiente e Sustentabilidade na Amazônia). Universidade Federal do Amazonas, 2018. Disponível em:

<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/6877>. Acesso em: 03 ago. 2019.

MACIEL FILHO, Romulo. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas

nacionais de saúde: o caso brasileiro / Romulo Maciel Filho. – 2007 262 f. Disponível em: http://obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013_0_Estrategias_para_a_distribuicao.pdf. Acesso em: 30 nov. 2018.

MACHADO, Adriana Germano Marega; WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. Educação em Saúde. www.unasus.unifesp.br Especialização em Saúde da Família, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf. Acesso em: 23 dez. 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública* 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

MACHADO, Felipe Salles Neves *et al.* Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a30v15n1.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Aspectos Gerais da Formação da Enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm. Foco*, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297>. Acesso em: 01 ago. 2019.

MACHADO Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6): 1971-1980, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1971.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2): 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2019.

MARCONI Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica - 7ª Ed.* 2010 - São Paulo: Atlas, 2010.

MARTIN, Alissa Schmidt San *et al.* Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. *Revista da ABENO*, 2018. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/399/370>. Acesso em: 22 jul. 2019.

MATHEWS, M. *et al.* Generational differences in factors influencing physicians to choose a work location. *Rural and Remote Health*, v. 12, p. 1864, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/article_print_1864.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

MATHIAS, Maíra. Antes do SUS. Publicado em Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. EPSJV/Fiocruz | 03/04/2018 11h32 - Atualizado em 26/10/2018 15h54. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/7394>. Acesso em: 01 dez. 2018.

MAXQDA 12. Guia de Introdução. VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, Berlin 2016. Disponível em: <https://www.maxqda.com/wp/wp-content/uploads/sites/2/Getting-Started-Guide-MAXQDA12-ptbr.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2018.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1): 1521-1531, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019.

MENDES, Elivandra Franco. Qualidade em saúde na perspectiva do trabalhador da atenção básica na cidade de Manaus. Dissertação de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia - Universidade Federal do Amazonas, 2015. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5356/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Elivandra%20F.%20mendes.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MENDES, Tatiana de Medeiros Carvalho *et al.* Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.119, pp.849-861. ISSN 0103-1104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000400849&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 jul. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 26 out. de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a02v15n4.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. Uma introdução à Medicina. Brasília: CFM, 2013. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/introduo%20e%20medicina_livro.pdf. Acesso em: 27 abr. 2019.

MITRE, Rosângela Minardi *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.15 n.3 Brasília set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.

MORITA, Maria Celeste; HADDAD, Ana Estela; ARAÚJO, Maria Ercília. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010. Disponível em: http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111202125600.pdf. Acesso em: 30 jul. 2019.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 42, Jan-Mar, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2019.

NEVES JÚNIOR, Olavo das. Equipes de saúde da família em Manaus: aspectos operacionais e administrativos. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010. Disponível em http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/289871/1/NevesJunior_Olavodas_D.pdf. Acesso em: 01 dez. 2018.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1293-1311, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a03v22n4.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

NOGUEIRA, Maria Luiza Figueiredo. Afastamentos por adoecimento de trabalhadores de enfermagem em oncologia. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Maria_Luiza_Nogueira.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2889-2898, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2889.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

OLIVEIRA, Claudemilson Nonato Santos de. Urbanização no médio amazonas: a importância de Itacoatiara (AM) como cidade intermediária. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas. Manaus: UFAM, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Claudemilson%20Nonato%20Santos%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

OLIVEIRA, Leandro José *et al.* Capacitação de funcionários como diferencial em um mundo globalizado: o caso da Ascomim em Mato Grosso. IX Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração, 2012. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/34/2012_34_4963.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de. Trabalho multiprofissional em Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas: uma perspectiva arendtiana sobre relações de poder. UFAM (Universidade Federal do Amazonas)/Fiocruz, 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – 2010. Disponível em:

<https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4554/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Hadel%C3%A2ndia%20Milon%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração / Maxwell Ferreira de Oliveira. -- Catalão: UFG, 2011. 72 p.: il. Disponível em: https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf. Acesso em: 06 jul. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Estadísticas Sanitárias Mundiales. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/. Acesso em: 28 nov. 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6. Acesso em: 17 jan. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em 02 dez. 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

PASSOS, Luís Henrique Santos. A Logística de Transportes na Amazônia Ocidental: Desafios, Limitações e Importância para o Desenvolvimento do Estado de Roraima. RARR. Ed.3, Vol 2, 4 - 18 , 2º Sem- Boa Vista, 2013. revista.ufr.br/index.php/adminrr. Disponível em: <https://revista.ufr.br/adminrr/article/view/1723/1172>. Acesso em: 03 maio 2019.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de Trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 mar-abril; -abril; 62(2): 265-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

