



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLE DE GESTÃO

Elizabeth Golembiouski Lopes

**PROVIMENTO MÉDICO FEDERAL PARA MUNICÍPIOS CARATERIZADOS COM
DIFICULDADE DE PROVIMENTO E ALTA VULNERABILIDADE – O CASO DA
AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –
ADAPS**

Florianópolis
2023

Elizabeth Golembiouski Lopes

**PROVIMENTO MÉDICO FEDERAL PARA MUNICÍPIOS CARATERIZADOS COM
DIFICULDADE DE PROVIMENTO E ALTA VULNERABILIDADE – O CASO DA
AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –
ADAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Controle de Gestão.

Orientador: Prof. Sérgio Murilo Petri, Dr.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lopes, Elizabeth Golembiouski
PROVIMENTO MÉDICO FEDERAL PARA MUNICÍPIOS CARATERIZADOS
COM DIFICULDADE DE PROVIMENTO E ALTA VULNERABILIDADE - O
CASO DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE - ADAPS / Elizabeth Golembiouski Lopes
; orientador, Sérgio Murilo Petri, 2023. 122 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa
de Pós-Graduação em Controle de Gestão, Florianópolis,
2023. Inclui referências.

1. Controle de Gestão. 2. avaliação de desempenho. 3.
recrutamento e seleção. 4. Metodologia Multicritério de
Apoio à Decisão - MCDA;. 5. Médicos Pelo Brasil. I. Petri,
Sérgio Murilo. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão. III. Título.

Elizabeth Golembiouski Lopes

Título: Provimento médico federal para municípios caracterizados com dificuldade de provimento e alta vulnerabilidade - O caso da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Alexandre Alberto Freire Jorge, Dr.

Instituição IESB

Prof. Luiz Alberton, Dr.

Instituição PPGCG/UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Controle de Gestão.

Prof. Valmir Emil Hoffmann, Dr.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Sérgio Murilo Petri, Dr.

Orientador

Este trabalho é dedicado aos meus pais, Jurandir e Estaxika, e
à minha irmã, Ana Paula, por todo amor e parceria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas do Ministério da Saúde, em especial à equipe de educação, pelo valoroso trabalho e compromisso em buscar sempre as melhores oportunidades para o desenvolvimento dos servidores do MS.

Agradeço aos colegas da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps, por todo incentivo, cuidado e apoio nos momentos de incerteza.

Ao professor Sérgio Murilo Petri, meu orientador, por toda paciência, compreensão e motivação.

À minha família, por todo carinho, amor e suporte incondicional.

RESUMO

O presente estudo nasceu da necessidade de analisar as estratégias de provimento médico no Brasil, considerando a política de Atenção Primária à Saúde (APS), os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o vazio assistencial da população que vive em localidades com extrema vulnerabilidade social e a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps para a execução do Programa Médicos pelo Brasil - PMpB. O objetivo geral é propor um modelo de avaliação de desempenho para o Programa Médicos pelo Brasil, por meio da Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão – MCDA, visando identificação de oportunidade e o aprimoramento do processo de recrutamento e seleção dos médicos interessados em atuar na APS por meio do PMpB. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa, tendo seus dados coletados a partir da análise de documentos referentes ao processo de recrutamento e seleção de profissionais para atuação no âmbito do PMpB, incluindo, também, análise dos editais de seleção para o programa e dos dados extraídos dos sistemas de armazenamentos de informações da Adaps. Na primeira parte do trabalho, são apresentados os fundamentos do SUS, com foco na APS, bem como algumas estratégias já adotadas pelo governo federal com o objetivo de prover médicos em localidades vulneráveis, com destaque para: o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, e seu sucessor, criado em 2019, o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). A partir da segunda seção, e nas seções subsequentes, discorre-se sobre a estrutura da Adaps, as estratégias utilizadas pela agência para o recrutamento e seleção de médicos para o PMpB e a elaboração do modelo proposto de avaliação, com base na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão – MCDA. A construção do modelo proposto permitiu a identificação de oportunidades de melhoria do processo de recrutamento e seleção, partindo de cinco pontos de vista fundamentais: Gestão, Sistemas, Gestão de Pessoas, Comunicação e Processo Seletivo. Os resultados encontrados demonstraram a necessidade de avaliação da estratégia para ocupação das vagas ofertadas pelo PMpB em municípios prioritários para o programa, isto é, aqueles que apresentam extrema vulnerabilidade social, se considerarmos a taxa de ocupação de vagas, médicos contratados até 23 de janeiro de 2023, nos municípios localizados na região Norte (8,6%) e na região Centro-Oeste (6,7%). Por fim, apresenta-se as considerações sobre aplicação do modelo e suas recomendações.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; avaliação de desempenho; Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão – MCDA; recrutamento e seleção; Médicos Pelo Brasil; Adaps.

ABSTRACT

This study arose from the need to analyze the strategies for medical supply in Brazil, considering the policy of Primary Health Care (PHC), the principles of the Unified Health System (SUS), the gap in care for the population living in places with extreme social vulnerability and the creation of the Agency for the Development of Primary Health Care - Adaps for the implementation of the Doctors for Brazil Program – PMpB. The general objective is to propose a performance evaluation model for the Physicians for Brazil Program, through the Multicriteria Decision Support Methodology (MCDA), aiming at identifying opportunities and improving the recruitment and selection process of doctors interested in working in PHC through the PMpB. The methodology used was qualitative research, with data collected from the analysis of documents related to the process of recruitment and selection of professionals to work in the scope of PMpB, also including the analysis of the selection notices for the program and the data extracted from the information storage systems of Adaps. The first part of the work presents the fundamentals of the SUS, with a focus on PHC, as well as some strategies already adopted by the federal government with the goal of providing doctors in vulnerable locations, with emphasis on: the Mais Médicos program (PMM), created in 2013, and its successor, creating in 2019, the Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). From the second section, and in subsequent sections, we discuss the structure of Adaps, the strategies used by the agency for the recruitment and selection of doctors for the PMpB, and the elaboration of the proposed evaluation model, based on the Multicriteria Decision Support Methodology-MCDA. The construction of the proposed model allowed the identification of opportunities to improve the recruitment and selection process, based on five fundamental points of view: Management, Systems, People Management, Communication, and Selection Process. The results found showed the need to evaluate the strategy for filling the vacancies offered by the PMpB in priority municipalities for the program, that is, those that present extreme social vulnerability, if we consider the vacancy occupation rate, physicians hired until January 23, 2023, in municipalities located in the north region (8.6%) and in the center-west region (6.7%). Finally, the considerations on the application of the model and its recommendations are presented.

Keywords: primary health care; performance evaluation; Multicriteria Decision Support Methodology – MCDA; recruitment and selection; Doctors For Brazil Program; Adaps.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação do Índice de Vulnerabilidade Social	36
Figura 2 – Estrutura da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde	50
Figura 3 – Etapas do MCDA	53
Figura 4 – Vagas disponibilizadas por cargo e região – Edital 2021	58
Figura 5 – Candidatos eliminados por critério de desclassificação.....	68
Figura 6 – Áreas de preocupação e pontos de vista fundamentais	81
Figura 7 – Árvore de Pontos de Vista Fundamentais (PVF) e Pontos de Vista Elementares ..	82
Figura 8 – Estrutura Hierárquica de Valor	83
Figura 9 – Indicadores de desempenho dos processos	85
Figura 10 – Avaliação de desempenho do Programa Médicos pelo Brasil	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Requisitos para investidura no cargo e remuneração do médico de família e comunidade – Edital 2021/Adaps.....	33
Quadro 2 – Requisitos para investidura no cargo e remuneração do tutor médico – Edital 2021/Adaps.....	33
Quadro 3 – Indicadores de vulnerabilidade por dimensão	35
Quadro 4 – Recorte de estudos analisado.....	40
Quadro 5 – Vagas disponibilizadas no Edital 2021/Adaps por cargo (tutor e bolsista) e quantitativo de aprovados por Unidade da Federação.....	56
Quadro 6 – Vagas disponibilizadas por cargo e tipologia IBGE.....	57
Quadro 7 – Quantitativo de candidatos convocados e contratados por mês	62
Quadro 8 – Contratados por cargo e tipologia IBGE até novembro de 2022.....	63
Quadro 9 – Vagas divulgadas editais 2022 por Unidade da Federação	66
Quadro 10 – Vagas por UF e candidatos aprovados por Cargo/UF	70
Quadro 11 – Manifestação de interesse (1ª convocação editais 2022/Adaps)	71
Quadro 12 – Vagas disponibilizadas por região e cargo	71
Quadro 13 – Vagas disponibilizada por cargo e tipologia IBGE	72
Quadro 14 – Convocação de candidatos por tipologia IBGE (editais 2022/Adaps).....	72
Quadro 15 – Convocados por cargo e tipologia (2ª convocação).....	73
Quadro 16 – Ocupação de vagas por região e número de municípios/região – até 23/01/2023.	74
Quadro 17– Número de contratados por estado e por tipo de cargo - Edital 2021 e Editais 2022	74
Quadro 18 – Identificação dos atores do processo decisório	76
Quadro 19 – EPA’s relacionados à realização de processos seletivos	77
Quadro 20 – Conceitos – Processo Seletivo.....	78
Quadro 21 – Comparativo de Resultados – Edital 2021 e Editais 2022.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitário de Saúde
Adaps	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ADH	Atlas do Desenvolvimento Humano
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRM	Conselho Regional de Medicina
DGA	Diretoria de Gestão Administrativa
Direx	Diretoria Executiva
Ditec	Diretoria Técnica
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EPA	Elemento Primário de Avaliação
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Iades	Instituto Americano de Desenvolvimento
IBFC	Instituto Brasileiro de Formação e Capacitação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MCDA	Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MFC	Medicina da Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PMM	Programa Mais Médicos
PMpB	Programa Médicos pelo Brasil

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PVE	Ponto de Vista Elementar
PVF	Ponto de Vista Fundamental
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria da Atenção Primária à Saúde
SSA	Serviços Sociais Autônomos
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Cooperação Técnica
UDH	Unidades de Desenvolvimento Humano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS.....	17
1.1.1	Objetivo Geral	17
1.1.2	Objetivos Específicos.....	17
1.2	JUSTIFICATIVA.....	18
1.3	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	19
1.4	ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	20
2.1.1	Provimento Médico no Brasil.....	24
2.1.2	Programa Mais Médicos – PMM.....	25
2.1.3	Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.....	27
2.1.4	Vulnerabilidade Social.....	34
2.2	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO.....	37
2.3	PESQUISAS ANTERIORES.....	40
2.4	PROCESSO SELETIVO DE PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES	41
3	METODOLOGIA	45
3.1	ENQUADRAMENTO DA PESQUISA	45
3.2	OBJETO DE PESQUISA – AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ADAPS	46
3.2.1	A Estrutura Organizacional da Adaps.....	49
3.3	INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO	52
3.4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	54
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	55
4.1	APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	55
4.1.1	Etapa de convocação e pré-admissão digital de candidatos aprovados e classificados no primeiro processo seletivo para médicos da Adaps	59
4.2	MODELO DESENVOLVIDO.....	75
4.2.1	Estruturação	75
4.2.2	Atores e rótulos.....	76
4.2.3	Elementos Primários de Avaliação e Conceitos.....	77
4.2.4	Áreas de preocupação, pontos de vista fundamentais (PVF)	80

4.2.5	Estrutura Hierárquica de Valores	81
4.2.6	Construção dos descritores	82
4.2.7	Fase de avaliação	83
4.3	ANÁLISES DOS RESULTADOS	86
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	90
5.1	QUANTO AO PROBLEMA DE PESQUISA	90
5.2	QUANTO AOS OBJETIVOS DE PESQUISA	91
5.3	LIMITAÇÕES	92
5.4	RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISA	92
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES	103
	APÊNDICE A – ELEMENTOS PRIMÁRIOS DE AVALIAÇÃO – EPA’S E CONCEITOS	103
	APÊNDICE B – DESDOBRAMENTO EM ÁREAS E SUBÁREAS - PONTOS DE VISTAS FUNDAMENTAIS E PONTOS DE VISTAS ELEMENTARES	111
	APÊNDICE C – CONSTRUÇÃO DOS DESCRITORES COM IDENTIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE REFERÊNCIAS SUPERIOR (RS) E INFERIOR (RI)	112
	APÊNDICE D – MODELO GLOBAL	113

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, sendo permitido, à iniciativa privada, participar deste sistema de forma complementar (ALVES; MENDONÇA, 2021; ANJOS; LIMA 2020). O SUS foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988, que determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (ALVES; MENDONÇA, 2021).

O SUS nasceu como uma tentativa de solucionar o grave problema vivenciado pela população brasileira, em um momento histórico e político em que as mais diversas representações sociais estavam reivindicando melhor atendimento na saúde pública, em um momento de reconstrução da democracia no país, se materializando na Constituição como um direito de todos os brasileiros (OLIVEIRA, 2012).

O sistema está estruturado considerando o compartilhamento de ações em formato tripartite, no qual há uma gestão descentralizada entre a União, Estados e Municípios, que atuam na promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme disposto na Constituição Federal (BRASIL, 1988, art. 198):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

O SUS foi regulamentado pela Lei n.º 8.080/90 e atua na articulação dessas ações, assegurando o acesso universal e igualitário aos programas e serviços de saúde à população brasileira (BRASIL, 1990). Seus princípios fundamentais são a universalidade, integralidade e equidade, os quais pretendem garantir o acesso ao sistema a todos os brasileiros, detalhados abaixo:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a

promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, com o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A implementação do SUS viabilizou o acesso aos serviços de saúde a uma parcela da população que estava fragilizada por este atendimento. Sua gestão é um grande desafio para os gestores, dadas as condições e as dimensões geográficas do Brasil. Tem como uma das principais premissas um formato descentralizado, pautado na gestão participativa e seu financiamento é executado por meio da arrecadação de impostos e contribuições dos governos federal, estadual e orçamentos municipais (PAIM, 2013).

Por ser considerada a porta de entrada prioritária do sistema de saúde, compete à Atenção Básica, segundo o Decreto n.º 7.508 de junho de 2011, assegurar aos usuários “[...] acesso universal, contínuo e de qualidade” e “a integralidade da atenção e do cuidado”, tanto individual como coletiva para dentro da Unidade Básica de Saúde e para fora na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011, p. 7).

De acordo com as pesquisas realizadas por Araujo, Lobo e Médici (2022) e Viacava *et al.* (2018), apesar de o SUS ter possibilitado um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, há pessoas que vivem em comunidades remotas e vulneráveis que ainda enfrentam complexas dificuldades de acesso a serviços de saúde, incluindo a falta de médicos que sempre foi um importante agravante deste problema .

Neste sentido, a regulação e a provisão de profissionais de saúde é uma preocupação antiga e cada vez mais crescente em todo o mundo. Há, entre as nações, escassez global dos profissionais de saúde, em especial de médicos, com grande diferença na relação médico/habitante, e desigual distribuição territorial (OLIVEIRA *et al.*, 2015; ONO; SCHOENSTEIN; BUCHAN, 2014). Soma-se a esta problemática a baixa capacidade de atração e permanência dos profissionais de saúde nas áreas rurais mais remotas e em locais marcados pelo empobrecimento das populações (CRISP; CHEN, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SCHEFFER, 2015).

No Brasil, a desigualdade na distribuição de trabalhadores é anterior à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2020). A provisão e fixação de médicos é um problema latente em áreas mais desfavorecidas, havendo concentração de profissionais em grandes áreas urbanas e regiões mais ricas, e escassez nas regiões Norte e Nordeste do país, principalmente na Atenção Primária (PÓVOA; ANDRADE, 2006; MATOS *et al.*, 2019).

Na atenção primária, essas questões se tornam ainda mais relevantes pela dificuldade de provimento e manutenção de profissionais de saúde em áreas de risco e de difícil acesso (alta vulnerabilidade), gerando concentração em grandes centros urbanos, além da alta rotatividade desses profissionais, em virtude de diversos fatores, que incluem a precarização das relações de trabalho, condições ruins de trabalho, remuneração e pouca valorização desse nível de atenção (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; CAMPOS; MALIK, 2008; ESCOREL *et al.*, 2007; PINTO; SOARES, SILVA, 2019; SILVA, 2021).

Para Campos e Malik (2008) e Viana e Ribeiro (2021), refletindo sobre as estratégias adotadas pelo governo brasileiro com foco na ampliação da Atenção Primária no país, um dos problemas mais graves identificados é a rotatividade do médico generalista, aquele responsável pelo atendimento e acompanhamento da população nas unidades básicas de saúde. Já que a Estratégia de Saúde da Família – ESF, modelo adotado pelo Brasil, se fundamenta no vínculo entre profissionais da equipe e população, a alta rotatividade dos médicos pode comprometer a efetividade do modelo.

Ainda de acordo com Campos e Malik (2008), a alta rotatividade dos médicos na atenção básica, associada à total escassez de profissionais em algumas localidades, compromete a continuidade do cuidado e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços ofertados. Estudo realizado no Estado de São Paulo pelos referidos autores, no que diz respeito à satisfação dos médicos participantes de programas de saúde de família, mostram os fatores que contribuem para a rotatividade destes profissionais nas unidades básicas de saúde que são principalmente a distância de centros urbanos, a falta de condições materiais e de capacitação adequada (AZEVEDO, 2021; DOLZANE, 2019) corroborando a pesquisa de 2008.

Ambrósio (2020) e Capozzolo (2003), analisando as condições de trabalho das equipes de saúde da família, consideram que a sobrecarga de trabalho, a falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos.

Assim, considerando o contexto apresentado, pretende-se analisar o desafio do provimento médico para a Atenção Primária em Saúde, por meio da imersão nas competências da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), mais especificamente na Unidade de Recrutamento e Seleção, unidade responsável por selecionar profissionais qualificados para a prestação de serviços de desenvolvimento da APS, garantindo alinhamento ao perfil da vaga e às competências exigidas para a execução da estratégia de provimento médico da Adaps.

O intuito do trabalho foi estudar as ações para o provimento médico no que diz respeito à alocação de profissionais em locais de difícil acesso e alta vulnerabilidade social. Esse problema vem comprometendo significativamente as gestões municipais e estaduais do sistema de saúde, uma problemática que faz parte da construção social da formação médica no Brasil e do modelo hospitalocêntrico, com algumas tentativas governamentais de buscar soluções para essa questão, com visões diversas a respeito do tema e que disputam uma hegemonia no discurso e na prática (CARVALHO; SOUSA, 2013; MACEDO *et al.*, 2021; RAMOS, 2021).

A escolha da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde para essa pesquisa fundamentou-se por ser uma instituição nova, criada em 2019, mas com início de atividades apenas em outubro de 2021, a qual tem o enorme desafio de estruturar um programa de provimento médico federal que alcance o maior número de municípios brasileiros, em substituição ao Programa Mais Médicos criado em 2013 e que possui uma lógica de contratação que não favorece a fixação dos profissionais nas regiões de alta vulnerabilidade e difícil provimento.

Assim, buscar-se-á ao longo da pesquisa a seguinte questão: **quais são os critérios para provimento médico federal para atender à estratégia de recrutamento e seleção dos profissionais?**

1.1 OBJETIVOS

Nas subseções abaixo, estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos.

1.1.1 Objetivo Geral

Verificar os critérios de recrutamento e seleção para provimento de médicos federais em municípios com dificuldade de provimento e alta vulnerabilidade social.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Averiguar os critérios estabelecidos para a seleção antecedente, 2021;
- b) Identificar as variáveis relativas à efetividade do processo de recrutamento e seleção;
- c) Propor melhorias aos critérios para o próximo processo seletivo.

1.2 JUSTIFICATIVA

A distribuição desigual dos recursos humanos em saúde não é um problema apenas brasileiro, mas sim uma situação global de inequidade social, sobretudo no que diz respeito às populações mais vulneráveis as quais estão mais propensas a não ter acesso a serviços de saúde de qualidade tendo em vista a carência de profissionais (BAHIA; SCHEFFER, 2018; BASTIANINI, 2021).

De acordo com a Aliança Global da Força de Trabalho em Saúde, organismo internacional criado pela Organização das Nações Unidas - ONU para monitorar e apresentar proposta para a crise de recursos humanos em saúde, países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidades materna e infantil, apontando para uma forte associação entre estes fatores (GHWA, 2012; RIBAS, 2020).

Ao longo dos últimos 30 anos, e em resposta a esse quadro, o SUS vem sendo reestruturado com ações que priorizam a atenção básica (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; LEITÃO *et al.*, 2020), e iniciativas do Estado brasileiro têm sido realizadas com o objetivo de fortalecer as estratégias de provimento emergencial de profissionais de saúde, destacando-se: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976); o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (1993); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001); e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (2011) (LEITÃO *et al.*, 2020; SILVEIRA; PETRI, 2019).

Porém, apesar da importância desses programas para atrair profissionais a áreas remotas, nenhum, infelizmente, conseguiu fazê-lo na magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios brasileiros e mitigar os problemas de acesso da população (LEITÃO *et al.*, 2020; NOGUEIRA *et al.*, 2016; SILVEIRA; PETRI, 2019).

Independente de sua origem, a escassez médica amplia os desafios da organização dos sistemas de saúde que abarcam desde aspectos mais gerais, como empecilhos de acesso e baixo investimento financeiro, até os que afetam diretamente o cuidado longitudinal e contínuo do usuário, premissa para a prevenção e tratamento de doenças crônicas e evitáveis (OLIVEIRA, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Neste sentido, este trabalho se justifica pela pertinência da análise e estudo sobre recrutamento e provimento médico para atuação em áreas remotas e vulneráveis no Brasil, apesar de diversas iniciativas governamentais para a reversão do quadro, tendo em vista a

crecente e latente demanda de estratégias que fortaleçam a atenção primária à saúde, porta de entrada dos cidadãos brasileiros no SUS.

1.3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo tem como enfoque o desenvolvimento de um modelo multicritério de avaliação de desempenho com vista a auxiliar os gestores do processo de Recrutamento e Seleção, da Diretoria Técnica da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps, no que diz respeito à tomada de decisão para seleção de médicos para atuação no Programa Médicos pelo Brasil - PMpB.

A metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA) foi utilizada para a construção do modelo.

1.4 ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA

Com o objetivo de organizar o trabalho e assim ter um melhor entendimento do estudo, esta pesquisa será distribuída em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, a presente seção, consta a introdução, a justificativa para a pesquisa, o objetivo geral, os objetivos específicos e a delimitação do trabalho.

No segundo capítulo, será apresentada a revisão da literatura utilizada para a elaboração da pesquisa, incluindo dados sobre: a política de atenção primária à saúde no Brasil; o provimento médico no Brasil; o Programa Mais Médicos – PMM; e o Programa Médicos pelo Brasil – PMpB. Também são apresentados pressupostos sobre vulnerabilidade social e gestão do desempenho.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa, o enquadramento da pesquisa, os instrumentos de intervenção aplicados e a Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão – (MCDA).

No quarto capítulo são apresentados os dados encontrados na pesquisa, seus resultados, bem como o desenvolvimento do Modelo para Avaliação de Desempenho, com foco no aperfeiçoamento do processo de elaboração e gestão de editais sob responsabilidade da Unidade de Recrutamento e Seleção, da Diretoria Técnica – Ditec, da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps.

O quinto capítulo apresenta as considerações finais identificando as limitações da pesquisa e as oportunidades para trabalhos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em um período de emergência de políticas sociais no final da década de 1980, com a proposta de universalizar a oferta de serviços públicos de saúde e descentralizar o poder político nas esferas de governo, possibilitando maior autonomia aos estados e municípios para implementar políticas de saúde (ARRETCHE, 1999).

O SUS surgiu na tentativa de resposta para os graves problemas vivenciados no Brasil, em um momento de reivindicações populares por melhores serviços públicos de saúde, em consonância com o movimento de redemocratização do país na década de 1980, no qual a saúde pública de qualidade e acessível se configurava em um direito de todos os brasileiros.

A partir da sua regulamentação, por meio da Lei n.º 8.080/90, o SUS passou a atuar na articulação de ações voltadas para assegurar o acesso universal e igualitário aos programas e serviços de saúde ofertados à população brasileira (BRASIL, 1990).

No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica, os seus conceitos vêm sendo difundidos desde 1920, após a elaboração do Relatório Dawson pelo Ministério da Saúde do Reino (*UK Ministry of Health*), no qual surgiu uma perspectiva de que os sistemas de saúde deveriam ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade e com a área geográfica definida (MATTA; MOROSINI, 2006).

Ainda de acordo com o Relatório Dawson, e conforme estudos realizados por Matta e Morosini (2006), a saúde do Reino Unido seria organizada através de centros de saúde primários e secundários, serviços de atendimento domiciliar, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os primeiros níveis de atenção, centros de saúde primários e serviços domiciliares contavam com médicos com formação em clínica geral, organizados de forma regionalizada. Havendo necessidade, os usuários deveriam ser encaminhados para hospitais, na indicação de internação ou cirurgia, ou para os centros de atenção secundária, onde seriam atendidos por médicos especialistas .

A Conferência de Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, definiu a Atenção Primária em Saúde como:

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo

suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (OMS; OPAS, 1978, p. 01).

No Brasil, a Portaria de Consolidação n.º 2, em seu anexo XXII, define a Atenção Básica ou Atenção Primária como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

O conjunto de ações e serviços de saúde prestados pela União, estados e municípios constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem a assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como um dos objetivos constitucionais. As ações e serviços de saúde executadas pelo SUS são organizadas de forma regionalizada, hierarquizada e em níveis de complexidade crescente. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível dessa hierarquia regionalizada, prevista como a porta de entrada do SUS e financiada de forma tripartite (BRASIL, 1990, 2017a).

Considerando novamente o texto da Portaria de Consolidação n.º 2, cumpre destacar que a APS, por ser a porta de entrada do SUS, funciona como um centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que coordena o cuidado e ordena as ações e serviços disponibilizados pelo sistema, de maneira que a oferta se dê de forma integral e gratuita a todas as pessoas, considerando as necessidade e demanda dos territórios (localidades), conforme os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017b).

Para Mendes (2015), em uma análise sob a ótica da atuação em rede, só será possível organizar efetivamente o SUS em redes atenção se a APS estiver capacitada e fortalecida para ampliar suas funções de modo a cumprir três importantes objetivos: atender 90% dos problemas de saúde mais comuns da população, incluindo aqueles que se apresentam de forma mais complexa; coordenar e ordenar do fluxo de pessoas, produtos e informações para a RAS; responsabilizar-se pela saúde da população usuária do sistema, considerando a atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em 1994, o Programa de Saúde da Família foi criado como uma estratégia para reorganizar as práticas dos serviços de atenção à saúde, substituindo ações focadas na valorização dos hospitais e tendo como foco a promoção da saúde e a participação da comunidade. O programa rapidamente expandiu-se nos pequenos municípios. Já os grandes centros urbanos apresentaram maior dificuldade na sua implantação, causada tanto pela forma

de financiamento, que privilegiava os pequenos municípios brasileiros, quanto pelo modelo proposto, que não previa uma modalidade diferenciada de implantação em sistemas mais complexos e com grande número de especialistas (BRASIL, 2002).

Destaca-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) objetiva a expansão, a qualificação e a consolidação da atenção básica por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos neste nível, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 01), sua operacionalização demanda:

Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família - eSF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

O número de Agentes Comunitário de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais.

A APS pode ser descrita como uma forma de organização do sistema de saúde que busca, entre seus propósitos: resolutividade, integralidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), equidade, empoderamento do indivíduo, mobilização social, prevenção de complicações e promoção da saúde (BRASIL, 2017a; CARDOSO *et al.*, 2013; CARVALHO; SOUSA, 2013; MENDES, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 define que a atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (BRASIL, 2017a).

Segundo Giovanella (2018), uma das premissas adotadas para reorganizar o modelo de atenção à saúde no país foi investir na Atenção Primária à Saúde que é reconhecida internacionalmente como um fator de benefício na sustentação de sistemas de saúde de

qualidade. Os cuidados primários maximizam o potencial resolutivo dos serviços, pois seu foco está na promoção e prevenção, funcionando como porta de entrada do usuário e atuando sobre os problemas de saúde em uma perspectiva ampliada (STARFIELD, 2002).

Em complementação, Giovani e Vieira (2013) destacam que a Estratégia Saúde da Família tem como foco humanizar as práticas de saúde promovendo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, uma vez que busca a integralidade assistencial e o desenvolvimento de vínculo com a população, possibilitando a longitudinalidade do cuidado. Com isso, tende-se a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, baseados no acompanhamento contínuo e sistemático da população atendida por aquele profissional, além da redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade.

Fraser (2016) destaca que o cuidado em saúde está relacionado aos processos de reprodução social, da economia, da organização política, da manutenção da cultura e da própria vida humana.

Por ser a porta de entrada prioritária do sistema de saúde, compete à Atenção Básica, segundo o Decreto n.º 7.508, promulgado em junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, assegurar aos usuários “[...] acesso universal, contínuo e de qualidade” e “a integralidade da atenção e do cuidado”, tanto individual como coletiva para dentro da Unidade Básica de Saúde e para fora na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 21).

No Brasil, a operacionalização deste modelo de cuidado tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o serviço central para a reorientação proposta pela APS, uma vez que o “trabalho da ESF consiste em uma atenção contínua a uma população de território definido” (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p. 862).

A Equipe de Saúde da Família (ESF), minimamente, deve ser composta pelos seguintes profissionais: médico(a), enfermeiro(a), auxiliar ou técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo incluir, ainda, equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico(a) em Saúde Bucal. Considerando as premissas estabelecidas, cada equipe de ESF deve atender, em média, de 2.000 a 3.500 pessoas e cada ACS deve atender em torno de 750 pessoas (BRASIL, 2017a). As ESFs devem acompanhar as condições de saúde da população do seu território e, através dos ACS, deve realizar o cadastro das famílias, registrar os problemas familiares, sanitários e orientar a população sobre ações de cuidado à saúde.

Para Campos e Malik (2008), a alta rotatividade dos médicos na atenção básica, entretanto, associada à total escassez em algumas localidades, compromete a continuidade do cuidado e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços ofertados.

2.1.1 Provimento Médico no Brasil

O provimento médico no Brasil tem sido objeto de estudo desde a implantação das estratégias que buscam fortalecer o modelo de atenção primária/atenção básica, levando o Estado a traçar cenários para o atendimento das demandas, especialmente em locais de difícil acesso e provimento médico. Contudo, ainda restam vazios assistenciais que ressaltam as disparidades e a má distribuição de médicos em todo o país. Segundo Franco, Almeida e Giovannella (2020), a desigualdade na distribuição de trabalhadores é anterior à implantação do Sistema Único de Saúde.

No que se refere às atribuições legais, está sob a responsabilidade do SUS a orientação da formação de recursos humanos no Brasil. Tal competência está presente no art. 200 da Constituição Brasileira e, também, no 15º art. da Lei n.º 8.080/90, que cita como atribuições do SUS a “Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (BRASIL, 1990, art. 15).

A demanda por assistência à saúde, especialmente no caso de médicos, remete a situações de carência e privação da população por serviços que são incompatíveis a democracia brasileira, uma vez que ampliam as desigualdades no acesso a recursos que impactam o curso da vida pessoas (GIRARDI, 2016).

Ainda segundo Girardi (2016), a escassez de médicos tem se agravado mundialmente ao longo da primeira década do século XXI, com cerca de 50% da população vivendo em áreas rurais e remotas, que por sua vez são atendidas por 25% da força de trabalho médica. Tal escassez se soma às dificuldades de retenção dos profissionais nas regiões mais isoladas, pobres e vulneráveis.

Schmidt *et al.* (2011), refletindo sobre os impactos da escassez médica, afirmam que, independente da origem, uma série de desafios relacionados à organização dos sistemas de saúde se dão desde um contexto geral, nos quais há barreiras de acesso e alto volume de investimento financeiro que impactam no comprometimento de um cuidado longitudinal e continuado do usuário.

Observa-se, ainda, que o acesso desigual aos serviços de saúde, vinculados à carência e a inadequada distribuição de médicos nas regiões brasileiras são um grave e persistente

problema que afeta as áreas geograficamente isoladas e remotas e, por consequência, causam desassistência à população mais pobre e vulnerável do Brasil.

De acordo com Dal Poz (2013), analisando estudos publicados pelo Ministério da Saúde, há um desequilíbrio na oferta de especialista sob o ponto de vista de distribuição regional, escassez e suboferta em diversas especialidades médicas, transição sociodemográfica e epidemiológica da população, decorrentes de novas necessidades assistenciais, dificuldade de recrutamento de médicos e inadequada distribuição de vagas de residência no país. Isto é, observa-se uma enorme diferença entre a demanda e oferta de profissionais, ao contrário do que ocorre em outras categorias vinculadas ao setor saúde.

Para Campos e Pereira Júnior (2016), em resposta a esse quadro, ao longo dos anos, o SUS vem organizando suas ações de modo a tentar garantir acesso de qualidade e serviços continuados à população brasileira, com destaque para as seguintes estratégias:

- a) Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – 1976;
- b) Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – 1993;
- c) Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – 2001;
- d) Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – 2011;
- e) Programa Mais Médicos – 2013.

Contudo, apesar da importância dos programas, nenhum conseguiu alcançar as áreas remotas do país na magnitude necessária para minimizar os graves problemas assistenciais identificados em municípios de alta vulnerabilidade social (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

2.1.2 Programa Mais Médicos – PMM

Em 2013, com o objetivo de uma intervenção focada no provimento e na qualificação médica, foi criado o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM). O programa, fruto da parceria interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, é uma política pública de grande dimensão cuja proposta se baseia no acesso e na equidade de atendimento da população vulnerável, abrangendo principalmente aquelas que vivem em áreas de difícil acesso e provimento médico.

Para Travassos (2004), analisando a escassez assistencial no Brasil, a redução de desigualdades sociais e regionais depende do reconhecimento das necessidades de cada grupo populacional, isto é, de cada localidade, e está fundamentada na equidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para a garantia do direito à saúde, contemplado nas políticas de saúde do Brasil.

O PMM foi instituído por meio da Medida Provisória (MP) n.º 621/2013, convertida na Lei n.º 12.871/2013, como os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias/vulneráveis; fortalecer a prestação de atenção básica; aprimorar a formação médica; melhorar a infraestrutura física da Rede de Atenção à Saúde; reformas nos currículos das escolas de medicina e de residência médica, sugerindo maior interação entre a prática de ensino e o serviço prestado à população.

Para que os municípios pudessem se tornar elegíveis para a participação no programa, foram lançados editais com critérios de prioridade, sendo eles:

- a) Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados fornecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) à época da criação do programa;
- b) Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G-100);
- c) Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) à época do lançamento do programa;
- d) Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM baixo/muito baixo; das Regiões dos Vales do Jequitinhonha – MG, Mucuri – SP e Ribeira – SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; e demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.

Além dos critérios estabelecidos nos editais de elegibilidade publicados pelo Ministério da Saúde, e com objetivo de garantir a efetiva participação no programa, os municípios deveriam financiar os custos referentes à moradia, transporte e alimentação dos médicos contratados para trabalhar em seu território (GIOVANELLA, 2012). Sendo necessária, ainda, adotar medidas para estruturar os serviços de atenção básica e a inscrição no Programa Requalifica UBS, uma estratégia de fortalecimento da AB criada pelo Ministério da Saúde, por meio da promoção de condições para realização do trabalho em saúde, a partir do financiamento de reformas, ampliação e construção de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No que diz respeito aos público-alvo, o programa contou com a participação de médicos que possuíam registro no Conselho Federal de Medicina (CRM); médicos intercambistas, aqueles que foram formados no exterior e habilitados pelo Ministério da Saúde para exercer a profissão sem CRM; e médicos cooperados, contratados por meio do Termo de Cooperação Técnica (TC) celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Para o exercício dos médicos estrangeiros, por meio da Lei n.º 12.971/2013, o MS emitiu o Registro do Ministério da Saúde (RMS) e a carteira de identificação, dispensando a revalidação de diploma por universidades brasileiras.

Segundo Oliveira, Sanchez e Santos (2016), aproximadamente 14 mil médicos foram alocados e contratados nos primeiros 12 meses de implementação do Programa, especialmente em regiões de alta vulnerabilidade social e dificuldade de provimento, sendo 11 mil oriundos do termo de cooperação com a OPAS e atuando em municípios com 20% ou mais da população que vive em extrema pobreza.

Em outubro de 2021, com o início das atividades da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps, o Programa Médicos Mais Médico iniciou um processo de transição de provimento das vagas ocupadas por médicos vinculados ao programa, isto é, os postos de trabalho que porventura vierem a vagar passarão ser ocupados por profissionais contratado por meio do novo programa federal de provimento, chamado Médicos pelo Brasil – PMpB.

2.1.3 Programa Médicos pelo Brasil – PMpB

O Programa Médicos pelo Brasil foi criado por meio da Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que instituiu o programa e autorizou o Poder Executivo federal a criar um serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) para a execução do programa que, para tal finalidade, firmará contrato de gestão com o Ministério da Saúde.

O novo programa se configura na principal estratégia da Secretaria da Atenção Primária à Saúde – SAPS, unidade subordinada ao Ministério da Saúde, para ampliar o provimento médico e a fixação desses profissionais nas mais diversas localidades do país, bem como promover o acesso à atenção primária equânime e o aperfeiçoamento das deficiências apresentadas pelo Programa Mais Médicos – PMM, antecessor do Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

Neste sentido, o PMpB tem por finalidade estruturar a carreira médica federal em locais com dificuldade de fixar médicos generalistas, incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, priorizando pequenas e distantes cidades brasileiras, fomentando a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei n.º 13.958, 2019). Tendo, ainda, os seguintes objetivos:

- I - Promover o acesso universal, igualitário e gratuito da população às ações e aos serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade;
- II - Fortalecer a atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família e na humanização da atenção;
- III - Valorizar os médicos da atenção primária à saúde, principalmente no âmbito da saúde da família;
- IV - Aumentar a provisão de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade;
- V - Desenvolver e intensificar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade; e
- VI - Estimular a presença de médicos no SUS (BRASIL, 2019, art. 3º, § único).

A Adaps, criada por meio do Decreto Federal n.º 10.283/2020, tem a responsabilidade de executar o Programa Médicos pelo Brasil - PMpB, sob orientação técnica e supervisão do Ministério da Saúde, que define e divulga a relação de municípios aptos a serem incluídos no programa, de acordo com a definição de locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, conforme art. 2º da Lei n.º 13.958, bem como: os procedimentos e requisitos para a adesão dos municípios; a relação final dos municípios incluídos no Programa Médicos pelo Brasil e o quantitativo de médicos da Adaps que atuarão em cada Município; e as formas de participação dos usuários do Programa Médicos pelo Brasil na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas.

Por meio da Portaria n.º 3.353, de 2 de dezembro de 2021, que dispõe sobre as regras para execução do Programa Médicos pelo Brasil, ficaram definidos os seguintes aspectos:

- I - locais de difícil provimento:
 - a) municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde, conforme classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e
 - b) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde;
- II - locais de alta vulnerabilidade: localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas Equipes de Saúde da Família e que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde;

III - municípios elegíveis: municípios aptos para participação no Programa Médicos pelo Brasil, considerando a metodologia de priorização e elegibilidade estabelecida em ato específico do Ministério da Saúde;

IV - municípios aderidos: municípios elegíveis que firmaram Termo de Adesão e Compromisso com o Ministério da Saúde para recebimento de médicos por meio do Programa Médicos pelo Brasil;

V - municípios descredenciados: municípios desligados do Programa, por uma das seguintes razões:

a) em virtude de aplicação de penalidade pelo Ministério da Saúde, em processo no qual se verificou o descumprimento das obrigações assumidas pelo município;

b) por solicitação de resilição por parte do município, ante o desinteresse em prosseguir na relação contratual;

VI - municípios elegíveis e não aderidos: municípios que constam da relação de municípios elegíveis, contudo ainda não optaram pela adesão ao Programa;

VII - Termo de Adesão e Compromisso do município: instrumento jurídico celebrado entre a União, por meio do Ministério da Saúde, e o município, de natureza declaratória e constitutiva, no qual conterà, de forma expressa, a adesão do ente federativo ao Programa Médicos pelo Brasil, especificando as obrigações e os direitos;

VIII - médico bolsista: denominação do médico com registro em Conselho Regional de Medicina (CRM) selecionado para realizar o curso de formação previsto no inciso II do art. 27 da Lei nº 13.958, de 2019, na modalidade de integração ensino-serviço, até a conclusão do processo seletivo público, a qual se dá com a aprovação em prova final escrita como especialista em medicina de família e comunidade, que o habilita à contratação pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), no regime celetista;

IX - médico contratado: médico de família e comunidade contratado pela Adaps no regime celetista para realização de atividades assistenciais nos municípios aderidos;

X - tutor médico: médico especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica contratado pela Adaps mediante processo seletivo público para exercer a função de tutor de grupos de médicos bolsistas;

XI - médico participante: médico bolsista, médico contratado ou tutor médico (BRASIL, 2021a, art. 2º).

O Programa realiza o provimento médico em locais caracterizados por dificuldade de provimento ou alta vulnerabilidade social, priorizando as necessidades assistenciais das localidades e a distribuição de profissionais nas mais diversas regiões do país, com o objetivo de fortalecer competências dos municípios no que se refere à prestação da assistência à Saúde da Família. Considera-se, ainda, a classificação dos municípios por grau de prioridade, conforme estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Destaca-se que a Lei n.º 13.958/2019 identificou, também, como foco de atuação do programa e da Adaps, áreas com alta vulnerabilidade social em regiões urbanas e com densidade populacional alta, considerando o quantitativo de pessoas vinculadas aos programas assistenciais governamentais, sendo eles: Bolsa Família (programa vigente em 2019, denominado em 2022 como Auxílio Brasil), ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ao recebimento de benefício previdenciário de até 2 (dois) salários mínimos.

Como critérios secundários, foram levados em conta os indicadores de arrecadação per capita tributária municipal; população SUS dependente; internações por condições sensíveis à APS; e cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

A classificação geográfica definida pelo IBGE foi convertida em variáveis numéricas na seguinte ordem de priorização: rural remoto, intermediário remoto, rural adjacente, intermediário adjacente e urbano, em que a categoria rural remota é considerada mais prioritária e a categoria urbano é considerada menos prioritária. Ainda foram consideradas como localidades prioritárias distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs), comunidades remanescentes de quilombos e ribeirinhas.

O Ministério da Saúde, gestor do programa e da política de saúde, é o principal responsável por identificar as áreas como de difícil provimento e alta vulnerabilidade, bem como respectivo quantitativo de vagas, tendo por base a realidade assistencial das localidades que aderiram ao programa, e estudos internacionais oriundos de países que também enfrentam dificuldades de provimento médico.

No que diz respeito à seleção dos profissionais médicos para o Programa Médicos pelo Brasil, essa será realizada pela Adaps por meio de processo seletivo público que considere os princípios da Administração Pública, bem como as regras estabelecidas na Lei n.º 13.958, de 2019:

Art. 25. A contratação de médico de família e comunidade e de tutor médico será realizada por meio de processo seletivo público que observe os princípios da Administração Pública e considerará o conhecimento necessário para o exercício das atribuições de cada função.

§ 1º São requisitos para inscrição no processo seletivo de que trata o caput deste artigo, que o profissional:

I - tenha registro em Conselho Regional de Medicina; e

II - seja especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica, nos termos previstos no edital da seleção, para a seleção de tutor médico (BRASIL, 2019, art. 25).

O primeiro processo seletivo para a contratação de médicos por meio do Programa Médico pelo Brasil aconteceu após a publicação do Edital n.º 01, de 31 de dezembro de 2021, que definiu as regras para participação no certame e apresentou quadro de vagas para ocupação em 2022, conforme anexo I do edital.

O referido edital, considerando os critérios do programa e a urgente necessidade assistencial, teve como objetivo a contratação de médicos para ocupação de vagas para o cargo de médico de família e comunidade (bolsista) e tutor médico, ambos com a incumbência de desenvolvimento de atividades assistenciais em parceria com os demais profissionais da equipe de saúde a qual está vinculado, considerando o regramento abaixo:

a) Médico Bolsista – Medicina da Família e Comunidade (MFC)

Médico ingressante no Programa Médicos pelo Brasil na condição de bolsista, isto é, profissional apto a clinicar, com CRM válido, mas em processo de formação. Atua em uma equipe da APS no município de escolha no ato da inscrição, ou naquele direcionado pela Adaps, tendo em vista a necessidade assistencial no momento da convocação, com carga horária de 60 horas semanais, das quais 40 horas serão de ensino em serviço, atendimento da população, e 20 horas de atividades teórico-aplicadas definidas pelo tutor médico responsável pela macrorregião de saúde, conforme Resolução n.º 6, de 20 dezembro de 2021, art. 2º:

Art. 2º Fica estabelecido que o profissional médico candidato ao cargo de médico de família e comunidade da Adaps, não integra o quadro de pessoal efetivo da Adaps, por estar em cumprimento da etapa eliminatória e classificatória com duração de 02 (dois) anos, preliminar à efetivação de médicos de família e comunidade da Adaps, sendo médico bolsista cuja atuação será regulamentada pelo Regulamento do Estágio Experimental Remunerado dos Médicos de Família e Comunidade vinculados ao curso de formação (BRASIL, 2021d, art. 2º).

b) Médico de Família e Comunidade (MFC)

Médico empregado da Adaps contratado no regime estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, após passar pelo processo de formação e obter o título Médico de Família e Comunidade, com carga horária de trabalho semanal de 40 horas.

c) Tutor Médico

Médico empregado da Adaps, sob o regime estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, com especialização comprovada em Medicina da Família e Comunidade ou Clínica Médica. É responsável pelo atendimento da população e por realizar tutoria clínica para até 10 médicos bolsistas, com carga horária de trabalho semanal de 40 horas.

A definição dos cargos dentro do programa é uma estratégia para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências dos profissionais vinculados à APS, atendendo ao observado em outros sistemas de saúde com a mesma proposta e, ainda, na qualidade do serviço ofertado, na longitudinalidade do cuidado e na fixação dos profissionais nas localidades priorizadas pelo PMpB.

Conforme a Resolução n.º 6, de 20 de dezembro de 2021, e diferente do programa antecessor, os médicos integrantes do programa – Médico de Família e Comunidade e Tutor Médico – serão contratados e geridos sob o regime estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, e com base no disposto em plano próprio de cargos e salários.

Ainda de acordo com a Resolução n.º 6, e sua respectiva retificação, estão previstos incentivos de adicionais de valorização do desempenho, considerando o nível de senioridade, e conforme a tipologia do local de atuação, a saber:

Art. 4º Fica estabelecido, na forma do Anexo II, o salário-base correspondente a cada nível de senioridade previsto no regime de progressão da carreira do profissional tutor médico da Adaps, efetivado após aprovação na prova escrita de caráter eliminatório e classificatório.

Art. 5º Fica estabelecida, na forma do Anexo III, a bolsa-formação do profissional médico candidato ao cargo de médico de família e comunidade da Adaps, à qual fará jus enquanto vinculado ao curso de formação-estágio experimental remunerado- de duração de 2 (dois) anos, e constituído enquanto etapa eliminatória e classificatória preliminar ao ingresso do candidato médico ao cargo de médico de família e comunidade da Adaps.

Art. 6º Fica estabelecido, a título de fomento ao provimento médico na Atenção Primária em localidades enquadradas como Municípios rurais e remotos, segundo a tipologia de espaços rurais e urbanos definida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incentivo de localidade remota no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), constituído como incentivo em pecúnia condicionado à atuação dos médicos da Adaps, por tempo mínimo de 3 (três) meses, em qualquer um dos Municípios enquadrados como rurais ou remotos segundo a tipologia do IBGE.

Art. 7º Fica estabelecido, a título de fomento ao provimento médico na Atenção Primária nos Distritos Sanitários Indígenas, incentivo dos Distritos Sanitários Indígenas no valor de até R\$ 6.000,00 (seis mil reais), constituído como incentivo em pecúnia condicionado à atuação dos médicos da Adaps, por tempo mínimo de 3 (três) meses, nos Distritos Sanitários Indígenas. Os médicos atuantes em Municípios sede dos DSEI, farão jus a 50% do incentivo, percebendo o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) nesses casos.