PEDROSA, Inês de Cássia Franco; CORRÊA, Áurea Christina de Paula; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Influências da Infraestrutura de Centros de Saúde nas Práticas Profissionais: Percepções de enfermeiros. Cienc. Cuid. Saúde, 2011 Jan/Mar; 10 (1): 058-065. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13288-59296-1-PBciencucuidsaudepedrosa.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

PEREIRA, Francine Rebello. A Micropolítica do Trabalho e do Cuidado no Território da Amazônia: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR. Dissertação de Mestrado em

Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA. Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia, 2018.

PEREIRA, Marcelo Souza. O escoamento da pequena produção agrícola na microrregião de Manaus e as modalidades de transporte / Marcelo Souza Pereira. - Manaus: UFAM, 2008. 124 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) — Manaus, Universidade Federal do Amazonas, 2008. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp140642.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

PERSEGONA, Marcelo Felipe Moreira; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; PANTOJA, Vencelau Jackson da Conceição. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, n. 56, 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

PIMENTEL-GOMES, Frederico. Curso de Estatística Experimental. 15. ed. Piracicaba: FEALQ, 2009.

PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. Uma visão do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.4, out.-dez. 2009, p. 1045-1056. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n4/12.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface. Comunicação Saúde Educação, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-1807-576220160520.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

PIONER, Lucas Mello. Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Med Trab., 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v10n1a04%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v10n1a04%20(1).pdf). Acesso em: 09 nov. 2018.

PIRES, Rosangela Rocha; CAMMAROTA, Fabio Cidreira; OLIVEIRA, Adso. Dimensionamento da força de trabalho dos hospitais da Secretaria do Estado da Saúde Pública do Pará. VII Congresso de Gestão Pública – CONSAD. Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF – 25, 26 e 27 de março de 2014. Disponível em: http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2015/CONSAD/042_Dimensionamento_da_Forca_de_Trabalho_dos_Hospitais_da_Secretaria_do_Estado_da_Saude_Publica_do_Para.pdf. Acesso em: 02 maio 2019.

PONTES, Ana Paula Munhen *et al.* O Princípio de Universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. Esc Anna Nery Rev Enferm, 2009 jul-set; 13 (3): 500-07. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>. Acesso em: 03 dez. 2018.

PORTELA, Ana Paula de Carvalho. O Território e as redes vivas de saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA. Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33498>. Acesso em: 28 dez. 2018.

QUEIROZ, Antônio Augusto de. *Noções de Política e Cidadania no Brasil* - Brasília: DIAP, 2012. 52 p.; il.; color. (Série Educação; v.1). Disponível em: http://www.anabb.org.br/nocoos_politica_cidadania_brasil.pdf. Acesso em: 08 maio 2019.

R Development Core Team (2019) R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing- Vienna- Austria. ISBN 3-900051-07-0- URL <http://www.R-project.org- version 3.6.0>.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde*. UNA-SUS | UNIFESP, 2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.

RIBEIRO, Alex Butel. *A Rede Urbana Pan-Amazônica e a Copa do Mundo de 2014: os impactos nas cidades de Tabatinga (BR) e Leticia (COL)*. Dissertação Mestrado (Programa de Pós-graduação em Geografia do Instituto de Ciências Humanas e Letras). Universidade Federal do Amazonas – UFAM, 2015. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFAM_bdc2d506204a75138ad00c91b81027d3. Acesso em: 06 ago. 2019.

RIBEIRO, Patricio A.; CARNEIRO, Kassia K. C. *A dinâmica da enchente e vazante no município de Barreirinha/AM: impactos socioambientais e a intervenção das políticas públicas*. RELEM – Revista Eletrônica Mutações, janeiro –junho, 2016 Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1021-1-5955-1-10-20160217.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

RODRIGUES, Fares Franc Abinader. *Amazonas 2000-2013 / Fares Franc Abinader Rodrigues, org.* – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016. 80 p.: il.; 23 cm. – (Estudos Estados Brasileiros). Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/EstadosbrasileirosAmazonasPerseuAbramo2016.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

RODRIGUES, Gisele. *Mais médicos: 8 em cada 10 selecionados desistem de atender índios, no AM*. D24Am, Manaus, 05 dezembro 2018. Disponível em: <http://d24am.com/amazonas/mais-medicos-8-em-cada-10-selecionados-desistem-de-atender-indios-no-am/>. Acesso em: 26 dez. 2018.

RODRIGUES, Raquel Braga; SILVA, Núbia Cristina da; ROCHA, Thiago Augusto Hernandez. *Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família*. XXXIV Encontro da ANPAD. ENANPAD, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/gpr2161.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

SANTINI, Stela Maris Lopes *et al.* *Dos ‘Recursos Humanos’ à Gestão do Trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS*. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 537-559, maio/ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000200537&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 nov. 2018.

SANTOS, Brena Silva dos. *Micropolítica da Gestão do Trabalho e do Cuidado na UBS Fluvial de Borba - AM*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

Programa de Pós-Graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA. Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia, 2018.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4): 1281-1289, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

SANTOS, Magna Guedes *et al.* Egressos do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Jundiá: perfil e inserção no mercado de trabalho. *Perspectivas Médicas* [en línea] 2014, 25 (Enero-Abril): [Fecha de consulta: 16 de julho de 2019] disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243230610006>. Acesso em: 07 jul. 2019.

SANTOS, Edirlei Machado dos; MORAIS, Sandra Helena Gomes. A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm.* Jul/Set, 2011; 16 (3): 492-7. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/J%C3%9ALIO%20CESAR/Santos%20e%20Morais,2011.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SANTOS, Edirlei Machado dos; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Artigo de Revisão. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2008;10 (1): 220-227. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a20.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2019.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. 117p. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_medica_brasil_29112011.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

SCHEFFER, Mário César; CASSENOTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a10v21n2.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2019.

SCHEFFER, Mário *et al.* Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/3>. Acesso em 29 jul. 2019.

SCHMULLER, J. *Análise Estatística com R*. Traduzido por Samantha Batista. 2. Ed. Rio de Janeiro: Alta Books, 2019.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas [recurso eletrônico] / Júlio Cesar Schweickardt [et al.] organizadores. – 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 240 p.: il. cap. 2, p. 68 – (Série Saúde & Amazônia). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-amazonia/educacao-permanente-em-gestao-regionalizada-da-saude>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado / Júlio Cesar Schweickardt ... [et al.] organizadores. – 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 316 p. – (Saúde & Amazônia). Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Educao%20e%20Praticas%20de%20Saude%20na%20Amazonia.pdf.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. – 306 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142331/000992978.pdf?sequence=1>. Acesso em: 09 ago. 2019.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* Banco de Dados PPSUS - Cenário da Gestão do Trabalho em Saúde: provimento e fixação de profissionais de saúde no Amazonas. Manaus: Fiocruz: Cnpq/Fapeam, 2016.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* História e política pública de saúde / Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017. 214 p.: il. – (Série Saúde & Amazônia).

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* O "Programa Mais Médicos" na saúde indígena: o caso do alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil. Revista Pan-Americana de Saúde Pública, 2019 (no prelo).

SEIDL, Helena *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 94-108, Out 2014. Disponível em: www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados. Qualitativos. Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 (2015). Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 16 ago. 2019.

SILVA, Camila Ribeiro *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. Ciência & Saúde Coletiva, 22 (4):1109-1120, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n4/1109-1120/pt>. Acesso em: 17 jan. 2019.

SILVA, Cesar Cavalcanti *et al.* Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 13 Número 3 Páginas 23-30, 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4150-10297-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4150-10297-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 01 dez. 2018.

SILVA, Fernanda Henrique Cardonia. A Atuação dos Enfermeiros como Gestores em Unidades Básicas de Saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS, São Paulo, v.

1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012. Disponível em:

<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/5/40>. Acesso em: 01 ago. 2019.

SILVA, Rosângela Nunes Almeida *et al.* Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. *Ciência&Saúde*, 2016;9 (1): 21-29.

Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21028/14389>. Acesso em: 24 jul. 2019.

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; PINHEIRO, Roseni. Entendendo a Necessidade de médicos no Interior da Amazônia – Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica* 38 (4): 451-459; 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/06.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

SORATTO, Jacks *et al.* Insatisfação no Trabalho de Profissionais da Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2017, vol.26, n.3, 500016. Epub Sep 21, 2017. ISSN 0104-0707. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000300325&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 05 jul. 2019.

SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. *Tempus, Actas de Saúde Colet*, Brasília, 8 (1), 11-16, mar, 2014. Disponível em:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448/1291>. Acesso em: 03 dez. 2018.