Art. 8º Fica estabelecido, a título de valorização do alcance de resultados em saúde, incentivo de desempenho previsto na forma do Anexo IV, e constituído enquanto incentivo em pecúnia vinculado ao desempenho individual obtido nos ciclos de avaliação de proficiência e resultados segundo cada nível de senioridade da carreira médica da Adaps.

Art. 9º Fica estabelecido, a título de valorização da atuação no processo de formação de médicos de família e comunidade, incentivo de integração ensino e serviço previsto na forma do Anexo IV, e constituído enquanto incentivo em pecúnia condicionado ao exercício simultâneo de atividades assistenciais e formativas na Adaps no cargo de tutor médico, e correspondente ao total de médicos bolsistas acompanhados (BRASIL, 2021d, art. 4º-9º).

Assim, no que diz respeito ao edital publicado em 2021, a remuneração do médico de família e comunidade deverá seguir a estrutura abaixo (quadro 1):

Quadro 1 – Requisitos para investidura no cargo e remuneração do médico de família e comunidade – Edital 2021/Adaps

MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE			
REQUISITOS	LOCALIDADES	CARGA HORÁRIA SEMANAL (atividades assistenciais e formativas)	BOLSA-FORMAÇÃO E INCENTIVOS
Diploma, devidamente registrado, de curso de graduação em Medicina; e II - Registro no Conselho Regional de Medicina.	Remotas	40h semanais (assistenciais) + 20h (formativas)	Bolsa Formação de R\$ 12.000,00 + incentivo localidade remota (R\$ 3.000,00) + outros auxílios, de acordo com pactuação entre gestores
	Distritos Sanitários Indígenas	40h semanais (assistenciais) + 20h (formativas)	Bolsa Formação de R\$ 12.000,00 + incentivo Distrito Sanitário Indígena (até R\$ 6.000,00) + outros auxílios, de acordo com pactuação entre gestores.
	Urbanas e Intermediárias	40h semanais (assistenciais) + 20h (formativas)	Bolsa Formação de R\$ 12.000,00 + outros auxílios, de acordo com pactuação entre gestores.

Fonte: Brasil (2021d)

Já no caso do tutor médico, considerando as competências do cargo, deverá observar os seguintes critérios (quadro 2):

Quadro 2 – Requisitos para investidura no cargo e remuneração do tutor médico – Edital 2021/Adaps

TUTOR MÉDICO			
REQUISITOS	LOCALIDADES	CARGA HORÁRIA SEMANAL (atividades assistenciais e de ensino e serviço)	SALÁRIO-BASE E INCENTIVOS
I – Diploma, devidamente registrado, de curso de graduação em Medicina; II - Registro no Conselho Regional de Medicina; e III – Certificado de conclusão de Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Clínica Médica ou Título de Especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica, emitidos pela Associação Médica Brasileira (AMB).	Remotas	40h	Salário base do Nível I (R\$ 12.600,00) + incentivo de integração ensino e serviço (até R\$ 1.428,50) + incentivo de desempenho (R\$ 1.400,00) + incentivo localidade remota (R\$ 3.000,00) + auxílio alimentação.
	Urbanas e Intermediárias	40h	Salário base do Nível I (R\$ 12.600,00) + incentivo de integração ensino e serviço (até R\$ 1.428,50) + incentivo de desempenho (R\$ 1.400,00) + auxílio alimentação

Fonte: Brasil (2021d)

Considerando a necessidade de melhor detalhar as questões que envolvem as características e os conceitos de vulnerabilidade social, a seção abaixo apresenta informações

relacionadas ao tema, considerando dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil.

2.1.4 Vulnerabilidade Social

A vulnerabilidade social está diretamente relacionada aos determinantes sociais de saúde e ao cotidiano dos sujeitos em seus territórios, os quais contribuem para a promoção ou suscetibilidade dos seus processos de saúde-doença.

Apesar dos avanços da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nos últimos anos, as marcantes desigualdades sociais e de saúde do Brasil persistem e seguem representando um dos grandes desafios para a qualidade e capacidade dos serviços de saúde (VIACAVA, 2018).

A concepção de vulnerabilidade denota a heterogeneidade de conceitos não estritamente condicionados à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos. O ser humano vulnerável é aquele que está mais suscetível a riscos e danos de naturezas diversas, uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social. Dessa forma, indivíduos que se encontram em condições sociais desfavoráveis apresentam maior probabilidade de riscos no processo saúde-doença devido a limitação no acesso a recursos e serviços que auxiliam no enfrentamento das situações de adoecimento (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Assim, observa-se que o conceito de vulnerabilidade é composto pelos diferentes contextos sociais que o determinam. Isto é, há necessidade de compreender os elementos que caracterizam as condições de vida dos sujeitos e avaliar quais acessos possuem, a fim de identificar quais são os segmentos populacionais mais expostos, considerando o lugar que ocupam na sociedade, as diferenças de gênero, étnicas, raciais e de territórios.

A literatura demonstra que, no Brasil, o acesso à saúde está relacionado ao local de residência e a condição socioeconômica dos sujeitos, isto é, aqueles que moram em regiões mais desenvolvidas têm mais acesso aos serviços de saúde. Contudo, observa-se que, ainda que se tenha uma condição socioeconômica frágil, a tendência é que, após o primeiro acesso aos serviços de saúde pública, as pessoas sigam utilizando o sistema.

Neste sentido, com o objetivo de definir e garantir a equidade e melhor acesso aos serviços, diversos órgãos governamentais têm definido instrumentos capazes de mensurar, colaborar e nortear ações para torná-los mais acessíveis (SHRESTHA *et al.*, 2016).

Um dos exemplos dessas iniciativas são os indicadores nacionais para comparação de municípios brasileiros é o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) construído a partir de

indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil (COSTA; MARGUTI, 2015).

Tendo como objetivo de mapear a vulnerabilidade social nas grandes Regiões Metropolitanas do país, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) propôs, a partir dos indicadores de vulnerabilidade social do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O IVS traduz o acesso e os recursos, permitindo que falhas na oferta de ações e serviços de saúde sejam identificadas(11). O IVS é composto por três dimensões: i) IVS Infraestrutura Urbana, que contempla as condições de acesso aos serviços de saneamento básico e mobilidade urbana; ii) IVS Capital Humano, que envolve saúde e educação; e iii) IVS Renda e Trabalho, que incorpora insuficiência e fluxo de renda. Em suma, o cálculo do IVS é realizado a partir da média aritmética dos subíndices de cada uma das dimensões, calculadas a partir das variáveis (com pesos que variam de 0,125 a 0,400) dos censos demográficos do IBGE. No quadro 3, encontram-se os dezesseis indicadores utilizados em cada dimensão.

Quadro 3 – Indicadores de vulnerabilidade por dimensão

(continua)

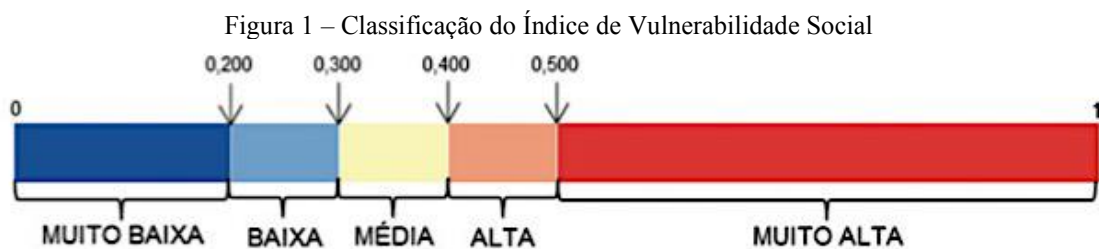
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL – IVS		
Infraestrutura Urbana	Percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados.	0,300
	Percentual da população que vive em domicílios urbanos sem serviço de coleta de lixo.	0,300
	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com renda per capita inferior a meio salário mínimo (de 2010) e que gastam mais de uma hora até o trabalho no total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho.	0,400
Capital Humano	Mortalidade até 1 ano de idade.	0,125
	Percentual de crianças de 0 a 5 anos que não frequentam a escola.	0,125
	Percentual de pessoas de 6 a 14 anos que não frequentam a escola.	0,125
	Percentual de mulheres de 10 a 17 anos de idade que tiveram filhos.	0,125
	Percentual de mães chefes de família sem ensino fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade no total de mulheres chefes de família.	0,125
	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade.	0,125
	Percentual de crianças que vivem em domicílios em que nenhum dos moradores tem o ensino fundamental completo.	0,125
	Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e possuem renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo (2010) na população total dessa faixa etária.	0,125

Quadro 3 – Indicadores de vulnerabilidade por dimensão

		(conclusão)
Renda e Trabalho	Proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo (2010).	0,200
	Taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade.	0,200
	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal.	0,200
	Percentual de pessoas em domicílios com renda per capita inferior a meio salário-mínimo (2010) e dependentes de idosos.	0,200
	Taxa de atividade das pessoas de 10 a 14 anos de idade.	0,200

Fonte: Costa e Marguti (2015)

De acordo com o Atlas de Vulnerabilidade (COSTA; MARGUTI, 2015), a faixa de vulnerabilidade do IVS varia de 0 a 1, onde valores mais próximos de 1 representam localidades mais vulneráveis, o que implica em situação de maior precariedade na condição de vida da população. O IVS atualmente disponível é baseado nos dados do Censo de 2010. Pelos critérios estabelecidos no trabalho desenvolvido pelo Instituto, são cinco os níveis de vulnerabilidade: valores de IVS de 0 a 0,200 classificam a Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) como de vulnerabilidade “muito baixa”, de 0,201 a 0,300 pertence a categoria “baixa”, de 0,301 a 0,400 “média”, já de 0,401 a 0,500 é categoria “alta” e com 0,501 ou acima, é classificado como vulnerabilidade “muito alta”.



Fonte: Costa e Marguti (2015)

Para a caracterização das áreas com similaridade socioeconômica e contíguas, foram criadas a partir dos dados dos setores censitários, as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). Estas unidades permitem captar a diversidade de situações e realidades sociais que ocorrem no interior desses espaços, retratando as desigualdades de forma mais próxima à realidade. Cada uma das UDH foi identificada com um código, e a ela foi atribuído um valor referente ao cálculo do respectivo IVS.

Conforme Costa e Marguti (2015), os códigos de localização das UDH também se encontram disponíveis na plataforma do instituto. Segundo os dados do Atlas da Vulnerabilidade Social do Ipea, a melhoria das condições sociais da população nas grandes RM

observada nos últimos anos, aconteceu de forma heterogênea em todo o território brasileiro, evidenciando que as políticas públicas implementadas nas últimas décadas não foram suficientes para equiparar as situações de iniquidades existentes.

2.2 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Conforme mencionado na introdução, o objeto deste estudo perpassa sobre a efetividade da avaliação de desempenho de uma política de saúde por meio do Programa Médicos pelo Brasil – PMpB, sob a perspectiva da conceituação desse tema por Daft (2005) e Lucena (1992), a efetividade deste por Barbosa *et al.* (2018), Levy e Williams (2004) e Melo *et al.* (2019).

Porém, serão abordadas diferentes categorias teóricas sobre o foco do estudo que têm diferentes definições dentro da literatura. Seguida por definições de conceitos chaves, a fim de melhor compreensão sobre o objeto de estudo, e demais assuntos correlacionados que dará embasamento neste estudo.

De acordo com as pesquisas de Costa (2022) e Neely, Gregory e Platts (1995), um sistema de avaliação de desempenho é formado por um conjunto de indicadores para quantificar a eficiência e a eficácia das ações, alinhados aos objetivos estratégicos da empresa e devendo ser dinâmicos, no sentido de sempre retroalimentar os processos.

O termo indicador, mencionado pelos autores referidos no parágrafo acima, deriva do verbo *indicare* do latim, cujo significado tem como objetivo apontar, revelar, anunciar e conhecer publicamente. Isto é, informações sobre o progresso de objetivos, fornecendo pistas para uma questão com significado maior ou tornando perceptível tendências ou fenômenos que não são imediatamente detectáveis. Cumprem, ainda, o propósito de melhorar as questões de comunicação, desempenhando um papel útil onde a comunicação é norteadora de ações da gestão, complementando a tomada de decisão sobre a eficácia de políticas públicas (HAMMOND *et al.*, 1995).

No Poder Executivo Federal, a sistemática de avaliação de desempenho foi implantada em cumprimento ao Decreto n.º 7.133, de 19 de março de 2010, o qual trata do monitoramento das atuações individuais (servidor), quanto da instituição (organizacional), tendo como objetivo diagnosticar e analisar a soma das entregas (indivíduo e órgão), visando promover o desenvolvimento estratégico tanto profissional quanto institucional.

O Decreto n.º 7.133, de 19 de março de 2010, artigo 2º, define avaliação de desempenho como:

I - avaliação de desempenho: monitoramento sistemático e contínuo da atuação individual do servidor e institucional dos órgãos e das entidades de lotação ou exercício dos servidores integrantes dos planos de cargos e de carreiras abrangidos pelo art. 1º, tendo como referência as metas globais e intermediárias dessas unidades; (BRASIL, 2010, art. 2º).

O Decreto determina que as avaliações aconteçam em ciclos, com interstício de 12 meses entre eles.

Ainda sob a ótica do setor público, a avaliação de atributos de qualidade de desempenho é condição essencial para o acompanhamento da atuação dos agentes públicos, uma vez que se espera uma atuação voltada para gestão para resultado e tendo o cidadão como cliente dos serviços prestados (CATELLI; SANTOS, 2004).

Ensslin *et al.* (2010, p. 130) interpretam a avaliação de desempenho como:

[...] é o processo para construir conhecimento no decisor, a respeito do contexto específico que se propõe avaliar, a partir da percepção do próprio decisor por meio de atividades que identificam, organizam, mensuram ordinalmente e cardinalmente, integram e permitem visualizar o impacto das ações e seu gerenciamento.

Assim, é possível definir a avaliação de desempenho como um instrumento de análise comparativa entre o comportamento humano e as entregas institucionais, considerando as fases de planejamento e entrega de produtos/resultados previamente estabelecidos, e os padrões aceitos e não aceitos pela sociedade e órgãos de controle.

No que diz respeito ao setor saúde, os processos avaliativos interessam aos gestores, aos usuários, aos órgãos de controle e a toda à sociedade, permitindo a comparação de resultados em temas específicos e a identificação e resolução de problemas em todos os níveis de acesso.

Laisner e Mario (2014) destacam que as avaliações devem ser substanciais e qualitativas, bem como somadas a outras estratégias avaliativas, contemplando dimensões políticas e elementos objetivos e subjetivos, provenientes de seus resultados, oferecendo aos gestores a possibilidade de incorporação de elementos de controle social e participação nesse processo.

Para Tasca *et al.* (2020), a avaliação em saúde deve ser um instrumento de gestão que direciona e/ou redireciona as políticas e programa, promovendo a qualificação da atenção, fortalecendo os princípios do SUS e o compartilhamento de resultados para auxiliar a tomada de decisão. Ou seja, a medição do desempenho em saúde é multifatorial e abrange fatores que se relacionam com a qualidade, eficácia, eficiência, equidade e a produtividade. Oliveira *et al.*

(2015) destacam que face ao papel da APS e seus diferentes arranjos assistenciais, faz-se necessário realizar avaliações que analisem o desempenho desses diferentes arranjos.

Na esteira da análise qualitativa das ações e dos serviços ofertados, a avaliação poderá constituir-se em pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão (NOVAES, 2000, p. 550):

Na **pesquisa de avaliação**, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa (Greene, 1994; Mohr, 1995; Minayo, 1992; Rossi & Freeman, 1993). Essas pesquisas geralmente são desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa delas próprias, ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), nos quais, à distância dos avaliadores, ou de pelo menos parte da equipe responsável pelas principais decisões (não implicando a não-participação de avaliadores internos no processo), dada a valorização da máxima objetividade possível, é considerada uma condição necessária ao adequado desenvolvimento da investigação.

Na **avaliação para a decisão**, o objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante, se a escolha se fizer necessária, do que o cientificismo do conhecimento produzido. Sendo assim, o avaliador interno passa a ter uma posição decisiva no desenrolar do processo, ainda que avaliadores externos geralmente também façam parte da equipe coordenadora da avaliação. E o enfoque priorizado, aquele que orienta os principais objetivos, é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis (Guba & Lincoln, 1989; Greene, 1994).

A **avaliação para gestão** tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada. Nessa medida, a presença do avaliador interno é condição necessária e é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo, geralmente presente.

Neste sentido, avaliar o desempenho dos serviços e seu impacto na saúde da população oportuniza que os gestores orientem a implantação, consolidação e reformulação das práticas da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que, por sua complexidade, o processo de avaliação na atenção básica exige competência gerencial, articulação e produção de informação para a definição de estratégias de intervenção (FELISBERTO, 2004).

Assim, este estudo enquadra-se como uma avaliação para a tomada de decisão, com o objetivo de orientar a Unidade de Recrutamento e Seleção da Adaps na elaboração de editais de seleção, atração e engajamento de profissionais de modo a contribuir para a ocupação de vagas do Programa Médicos pelo Brasil - PMpB, especialmente aquelas localizadas em áreas remotas e de difícil provimento.

2.3 PESQUISAS ANTERIORES

Para a elaboração do trabalho foram consultados periódicos, dissertações, artigos e teses. As buscas se concentram nas ferramentas *Google Academics*, *Spell* e *SciELO*, nos seguintes eixos de pesquisas: provimento médico no Brasil; atenção primária à saúde; atenção básica; recrutamento e seleção; avaliação de desempenho; metodologia multicritério de apoio à decisão – MCDA.

Assim, o quadro abaixo apresenta um recorte dos estudos analisados para elaboração da pesquisa.

Quadro 4 – Recorte de estudos analisado

(continua)

Autor(es) (ano)	Objetivo	Resultado	Metodologia
Melo Neto; Barreto (2019)	Evidencia o processo de continuidade do programa atual em relação ao Programa Mais Médicos (PMM).	Desta forma, apresenta-se como uma política mais frágil que seu antecessor, com foco apenas no provimento de médicos, correndo o risco de não atingir os objetivos a que se propôs enquanto política pública. Além disso, através da proposta de criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), o programa abre margem para a privatização dos serviços de APS e do Sistema Único de Saúde como um todo.	Não mencionado, mas pode-se constatar que se trata de um levantamento bibliográfico.
Anderson (2019)	Contribuir para uma análise desta mais recente proposta de política de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde no contexto do Mais Médicos e das demais políticas de desenvolvimento e qualificação da ESF no país no período de 1994 a 2019.	Entre estas mudanças, está a necessidade de redefinir a função dos níveis secundário e terciário do SUS, incluindo o papel de seus profissionais e o processo de trabalho nas unidades que os constituem. Todo este conjunto de mudanças têm afetado o status quo e provocado estranhamentos e conflitos advindos, principalmente, de grupos estabelecidos nos meios assistenciais, acadêmicos e gerenciais em todos os níveis de governo, como assinalado em um documento da OPAS 45 ao estudar as oposições às reformas em prol da APS.	Não mencionado, mas pode-se constatar que se trata de um levantamento bibliográfico.

Quadro 4 – Recorte de estudos analisado

(conclusão)

Andrade <i>et al.</i> (2019)	Analisa as estratégias de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), criada para suprir a necessidade de médicos no Estado da Bahia. Objetiva contribuir com o debate acerca das dificuldades de provimento e fixação de médicos na Estratégia Saúde da Família (ESF).	A problemática do provimento e fixação de profissionais na ESF requer um diálogo profundo e permanente entre gestores dos três níveis de atenção. Afinal, trata-se de problemas estruturais e institucionais do SUS que não são superáveis apenas com programas ou estratégias isoladas.	As estratégias utilizadas para a coleta das informações foram: análise documental; entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, além da utilização dos dados produzidos pela pesquisa encomendada à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pela Sesab.
Coelho, Ensslin e Petri (2021)	Construir um modelo de avaliação de desempenho multicritério construtivista para apoiar a gestão da transparência e acessibilidade da informação do Departamento de Contabilidade e Finanças de uma Universidade Federal.	Os principais resultados encontrados com a elaboração do modelo foram: a identificação de três áreas de preocupação: admissão, remuneração e aposentadoria, sendo construídos nove descritores para avaliar o status quo das atividades desempenhadas.	Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C).

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

2.4 PROCESSO SELETIVO DE PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES

A realização de processos seletivos no setor saúde, seja na esfera pública ou privada, é um tema que vem ganhando espaço nas discussões acadêmicas, especialmente no que se refere à necessidade de ampliação do número de profissionais para atuação na área, considerando, entre outros aspectos, o elevado número de pessoas vivendo em áreas de grande vulnerabilidade social e difícil provimento de médicos.

Para Cunha e Cavalcanti (2012), na gestão de recursos humanos em saúde, o processo de recrutamento e seleção de pessoal assume fundamental importância ao bom andamento e aprimoramento das atividades exercidas pelas organizações, sejam públicas ou privadas.

De acordo com Gil (2010), o recrutamento é o processo que tem como objetivo atrair candidatos qualificados e com potencial para preencher a vaga oferecida pela organização e a seleção é o processo no qual, entre os candidatos recrutados, seleciona-se àquele que tem o perfil mais adequado para o cargo, a fim de manter ou aumentar a eficácia da organização.

Neste contexto, é importante destacar a diferença entre os processos seletivos realizados para o preenchimento de vagas em organizações públicas e privadas, bem como os resultados esperados no desempenho dos empregados vinculados às referidas organizações.

Nas organizações privadas, os resultados são mensurados visando a obtenção de lucro; já nas instituições públicas, os resultados são voltados para a satisfação de demandas coletivas, frente às necessidades da população atendida por uma determinada política pública. Contudo, independente do tipo de vinculação e dos objetivos organizacionais, os processos de recrutamentos e seleção devem ser orientados para a identificação de profissionais com o perfil apropriado para o desempenho de cada função, conferindo a maximização da atuação, tendo como foco a agilidade e a rapidez que os serviços de saúde demandam, especialmente aqueles oferecidos para a população com alta vulnerabilidade social.

No que diz respeito à contratação de servidores públicos, de acordo com a Constituição Federal, artigo 37, inciso II, a investidura em cargo ou emprego público deverá, obrigatoriamente, acontecer por meio da aprovação em concurso público, obedecendo, no caso da esfera federal, também a Lei Federal n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. O referido artigo ainda dispõe sobre os seguintes aspectos:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

I - os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei;

II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração;

III - o prazo de validade do concurso público será de até dois anos, prorrogável uma vez, por igual período;

IV - durante o prazo improrrogável previsto no edital de convocação, aquele aprovado em concurso público de provas ou de provas e títulos será convocado com prioridade sobre novos concursados para assumir cargo ou emprego, na carreira;

V - as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento;

VI - é garantido ao servidor público civil o direito à livre associação sindical; VII - o direito de greve será exercido nos termos e nos limites definidos em lei específica;

VIII - a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão;

IX - a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. (BRASIL, 1988, art. 37).

Diante do exposto, observa-se que os processos de seleção para a contratação de servidores públicos, seja na esfera federal, estadual e municipal, devem levar em consideração os princípios da Constituição Federal e as normas específicas para a realização de concursos públicos, incluindo, a título de exemplo, as seguintes fases: levantamento de necessidade de vagas por parte do órgão demandante; aprovação da realização do processo seletivo por instâncias superiores e órgãos responsáveis pelo planejamento e controle financeiro; elaboração de termos de referência; envio de convite às bancas especializadas em processo seletivo; análise das propostas recebidas; assinatura de contrato com a banca escolhida; elaboração e publicação de edital; acompanhamento das etapas do processo seletivo; e fiscalização do contrato com a banca responsável pelo certame.

Ressalta-se que, nos processos seletivos para contratação de profissionais para atuação na administração pública, não há, na maioria dos certames, a verificação das capacidades e habilidades necessárias ao cumprimento do cargo e/ou função pública, restringindo a avaliação dos candidatos somente ao desempenho exigido na prova intelectual do concurso público.

Para Schikmann (2010), os processos de seleção de pessoal no setor público necessitam ser reformulados, pois a seleção de pessoas através de concurso é baseada em cargos e não em competência, suprimindo apenas a necessidade de pessoal para ocupar as funções, mas sem atender às reais necessidades dos órgãos em relação ao alcance das metas e objetivos.