SOUSA, Amandia Braga Lima *et al.* Rede regional de saúde no contexto Amazônico: o caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.17 supl.1 Recife, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-S239.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOUSA, Jioleicia Elciane *et al.* Mercado de trabalho em Odontologia: perspectivas dos estudantes concluintes de faculdades privadas no município de Belo Horizonte, Brasil.

Revista da ABENO 17(1): 74-86, 2017 Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/327-1847-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SOUZA, Clarissa França Tavares *et al.* A Atenção Primária na Formação Médica: a Experiência de uma Turma de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/18.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

SOUZA, Marcio Costa *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2012; (3): 452-460.

Disponível em:

http://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.

SPAZAPAN, Marta Patrícia. Processo de enfermagem na atenção primária: percepção de enfermeiros de Campinas-SP, 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, Faculdade de Enfermagem. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330484/1/Spazapan_MartaPatricia_M.pdf. Acesso em: 03 ago. 2019.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica*, 2017; 51 Supl 1: 3s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf. Acesso em: 04 nov. 2018.

STRALEN, Ana Cristina Sousa Van *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [1]: 147-172, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v27n1/0103-7331-physis-27-01-00147.pdf. Acesso em: 16 dez. 2018.

SUDAM. Boletim Amazônia / Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia. n. 2, 2016. - Belém: SUDAM, 2016. Disponível em: <http://www.sudam.gov.br/conteudo/destaques/arquivos/boletim-amazonia-n02-2016.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SUSAM. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. SUSAM, 2009. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2009.pdf. Acesso em: 04 dez. 2018.

SUSAM. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019 – SUSAM. Departamento de Planejamento (DEPLAN/SUSAM) - Gerência de Programação em Saúde/Gerência de Apoio à Gestão Descentralizada / Gerência de Projetos e Estudos Técnicos. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, 2016. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019_ver_ini.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

SUSAM. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas – Brasil 2019 – 2020, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-AM.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

TEIXEIRA, Clarissa Stefani *et al.* Qualidade de vida do trabalhador: discussão conceitual. *Revista Digital - Buenos Aires - Año 14 - Nº 136 - Septiembre de 2009*. Disponível em: http://www.kennedy.br/arquivos_up/documentos/a448c7ce29632e8f616b421d334fb7d8.pdf. Acesso em: 25 jul. 2019.

TONHÁ, Ana Cléia Margarida *et al.* Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 abr./jun.: 2017. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a08.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Relatório Analítico: Território Rural de Manaus e Entorno – Amazonas. [Online]. 2011. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/ra/ra044.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira *et al.* Perfil do Enfermeiro de Terapia Intensiva em diferentes regiões do Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Jan-Mar; 23(1): 151-9. Florianópolis, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00151.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019.

VIANA, Susy Ane Ribeiro *et al.* Gratidão como fator protetivo no envelhecimento. *Aletheia* v.50, n.1-2, p.132-142, jan./dez. 2017. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ArtigoPublicadoGratidoemIdosos.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

VIANNA, Mario. Carreira Médica de Estado: A maior conquista de todos os tempos para os médicos do Amazonas. Revista O Médico do Amazonas. Ano 6 - edição 9. 2017. Disponível em: <http://simeam.org.br/imagens/revistas/5991f0544506f1502736468.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

WEBER, César Augusto Trinta. Dialética de uma política de provisão médica em áreas prioritárias no Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.63 n°. 3 São Paulo mar, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2017.v21suppl1/1157-1168/pt>. Acesso em: 04 nov. 2018.

ZAMBRANA, Karina. Mais Médicos: 106 vagas não foram preenchidas, 86 delas no Amazonas. Correio do Povo, Porto Alegre, 10 dezembro 2018.

Disponível em:

<https://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/Saude/2018/12/668212/Mais-Medicos-106-vagas-nao-foram-preenchidas,-86-delas-no-Amazonas>. Acesso em: 26 dez. 2018.

ZANETTI, Tatiele Galli *et al.* Perfil Socioprofissional e Formação de Profissionais de Equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. Cienc Cuid Saude Jul/Set, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7664-47699-1-PB.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

ZUCHINI, André Richard Bibiano *et al.* Perfil profissional do cirurgião-dentista em associação ao conhecimento e utilização de marketing. Arq. Odontol. [online]. 2012, vol.48, n.1, pp. 19-25. ISSN 1516-0939. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392012000100003&script=sci_arttext. Acesso em: 29 jul. 2019.

ANEXOS

Parecer do CEP



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS.