Em relação aos processos seletivos realizados por organizações privadas, os quais não estão vinculados a processos tão complexos como nas organizações públicas, observa-se que a função do recrutamento e da seleção tem como objetivo a atração de profissionais mais adequados para a maximização dos objetivos da empresa. Isto é, o processo selecionará o candidato que apresentar a melhor aptidão para o cargo e demonstrar maior responsabilidade para a execução das tarefas, alcançando o objetivo da empresa de contratação de profissionais que agregam e influenciam nos resultados a serem atingidos.

A agilidade e flexibilidade dos processos seletivos realizados pelas organizações privadas, além de permitir a identificação de profissionais que não possuem somente conhecimentos técnicos, utilizam-se de ferramentas que potencializam qualitativamente a seleção. Esta seleção qualitativa é uma etapa fundamental, pois possibilita o alinhamento das competências individuais da pessoa às competências organizacionais almejadas pela empresa, além de maximizar a eficiência da pessoa no cargo ou provisão das competências que a empresa espera (LOMBARDI; LAUREANO; ESTENDER, 2018).

É importante destacar que, diante da complexidade do tema e das diversas metodologias para realização de processos seletivos para contratação de profissionais para área

da saúde, ao longo deste trabalho, serão abordados os termos e os conceitos utilizados pela Adaps para seleção de médicos para atuação no Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa se configura em uma pesquisa qualitativa, com base em um estudo de caso, que trata da análise da Política provimento médico na Atenção Primária à Saúde em regiões de alta vulnerabilidade e de difícil acesso. Para tanto, a pesquisa utilizada terá a função de descrever detalhadamente os métodos, técnicas e processos a serem seguidos no decorrer da pesquisa, explicando as hipóteses ou pressupostos.

Para Pereira *et al.* (2018), a pesquisa para a construção e evolução do conhecimento científico tem se mostrado, ao longo da história, como importante elemento de investigação, teste e coleta de resultados, proporcionando a resolução de importantes problemáticas para a humanidade. A resolução de problemas práticos desponta como uma motivação para a elaboração de pesquisas no campo das organizações, descrevendo um fenômeno e descobrindo as melhores respostas (RICHARDSON, 2012).

3.1 ENQUADRAMENTO DA PESQUISA

De acordo com a Minayo (2003), a pesquisa qualitativa trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Na elaboração deste estudo foram utilizadas as técnicas da pesquisa documental, bibliográfica, observação participante e entrevista que serão detalhadas a seguir.

Segundo Lakatos e Marconi (1992), a pesquisa bibliográfica permite compreender que, se de um lado a resolução de um problema pode ser obtida por meio dela, por outro, tanto a pesquisa de laboratório quanto à de campo (documentação direta) exigem, como premissa, o levantamento do estudo da questão que se propõe a analisar e solucionar. Esse método foi fundamental para a busca na literatura de autores que dessem embasamento teórico sobre o objeto de estudo proposto neste projeto, a fim de garantir a validade deste relatório. Além do uso de estudos, que abordam a mesma unidade de análise, com o foco em gestão de pessoas. Os dados foram coletados a partir da busca em sites oficiais, regimento interno e legislações. A técnica documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. É uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas (HELDER, 2006).

A observação participante, segundo Lüdke e André (1986), os investigadores imergem no mundo dos sujeitos observados, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações e como constroem a realidade em que atuam. Desta forma, esse procedimento metodológico foi recorrente durante todo o período de imersão na Unidade de Recrutamento e Seleção da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, visando coletar informações a partir da realidade social relacionadas ao objeto de estudo desta pesquisa.

Na literatura, segundo a Minayo (2004), existem dois tipos de entrevista, sendo uma a usualmente conhecida à entrevista individual, e a entrevista em grupo focal com um pequeno número de interlocutores (seis a doze).

A trajetória metodológica para a obtenção dos dados se baseia na pesquisa documental (busca em planilhas, relatórios, resoluções, orientações normativas e outros), a pesquisa bibliográfica, com vistas a fornecer um panorama das produções afetas ao tema, bem como orientar os questionamentos e encaminhamentos. Como fontes, consideram-se tanto as primárias como dados históricos, bibliográficos, informações, memórias, registros em geral; quanto as secundárias como obras e artigos (LAKATOS; MARCONI, 2003).

3.2 OBJETO DE PESQUISA – AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ADAPS

A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária – Adaps – foi instituída por meio do Decreto n.º 10.283, de 20 de março de 2020, conforme autorização da Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro de 2019. A Lei também instituiu o Programa Médicos pelo Brasil – PMpB, o qual será executado com a orientação e supervisão do Ministério da Saúde mediante a formalização de um contrato de gestão com a referida agência, em consonância com o que estabelece a Resolução n.º 5, de 15 de outubro de 2021, e o artigo n.º 16 da referida Lei.

Art. 16. O contrato de gestão conterá, no mínimo:

I - a especificação do programa de trabalho;

II - as metas a serem atingidas e os prazos para a sua execução;

III - os critérios objetivos de avaliação de desempenho que serão utilizados, com indicadores de qualidade e produtividade;

IV - as diretrizes para os mecanismos e os procedimentos internos de integridade, de auditoria e de incentivo à denúncia de irregularidades;

V - as diretrizes para o estabelecimento de código de ética e código de conduta para os dirigentes e os empregados da Adaps;

VI - as diretrizes da gestão da política de pessoal, que incluirão:

a) o limite prudencial e os critérios para a realização de despesas com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos empregados e bolsistas da Adaps e pelos membros da Diretoria Executiva;

- b) a vedação às práticas de nepotismo e de conflito de interesses; e
- c) os critérios para a ocupação de cargos de direção e assessoramento, observados o grau de qualificação exigido e as áreas de especialização profissional (BRASIL, 2021c, art. 16).

A Adaps é um serviço social autônomo federal instituído enquanto pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, tendo suas finalidades voltadas à promoção, em âmbito nacional, da execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária, entre as quais está o Programa Médicos pelo Brasil – PMpB. Embora encarregada da execução de uma política pública, a Adaps não se configura em um órgão da administração direta, tampouco se constituirá em agência similar a agências reguladoras vinculadas e/ou subordinadas ao Ministério da Saúde – MS, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Originários da década de 1940, e, portanto, anteriores à promulgação da Constituição Federal, os Serviços Sociais Autônomos (SSA), desde sua concepção, figuram como pessoas jurídicas privadas, sendo previstos no Decreto Lei n.º 200, de 1967, no artigo 183, e citados em Artigos Constitucionais (Artigo 240) que vinculam as contribuições compulsórias sobre salários/parafiscais.

Nas palavras de Cunha Júnior (2018, p. xx), os serviços sociais autônomos (figura jurídica da Adaps) são

[...] entidades privadas sem fins lucrativos, criadas por lei, não integrantes da Administração Pública direta ou indireta, que atuam em colaboração com o Poder Público em atividades de interesses públicos e utilidades públicas, sem subordinação hierárquica, segundo regime jurídico privado qualificado por derogações de ordem pública.

A Agência tem como propósito incrementar as ações governamentais na Atenção Primária à Saúde e, para além disso, buscar soluções que englobam desde a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos até o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com a finalidade de efetuar uma atenção integral que impacte positivamente no contexto de saúde das coletividades.

Neste sentido, a Adaps atua como executora das políticas públicas voltadas para a APS, como foco no Programa Médicos pelo Brasil, o qual substituirá gradualmente o Programa Mais Médicos, considerando estudos do Ministério da Saúde que apontaram fragilidade na fixação dos médicos nos municípios e na longitudinalidade da assistência em regiões de difícil provimento, de alta vulnerabilidade social e nos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI).

No que diz respeito à legislação, a Adaps foi estruturada por meio de Resoluções, sendo elas:

- a) Resolução n.º 01, de 15 de outubro de 2021, dispõe sobre o Estatuto da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps;
- b) Resolução n.º 02, de 15 de outubro de 2021, dispõe sobre a Estrutura de Cargos em Comissão e Funções de Confiança da Adaps e a respectiva remuneração;
- c) Resolução n.º 03, de 15 de outubro de 2021, dispõe sobre o Manual do regulamento das licitações, compras e contratações da Adaps;
- d) Resolução n.º 04, de 15 de outubro de 2021, aprova o Regimento Interno da Adaps;
- e) Resolução n.º 05, de 15 de outubro de 2021, dispõe sobre o Contrato de Gestão para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde;
- f) Resolução n.º 06, de 20 de dezembro de 2021, dispõe sobre a Estrutura de Plano de Cargos, Salários e Benefícios para os profissionais médicos de família e comunidade e tutores médicos da atenção primária participantes do Programa Médicos pelo Brasil;
- g) Resolução n.º 01, de 30 de março de 2022, aprova o Regulamento de Integridade, de Auditoria Interna e de denúncia de irregularidades da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps;
- h) Resolução n.º 02, de 30 de março de 2022, aprova o Código de Ética e Conduta da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps.

De acordo com o Relatório de Gestão da Adaps (2021b), a Agência visa a promoção, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, em colaboração com os entes federados com ênfase em: saúde da família; locais de difícil provimento de profissionais médicos ou de alta vulnerabilidade; valorização da presença dos médicos na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS); promoção da formação profissional, especialmente na área de saúde da família; incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde.

Com relação aos direcionadores estratégicos, ainda de acordo com o Relatório de Gestão – Adaps (2021b), a Agência conforma-se da seguinte forma:

- a) Missão – Contribuir para o fortalecimento da atenção primária à saúde da população brasileira, priorizando os locais de difícil provimento e de alta vulnerabilidade, fornecendo assim, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos;
- b) Visão – Ser reconhecida como fundamental para a indução e entrega de soluções relacionadas à atenção primária à saúde da população brasileira;
- c) Valores – Foco no cidadão Ética e Transparência; Cooperação; Agilidade; Comprometimento com o SUS; Confiança; Inovação; e Aprendizagem contínua;

d) Propósito – Incrementar o acesso a serviços e soluções de atenção primária à saúde para os cidadãos brasileiros.

A estrutura de Governança da Adaps, conforme determinado no Decreto n.º 10.283, de 20 de março de 2020, e na Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro de 2019, está detalhada no capítulo III da Resolução n.º 4, de 15 de outubro de 2021, sendo composta pelos seguintes órgãos colegiados: Conselho Deliberativo; Diretoria Administrativa; e Conselho Fiscal.

O Conselho Deliberativo é o órgão de deliberação superior da Adaps, sendo composto por: 6 (seis) representantes do Ministério da Saúde; 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira; 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina; 1 (um) representante da Federação Nacional dos Médicos; e 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde.

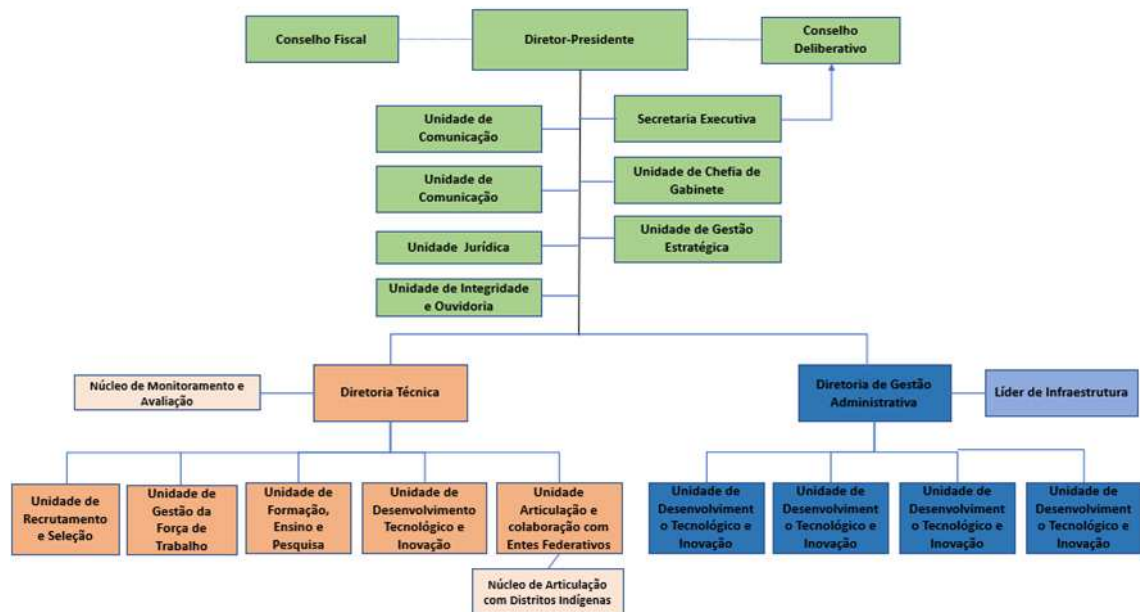
A Diretoria Administrativa é o órgão de gestão (direção) da Adaps, sendo composta por 3 (três) diretores eleitos pela maioria absoluta no Conselho Deliberativo, tendo mandato de 2 anos, com possibilidade de recondução por igual período. Destaca-se que, conforme § 12, do art. 6º, da Resolução n.º 4:

Cada Diretor, a quem caberá estabelecer as diretrizes a serem seguidas pelas respectivas unidades no desempenho de suas atribuições, em consonância com as diretrizes estratégicas da Agência e as orientações da DIREX, contará com uma estrutura organizacional que lhe será diretamente subordinada, para prover-lhe o assessoramento técnico especializado ao processo de tomada de decisão (BRASIL, 2021b, art. 6º).

O Conselho Fiscal é composto por 3 (três) representantes, e mais um suplente para cada representante, indicados pelo Ministério da Saúde e demais instituições que compõem o Conselho Deliberativo. Tem como atribuição a fiscalização da gestão administrativa, orçamentária e financeira, contábil e patrimonial da Adaps, e análise/manifestação sobre balanço anual e prestação de contas da Adaps, conforme disposto no contrato de gestão.

3.2.1 A Estrutura Organizacional da Adaps

Figura 2 – Estrutura da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps está estruturada, conforme figura 2, em 3 (três) Diretorias, sendo elas: Diretoria Presidente, Diretoria Técnica (Ditec) e Diretoria de Gestão Administrativa (DGA). Incluindo, ainda, gerências e núcleos de suporte às atividades das referidas diretorias.

À Diretoria Presidente compete a representação, coordenação e supervisão das unidades da estrutura da Adaps, fomentando a colaboração e o desenvolvimento de projetos intersetoriais e transversais que envolvam a agência e outros órgãos. As unidades subordinadas à referida Diretoria são: Comunicação e *Marketing*; Gestão Estratégica; Integridade e Ouvidoria; Secretaria-Executiva; Chefia de Gabinete; Relações Institucionais; Logística; e Jurídico.

À Diretoria de Gestão Administrativa (DGA) figuram atribuições relacionadas à gestão de aquisições, contratos e convênios, aprimoramento de políticas e diretrizes de recursos humanos, planejamento e gestão financeira, incluindo a contabilidade da agência e gestão/suporte de tecnologia da informação e comunicação. As unidades subordinadas à DGA são: Aquisições de Contratos, Convênios e Serviços; Recursos Humanos; Orçamento, Finanças e Contabilidade; Tecnologia da Informação e Comunicação; e Infraestrutura.

À Diretoria Técnica compete a coordenação dos serviços finalísticos da Adaps, sendo eles: realizar processo seletivo para o provimento de médicos em áreas remotas; prospectar projetos com o objetivo de desenvolver a APS; gerir quadro de vagas disponibilizado pelo Ministério da Saúde; analisar tática e estrategicamente as decisões relacionadas aos serviços

finalísticos da Adaps; gerenciar a alocação dos médicos e tutores do Programa Médicos pelo Brasil; monitorar e avaliar dados primários e secundários disponibilizados por instrumentos de registro, sistemas de informação em saúde e outras bases de dados estratégicos às finalidades da Adaps; identificar, monitorar e analisar as demandas e necessidades de saúde e de provimento médico nos Distritos Sanitários Indígenas reportadas pelo Ministério da Saúde; gerir a força de trabalho e seu desempenho; formação, ensino e pesquisa; desenvolvimento tecnológico; e articulação e colaboração com entes federativos.

Considerando o escopo da pesquisa, cabe aqui salientar as competências da Unidade Recrutamento e Seleção.

A referida unidade tem por finalidade selecionar profissionais qualificados para a prestação de serviços de desenvolvimento da APS, garantindo alinhamento ao perfil da vaga e às competências exigidas para atuação no Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

Compete, ainda, à Unidade de Recrutamento e Seleção: desenvolver estratégias de recrutamento focadas em médicos recém graduados; desenvolver estratégias de recrutamento para médicos especialistas em medicina da família e comunidade; desenvolver estratégias de captação para públicos-alvo em parceria com área de comunicação; coordenar a elaboração de instrumentos de seleção alinhados às competências exigidas para os diferentes perfis profissionais dos médicos da Adaps; gerir processo de seleção de candidatos por meio de cronograma estabelecido, prazos pactuados e canais de comunicação com potenciais candidatos; gerir banco de talentos, garantindo reposição contínua da força de trabalho; e gerir relacionamento com instituições de ensino e pesquisa.

Também faz parte da estrutura da Unidade a Liderança de Processo Seletivo, Atração e Engajamento, a qual tem por finalidade a proposição, a implementação, o acompanhamento e avaliação dos processos seletivos para ingresso na carreira de médico da Adaps, bem com a instrução de processos voltados à promoção do interesse de potenciais integrantes ao Programa Médicos pelo Brasil. Tendo, ainda, as seguintes atribuições:

- a) Elaborar e publicar edital de processo seletivo em consonância com as localidades priorizadas e a programação pactuada com Ministério da Saúde e gestores municipais, em consonância com os requisitos legalmente previstos para ingresso na carreira médica da Adaps;
- b) Pesquisar e contratar pessoas jurídicas com expertise na realização de processos seletivos, de acordo com as definições do Manual de Compras e Licitações da Adaps;

- c) Definir parâmetros e aprovar instrumentos de seleção para o ingresso no Programa Médicos pelo Brasil em articulação com a Unidade de Formação, Ensino e Pesquisa da Adaps;
- d) Propor cronograma de desenvolvimento e acompanhar a consecução das etapas de inscrição, aplicação de provas, divulgação de resultados preliminares, interposição de recursos e homologação de resultados;
- e) Divulgar a relação de aprovados e consolidar cadastros de reserva de profissionais aprovados nos processos seletivos;
- f) Executar estratégias de captação para públicos alvo da carreira médica da Adaps, em parceria com áreas de comunicação da Adaps e de atores parceiros;
- g) Formular, implementar e acompanhar estratégias de comunicação de processos seletivos de profissionais médicos da Adaps em articulação com a área de comunicação da Adaps;
- h) Acompanhar e monitorar engajamento de potenciais profissionais da carreira médica da Adaps de modo a subsidiar a proposição de estratégias e tomada de decisão pelas áreas internas responsáveis pelo Programa Médicos pelo Brasil.

3.3 INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO

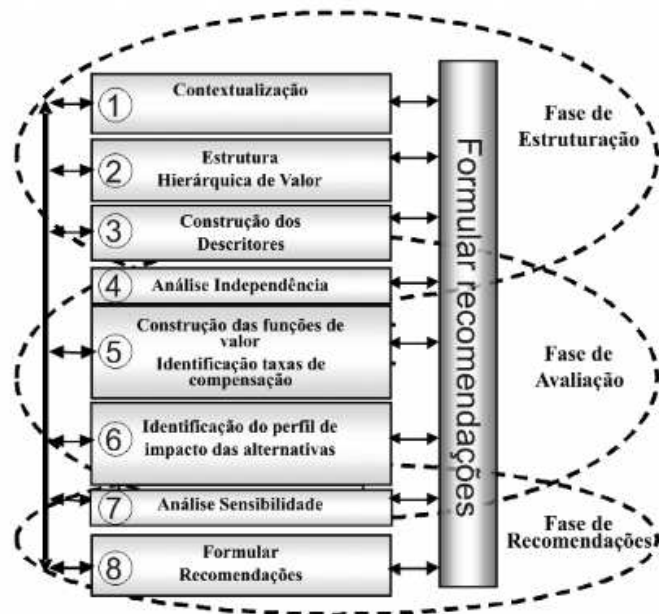
A pesquisa adotou um modelo construtivista de investigação, uma vez que foi desenvolvida por meio da interação entre o pesquisador e os intervenientes, utilizando a Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão – MCDA. Creswell (2007) descreve que nas pesquisas alicerçadas no construtivismo, os participantes constroem o significado de determinada situação, considerando as discussões ou interações com outras pessoas.

O MCDA teve seu desenvolvimento aprimorado nos últimos anos da década de 60 e começo dos anos 70, ganhando terreno principalmente na Europa (ROY, 1996 *apud* ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001). Contudo, se destacou a partir dos anos 80 com o desenvolvimento de estudos que buscaram imprimir objetividade e limites para projetos de apoio à tomada de decisão, bem como definir quais modelos são específicos ao decisor em cada contexto (ROY, 1996 *apud* ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001).

A metodologia pressupõe que a introdução de critérios que representem as mais variadas dimensões de um problema se mostra como o melhor caminho para o processo de decisão, considerando problemas multidimensionais e mal definidos (ROY; VANDERPOOTEN, 1996).

De acordo com Ensslin *et al.* (2010), essa metodologia busca desenvolver o conhecimento no decisor para apoiar a compreensão das consequências das suas decisões nos aspectos que são considerados relevantes.

Figura 3 – Etapas do MCDA



Fonte: Azevedo *et al.* (2011, p. 91)

Bortoluzzi, Ensslin e Ensslin (2010), na primeira etapa, conceituam a fase de Estruturação, onde se contextualiza o problema por meio da descrição do contexto, indicando o decisor e a fonte do problema, além da verificação do desempenho atual e o desempenho que se deseja alcançar.

No segundo momento, tem-se a Fase de Avaliação, onde é construído o modelo matemático de acordo com as percepções dos decisores (ENSSLIN *et al.*, 2008). Nesta etapa, as escalas (qualitativas) construídas na fase anterior são transformadas em escalas numéricas (quantitativas) desenvolvendo um modelo de avaliação das possibilidades, por meio da elaboração de escala de preferência e da determinação das taxas de compensação, bem como identificando o impacto das ações (ZAMCOPÉ; ENSSLIN; ENSSLIN, 2012).

Por fim, na última fase, são construídas as recomendações ao decisor, nesta etapa, como nas anteriores, é realizada com a interação entre o decisor e o facilitador, com o objetivo de buscar as oportunidades de melhoria para os aspectos entendidos como importantes pelo decisor (CARDOSO *et al.*, 2017).

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A análise de dados se deu a partir da imersão nas atividades técnicas realizadas pela Unidade de Recrutamento e Seleção, da Diretoria Técnica – Ditec/Adaps, por meio de pesquisa documental, incluindo a revisão literária de artigos que versam sobre provimento médico para a saúde pública, e nas referências metodológicas da Metodologia Multicritério de Apoio à Tomada de Decisão – MCDA. Outras fontes foram consideradas, como relatos históricos e informações da equipe técnica, memórias e registros em geral.

Além disso, considerando a existência de limitações sistêmicas da Agência, inexistência de sistemas de suporte a todos os processos de trabalho em execução, foram analisadas: planilhas de convocação de candidatos; planilhas contendo o quadro de vagas disponíveis para provimento; relatórios técnicos produzidos pelas unidades da Adaps; Relatório de Gestão da Adaps (2021b); relatórios do sistema Colabbe utilizado para validação documental e admissão digital dos candidatos convocados; e planilha de acompanhamento de admissão digital.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

4.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O cenário de trabalho da Unidade de Recrutamento e Seleção, da Diretoria Técnica (Ditec) da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps, sinalizou a necessidade de proposição de medidas para a identificação de fatores críticos, direcionando o processo de tomada de decisão como suporte para o aprimoramento das estratégias de recrutamento e seleção de médicos (bolsistas e tutores) para o Programa Médicos pelo Brasil - PMpB.

A análise dos dados se concentrou em uma das competências da referida unidade, a elaboração e a gestão de editais para recrutamento e seleção. Apesar da área possuir outros desafios, sendo os principais a necessidade de ampliação da utilização de sistema informatizado para gestão dos dados e a revisão do dimensionamento da força de trabalho designada para a execução do processo de Recrutamento e Seleção, pois a equipe é composta apenas por um gerente, um líder e duas funções de gestão.

Para cumprir a missão de ampliar e equalizar os problemas relacionados ao acesso à Atenção Primária, a Adaps realizou, até o ano de 2022, dois grandes processos seletivos.

O primeiro deles, por meio do edital publicado em 31 de dezembro de 2021 (1 edital para os 2 cargos – bolsistas e tutores médicos), com a realização da prova em março de 2022, e outro, já com editais separados por cargo e uma metodologia de seleção diferente, publicado em setembro de 2022.

O edital lançado em 31 de dezembro de 2021 teve como objetivo selecionar profissionais (cargos de médico de família e comunidade – bolsistas e tutores médicos) para ocupação de 4.652 vagas, sendo 595 vagas para o cargo Tutor Médico e 4.057 para o cargo de médico de família e comunidade (bolsistas), considerando as metas estabelecidas no Contrato de Gestão firmado entre a Adaps e o Ministério da Saúde e a necessidade assistencial dos municípios que aderiram ao Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

O quadro 5 apresenta as vagas disponibilizadas no Edital 2021/Adaps de acordo com os cargos (tutor e bolsista) e quantitativo de aprovados por Unidade da Federação.

Quadro 5 – Vagas disponibilizadas no Edital 2021/Adaps por cargo (tutor e bolsista) e quantitativo de aprovados por Unidade da Federação

UF	EDITAL 2021 VAGAS TUTOR	TUTOR APROVADO	EDITAL 2021 VAGAS BOLSISTA	BOLSISTA APROVADO
AC	3	1	18	32
AL	7	10	47	127
AM	14	7	87	56
AP	5	1	37	38
BA	79	86	545	986
CE	64	75	437	1107
DF	1	12	8	93
ES	20	48	136	237
GO	14	30	91	288
MA	31	30	213	418
MG	28	70	189	568
MS	3	8	24	59
MT	6	4	48	81
PA	25	18	170	166
PB	10	44	64	512
PE	39	45	264	695
PI	13	13	83	271
PR	35	28	244	324
RJ	15	21	101	161
RN	11	27	75	270
RO	8	7	53	102
RR	7	3	45	38
RS	50	26	344	214
SC	21	27	147	242
SE	11	12	73	154
SP	70	60	476	484
TO	5	11	38	71
TOTAL	595	724	4057	7794

Fonte: Adaptado de Adaps (2021a)

O quadro 6 apresenta os dados referentes às vagas disponibilizadas por cargo e tipologia definida pelo IBGE.

Quadro 6 – Vagas disponibilizadas por cargo e tipologia IBGE

TIPOLOGIA IBGE	EDITAL 2021 VAGAS TUTOR	EDITAL 2021 VAGAS BOLSISTA	TOTAL GERAL
DSEI	0	56	56
Intermediário adjacente	71	527	598
Intermediário remoto	7	35	42
Rural adjacente	53	1822	1875
Rural remoto	6	148	154
Urbano	458	1784	2242
Total	595	4372	4967

Fonte: Adaptado de Adaps (2021a)

Em setembro de 2022, o Ministério da Saúde disponibilizou à Adaps mais 315 vagas, oriundas de vacâncias de profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos, bem como da adesão de novos municípios ao Programa Médicos pelo Brasil, por meio dos editais publicados pelo MS, perfazendo um total de 4.967 vagas para provimento imediato e distribuídas de acordo com a tipologia definida pelo IBGE.

Com o incremento de novas vagas, a Adaps pode aproximar-se da meta de contratação firmada no Contrato de Gestão, na qual previa, para o 1º ano de execução do programa, a contratação e atuação de 5 mil médicos vinculados ao Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

De acordo com o Relatório de Gestão da Adaps (2021b), para a ocupação das vagas disponibilizadas no primeiro Edital (2021), inscreveram-se 16.357 candidatos, dos quais 8.516 foram aprovados, contemplando 1.911 municípios e 26 Distritos Sanitários Indígenas integrantes de 114 macrorregiões de saúde das regiões a saber: Norte (515 vagas-11%), Nordeste (2.066-44,4 %), Centro-Oeste (195- 4,1%), Sul (841-18 %) e Sudeste (1.035-22 %).

Figura 4 – Vagas disponibilizadas por cargo e região – Edital 2021



O primeiro edital publicado em 2021, sob responsabilidade de execução da Adaps e do Instituto Brasileiro de Formação e Capacitação – IBFC, estabeleceu as regras e os critérios para participação no certame, incluindo:

- a) Requisitos para ingresso no cargo de Tutor Médico - Diploma, devidamente registrado, de curso de graduação em Medicina; Registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); e Certificado de conclusão de Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Clínica Médica ou Título de Especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica, emitidos pela Associação Médica Brasileira (AMB);
- b) Requisitos para ingresso no cargo de Bolsista (médico de família e comunidade) - Diploma, devidamente registrado, de curso de graduação em Medicina; e II - Registro no Conselho Regional de Medicina;
- c) Salário base (tutor); bolsa formação (bolsista) e demais incentivos financeiros;
- d) Regras para escolha de até 3 localidade para atuação em 1ª, 2ª e 3ª opções;
- e) Definição de etapas do processo seletivo para tutor e bolsista - Critérios para classificação, eliminação e resultado.;
- f) Definição de regras gerais para convocação;

- g) Definição de regras específicas para convocação de candidatos aprovados acima do teto de vagas para as localidades indicadas no ato de inscrição, por meio das Retificações 1, 2 e 3;
- h) Previsão de pagamento de incentivos aos médicos por parte dos gestores municipais;
- i) Valores de salários (tutores médicos) e bolsa formação (médicos de família e comunidade - bolsistas).

A primeira convocação de candidatos aprovados foi realizada em 06 de abril de 2022. No total, considerando as vagas disponíveis naquele momento, foram convocados 529 candidatos (tutores e bolsistas). Após o primeiro chamamento a Adaps realizou ainda mais 12 convocações, totalizando 8.585 candidatos convocados entre abril e outubro de 2022.

Além das convocações formais, com base nas escolhas dos candidatos no ato de inscrição e nas regras para convocação de candidatos aprovados fora do teto de vagas estabelecido para cada município, foram realizadas mais 3 (três) chamadas de candidatos já convocados, mas que não haviam concluído o processo de envio e validação documental, etapa anterior à contratação propriamente dita, os quais haviam sido considerados desistentes e/ou eliminados ao longo dos chamamentos.

A estratégia estabelecida pela equipe da Unidade de Recrutamento e Seleção, após a análise das metas a serem alcançadas e deliberação junto à Diretoria Executiva (Direx) e à Unidade Jurídica da Adaps, teve como objetivo ofertar aos candidatos desistentes/eliminados, a partir de consultas de interesse, uma nova oportunidade de ocupação de vagas que ainda não haviam sido preenchidas ao longo das 12 convocações anteriormente realizadas, especialmente aquelas classificadas como de difícil provimento e em localidades mais distantes de municípios urbanos e rurais adjacentes. Ao todo, 1.535 candidatos aprovados foram chamados para a complementação de documentação e finalização da etapa de validação documental.

4.1.1 Etapa de convocação e pré-admissão digital de candidatos aprovados e classificados no primeiro processo seletivo para médicos da Adaps

A Adaps previu uma estratégia inovadora nas etapas de convocação, análise documental e admissão digital, as quais são realizadas por meio de uma ferramenta informatizada, diferente do que usualmente é feito em outros processos seletivos do mesmo porte.

A etapa de convocação, que leva em consideração as notas finais alcançadas pelos candidatos no processo seletivo e as opções indicadas no ato de inscrição, seguindo os critérios estabelecidos no item 13.1 do Edital 2021/Adaps:

13.1. A contratação obedecerá rigorosamente à ordem de classificação dos candidatos aprovados, por Cargo, UF/Macrorregião e Opções de Municípios de Lotação, respeitada a ordem indicada de preferência em 1ª (primeira), 2ª (segunda) e 3ª (terceira) opções indicadas no ato da inscrição, bem como os termos previstos nos itens 13.1.3, 13.1.4 e 13.1.5, observada a necessidade da Adaps e o limite fixado pela Constituição Federal, com despesa de pessoal (ADAPS, 2022, p. 24).

De acordo com a definição da alta gestão da Adaps, responsável pela elaboração do edital publicado em 2021, considerando que à época a Agência não dispunha de corpo técnico contratado, apenas a Diretoria Executiva (Direx) estava nomeada, o objetivo de permitir que os candidatos indiquem até 3 opções para atuação amplia a gama de escolha e, em consequência, a chance de alocação de profissionais nos mais diversos municípios, buscando sanar a emergência assistencial e a vulnerabilidade da população assistida pelo programa.

Assim, as convocações seguiram ainda as demais regras:

13.1.1. O preenchimento das vagas por Cargo, UF/Macrorregião e Opções de Município de Lotação respeitará a ordem de classificação dos candidatos, sendo o candidato convocado a ocupar primeiramente as vagas pertencentes à 1ª (primeira) opção.

13.1.2. No caso de vagas não preenchidas após a chamada em 1ª (primeira) opção de Cargo, UF/Macrorregião e Opções de Município de Lotação, ou decorrentes de desistências, a Adaps poderá realizar chamadas adicionais em 2ª (segunda) opção e 3ª (terceira) opções sucessivamente, para o preenchimento dessas vagas, obedecendo, rigorosamente, à classificação dos candidatos em cada listagem.

13.1.3. No caso de haver vagas remanescentes na mesma UF/Macrorregião de escolha do candidato, o candidato poderá ser convocado para lotação em Município com maior número de vagas.

13.1.4. No caso de não haver vagas remanescentes na mesma UF/Macrorregião de escolha do candidato, o candidato poderá ser convocado para lotação em Município com maior número de vagas dentre as Macrorregiões de Saúde do mesmo estado;

13.1.5. No caso de não ser possível sua convocação para a mesma UF/Macrorregião de escolha, ou mesma Unidade da Federação, sua convocação e lotação considerará o critério de vulnerabilidade das vagas remanescentes, conforme faixas de perfis municipais constantes na Portaria GM/MS Nº 3.352, de 02 de dezembro de 2021 (ADAPS, 2022, p. 24-25).

A lista de convocados é publicada no site da Adaps, em campo específico, e os candidatos são comunicados por e-mail e por mensagens de texto – SMS.

No que diz respeito ao processo de admissão digital, ao invés de solicitar o envio de documentos de forma física, o que acarretaria novos custos tanto para a Adaps quanto para os candidatos, a Agência identificou no mercado e contratou uma ferramenta informatizada chamada Colabbe para que, por meio de cadastro inicial feito pela Adaps, os candidatos submetessem os documentos obrigatórios relacionados em edital. A referida ferramenta

permitiu agilidade em: certificação digital de documentos (e-social e CRM), *upload* e assinatura de documentos (contratos de tutores e termos de bolsas dos médicos bolsistas).

Os documentos que deveriam ser apresentados, listados abaixo, estão descritos na carta de convocação (bolsista e tutor), enviada aos candidatos por meio do sistema Colabbe e, também, foram relacionados na retificação n.º 3 do edital de 2021 (item 13.4):

- a) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);
- b) Certidão de Nascimento ou Casamento, com as respectivas averbações, se for o caso;
- c) Título de Eleitor, no caso de candidato brasileiro;
- d) Comprovantes de votação na última eleição ou certidão de quitação eleitoral, no caso de candidato brasileiro;
- e) Certificado de Reservista ou Dispensa de Incorporação (quando do sexo masculino), no caso do candidato brasileiro;
- f) Cédula de Identidade (RG ou RNE);
- g) Passaporte com visto válido, no caso de candidato estrangeiro;
- h) 01 (uma) foto 3x4 recente;
- i) Inscrição no PIS/PASEP ou declaração informando não haver feito o cadastro;
- j) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- k) Declaração, sob as penas da lei, se exerce ou não, outro cargo, função ou emprego público remunerado, em outro órgão público da administração pública direta ou indireta de qualquer ente federativo, e se é aposentado por regime próprio de previdência social em âmbito municipal, estadual ou federal (se houver);
- l) Comprovantes de escolaridade por meio de Histórico Escolar e diploma devidamente registrado e reconhecido pelo Ministério da Educação;
- m) Documentos comprobatórios de especialização e curso de formação exigidos como pré-requisitos para o cargo de Tutor;
- n) Certidão de Nascimento e CPF dos filhos menores de 21 (vinte e um) anos (se houver);
- o) Caderneta de Vacinação dos filhos menores de 07 (sete) anos (se houver);
- p) Registro no Conselho Regional de Medicina;
- q) Cédula de identidade (RG ou RNE) e CPF do Cônjuge (se houver);
- r) Comprovante de escolaridade dos filhos de 04 a 18 anos (se houver);
- s) Cédula de identidade (RG ou RNE) e CPF de outros dependentes (se houver);
- t) Comprovante oficial de endereço com CEP;
- u) Comprovante do INSS, em caso de aposentado;
- v) Certidão Negativa de Antecedentes Criminais expedida pela Secretaria de Segurança Pública da área de seu domicílio (original);
- w) Certidão da Justiça Eleitoral, Militar, Estadual e Federal dos lugares onde residiu nos últimos 5 anos;
- x) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), emitido por médico do trabalho ou clínico com especialização em saúde do trabalhador;
- y) Comprovante de pagamento do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), para posterior reembolso (ADAPS, 2022, p. 25-26).

Para a etapa de submissão de documentos, inserção no sistema Colabbe, a Adaps estabeleceu que os candidatos realizem o processo em 5 dias corridos, a partir da data de convocação, e para avaliação documental e respectivo envio de diligências, caso em que os documentos enviados apresentem inconsistências, a Agência teria 4 dias úteis para realizar as análises necessárias.

A Unidade de Recrutamento e Seleção é a área responsável por validar os documentos apresentados e, caso esteja tudo regular, isto é, conforme estabelecido em edital, encaminha carta de apresentação ao candidato e, em seguida, comunica a Unidade Articulação e Colaboração com Entes Federativos, para emitir comunicado aos gestores informando o nome, tipo de cargo e quantitativo de médicos por municípios, e a Unidade de Recursos Humanos para providenciar a emissão do Termo de Bolsa (médico bolsista) e Contrato CLT (tutor médico).

Importante destacar que, ainda que a validação documental seja responsabilidade da Unidade de Recrutamento e Seleção, a Adaps terceirizou a execução do processo para a banca responsável pelo certame, considerando o volume de candidatos que devem ser analisados e a necessidade de cumprimento dos prazos estabelecidos para a rápida admissão dos profissionais convocados.

O quadro 7 ilustra o quantitativo de candidatos convocados e contratados por mês, considerando as convocações realizadas e os chamamentos para complementação de documentos (Edital 2021/Adaps).

Quadro 7 – Quantitativo de candidatos convocados e contratados por mês

(continua)

Mês	N.º da convocação	N.º de convocados	N.º de convocados por mês	N.º de contratados por mês
Abril	1	529	1.778	310
	2	1.249		
Mai	3	1.353	1.353	922
Junho	4	1.169	1.169	711
Julho	5	1.391	1.391	329
Agosto	6	770	1.490	353
	7	253		
	8	110		
	9	357		
Setembro	10	1.354	2.195	549
	11	41		
	1 SA*	800		
Outubro	12	9	744	709
Outubro	2 SA*	53		

Quadro 7 – Quantitativo de candidatos convocados e contratados por mês

(conclusão)

Mês	N.º da convocação	N.º de convocados	N.º de convocados por mês	N.º de contratados por mês
Outubro	3 SA*	682		
Total	150	10.120		3.883

* Refere-se à solicitação de apresentação para complementação de documentos

Fonte: Adaptado de Unidade de Recrutamento e Seleção/Ditec/Adaps (2021b)

Até novembro de 2022, considerando todas as convocações realizadas de candidatos vinculados ao edital publicado em 2021, havia 3.883 profissionais vinculados ao Programa Médicos pelo Brasil – PMpB, sendo 249 tutores médicos e 3.634 médicos bolsistas.

O quadro 8 apresenta o número de profissionais contratados por cargo e tipologia IBGE até novembro de 2022.

Quadro 8 – Contratados por cargo e tipologia IBGE até novembro de 2022

Tipologia	Bolsista	Tutor
DSEI	22	0
INTERMEDIÁRIO ADJACENTE	364	20
INTERMEDIÁRIO REMOTO	17	0
RURAL ADJACENTE	1.486	30
RURAL REMOTO	65	3
URBANO	1.680	196
Total	3.634	249

Fonte: Adaptado de Adaps (2022a, 2022b)

O segundo edital para contratação de médicos de família e comunidade (bolsista) e tutor médico teve sua organização iniciada em julho de 2022, após a Unidade de Recrutamento e Seleção identificar que o banco de aprovados vinculado ao edital de 2021 não seria suficiente para preencher todas as vagas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, considerando a ampliação do quadro de vagas e o percentual de desistência dos candidatos convocados nas cinco primeiras convocações realizadas.

Assim, iniciou-se o processo de elaboração do Termo de Referência - TR, em parceria com outras unidades da Adaps, envio de ofício às bancas organizadoras de processo seletivo,

análise das propostas recebidas, definição da proposta vencedora, com base nos critérios estabelecidos no Termo de Referência, e a formalização do processo de contratação.

A banca que apresentou a melhor proposta técnica para atendimento da demanda foi o Instituto Americano de Desenvolvimento – Iades, sendo o contrato de prestação de serviços assinado em agosto de 2022.

O novo processo seletivo teve como objetivo selecionar profissionais para ocupação de vagas dos cargos de médico de família e comunidade (bolsista) e tutor médico, de acordo com a previsão de provimento de 2500 vagas para o ano de 2023, meta estipulada no Contrato de Gestão para o segundo ano de atividades da Adaps, e o preenchimento de vagas remanescentes do ano de 2022.

Tendo em vista a urgência na realização do certame, a Unidade de Recrutamento e Seleção aprimorou as estratégias para atração, engajamento e seleção dos profissionais.

Após a análise técnica, que teve como objetivo alcançar o maior número de candidatos, especialmente aqueles residentes em municípios localizados em áreas remotas, optou-se pela aplicação de provas na modalidade *online*, editais separados por cargos, realização de provas em dias diferentes e modificação da etapa de escolha de municípios para atuação. Havia também o desafio de redução de tempo entre a publicação dos editais e a convocação dos primeiros candidatos, passando de 90 dias para, no máximo, 60 dias.

Ainda sobre a temática da prova *online*, e considerando os documentos acessados para a elaboração da dissertação, destaca-se que a Adaps fundamentou-se na análise das limitações ocorridas no processo seletivo realizado em 2021, no levantamento de estudos nacionais e internacionais e em proposições legislativas que versam sobre seleções públicas (Projeto de Lei n.º 2.258/2022, de regulamentação das regras para realização de concursos públicos no País), bem como em dados que indicam a utilização da referida modalidade em larga escala em diversos países, sem prejuízo da excelência dos resultados, isonomia e segurança das ferramentas utilizadas, tendo como foco a maximização de resultados.

A metodologia empregada na fiscalização das provas na modalidade remota, *online proctoring* (monitoramento em tempo real), adota um sistema de monitoramento composto por duas camadas de avaliação dos candidatos. A fiscalização acontece durante todo o tempo de prova, desde a apresentação do candidato até o encerramento da avaliação, utilizando-se de tecnologia de inteligência artificial para dar segurança e confiabilidade no monitoramento.

A primeira etapa da fiscalização se dá a partir do monitoramento em tempo real dos candidatos, por meio de fiscais que observam as “salas de prova”, e da inspeção audiovisual que registram as imagens e o áudio dos equipamentos utilizados para a realização da prova. Já

a segunda camada de segurança identifica, por meio da solução/*software* de inteligência artificial, todos os movimentos dos candidatos no ambiente da prova que possam demonstrar a adoção de condutas irregulares e em desacordo com as regras estabelecidas em edital.

Importante ressaltar que a integração das camadas de fiscalização, fiscais humanos e a tecnologia de inteligência artificial, teve como objetivo oferecer condições de segurança e agilidade na identificação de irregularidades de formas mais eficientes e sensíveis que as estratégias adotadas em provas presenciais, uma vez que a fiscalização remota chega a fotografar o ambiente de prova a cada 30 segundos.

Considerando o exposto, os editais foram publicados em setembro de 2022 com a previsão de até 312 vagas para o cargo de tutor médico e até 2.188 vagas para o cargo de médico de família e comunidade (bolsista), contendo as seguintes especificações:

- a) Modalidade de realização de prova: *online* para bolsista e tutores;
- b) Informações sobre os chamamentos periódicos para escolha de localidade de atuação, a partir da divulgação de quadro de vagas por parte da Adaps;
- c) Regras gerais para participação nos chamamentos para escolha de vagas;
- d) Público-alvo dos cargos e requisitos mínimos para contratação;
- e) Regras de desistência e retorno para o banco de aprovados;
- f) Regras para classificação e desclassificação do candidato;
- g) Regras para fiscalização e aplicação de prova *online*.

O quadro 9 ilustra as vagas divulgadas nos editais publicados em 2022 por Unidade da Federação.

Quadro 9 – Vagas divulgadas editais 2022 por Unidade da Federação

UF	TUTOR	BOLSISTA
AC	3	15
AL	3	49
AM	10	59
AP	5	10
BA	28	198
CE	13	29
DF	0	0
ES	0	26
GO	3	57
MA	15	72
MG	3	113
MS	0	15
MT	3	29
PA	18	104
PB	0	4
PE	8	26
PI	8	48
PR	19	85
RJ	3	44
RN	0	2
RO	6	27
RR	6	20
RS	28	194
SC	7	67
SE	2	25
SP	27	233
TO	0	29
Total	218	1580

Fonte: Adaptado de Adaps (2022a, 2022b)

Para os processos seletivos realizados no ano de 2022, inscreveram-se 23.180 candidatos, sendo 2.511 para o cargo de Tutor Médico e 20.669 para o cargo de médico de família e comunidade (bolsista).

As provas foram realizadas em finais de semana distintos, médico tutor em 09 de outubro de 2022 e bolsista em 16 de outubro de 2022, o que permitiu que os candidatos cuja titulação fosse compatível pudessem concorrer a vagas nos dois cargos.

A prova de tutor médico transcorreu sem intercorrências de grande impacto, mas com alguns candidatos que descumpriram as regras estabelecidas no item 7.3 do edital, sendo as principais ocorrências:

- a) Comunicação entre terceiros;
- b) Utilização de anotações, rascunhos e materiais de consulta;
- c) Fones de ouvido.

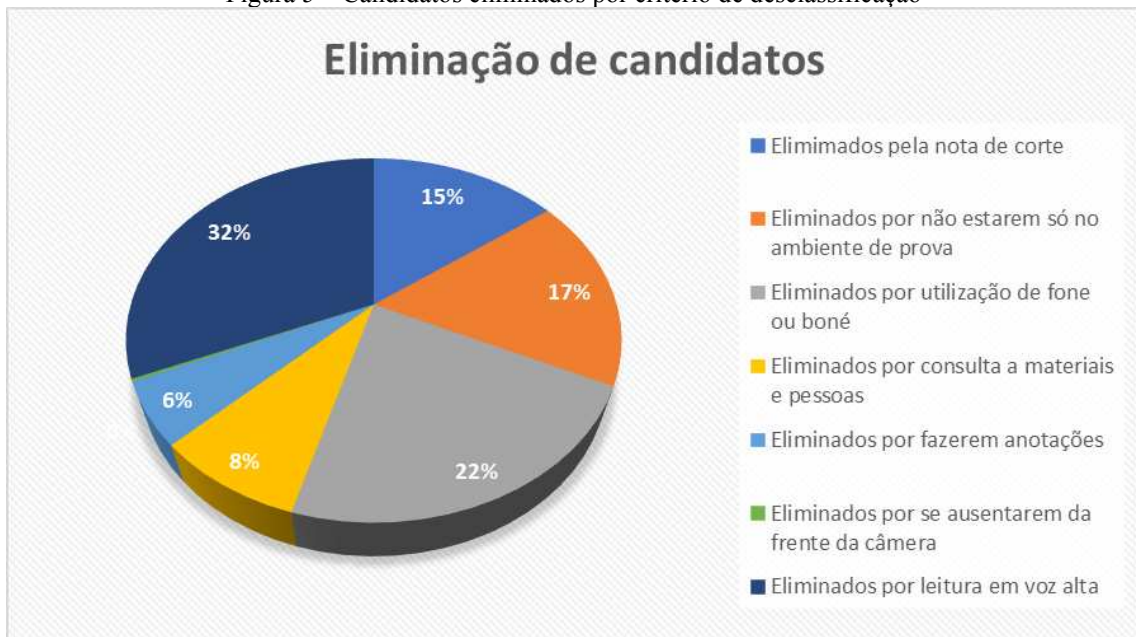
Dos candidatos que se inscreveram para o cargo de tutor médico, 1.690 foram aprovados e estão aptos para participarem das demais etapas do processo seletivo, sendo elas: o chamamento (para indicação de até 3 opções de municípios), a convocação e a pré-admissão digital.