Pesquisador: Júlio Cesar Schwelckardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20016613.7.0000.5020

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 517.867

Data da Relatoria: 29/01/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como finalidade mapear a situação da gestão do trabalho nos municípios do Estado do Amazonas, analisando a questão do provimento e fixação dos profissionais de saúde no interior. Estudos na área da gestão do trabalho mostram as desigualdades do país em relação à fixação de profissionais, distribuição dos trabalhadores e qualificação das equipes, sendo que a região norte tem os piores indicadores. A área da gestão do trabalho e da educação ainda carece de estudos sobre os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde - SUS, no nível municipal, principalmente quando se trata da região amazônica. A pesquisa oferecerá subsídios para a formulação e implementação de políticas referentes à gestão do trabalho e educação permanente em saúde no Estado. O projeto está amparado na necessidade de um diagnóstico da situação atual dos profissionais de saúde no interior e na capital, face aos desafios e dificuldades que os municípios enfrentam, dentre outras coisas, na fixação e contratação desses profissionais. A metodologia da pesquisa será tanto quantitativa como qualitativa, com entrevistas a profissionais de saúde e gestores de 9 Regionais de Saúde do Amazonas. O projeto pode constituir uma primeira ação interinstitucional para a criação de um Observatório de Recursos Humanos da Saúde no Amazonas, que teria como finalidade subsidiar, avaliar e acompanhar as políticas de recursos humanos no Estado.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

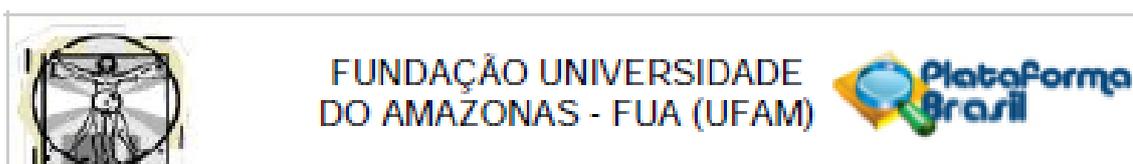
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: ccp@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 517.057

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS.

Objetivo Secundário:

1. Analisar a distribuição dos profissionais de saúde essenciais para a atenção e assistência em saúde (atenção básica, média e alta complexidade) no Amazonas; 2. Descrever e avaliar os modelos de contratação dos profissionais de saúde na capital e no Interior do Amazonas; 3. Analisar os impactos dos aspectos geográficos e políticos na fixação e provimento na gestão do trabalho do Estado; 4. Analisar a relação entre a formação e oferta de cursos no processo de permanência dos profissionais no Interior do Estado; 5. Investigar o perfil dos profissionais e sua relação com a gestão nos serviços de saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pela pesquisadora responsável. O pesquisador responsável e sua equipe comprometem-se a suspender ou encerrar esta pesquisa imediatamente ao perceber irregularidades que ofereçam riscos ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa e conseqüente à mesma.

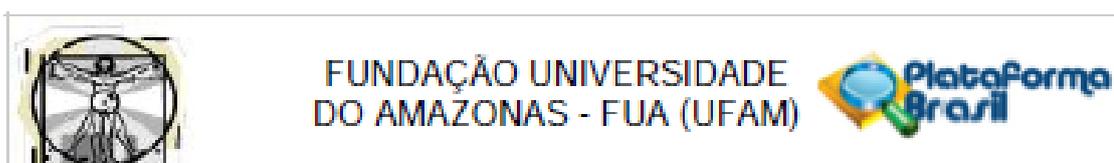
Benefícios:

A pesquisa trará um grande avanço no diagnóstico da situação do trabalho na saúde no Amazonas. O Observatório de Recursos Humanos será o primeiro na Região Norte, trazendo uma grande inovação para a gestão do trabalho e da educação no Estado. Esperamos poder contribuir com a discussão das políticas públicas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será um estudo nos Municípios das 9 (nove) Regionais de Saúde do Estado do Amazonas e Manaus, sendo um a sede de cada regional e outro escolhido aleatoriamente, totalizando 18 municípios e Manaus. O universo de estudo foram todos os municípios do estado do Amazonas, mas devido ao objeto de estudo, para definição da amostra foram escolhidos dois municípios de cada uma das 9 regionais (Anexo 01), sendo um a sede da regional e outro escolhido aleatoriamente, totalizando 18 municípios mais a capital do estado Manaus, sendo distribuídos