A prova de médico de família e comunidade (bolsistas) foi realizada em 16 de outubro de 2022. Dos 20.699 inscritos, 2.180 candidatos não realizaram a prova (10,5 % de abstenção) e 18.489 estiveram presentes.

Dos candidatos presentes, 16.270 foram aprovados; 328 foram eliminados por não alcançarem a nota de corte; e 1.891 foram desclassificados/eliminados por descumprimentos das regras estabelecidas em edital, sendo: 383 não estavam sozinhos no ambiente de prova; 497 eliminados por utilização de fone de ouvido ou boné; 185 realizaram algum tipo de consulta (livros, pessoas, celulares, equipamentos eletrônicos etc.); 124 fizeram anotações; 5 se ausentaram da frente da câmera; e 697 estavam realizando leitura em voz alta. Totalizando 2.219 candidatos eliminados do processo seletivo para o cargo de bolsista.

A figura 5 demonstra o percentual de candidatos eliminados por critério de desclassificação.

Figura 5 – Candidatos eliminados por critério de desclassificação



Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Conforme os dados destacados no parágrafo acima, as intercorrências que ocorreram na prova de médico de família e comunidade foram mais significativas que as relatadas na prova de tutor médico, especialmente considerando que foram apresentadas denúncias por meio de diversas fontes de informação (e-mails, *contact center* da Adaps e notificação formal do Ministério da Saúde) de que candidatos tentaram fraudar o certame.

As denúncias davam conta do repasse de respostas da prova por meio de um grupo de mensagens instantâneas (*WhatsApp*), administrado por candidatos que se inscreveram nos processos seletivos da Agência e que utilizaram da referida ferramenta para repasse de conteúdo. Tais denúncias ganharam ainda mais intensidade após a instabilidade apresentada na ferramenta de prova, logo no início da avaliação, o que provocou, momentaneamente, dificuldade de acesso à plataforma.

A Adaps, imediatamente após tomar ciência dos fatos, acionou a banca responsável pela realização do certame para que esta verificasse as ferramentas de supervisão do processo seletivo, por meio dos fiscais humanos e o *software* de inteligência artificial, para levantamento das informações recebidas e, por consequência, eliminação dos candidatos que burlaram as regras do processo seletivo.

Em paralelo, por meio de sua equipe técnica e sem prejuízo das ações sob responsabilidade, a Adaps, de posse dos vídeos de realização das provas e registros dos fiscais de prova, realizou um trabalho minucioso de checagem da conformidade das fiscalizações dos

candidatos, considerando as especificações contratuais com a empresa e compromisso com a lisura do processo seletivo organizado pela Agência.

Após a finalização do processo de análise, identificação e eliminação dos candidatos que cometeram fraudes, as etapas seguintes dos editais foram realizadas, sendo elas: o chamamento para escolha das vagas e a convocação dos candidatos para a pré-admissão digital.

Conforme previsto nos editais publicados no ano de 2022, a etapa de chamamento tem por finalidade a concessão de oportunidade aos candidatos de indicação de até 3 (três) opções de escolha de localidade de atuação, considerando a ordem de preferência em 1ª (primeira), 2ª (segunda) e 3ª (terceira) opções.

As localidades e o quantitativo de vagas (Quadro de Vagas) são dispostas em um sistema informatizado chamado *Sisresid*, que deve ser acessado pelos candidatos mediante *login* e senha enviados pela banca. Durante o processo de escolha dos municípios, é permitido que os candidatos façam alterações nas opções de escolha, sendo, ao final do período de indicação, considerada a última escolha/indicação.

No que diz respeito à seleção, os candidatos que atenderem ao chamamento são classificados de acordo com a nota final alcançada no processo seletivo, por ordem crescente de classificação, até o limite de vagas ofertadas em cada chamamento, e estarão aptos a serem convocados e submeterem os documentos necessários para admissão.

Com relação aos candidatos que não forem classificados em nenhuma das opções de escolha, os mesmos permanecerão no banco de aprovados e poderão participar de um novo chamamento. Também permanecerão no banco de aprovados candidatos que não demonstrarem interesse nas vagas ofertadas.

As etapas de convocação e submissão de documentos permaneceram inalteradas, isto é, seguem o rito que foi estabelecido para avaliação dos candidatos convocados nos editais de 2021.

O quadro 10 apresenta os dados referentes às vagas disponibilizadas por UF e o quantitativo de candidatos aprovados por Cargo/UF.

Quadro 10 – Vagas por UF e candidatos aprovados por Cargo/UF

UF	TUTOR		BOLSISTA	
	VAGAS	APROVADOS	VAGAS	APROVADOS
AC	3	22	15	191
AL	3	25	49	309
AM	10	23	59	186
AP	5	8	10	78
BA	28	169	198	1675
CE	13	136	29	1695
DF	0	74	0	327
ES	0	62	26	396
GO	3	59	57	583
MA	15	47	72	783
MG	3	235	113	1646
MS	0	31	15	284
MT	3	25	29	256
PA	18	36	104	509
PB	0	106	4	939
PE	8	95	26	1054
PI	8	45	48	676
PR	19	55	85	857
RJ	3	81	44	439
RN	0	58	2	537
RO	6	23	27	450
RR	6	6	20	42
RS	28	46	194	383
SC	7	52	67	330
SE	2	19	25	268
SP	27	127	233	1253
TO	0	25	29	227
Total	218	1690	1580	16.373

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Para o 1º chamamento dos candidatos aprovados em 2022 foram ofertadas: 218 vagas para o cargo de tutor médico; e 1580 vagas para o cargo de médico de família e comunidade (bolsistas).

Quadro 11 – Manifestação de interesse (1ª convocação editais 2022/Adaps)

CONVOCADOS	TUTORES	BOLSISTA
Manifestaram interesse	566	9.459
Convocados	193	1.508
Adesão	89%	95%

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Importante salientar que, ainda que o quadro 11 demonstra um elevado interesse tanto de bolsistas quanto de tutores, as convocações estão condicionadas ao quantitativo de vagas para as localidades (disponíveis no período) e a nota final dos aprovados no processo seletivo, considerando ainda as indicações em 1ª (primeira), 2ª (segunda) e 3ª (terceira) opções.

Os candidatos que manifestaram interesse, mas que porventura não atenderam aos critérios listados acima, retornam para o banco de aprovados e poderão participar de um novo chamamento de escolha de vagas. Já as vagas que não foram objeto de interesse dos candidatos, permanecerão no quadro de vagas e serão novamente disponibilizadas em um novo chamamento.

Os quadros 12 e 13 demonstram as vagas disponibilizadas por cargo e região e por cargo e tipologia do IBGE:

Quadro 12 – Vagas disponibilizadas por região e cargo

Região	Vagas para Tutor	Vagas para bolsista	Total
Centro-Oeste	6	101	107
Nordeste	77	453	530
Norte	48	264	312
Sudeste	33	416	449
Sul	54	346	400
Total	218	1580	1798

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Quadro 13 – Vagas disponibilizada por cargo e tipologia IBGE

Tipologia IBGE	Vagas Tutor	Vagas Bolsistas	Total Geral
Distrito Sanitário Especial Indígena	0	14	14
Intermediário Adjacente	37	155	192
Intermediário remoto	8	39	47
Rural Adjacente	14	609	623
Rural Remoto	3	152	155
Urbano	156	611	767
Total	218	1580	1798

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Até dezembro de 2022, foram realizadas 3 convocações de médicos vinculados aos editais de publicados no referido ano.

Na primeira convocação, optou-se por fazer convocações separadas por cargo, sendo a primeira de tutores médicos em 04/11/2022 e a segunda, para o cargo de médico de família e comunidade (bolsista), em 11/11/2022.

Foram convocados 1.707 candidatos, sendo 193 são tutores médicos e 1.514 para o cargo de médico de família e comunidade (bolsista), conforme detalhado no quadro abaixo (14).

Quadro 14 – Convocação de candidatos por tipologia IBGE (editais 2022/Adaps)

Tipologia IBGE	Bolsista	Tutor
Distrito Sanitário Especial Indígena	11	
Intermediário Adjacente	150	37
Intermediário Remoto	37	5
Rural Adjacente	592	14
Rural Remoto	149	3
Urbano	575	134
Total	1.514	193

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Destaca-se, conforme previsto nos editais publicados em 2022, que candidatos convocados e que desejem manifestar desistência da vaga ofertada devem solicitar retorno ao

banco de aprovados, em campo próprio no sistema Colabbe, mediante de apresentação dos seguintes documentos:

- a) Médico bolsista: Diploma e CRM;
- b) Tutor médico: Diploma, CRM e comprovante de titulação em medicina de família e comunidade.

A partir da segunda convocação optou-se por convocar os profissionais no mesmo ato, isto é, as convocações para tutor e bolsistas foram realizadas juntas. Tal medida teve como objetivo facilitar o trabalho de monitoramento da equipe da Unidade de Recrutamento e Seleção e, a partir disso, agilizar o processo de contratação dos profissionais.

A segunda convocação foi realizada em 02 de dezembro de 2022 com os seguintes números (quadro 15):

Quadro 15 – Convocados por cargo e tipologia (2ª convocação)

Tipologia IBGE	Bolsista	Tutor
Distrito Sanitário Especial Indígena	19	
Intermediário Adjacente	100	17
Intermediário Remoto	18	-
Rural Adjacente	263	5
Rural Remoto	88	-
Urbano	367	101
Total	855	123

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

A terceira convocação foi realizada em 23 de dezembro de 2022, sendo convocados 123 tutores médicos e 807 médicos bolsistas.

De acordo com dados extraídos do *Dashboard* da Unidade de Recursos Humanos, somando as contratações feitas nos editais publicado em 2021 e 2022, até o dia 23 de janeiro de 2023, a Adaps alcançou a marca de 5.344 mil médicos contratados e atuando vinculados ao Programa Médicos pelo Brasil, dos quais: 346 são tutores médicos e 4.997 são bolsistas.

Os quadros 16 e 17 apresentam as seguintes situações:

Quadro 16 – Ocupação de vagas por região e número de municípios/região – até 23/01/2023.

Região	Número de municípios	% de preenchimento de vagas por região
Nordeste	1.124	45,9%
Sudeste	564	23%
Sul	385	15,7%
Norte	210	8,6%
Centro-Oeste	165	6,7%
Total	2.448	100%

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Quadro 17– Número de contratados por estado e por tipo de cargo - Edital 2021 e Editais 2022

(continua)

Estado	Bolsista	Tutor
Acre	37	1
Alagoas	114	3
Amapá	24	3
Amazonas	58	3
Bahia	727	52
Ceará	554	40
Distrito Federal	37	4
Espírito Santo	143	17
Goiás	168	11
Maranhão	294	19
Mato Grosso	54	2
Mato Grosso do Sul	45	2
Minas Gerais	358	21
Pará	173	11
Paraíba	127	9
Paraná	242	17
Pernambuco	337	21
Piauí	154	9
Rio de Janeiro	120	10

Quadro 17– Número de contratados por estado e por tipo de cargo - Edital 2021 e Editais 2022

(conclusão)

Estado	Bolsista	Tutor
Rio Grande do Norte	129	8
Rio Grande do Sul	263	21
Rondônia	78	5
Roraima	30	5
Santa Catarina	135	8
São Paulo	436	30
Sergipe	112	10
Tocantins	48	4
Total	4.997	346

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

4.2 MODELO DESENVOLVIDO

O modelo foi desenvolvido com base na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA) para avaliar o desempenho da estratégia de recrutamento e seleção utilizadas nos editais de seleção publicados pela Adaps para contratação de médicos para atuação no Programa Médicos pelo Brasil, levando em consideração as diferenças entre os dois documentos.

Nesta seção, serão apresentadas as etapas utilizadas para a elaboração do modelo, considerando o MCDA, no que diz respeito aos seguintes aspectos: etapa de estruturação, avaliação e recomendações.

4.2.1 Estruturação

A estruturação configura-se na etapa mais importante da metodologia, uma vez que apresenta o contexto no qual o problema está inserido, de maneira estruturada e organizada, por meio da visão do decisor. Para viabilizar esta etapa, são definidos os atores envolvidos no processo, o rótulo que expressa o objeto do modelo proposto, traduzindo o problema e a identificação, organização e mensuração daqueles aspectos que, do ponto de vista do decisor, retratem seus valores e suas preferências (ENSSLIN *et al.*, 2010; ENSSLIN *et al.*, 2011).

De acordo com Coelho, Ensslin e Petri (2021), é na fase de estruturação que se gera o conhecimento a respeito do problema e de seu contexto, já que se busca identificar os aspectos cruciais que resultarão na identificação dos indicadores e seus níveis de referência.

4.2.2 Atores e rótulos

O modelo foi estruturado a partir do rótulo: “Critérios de recrutamento e seleção para o provimento de médicos federais em municípios brasileiros com dificuldade de provimento e alta vulnerabilidade social”, e contou com a identificação dos atores envolvidos no processo decisório (quadro 18).

Quadro 18 – Identificação dos atores do processo decisório

Intervenientes	Decisor	Diretoria Executiva da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária – Direx/Adaps
	Facilitador	Autora da pesquisa
Agidos		Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps; Ministério da Saúde – MS; Candidatos interessados nos processos seletivos da Adaps; Municípios brasileiros; Distritos Sanitários Indígenas – DSEI’s; Comunidades quilombolas

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

O rótulo consiste em elaborar o enunciado do problema e deve conter o foco principal do trabalho, indicando o propósito a ser atingido (ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001).

Para com Ensslin, Montibeller e Noronha (2001), os atores do processo decisório devem ser identificados em dois grupos: os intervenientes e os agidos. Os intervenientes podem ser considerados como os “proprietários” do problema. Aqueles que, de fato, podem tomar decisões. Dentre os intervenientes têm-se: decisores, representantes e o facilitador. Já os agidos são aqueles que participam passivamente do processo decisório, ou seja, não participam ativamente da tomada de decisões, mas sofrem as consequências de suas ações.

4.2.3 Elementos Primários de Avaliação e Conceitos

Após a identificação do contexto do problema, inicia-se a etapa de identificação dos Elementos Primários de Avaliação – EPA’s. Os Elementos Primários se configuram na expressão das primeiras impressões de que o decisor julga ter impacto no problema a ser tratado.

A metodologia para o levantamento dos EPA’s consiste na realização de um *brainstorm*, isto é, tempestade de ideias, para identificar os aspectos relacionados ao problema os quais o decisor pretende aperfeiçoar ou solucionar. Para o trabalho em questão, foram identificadas 74 preocupações relacionadas ao processo de avaliação de desempenho do PMpB – etapa de realização de processo seletivo e elaboração de editais.

Assim, o quadro abaixo (19) destaca os EPA’s relacionados à realização de processos seletivos. Os demais EPA’s podem ser identificados no Apêndice A e foram desenvolvidos de acordo com a mesma lógica de levantamento de informações.

Quadro 19 – EPA’s relacionados à realização de processos seletivos

(continua)

Processo Seletivo		
Atração de Profissionais	Recrutamento	Gestão Administrativa
14 Engajamento ativo de candidatos	6 Baixa adesão ao processo seletivo	19 Acompanhamento e suporte apropriado ao profissional alocado
21 Engajamento de instituições de ensino e campos de prática	13 Seleção de profissionais qualificados para a prestação de serviços	20 Monitoramento contínuo da demanda de médicos
23 Adesão dos candidatos ao processo seletivo	15 Número de candidatos inscritos X número de candidatos aprovados	29 Alocação e fixação de profissionais em comunidades indígenas
24 Desburocratização da aplicação de provas	16 Instrumentos de seleção alinhados às competências exigidas em cada categoria	30 Alocação e fixação de profissionais em comunidades quilombolas
27 Critérios do processo seletivo para alocação dos médicos	25 Número de processos seletivos realizados por ano	36 Morosidade na identificação de médicos desistentes
28 Atração e retenção dos profissionais em locais de difícil provimento	60 Número de candidatos aprovados	37 Candidatos sem CRM inscritos no processo seletivo
33 Prazo entre a convocação e a contratação	62 Desistência de candidatos durante o processo de contratação	38 Insuficiência de médicos com titulação em medicina de família e comunidade

Quadro 19 – EPA’s relacionados à realização de processos seletivos

(conclusão)

56 Plano de cargos e salários	63 Surgimento de vagas além das disponibilizadas em edital	52 Morosidade na reposição dos médicos desistentes/demitidos
57 Carreira federal de medicina de família e comunidade	74 Prova <i>online</i>	64 Necessidade automatização da validação documental dos candidatos
61 Avaliação de desempenho		65 Convocação de candidatos acima do teto estabelecido pelo Ministérios da Saúde
		66 Reserva de vagas para remanejamentos a pedido
		67 Reserva de vagas para remanejamentos no interesse da Adaps
		68 Contratação de banca para execução do processo seletivo
		69 Elaboração de editais – médico bolsista e médico tutor

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Conforme a metodologia MCDA, após a identificação dos EPA’s inicia-se a etapa de elaboração dos conceitos para cada Elemento Primário. O conceito expressa uma ação que deve demonstrar o objetivo a ser alcançado por cada EPA, sugerindo uma direção de preferência relacionada a cada EPA. Em contraponto, identifica-se o polo oposto do conceito, isto é, aquele que contrasta com os EPA’s identificados com decisor e registra seu oposto psicológico.

O quadro 20 elenca os conceitos referentes aos EPA’s vinculados aos Pontos de Vista Elementares (PVE) “Processo Seletivo”.

Quadro 20 – Conceitos – Processo Seletivo

(continua)

Conceitos	Descrição
6	Reforçar as estratégias de comunicação sobre as vantagens do PMpB para o público-alvo do programa ...Banco de talentos insuficiente para atender os municípios que aderiram ao PMpB
13	Aprimorar as estratégias e mecanismos de recrutamento e seleção. ... Selecionar profissionais que não apresentam as competências necessária
14	Identificar mecanismo de atração e engajamento de candidatos ...Taxa de ocupação de vagas baixa

Quadro 20 – Conceitos – Processo Seletivo

(continua)

15	Aprimorar o conteúdo cobrado nas provas... Baixo número de aprovados
16	Aprimorar os instrumentos de recrutamento e seleção de profissionais... Seleção de profissionais que não atendem aos requisitos desejados
19	Definir parâmetros e regras para ações de rotina de gestão da força de trabalho... Atuação de maneira desorganizada e sem parâmetros
20	Estabelecer sistemática para que os gestores informem vacância... Desassistência da população
21	Participar de fóruns e congressos de medicina para divulgar o PMpB... Desconhecimento do PMpB pela comunidade acadêmica
23	Definir e aprimorar as estratégias de comunicação sobre o processo seletivo e o PMpB... Banco de aprovados insuficiente e vazio assistencial
24	Intensificar ações para inovação nos processos seletivos... Baixo engajamento de candidatos
25	Aprimorar o planejamento para novas seleções no período de 1 ano... Aumento no número de vagas ociosas e comunidades desassistidas
27	Aprimorar e publicizar critérios para alocação e contratação de profissionais ... Alta taxa de desistência e baixo engajamento dos profissionais
28	Intensificar as ações de comunicação sobre incentivos que podem ser pagos pelos gestores municipais Baixa adesão ao processo seletivo e menor tempo de permanência no programa de candidatos que porventura vierem a ser contratados
29	Intensificar as ações de comunicação sobre incentivos que podem ser pagos pelos gestores municipais Baixa adesão ao processo seletivo e menor tempo de permanência no programa de candidatos que porventura vierem a ser contratados
30	Intensificar as ações de comunicação sobre incentivos que podem ser pagos pelos gestores municipais Baixa adesão ao processo seletivo e menor tempo de permanência no programa de candidatos que porventura vierem a ser contratados
33	Otimizar e qualificar os procedimentos operacionais do processo de contratação... demora no início de atividades dos médicos convocados
36	Aprimorar os mecanismos de monitoramento e liberação de vagas ... Municípios com vagas presas com médicos que não iniciaram as atividades
37	Reforçar nos editais a necessidade apresentação dos documentos obrigatórios para admissão ... Elevado número de candidatos eliminados
38	Aprimorar, em parceria com a Sociedade Médica, ações de comunicação sobre prova para titulação em medicina de família e comunidade ... Número de tutores suficientes para atuação no PMpB
52	Aprimorar a estratégia de monitoramento e controle de demissões e desistências... Vagas presas e municípios com déficit assistencial

Quadro 20 – Conceitos – Processo Seletivo

(conclusão)

Conceitos	Descrição
56	Estabelecer plano de cargos e salários para os médicos vinculados ao PMpB... Insuficiência de profissionais interessados em atuar na área de medicina de família e comunidade
57	Criar estratégias de comunicação sobre o PMpB e a carreira de médico federal ... Baixa atração de médicos
58	Promover ações junto universidade de medicina para apresentar o PMpB... Insuficiência de profissionais interessados em atuar na área de medicina de família e comunidade
60	Estabelecer ações para aumentar a atração e o engajamento de candidatos... Número insuficiente de candidatos para ocupação das vagas
61	Estabelecer critérios assertivos para avaliação de desempenho... ter um instrumento desarticulado com a realidade
62	Aprimorar a estratégia de monitoramento e controle da etapa de contratação ... Baixa taxa de provimento nos municípios que aderiram ao PMpB
63	Fortalecer o fluxo de comunicação com o MS para disponibilização imediata de novas vagas ... Lentidão na ocupação das novas causando desassistência da população
64	Aprimorar a ferramenta de validação documental para minimizar a interação humana... Perda de agilidade no processo de validação e admissão digital
65	Aprimorar a ferramenta de gestão do quadro de vagas ... Candidatos convocados além do teto de vagas por erro humano
66	Aprimorar a sistemática de reserva de vagas para realização de remanejamentos a pedido ... Desligamento de profissionais interessados em realocação
67	Aprimorar a sistemática de reserva de vagas no interesse da Adaps... Desligamento de profissionais interessados em realocação
68	Revisar e aprimorar o fluxo de contratação de bancas... Contratação de empresa sem a qualificação necessária para realização de processo seletivo de grande porte
69	Aprimorar as fases e os critérios estabelecidos nos editais de contratação do PMpB... Dúvidas e baixa adesão nos processos seletivos
74	Aprimorar as estratégias de segurança para aplicação de prova <i>online</i> ... Fraudes no processo seletivo

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Após a identificação dos conceitos e de seus respectivos polos, o presente e o oposto psicológico, passa-se para as etapas subsequentes do MCDA.

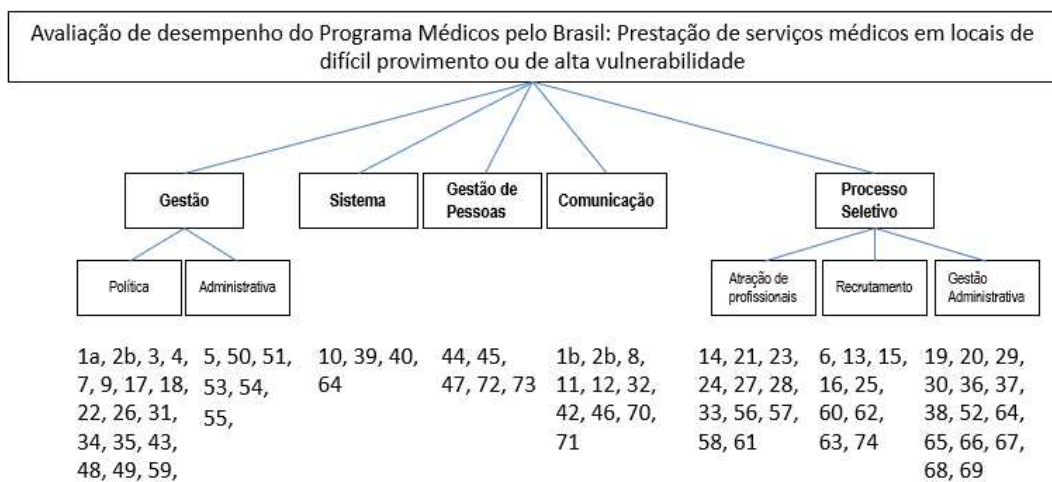
4.2.4 Áreas de preocupação, pontos de vista fundamentais (PVF)

A partir da identificação dos EPA's, os conceitos que expressam ideias similares foram agrupados em grandes áreas de preocupação/interesse. Os EPA's que possuem um mesmo

grupo de preocupações deverão ficar reunidos sob aquele mesmo denominador, que deve ser capaz de refletir a ideia central do decisor (ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001).

Assim, com o agrupamento dos EPA's, identificou-se 5 áreas de preocupação, sendo elas: Gestão; Sistema; Gestão de Pessoas; Comunicação; Processo Seletivo. As áreas de preocupação foram subdivididas em Pontos de Vista Fundamentais (PVF), conforme figura abaixo (6).

Figura 6 – Áreas de preocupação e pontos de vista fundamentais



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Observa-se que em alguns casos um mesmo EPA foi inserido em mais de um PVF, demonstrando que há elementos que podem se relacionar com mais de uma preocupação. Destaca-se, também, que não há PVF's sem conceitos associados, contudo a metodologia é dinâmica e aceita ajuste no seu processo de construção, ou seja, novos conceitos podem ser incluídos e ou excluídos do modelo.

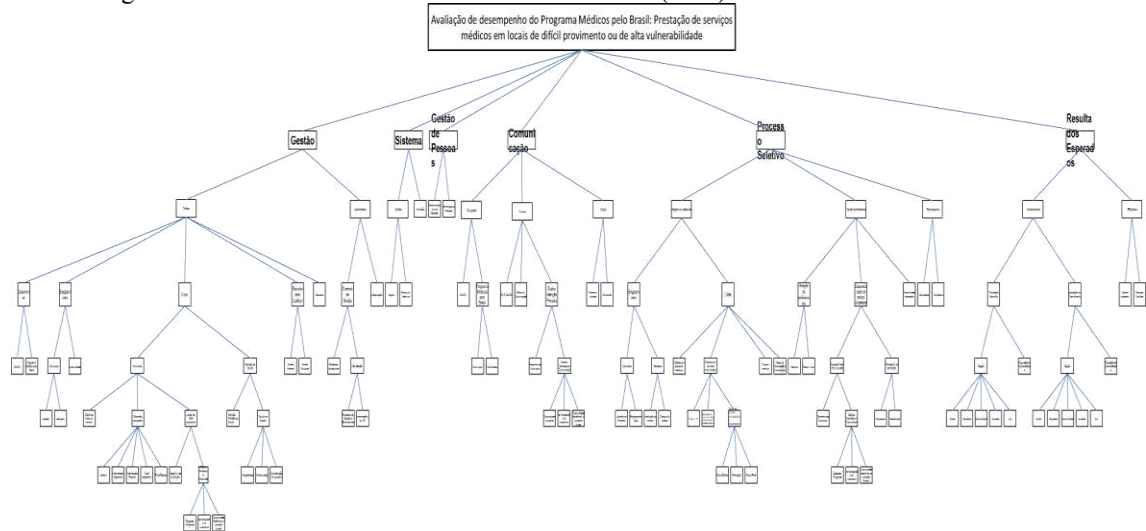
Após o agrupamento dos EPA's por área de preocupação iniciou-se o desenho da árvore com os pontos de vista fundamentais, bem como seus respectivos desdobramentos.

4.2.5 Estrutura Hierárquica de Valores

Dando seguimento à metodologia, os Pontos de Vista Fundamentais foram desdobrados em Pontos de Vistas Elementares (PVE) de modo que pudessem ser mensurados, pois pertencem ao componente estratégico e não podem ser medidos diretamente (Figura 7).

De acordo com Coelho, Ensslin e Petri (2021), a decomposição dos PVF em PVE visa facilitar a mensuração dos critérios, partindo-se de uma situação mais complexa para uma em que a mensuração se dá de maneira mais fácil.

Figura 7 – Árvore de Pontos de Vista Fundamentais (PVF) e Pontos de Vista Elementares



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Como resultado do desdobramento dos Pontos de Vista Elementares, foram identificados 159 em três níveis: Atração de profissionais; Gestão Administrativa; e Recrutamento (melhor detalhamento no Apêndice B).

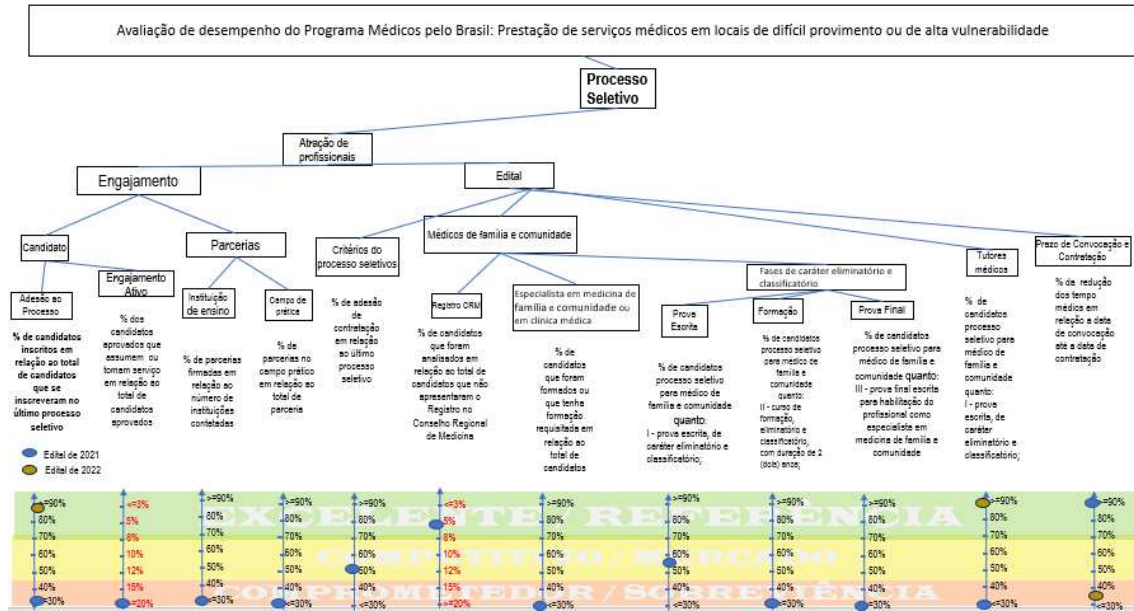
4.2.6 Construção dos descritores

Após a identificação de todos os Pontos de Vista Elementares, iniciou-se a estruturação dos descritores na metodologia MCDA, os quais podem ser definidos com o conjunto de níveis de desempenho das propriedades de cada PVE. A sequência da metodologia prevê como próximo passo o estabelecimento dos níveis de referência superior (RS) e inferior (RI), que podem ser “Bom” e “Neutro” permitindo a comparação de desempenho entre os descritores (escalas) (ENSSLIN; DUTRA; ENSSLIN, 2000).

Para Ensslin, Montibeller Neto e Noronha (2001), os desempenhos que impactam em um dos descritores acima do nível de referência “Bom” são considerados de excelência; os que impactarem abaixo do nível de referência “Neutro” são considerados como desempenho comprometedor; e, aqueles que impactam entre os dois níveis de referência são considerados como de desempenho de competitivo (de mercado/esperado).

A Figura 8 apresenta a Estrutura Hierárquica de Valor, seus descritores e *status quo* das atividades referentes a Processo Seletivo - Elaboração de Editais.

Figura 8 – Estrutura Hierárquica de Valor



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Finalizada a identificação do *status quo* de cada descritor e sua respectiva localização quanto ao nível de desempenho, encerra-se a etapa de estruturação do modelo, no apêndice C temos todos os descritores do modelo.

4.2.7 Fase de avaliação

Após a finalização da etapa de estruturação do modelo, inicia-se a etapa de avaliação. A etapa de avaliação tem como objetivo definir escalas ordinais para mensurar cada critério (LONGARAY *et al.*, 2016). Utilizando, ainda, escalas cardinais cuja finalidade busca integrar o modelo de forma global (ENSSLIN *et al.*, 2017).

Neste sentido, desenvolve-se um modelo matemático com o objetivo de mensurar cada critério, com base em seus vínculos numéricos, permitindo a comparação entre os critérios e grupos de critérios distintos (LONGARAY *et al.*, 2016). A referida construção contribui para agregar as preferências ou pontos de vista dos decisores sobre os critérios de avaliação, sendo capaz de demonstrar os diferentes efeitos e as possibilidades das alternativas para cada critério (LONGARAY *et al.*, 2016).

De acordo com o Silveira e Petri (2019), são determinadas taxas de compensação para representar a contribuição global, isto é, o peso que cada indicador representa em relação ao

respectivo objetivo e, por sua vez, quanto cada objetivo contribui em relação à respectiva perspectiva, bem como elaborada a pontuação para o modelo global.

Para a elaboração do modelo global, foi definida a pontuação do *Status Quo* e a pontuação global, utilizando a equação matemática da fórmula de agregação aditiva:

$$V(a) = \sum_{i=1}^n w_i \cdot v_i(a) \quad (1)$$

Onde:

V(a) = Valor Global da ação a.

v1(a), v2(a), ... vn(a) = Valor parcial da ação a nos critérios 1, 2, ..., n.

w1, w2, ..., wn = Taxas de Substituição dos critérios 1, 2, ..., n

n = número de critérios do modelo.

A equação acima fornece a soma ponderada dos valores parciais obtidos por uma determinada ação nos diversos processos, sendo que a ponderação é feita pelas taxas de compensação de cada critério. Esta fórmula de agregação transforma unidades de atratividade local, medida nos processos, em unidades de atratividade global. Com isso, agrega-se o desempenho do processo nos múltiplos critérios em um desempenho único: a avaliação global do processo (ENSSLIN; MONTIBELLER NETO; NORONHA, 2001; LIMA, 2003; MELLER, 2015).

Para melhor compreensão da forma de cálculo de agregação positiva, será usado como exemplo o processo a seguir:

PX = (Taxa de Compensação Tramitação * Pontuação Status Quo Tramitação) + (Taxa de Compensação Frequência * Pontuação Status Quo Frequência) + (Taxa de Compensação Atualização * Pontuação Status Quo Atualização)

$$PX = (30\% * (-77)) + (40\% * 300) + (31\% * 700)$$

$$PX = 23 + 120 + 217$$

$$PX = 360$$

Assim, para ilustrar a equação acima, a tabela abaixo demonstra que o *status quo* do edital publicado no ano de 2021 ficou com - 3 pontos.

Tabela 1 – *Status quo* do Edital de 2021

(continua)

Pontos de Vistas fundamentais	Taxas	SQ 2021	Ref. Superior	Ref. Inferior
Gestão	16,7%	-24	100	0
Sistema	16,7%	33	100	0

Tabela 2 – *Status quo* do Edital de 2021

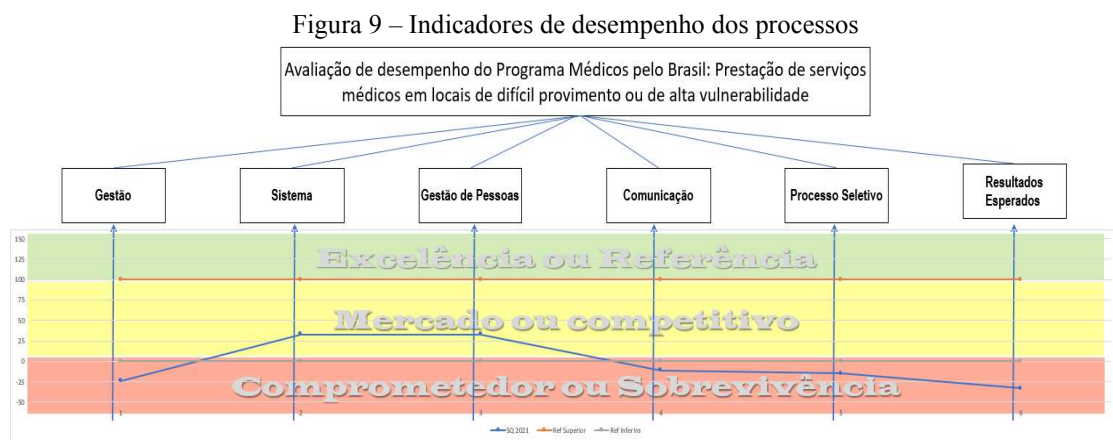
(conclusão)

Pontos de Vistas fundamentais	Taxas	SQ 2021	Ref. Superior	Ref. Inferior
Gestão de Pessoas	16,7%	33	100	0
Comunicação	16,7%	-11	100	0
Processo Seletivo	16,7%	-15	100	0
Resultados Esperados	16,7%	-33	100	0
Pontuação Global		-3	100	0

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

O resultado da avaliação global é gerado a partir de um modelo aditivo de agregação simples, logo, esse resultado é obtido por meio do somatório dos desempenhos dos processos em cada critério (pontuação *status quo*) que são multiplicados pelas taxas de compensação (pesos), encontradas na ponderação, conforme pode ser visualizado no Apêndice C.

Os resultados da avaliação global dos processos analisados nesta pesquisa poderão ser encontrados no Apêndice D.



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Destaca-se, por fim, que a identificação de indicadores que apresentam um desempenho comprometedor, conforme representado na figura 9, possibilitam a proposição de ações de melhoria para os processos analisados na pesquisa, permitindo que o desempenho da instituição seja aperfeiçoado continuamente.

4.3 ANÁLISES DOS RESULTADOS

Nesta seção, serão discutidos os resultados obtidos com a pesquisa, apresentados na seção anterior.

Ao analisarmos o cenário comparativo entre os editais 2021/Adaps e 2022/Adaps, foi possível verificar um incremento de 41,7% na atração de candidatos interessados em atuarem como médicos de família e comunidade (bolsista) e tutores médicos, por meio do Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

Dos candidatos inscritos nos processos seletivos vinculados aos editais publicados no ano de 2022, um total de 23.180 candidatos, para ocupação de vagas do cargo de tutor médico e médico de família e comunidade (bolsista), foram aprovados 18.063, que passaram a constituir o banco de aprovados da Agência para ocupação de vagas liberadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2022 (novas vagas e substituição de médicos desistentes e demitidos) e, considerando a previsão para o ano de 2023, outras 2.500 vagas oriundas de novos editais de adesão para municípios interessados em participar do Programa.

Assim, observa-se que a elaboração e publicação dos editais 2022/Adaps fortaleceu e trouxe condições inovadoras para a estratégia de recrutamento e seleção de médicos interessados na atuação no Programa Médicos pelo Brasil – PMpB, considerando os seguintes aspectos:

a) Edital 2021/Adaps

- **Aplicação de prova** - Baixa adesão de profissionais residentes em municípios localizados no interior do país, especialmente em decorrência da necessidade de deslocamento para realização de provas nas capitais dos estados, ainda que 72% das vagas ofertadas estivessem localizadas no interior do país.
- **Ausências** - Elevado número de faltas e absenteísmos de candidatos.
- **Resultado** - Tempo médio de 90 dias entre a publicação do edital e a convocação dos candidatos aprovados.

No que diz respeito aos editais 2022/Adaps, cuja a estratégia de atração e engajamento de candidatos buscou favorecer a redução de tempo entre as etapas do processo seletivo, os dados apresentados na pesquisa demonstram os seguintes resultados:

b) Editais 2022/Adaps

- **Aplicação de prova** - A aplicação da prova na modalidade *online* favoreceu a ampliação da participação de médicos residentes nas mais diversas localidades do país, especialmente em regiões em que há mais vagas do PMpB.

- **Ausências** - Redução de faltas e absenteísmos
- **Resultado** - Redução de 30 dias do tempo médio entre a data da publicação dos editais e da 1ª convocação.

O quadro 21 apresenta os dados comparativos entre os editais no que diz a resultados.

Quadro 21 – Comparativo de Resultados – Edital 2021 e Editais 2022

	Bolsista - Edital 2021/Adaps	Tutor - Edital 2021/Adaps	Bolsista - Edital 2022/Adaps	Tutor - Edital 2022/Adaps	Comparativo
Concorrência entre candidatos	Concorrência de bolsista de 3,5 candidatos por vaga	Concorrência foi de 3,1 candidatos por vaga	Concorrência de 9,4 candidatos por vaga	8 candidatos por vaga	Aumento de 168% no número de concorrentes por vagas
% de ausências/faltas	30% de faltas	41,7% de faltas	10,4% de faltas	21% de faltas	Redução de 67,3% das faltas
Divulgação de resultado	90 dias	90 dias	60 dias	60 dias	Redução de 90 dias para 60 dias entre a publicação do Edital e a 1ª convocação

Fonte: Adaptado de Adaps (2022)

Contudo, apesar da elevada taxa de adesão dos candidatos vinculados aos editais 2022/Adaps, ainda se observa a necessidade de avaliação da efetividade da ocupação de vagas em municípios prioritários para o programa, isto é, aqueles que apresentam extrema vulnerabilidade social, se considerarmos a taxa de ocupação de vagas, médicos contratados até 23 de janeiro de 2023, nos municípios localizados na região Norte (8,6%) e na região Centro-Oeste (6,7%).

Destaca-se que os trabalhadores anteriores a esta pesquisa, especialmente aqueles relacionados ao alcance do Programa Mais Médicos – PMM, também evidenciam a dificuldade de provimento médico em localidades com alta vulnerabilidade social, comprometendo o acesso aos serviços públicos de saúde e ampliando a situação de desassistência de uma grande parcela da população brasileira.

Adicionalmente, observa-se, em um quadro comparativo entre os dois programas de provimento, que há previsão de 21.527 vagas para o Programa Médicos pelo Brasil, um aumento de 20% das vagas inicialmente ofertadas pelo PMM, 17.977, bem como o

redirecionamento de vagas para as regiões Norte e Nordeste do país, em razão da priorização pelo PMpB no provimento de municípios rurais e distantes de grandes centros urbanos.

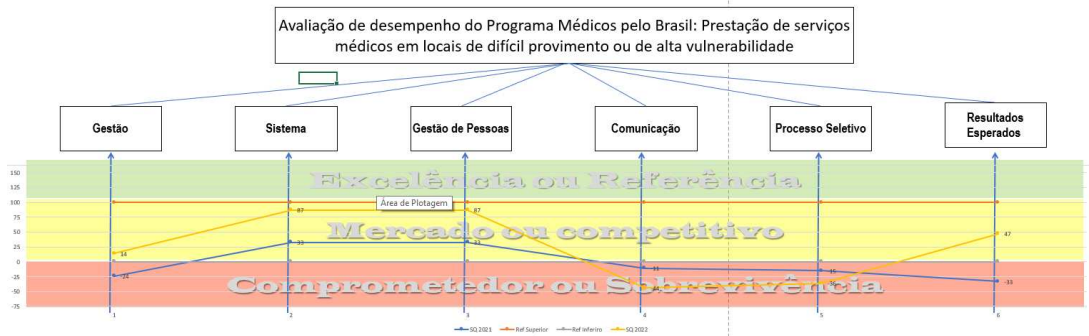
A tabela 2, abaixo, que apresenta os Pontos de Vistas Fundamentais e suas respectivas taxas, reforça a necessidade de incremento nas ações por parte da Adaps para o preenchimento das vagas disponíveis em locais prioritários para o PMpB, especialmente em regiões SUS dependente e com índices altos de vulnerabilidade social.

Tabela 3 – Pontos de Vistas Fundamentais

Pontos de Vistas fundamentais	Taxas	Edital 2021	Ref. Superior	Ref. Inferior	Edital 2022
Gestão	16,7%	-24	100	0	14
Sistema	16,7%	33	100	0	87
Gestão de Pessoas	16,7%	33	100	0	87
Comunicação	16,7%	-11	100	0	-44
Processo Seletivo	16,7%	-15	100	0	-36
Resultados Esperados	16,7%	-33	100	0	47
Pontuação Global		-3	100	0	26

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Figura 10 – Avaliação de desempenho do Programa Médicos pelo Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Observa-se que, ainda que o programa apresente dificuldades e desafios para a ocupação de vagas em áreas prioritárias, os resultados alcançados pelos processos seletivos realizados pela Adaps se mostram promissores e significativos, uma vez que houve uma crescente procura de médicos nas seleções realizadas. Contudo, a gestão do PMpB precisará buscar estratégias para aprimorar os processos de recrutamento, seleção, acolhimento, retenção de profissionais e articulação com os gestores municipais, considerando a histórica dificuldade de provimento médico em determinadas localidades do país, de modo a garantir o acesso à saúde aos cidadãos mais carentes.

Por fim, ressalta-se que o modelo proposto pode ser utilizado como instrumento de apoio para tomada de decisão dos gestores responsáveis pelo PMpB, pois a metodologia MCDA permite, entre outros aspectos, a criação de indicadores que facilitam a avaliação global do desempenho do programa e seu aperfeiçoamento contínuo.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Na seção a seguir, serão apresentadas as considerações finais dos resultados obtidos pela pesquisa realizada. Serão resgatados o problema de pesquisa, o alcance dos objetivos propostos e as limitações e recomendações para trabalhos futuros.

O desenvolvimento do presente modelo de avaliação de desempenho, com base na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA), partiu do pressuposto da necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps, especificamente os relacionados ao Recrutamento e Seleção de profissionais para atuação no Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

A inovação buscada no desenvolvimento do modelo evidencia o esforço para a melhoria contínua dos processos de trabalho da Unidade de Recrutamento e Seleção, de seus resultados e a ausência de instrumentos de controle de gestão que sejam capazes de analisar, quantitativa e qualitativamente, os requisitos que auxiliam a tomada de decisão dos gestores responsáveis pelo processo.

5.1 QUANTO AO PROBLEMA DE PESQUISA

O aprimoramento da gestão do processo de recrutamento e seleção realizado pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps configura-se em uma das mais importantes etapas para a superação do vazio assistencial nos municípios que aderiram ao Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

A identificação e a proposição de mecanismos de planejamento, gestão do desempenho e definição de controles é essencial, considerando o cenário de vulnerabilidade da população assistida pelo programa e a necessidade de reprogramação de ações focadas no aumento do engajamento e na retenção de profissionais nas mais diversas localidades.

Neste contexto, o presente estudo se mostrou pertinente para responder à pergunta de pesquisa: **“Quais são os critérios para provimento de médico federal para atender a estratégia de recrutamento e seleção dos profissionais?”**, uma vez que a definição da Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão – MCDA permitiu o desenvolvimento de um olhar sistêmico sobre o desempenho do processo e a identificação de pontos de aprimoramento nas ações executadas pela Unidade de Recrutamento e Seleção.

Assim, ao focar na imersão do processo de trabalho a ser avaliado, o modelo demonstrou lacunas que poderão ser objeto de análise do decisor, as quais servirão para o redesenho de etapas do processo objeto da pesquisa.

5.2 QUANTO AOS OBJETIVOS DE PESQUISA

Partindo do pressuposto de analisar uma das etapas do processo de recrutamento e seleção para médicos federais, considerando as atribuições da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps, este estudo buscou evidenciar o *status quo* dos critérios para seleção de médicos para atuação no Programa Médicos pelo Brasil – PMpB, por meio da análise das estratégias adotadas nos editais de seleção publicados nos anos de 2021 e 2022.

Para o alcance do primeiro objetivo específico, foi necessário realizar o levantamento bibliográfico referente aos seguintes temas: a política de atenção primária no Brasil; programas governamentais de provimento médico; e a instituição da Adaps.

Considerando a necessidade de aprimoramento dos instrumentos formais de monitoramento e avaliação do desempenho do processo de recrutamento e seleção, reforçada pela recente criação da Adaps, que iniciou as atividades em outubro de 2021, bem como a publicação do primeiro edital de seleção em dezembro do mesmo ano, a presente pesquisa focou-se na construção de um modelo que permitisse avaliar o desempenho do referido processo, evidenciando as possibilidades de melhorias e redesenhos.