Endereço: Rua Torresina, 4960	CEP: 69.057-070
Bairro: Adiantópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cop@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 517.067

desta forma:1.Regional Alto Solimões: Município Sede-Tabatinga/ Município 02- São Paulo de Olivença;2.Regional Baixo Amazonas: Município Sede-Parintins/ Município 02 - Barreirinha,3.Regional Entorno de Manaus: Município Sede - São Gabriel da Cachoeira / Município 02- Careiro da Várzea;4.Regional Juruá: Município Sede- Eirunepé/ Município 02- Envira;5.Regional Médio Amazonas: Município Sede- Itacoatiara/ Município 02 - Itapiranga,6.Regional Purus: Município Sede-Lábrea / Município 02- Pauini;7.Regional Rio Madeira: Município Sede 2 Humaitá / Município 02 2 Borba,8.Regional Rio Negro e Solimões: Município Sede- Manacapuru/ Município 02- Coari,9.Regional Triângulo- Município Sede 2Tefé/ Município 02- Maracá.Para investigar as condições de trabalho dos profissionais de saúde no Amazonas, será realizado um censo nestes 18 municípios, onde cada profissional responderá um questionário sobre sua formação, condições sócio financeiras, ambiente de trabalho e outras questões relevantes. Se, porventura, não houver a possibilidade de realizar o censo em sua plenitude, utilizaremos técnicas de amostragem clássica para estimar o número de profissionais. Em casos de omissão, interpretaremos o indivíduo como observação faltante.As informações referentes à mobilidade profissional serão coletadas durante o censo. Dentre as questões devem figurar o histórico passado, a escolha pela mudança de município, o tempo de permanência nos trabalhos anteriores e aspirações futuras.Número de profissionais para o censo:1.Regional Alto Solimões: Município Sede- Tabatinga(100),Município 02- São Paulo de Olivença(20),2.Regional Baixo Amazonas: Município sede-Parintins (150), Município 02- Barreirinha(30)3.Regional Entorno de Manaus: Município Sede - São Gabriel da Cachoeira(50)Município 02- Careiro da Várzea(30),Regional Juruá: Município Sede-Eirunepé(70),Município 02- Envira(20),5.Regional Médio Amazonas: Município Sede- Itacoatiara(200) Município 02 - Itapiranga (60);6.Regional Purus: Município Sede-Lábrea(60;Município 02- Pauini(20)7. Regional Rio Madeira: Município Sede 2 Humaitá (65);Município 02 2 Borba (57);8.Regional Rio Negro e Solimões: Município Sede- Manacapuru (80,Município 02- Coari(60);9.Regional Triângulo- Município Sede 2Tefé(80,Município 02- Maracá-(20).Estudo qualitativo-Será através de entrevista com os profissionais de saúde dos 18 municípios: O instrumento para a coleta de dados será realizada através de um roteiro de perguntas a seis profissionais de cada um destes municípios. Para definição da amostra da pesquisa qualitativa foram considerados os seguintes critérios: tempo de trabalho no município (um profissional com menos de um ano e outro com mais de três anos), rotatividade (um profissional que trabalhou em mais de três municípios diferentes nos últimos 6 anos), função de gestão (um profissional que exerceu alguma função de gestão), tempo de formação (um profissional recém formado e outro formado a mais de três anos). Sendo 18 municípios: total de 108 profissionais.Será realizada ainda uma Entrevista com os gestores

Endereço: Rua Teresina, 4960

Bairro: Adriadópolis

CEP: 69.057-070

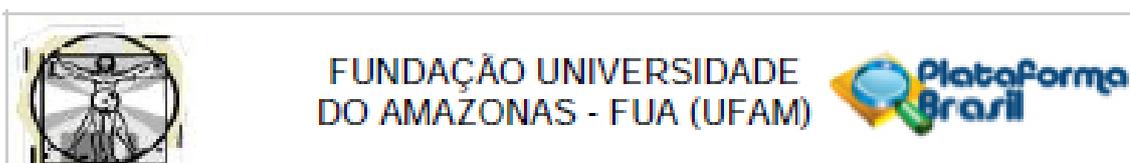
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cnp@ufam.edu.br



Continuação do Processo: 517.867

municipais dos 18 municípios e da Capital Manaus, os gestores que serão entrevistados são os secretários municipais de saúde e gestores do trabalho ou que exercem a função de gerenciamento de Recursos Humanos, totalizando 38 gestores. A coleta dos dados será realizada no período maio de 2014 a dezembro de 2014, pela equipe de pesquisadores.

Tamanho da Amostra no Brasil: 1.318

CRONOGRAMA: ADEQUADO

ORÇAMENTO: ADEQUADO

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Instrumentos de Pesquisa: FORAM APENSADOS AO PROJETO

2. Folha de Rosto: ADEQUADO

3. TCLE: ADEQUADO

4. Termo de Anuência: ADEQUADO

5. Riscos: ADEQUADO

6. Declaração que os resultados da pesquisa serão tornados públicos: ADEQUADOS

7. Declaração sobre uso e destinação do material: ADEQUADO

8. Termo de compromisso do orientador: ADEQUADO

9. Currículos Lattes: ENCONTRA-SE NO LINK PLATAFORMA BRASIL

10. Critério de inclusão e exclusão: ADEQUADO

Recomendações:

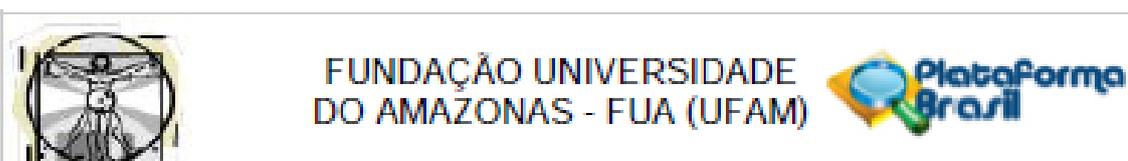
O pesquisador deverá iniciar a etapa de pesquisa de campo (coleta de dados), após análise e aprovação pelo CEP.

O pesquisador deverá deixar um espaço no final do TCLE, entre os nomes do pesquisador responsável, do pesquisador colaborador e da pesquisadora colaboradora, para que possam assinar devidamente o TCLE, para gestores de recursos humanos, para gestores municipais: Secretários de Saúde, e para profissionais de saúde: nível superior.

O pesquisador não deverá retirar quaisquer documentos já anexados na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Rua Teresina, 4950	
Bairro: Adrianópolis	CEP: 69.057-070
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cap@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 517.267

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja APROVADO, pois o pesquisador cumpriu totalmente as determinações da Res. 466/2012.

É o parecer.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 29 de Janeiro de 2014

Assinador por:

MARIA EMILIA DE OLIVEIRA PEREIRA ABBUD
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adriadópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

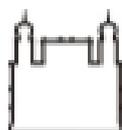
Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de saúde: nível superior



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Leônidas e Maria Deane

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais de saúde: nível superior

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “*O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS*”, sob a responsabilidade do pesquisador Júlio César Schweickardt, do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ, Amazonas, telefone: (92) 3621-2323, e-mail: juliocesar@amazonia.fiocruz.br, com os pesquisadores colaboradores Rodrigo Tobias de Sousa Lima do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ, Amazonas, telefone: (92) 3621-2323, e-mail: tobiasrodrigo@gmail.com e Rosana Pimentel Correia, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, telefone: (92)3621-2323, e-mail: rosanapcsmsdc@gmail.com, da qual pretende realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS. Sua participação é voluntária e será através de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo o (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no diagnóstico da situação do trabalho na saúde no Amazonas e poderá contribuir com a discussão das políticas públicas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Teresina, 476. Adrianópolis. Manaus – AM, pelo telefone: (92) 3621-2323 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: cep@ufam.edu.br

Consentimento Pós-Informação

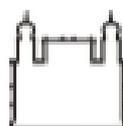
Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisadora Responsável)
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Pesquisador Colaborador)
Rosana Pimentel Correia (Pesquisadora Colaboradora)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestores Municipais: Secretários de Saúde



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Leônidas e Maria Deane

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Gestores Municipais: Secretários de Saúde

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “*O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS*”, sob a responsabilidade do pesquisador Júlio César Schweickardt, do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ, Amazonas, telefone: (92) 3621-2323, e-mail: juliocesar@amazonia.fiocruz.br, com os pesquisadores colaboradores Rodrigo Tobias de Sousa Lima do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ, Amazonas, telefone: (92) 3621-2323, e-mail: tobiasrodrigo@gmail.com e Rosana Pimentel Correia, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, telefone: (92)3621-2323, e-mail: rosanapcsmsdc@gmail.com, da qual pretende realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS. Sua participação é voluntária e será através de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo o (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no diagnóstico da situação do trabalho na saúde no Amazonas e poderá contribuir com a discussão das políticas públicas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Teresina, 476. Adrianópolis. Manaus – AM, pelo telefone: (92) 3621-2323 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: cep@ufam.edu.br

Consentimento Pós-Informação

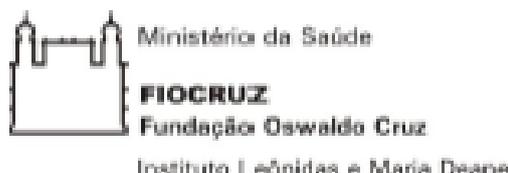
Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisadora Responsável)
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Pesquisador Colaborador)
Rosana Pimentel Correia (Pesquisadora Colaboradora)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestores de Recursos Humanos



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Gestores de Recursos Humanos

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “*O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS*”, sob a responsabilidade do pesquisador Júlio César Schweickardt, do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ, Amazonas, telefone: (92) 3621-2323, e-mail: juliocesar@amazonia.fiocruz.br, com os pesquisadores colaboradores Rodrigo Tobias de Sousa Lima do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ, Amazonas, telefone: (92) 3621-2323, e-mail: tobiasrodrigo@gmail.com e Rosana Pimentel Correia, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, telefone: (92)3621-2323, e-mail: rosanapcsmsdc@gmail.com, da qual pretende realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS. Sua participação é voluntária e será através de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo o (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no diagnóstico da situação do trabalho na saúde no Amazonas e poderá contribuir com a discussão das políticas públicas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Teresina, 476. Adrianópolis. Manaus – AM, pelo telefone: (92) 3621-2323 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: cep@ufam.edu.br

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

 Assinatura do participante

 Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisadora Responsável)
 Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Pesquisador Colaborador)
 Rosana Pimentel Correia (Pesquisadora Colaboradora)

Instrumento da Pesquisa - O Cenário da gestão do trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS

Número do Pesquisador (_____)

Número de Identificação do profissional e/gestor (_____)

Município (selecionar)

Residência neste município (sim ou não)

Sexo (selecionar)

Data de Nascimento (selecionar)

Nacionalidade (_____)

Naturalidade (_____)

Estado Civil (selecionar)

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Desquitado (a) /Divorciado (a)
- Separado (a)
- Viúvo (a)
- União consensual/estável
- Contrato consensual

Obs: Havendo algum tipo de união, o entrevistado deverá responder também?

- Cônjuge da área da saúde? (sim ou não)
- Seu parceiro (a) trabalha pela prefeitura ou estado? (sim ou não)
- Trabalha em quê? _____

Filhos (*quantidade* _____)

Obs: Se a resposta for diferente de “0”, o entrevistado deve informar também?

- Idade do filho mais velho (_____)

Parentes no Município (*além de cônjuge e filhos – sim ou não*)

Qual a profissão de saúde que exerces no momento? (*selecionar dentre as profissões do SUS*)

Ano de conclusão (_____) / **Instituição em que cursou** (_____) / **Pública ou Privada** (sim ou não) / **Modalidade** (presencial; EAD ou EAD/presencial)

Obs: Se a profissão for Medicina, o entrevistado deve informar também a *especialidade* (____)

Outra Graduação? (sim ou não)

Obs: Se “sim”, Quais? (____)

Realizou alguma Especialização enquanto estava no município? (sim ou não)

Obs: Se “sim”, o entrevistado deve informar:

- Qual? (____)
- Qual instituição? (____)
- Presencial; EAD ou EAD/Presencial

Possui Mestrado? (sim ou não)

Obs: Se “sim”, Área do Mestrado? (____) e Qual Instituição? (____)

Possui Doutorado?

Obs: Se “sim”, Área do Doutorado? (____) e Qual Instituição? (____)

Funções Gestoras SUS (sim ou não)

Obs: Se “sim”, Tempo em meses (____)

Atenção Especializada (SPA e/ou Hospital/CAPS/CEO/NASF/Policlínica)

Obs: Se “sim”, Tempo em meses (____)/ Função (Gestão ou Assistência)

Atenção Básica

Obs: Se “sim”, Tempo em meses (____)/ Função (Gestão ou Assistência)

Vigilância em Saúde

Obs: Se “sim”, Tempo em meses (____)/ Função (Gestão ou Assistência)

Saúde Indígena

Obs: Se “sim”, Tempo em meses (____)/ Função (Gestão ou Assistência)

Setor Privado (sim ou não)

Obs: Se “sim”, Tempo em meses (____)/ Função (Gestão ou Assistência). Se “não”, Tipo de vínculo no serviço público (selecionar): Estatutário; Estatutário com função gratificada; DAS ou cargo Comissionado; Servidor Público contrato CLT; Terceirizado; Prestador de Serviço ou Outro.

1 - Porque este município?

2 - Como é sua rotina de trabalho?

3 - O que lhe motiva a permanecer neste município?

4 - O que interfere para a permanência nesse município?

5 - Existem outras questões que interferem na mobilidade dos profissionais de saúde?

6 - Como avalia as condições de trabalho no município?

Observações do Entrevistador