Neste sentido, por meio da utilização da Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão – MCDA para a construção do modelo de desempenho, buscou-se avaliar as condições que impactam direta ou indiretamente no processo de recrutamento e seleção.

Na fase de estruturação do modelo, conforme preconiza a metodologia, foi definido o rótulo, os atores do processo e os Elementos Primários de Avaliação – EPAs, que subdivididos deram origem às áreas de preocupação do processo.

A partir da definição das áreas de preocupação, foram identificados os Pontos de Vista Fundamentais do modelo e, posteriormente, os Pontos de Vista Elementares que resultaram do desdobramento dos PVFs. Assim, com o detalhamento dos descritores de modo que se tornassem mensuráveis, foi possível o alcance do segundo objetivo específico.

Para o atendimento do terceiro objetivo específico, e para a etapa de avaliação, foram definidas escalas de referência, que somadas, considerando a necessidade de priorização de provimento médico em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil provimento, geram o global do modelo de avaliação.

No que diz respeito ao quarto objetivo, proposição de melhorias para um próximo processo seletivo, a utilização do modelo permitirá ao gestor a identificação de critérios considerados mais críticos, especialmente aqueles relacionados às estratégias de provimento e engajamento de profissionais em áreas de grande vulnerabilidade, servindo de direcionador para escolhas mais assertivas no processo de elaboração e gestão de editais para seleção de médicos para o Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

Assim, considera-se que a pesquisa alcançou seu objetivo ao desenvolver um modelo de avaliação que permita a identificação de oportunidades de aperfeiçoamento para a seleção de médicos para atuação em municípios de alta vulnerabilidade por meio do Programa Médicos pelo Brasil – PMpB.

5.3 LIMITAÇÕES

Partido do pressuposto da entrega do estudo para aplicação, por tratar-se de um mestrado profissional, as limitações identificadas se relacionam com a utilização do modelo proposto pelos decisores, especialmente com possibilidade de modificações na gestão do Programa Médicos pelo Brasil - PMpB, tendo em vista a nova condução política no país após as eleições ocorridas em outubro de 2022.

Contudo, ressalta-se que o modelo desenvolvido pode apoiar a avaliação de outras iniciativas de provimento médico, pois o MCDA privilegia o julgamento dos decisores, possibilita encaminhamentos diversos e reforça a construção conjunta de metas e indicadores.

5.4 RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISA

Considerando a relevância do modelo proposto e a potencialidade do Programa Médicos pelo Brasil – PMpB, sugere-se a realização de estudos voltados para análise de desempenho de outro processo de trabalho da Adaps, especialmente aqueles focados na gestão, no dimensionamento e na retenção da formação de trabalho em municípios de difícil provimento e alta vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ADAPS). **Processo seletivo para o provimento de vagas e cadastro de reserva – Edital n.º 1/2022/ADAPS**. São Paulo: IBFC, 2022a.

AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ADAPS). **Processo seletivo para o provimento de vagas e cadastro de reserva – Edital n.º 2/2022/ADAPS**. São Paulo: IBFC, 2022b.

AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ADAPS). **Relatório de Gestão 2021**. Brasília, DF: Adaps, 2021b.

ALVES, Mônica Oliveira; MENDONÇA, Daniella Souza de. O sistema único de saúde e sua importância para o enfrentamento do câncer de mama no Brasil. **Rev. Geogr. Acadêmica**, Roraima, v. 15, n. 1, p. 113-129, 2021. Disponível em: <http://revista.ufr.br/rga/article/view/7072/3377>. Acesso em: 01 jul. 2022.

AMBRÓSIO, Erika Gonçalves. **Psicologia, trabalho e atenção básica do SUS: Compartilhando experiências em equipes NASF no Rio de Janeiro**. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

ANDERSON, Maria Inez Padula. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-16, out. 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2180>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ANDRADE, Laíse Rezende de *et al.* Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no Estado da Bahia. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 505-519, jun. 2019.

ANJOS, Jussara Isabel dos; LIMA, Marluce Pereira Damasceno. **O processo de trabalho na atenção básica na cidade de Monsenhor Hipólito/PI**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Primária/Saúde da Família) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

ARAÚJO, Edson C.; LOBO, Maria Estella; MÉDICI, André. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. **J. Bras. Econ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 86-95, 2022.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. 1999. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

AZEVEDO, Ana Luísa dos Santos. **Desempenho das equipes de saúde com e sem adesão ao Programa Mais Médicos com base na avaliação de desempenho do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica na região norte do Brasil**. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2021.

- AZEVEDO, Rogério Cabral *et al.* Avaliação de desempenho do processo de orçamento: estudo de caso em uma obra de construção civil. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 85-104, jan./mar. 2011.
- BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario . O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 158-171, 2018.
- BARBOSA, Allan Claudius Queiroz *et al.* Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 42, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.185>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- BASTIANINI, Mariana Esperendi. **Análise espacial da prevalência de alto risco de cárie e de cárie dentária não tratada e a influência do acesso aos serviços de saúde e das condições socioeconômicas**. 2021. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2021.
- BERNARDI, Mônica Moreira Esteves. **Fatores que influenciaram as políticas de flexibilização de Recursos Humanos na Administração Pública do Governo de Minas Gerais no período de 2003-2020**. 2021. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.
- BORTOLUZZI, Sandro César; ENSSLIN, Sandra Rolim; ENSSLIN, Leonardo. Construção de um modelo de avaliação de desempenho para a gestão financeira de uma empresa de informática. **CAP-Accounting and Management**, Toledo, v. 4, n. 4, p. 12-22, 2010.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- BRASIL. **Decreto n.º 7.508/2011, 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.
- BRASIL. **Decreto nº 7.133, de 19 de março de 2010**. Regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho de que tratam as Leis nos 9.657, de 3 de junho de 1998, [...] e 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. **Lei nº 13.958, 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Brasília, DF: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2/2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.353, de 2 de dezembro de 2021. Altera o Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras para execução do Programa Médicos pelo Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ed. 227-A, p. 98, 03 dez. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 4, de 15 de outubro de 2021. Aprova o Regimento Interno da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 5, de 15 de outubro de 2021.** Dispõe sobre o Contrato de Gestão para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 6, de 20 dezembro de 2021.** Dispõe sobre a Estrutura de Plano de Cargos, Salários e Benefícios para os profissionais médicos de família e comunidade e tutores médicos da atenção primária participantes do Programa Médicos pelo Brasil e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Programa Mais Médicos** – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde, 2015.

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**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.

CARDOSO, Clarice Silva *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CARDOSO, Thuine Lopes *et al.* Um Modelo Multicritério Construtivista para apoiar a Gestão da Atividade de Pesquisa da Universidade de Mindelo. **Revista de Gestão e Secretariado**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 76-96, 2017.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube Guizardi. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2018, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018.

CARVALHO, Mônica Sampaio; SOUSA, Maria Fátima. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-26, out./dez. 2013.

CATELLI, Armando; SANTOS, Edilene Santana. Mensurando a criação de valor na gestão pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 423-449, maio/jun. 2004.

COELHO, Gabriel Nilson; ENSSLIN, Sandra Rolin; PETRI, Sérgio Murilo. Construção de uma ferramenta de apoio na gestão da transparência e acessibilidade da informação usando a abordagem MCDA-C. **Revista UNEMAT de Contabilidade**, Mato Grosso, v. 10, n. 19, p. 109-129, 2021.

COSTA, Marco Aurélio; MARGUTI, Bárbara Oliveira (ed.). **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília, DF: Ipea, 2015.

COSTA, Wander Guimarães da. **Gestão Estratégica: uma proposta para a Casa de Oswaldo Cruz a partir do Balanced Scorecard - BSC**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRISP, Nigel; CHEN, Lincoln. Global supply of health professionals. **N Engl J Med.**, Boston, v. 370, n. 10, p. 950-7, 2014.

CUNHA Adriano Sérgio da; CAVALCANTI, Fernando Rossoni. Recrutamento e seleção de pessoal: análise comparativa entre a iniciativa privada e a pública. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n. 131, p. 76-80, abr. 2012.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito administrativo**. Salvador: JusPODIVM, 2018.

DAFT, Richard. **Administração**. Tradução de Robert Brian Taylow. São Paulo: Thomson Learning, 2005.

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013.

DOLZANE, Rozenila da Silva. **Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso, no Estado do Amazonas**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2019.

DUARTE, Anna Gabryela Sousa *et al.* Fatores associados ao desempenho de serviços da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, Fortaleza, v. 32, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8843>

ENSSLIN, Leonardo *et al.* Avaliação do desempenho de empresas terceirizadas com o uso da metodologia multicritério de apoio à decisão-constructivista. **Pesquisa Operacional**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 125-152, 2010.

ENSSLIN, Leonardo *et al.* Avaliação Multicritério de Desempenho. O caso de um Tribunal de Justiça. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 22, n. 71, p. 57-82, 2017

ENSSLIN, Leonardo; DUTRA, Ademar; ENSSLIN, Sandra Rolim. MCDA: a constructivist approach to the management of human resources at a governmental agency. **International Transactions in Operational Research**, New Jersey, v. 7, n. 1, p. 79-100, 2000.

ENSSLIN, Leonardo; MONTIBELLER NETO, Gilberto; NORONHA, Sandro MacDonald. **Apoio à decisão**: metodologias para estruturação de problemas e avaliação multicritério de alternativas. Florianópolis: Editora Insular, 2001.

ENSSLIN, Sandra Rolim *et al.* Uma metodologia multicritério (MCDA-C) para apoiar o gerenciamento do capital intelectual organizacional. **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 9, n. 7, p. 136-163, 2008.

ESCOREL, Sarah *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Cien. Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

FRASER, Nancy. Contradictions of capital and care. **New Left Review**, United Kingdom, v. 100, p. 99-117, 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 11-15, 2018.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c5nm2>. Acesso em: 12 jul. 2022.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de Saúde. **Rev Eletr Com Inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1-14, 2013.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (GHWA). **Mid-level workers for delivery of essential health services** – a global and systematic review and country experiences. Geneva: World Health Organization, 2012.

HAMMOND, Allen *et al.* Environmental indicators: a systematic approach to measuring and reporting on environmental policy performance in the context of sustainable development. [S. l.: s. n.], 1995.

HELDER, Raimundo. **Como fazer análise documental**. Porto: Universidade de Algarve, 2006.

LAISNER, Regina Claudia; MARIO, Camila Gonçalves de. Os desafios da avaliação de políticas públicas como instrumento estratégico de gestão e de controle social. **Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, v. 18, n. 2, p. 619-630, 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LEITÃO, Maria Helena de Azevedo *et al.* Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-12, 2020.

LEVY, Paul E.; WILLIAMS, Jane R. The Social Context for Performance Appraisal: A Review and Framework for the Future. **Journal of Management**, California, v. 30, p. 881-905, 2004.

LIMA, Marcus Vinicius Andrade de. **Metodologia construtivista para avaliar empresas de pequeno porte no Brasil, sob a ótica do investidor**. 2003. 382 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

LOMBARDI, Giseli Passador; LAUREANO, Eliane Sugador; ESTENDER, Antonio Carlos. Diferenças entre os processos de contratação da organização pública e privada. **Cadernos de Direito**, Piracicaba, v. 18, n. 34, p. 51-71, jan./jun. 2018.

LONGARAY, André Andrade *et al.* Modelo multicritério de apoio à decisão construtivista para avaliação de desempenho do trade marketing: um caso ilustrado no setor farmacêutico. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 49-76, 2016.

LUCENA, Maria Diva da Salette. **Avaliação de desempenho**. São Paulo: Atlas, 1992

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, Alex dos Santos *et al.* Análise da implementação do programa mais médicos: um olhar dos órgãos de controle. **Cadernos de Gestão Pública**, São Paulo, v. 26, n. 83, p. 1-21, 2021.

MARTINS, Maique Berlote; CARBONAI, Davide. Atenção Primária à Saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). **REAd**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 725-748, 2021.

MATOS, Lemões *et al.* Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. **Revista Uruguaya de Enfermería**, Montevideo, v. 14, n. 1, p. 38-48, 2019.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_-_recortado.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.

MELLER, André Just. **Avaliação multicritério na análise da capacidade de pagamento de operações de crédito de uma agência de fomento**. 2015. 174 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MELO NETO, Alexandre José de; BARRETO, Danyella da Silva. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-9, ago. 2019. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/2162>. Acesso em: 25 out. 2022.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 137-144, 2019. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3315>. Acesso em: 13 set. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, Fabiano Greter. A importância da gestão estratégica no recrutamento e seleção de pessoal nas organizações. **Práticas de Administração Pública**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 57-70, 2017.

NEELY, Andy; GREGORY, Mike; PLATTS, Ken. Performance Measurement System Design: A Literature Review and Research Agenda. **International Journal of Operations & Production Management**, United Kingdom, v. 15, p. 80-116, 1995

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.889-2.898, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902889&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2022.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Evaluation of health programs, services and technologies. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, Florianópolis, ano 27, n. 61, p. 31-42, 2012.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al.* Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, Gustavo Rodrigues de. **Barreiras e aspectos facilitadores do acesso aos serviços de saúde na Rede Santa Marcelina, SP**: um estudo sobre o "Território Cidade Tiradentes". 2020. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, Universidade de Araraquara, Araraquara, 2020.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, 2016.

ONO, Tomoko; SCHOENSTEIN, Michael; BUCHAN, James. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. **OECD Health Working Papers**, Paris, n. 69, p. 1-65, 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA SAÚDE (OPAS). **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários em Saúde**. URSS: OPAS/OMS, 1978.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.

PEREIRA, Adriana Soares *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: UAB/NTE/UFSM, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1. Acesso em: 03 maio 2022.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006.

RAMOS, Olindina Ioná da Costa Lima. **Avaliação de impacto do Programa Mais Médicos do Brasil**: a chegada dos profissionais nos municípios e o seu reflexo na atenção básica à saúde. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021.

RIBAS, Antonio Neves. **Do provimento à fixação**: um olhar global para o Programa Mais Médicos para o Brasil. 2020. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2012.

ROY, Bernard; VANDERPOOTEN, Daniel. The European school of MCDA: emergence, basic features and current works. **Journal of Multi-Criteria Decisions Analysis**, United Kingdom v. 5, p. 22-38, 1996.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades e subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SCHEFFER, Mário. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 637-640, 2015.

SCHIKMANN, Roseane. Gestão estratégica de pessoas: bases para a concepção do curso de especialização em gestão de pessoas no serviço público. *In*: CAMÕES, Marizaura Reis de; PANTOJA, Maria Júlia; BERGUE, Sandro Trescastro (org.). **Gestão de pessoas**: bases teóricas e experiências no setor público. Brasília, DF: ENAP, 2010. p. 11-28.

SCHMIDT, Maria Inês *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SHRESTHA, Rehana *et al.* Environmental health related socio-spatial inequalities: Identifying “hotspots” of environmental burdens and social vulnerability. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Switzerland, v. 13, n. 7, p. 691, 2016.

SILVA, Amanda Marinho da. **Acesso de hipertensos à Atenção Primária à Saúde a partir do estudo de caso em município rural remoto do Estado do Amazonas**. 2021. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus, 2021.

SILVEIRA, Mariana da; PETRI, Sergio Murilo. Elaboração do Balanced Scorecard para alinhamento estratégico: estudo de caso no DAP - IFC Campus Araquari. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 20, p. 126-148, jan./dez. 2019.

SOUZA, Katyucia Oliveira Crispim *et al.* Quality of basic health care and social vulnerability: a spatial analysis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 55, p. , 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0407>. Acesso em: 08 ago. 2022.

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

TASCA, Renato *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 44, p. 1-8, 2020.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 jun. 2022.

VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Acesso em: 12 nov. 2022.

VIANA, Vera Gardênia Alves; RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 9, p. 216-227, 2021.

ZAMCOPE, Fábio Cristiano; ENSSLIN, Leandro; ENSSLIN, Sandra Rolim. Construction of a model for corporate sustainability assessment: a case study in the textile industry. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 303-321, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ELEMENTOS PRIMÁRIOS DE AVALIAÇÃO – EPA’S E CONCEITOS

Nº	Elementos Primários de Avaliação – EPA’S	Conceitos	Polo Oposto
1	Desconhecimento da agência	Garantir que a Adaps seja reconhecida como empresa responsável pela gestão do P MpB	Insucesso do Programa Médicos pelo Brasil
2	Desconhecimento do programa por parte dos médicos	Garantir que a comunicação sobre o PMpB alcance o público-alvo do programa	Persistência da invisibilidade da Adaps e desassistência assistencial
3	Baixa adesão dos gestores municipais	Aprimorar a divulgação dos editais de adesão ao PMpB	Desassistência assistencial
4	Lentidão do Ministério da Saúde na disponibilização de vagas oriundas do Programa Mais Médicos	Propor melhorias na estratégia de comunicação de vacância por parte do MS	Suspensão de liberação das vagas do Mais Médicos e baixo provimento por meio do PMpB
5	Inconsistência dos dados enviados pelo Ministério da Saúde	Aprimorar os instrumentos de armazenamento e compartilhamento de dados entre o MS e a Adaps	Convocação de profissionais para municípios que não possuem vagas
6	Baixa adesão ao processo seletivo	Reforçar as estratégias de comunicação sobre as vantagens do PMpB para o público-alvo do programa	Banco de talentos insuficiente para atender os municípios que aderiram ao PMpB
7	Distância entre os grandes centros urbanos	Divulgar os tipos de incentivo para atuação dos profissionais em localidades remotas	Não preenchimento das vagas em localidades remotas
8	Tipo de informação disponível para potenciais candidatos	Divulgar as possibilidades de contratação e as	Baixa adesão ao processo seletivo

		vantagens da carreira do PMpB	
9	Dimensão geográfica brasileira	Ampliar a oferta de vagas em todos os municípios brasileiros	Elevado percentual de médicos concentrados em poucas regiões do Brasil
10	Gestão do banco de talentos insuficiente	Aprimorar a gestão do quadro de vagas e convocação de aprovados	Ferramenta utilizada inadequada para a gestão do banco de aprovados
11	Decisões judiciais	Monitorar o atendimento às demandas de decisões judiciais e de órgãos de controle	Descumprimento de decisões e pagamento de multas
12	Número de Ouvidorias	Divulgar FAQ contendo esclarecimentos sobre os processos seletivos	Elevado número de ouvidorias e notificações
13	Seleção de profissionais qualificados para a prestação de serviços	Aprimorar as estratégias e mecanismos de recrutamento e seleção	Selecionar profissionais que não apresentam as competências necessárias
14	Engajamento ativo de candidatos	Identificar mecanismo de atração e engajamento de candidatos	Taxa de ocupação de vagas baixa
15	Número de candidatos inscritos X número de candidatos aprovados	Aprimorar o conteúdo cobrado nas provas	Baixo número de aprovados
16	Instrumentos de seleção alinhados às competências exigidas em cada categoria profissional	Aprimorar os instrumentos de recrutamento e seleção de profissionais	Seleção de profissionais que não atendem aos requisitos desejados
17	Engajamento das comunidades receptora	Identificar novos canais de comunicação sobre o PMpB e divulgar suas vantagens	Alta rotatividade de profissionais

18	Engajamento das autoridades da localidade receptora	Identificar novos canais de comunicação sobre o PMpB e divulgar suas vantagens	Não otimização de atendimentos à população
19	Acompanhamento e suporte apropriado ao profissional alocado	Definir parâmetros e regras para ações de rotina de gestão da força de trabalho	Atuação de maneira desorganizada e sem parâmetros
20	Monitoramento contínuo da demanda de médicos	Estabelecer sistemática para que os gestores informem vacância	Desassistência da população
21	Engajamento de instituições de ensino e campos de prática	Participar de fóruns e congressos de medicina para divulgar o PMpB	Desconhecimento do PMpB pela comunidade acadêmica
22	Ingerência política na alocação de candidatos	Compartilhar conhecimentos e orientações sobre as regras de seleção e alocação de profissionais	Exposição negativa e mandados judiciais com a Adaps
23	Adesão dos candidatos ao processo seletivo	Definir e aprimorar as estratégias de comunicação sobre o processo seletivo e o PMpB	Banco de aprovados insuficiente e vazio assistencial
24	Desburocratização da aplicação de provas	Intensificar ações para inovação nos processos seletivos	Baixo engajamento de candidatos
25	Número de processos seletivos realizados por ano	Aprimorar o planejamento para novas seleções no período de 1 ano	Aumento no número de vagas ociosas e comunidades desassistidas
26	Conflitos no relacionamento entre entes federais e municipais	Promover a uniformização de informação sobre a execução do PMpB e o papel dos entes na gestão do programa	Descumprimento de normas estabelecidas
27	Critérios do processo seletivo para alocação dos médicos	Aprimorar e publicizar critérios para alocação e contratação de profissionais	Alta taxa de desistência e baixo engajamento dos profissionais

28	Atração e retenção dos profissionais em locais de difícil provimento	Intensificar as ações de comunicação sobre incentivos que podem ser pagos pelos gestores municipais	Baixa adesão ao processo seletivo e menor tempo de permanência de candidatos que porventura vierem a ser contratados
29	Alocação e fixação de profissionais em comunidades indígenas	Intensificar as ações de comunicação sobre incentivos que podem ser pagos pelos gestores municipais	Baixa adesão ao processo seletivo e menor tempo de permanência de candidatos que porventura vierem a ser contratados
30	Alocação e fixação de profissionais em comunidades quilombolas	Intensificar as ações de comunicação sobre incentivos que podem ser pagos pelos gestores municipais	Baixa adesão ao processo seletivo e menor tempo de permanência de candidatos que porventura vierem a ser contratados
31	Número de especialistas em saúde da família	Estabelecer parceria com a Sociedade Médica Brasileira	Baixa adesão de médicos Tutores
32	Conhecimento sobre atenção primária	Intensificar as ações de comunicação sobre a APS e o papel do PMpB	Desconhecimento do PMpB e da Adaps
33	Prazo entre a convocação e a contratação	Otimizar e qualificar os procedimentos operacionais do processo de contratação	Demora no início de atividades dos médicos convocados
34	Número de municípios de difícil provimento	Revisar a metodologia de priorização de provimento médico	Elevado número de municípios que nunca receberam profissionais vinculados ao PMpB
35	Elevada vulnerabilidade social no Brasil	Revisar a metodologia de priorização de provimento médico	Elevado número de municípios que nunca receberam profissionais vinculados ao PMpB

36	Morosidade na identificação de médicos desistentes	Aprimorar os mecanismos de monitoramento e liberação de vagas	Municípios com vagas presas com médicos que não iniciaram as atividades
37	Candidatos sem CRM inscritos no processo seletivo	Reforçar nos editais a necessidade apresentação dos documentos obrigatórios para admissão	Elevado número de candidatos eliminados
38	Insuficiência de médicos com titulação em medicina de família e comunidade	Aprimorar, em parceria com a Sociedade Médica, ações de comunicação sobre prova para titulação em medicina de família e comunidade	Número de tutores suficientes para atuação no PMpB
39	Ausência de sistema informatizado para gestão do quadro de vagas	Aprimorar sistema já fornecido pela Sênior para gestão do quadro de vagas	Quadro de vagas gerido manualmente e com possibilidade significativa de erros
40	Sistema de admissão digital instável	Notificar a Sênior e solicitar o aprimoramento do sistema de admissão digital	Lentidão no processo de validação documental e admissão de candidatos
41	Ingerência política na definição de vagas	Intensificar as ações de comunicação sobre as regras do programa e suas áreas de atuação	Ocupação de vagas de forma indevida e exposição negativa da Adaps
42	Comunicação insuficiente entre Ministério da Saúde e a Adaps	Estabelecer agenda periódicas de reunião com o MS para eliminar possíveis ruídos de comunicação	Ruídos de comunicação e problemas de gestão
43	Possibilidade de redução do orçamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde	Implementar estratégia de monitoramento e controle de alcance de metas pactuadas no contrato de gestão	Redução do número de vagas para ocupação de médicos e/ou encerramento do PMpB
44	Corpo técnico da Adaps em processo de aprendizagem	Intensificar a promoção de ações de desenvolvimento técnica	Entregas abaixo do padrão e qualidade esperada

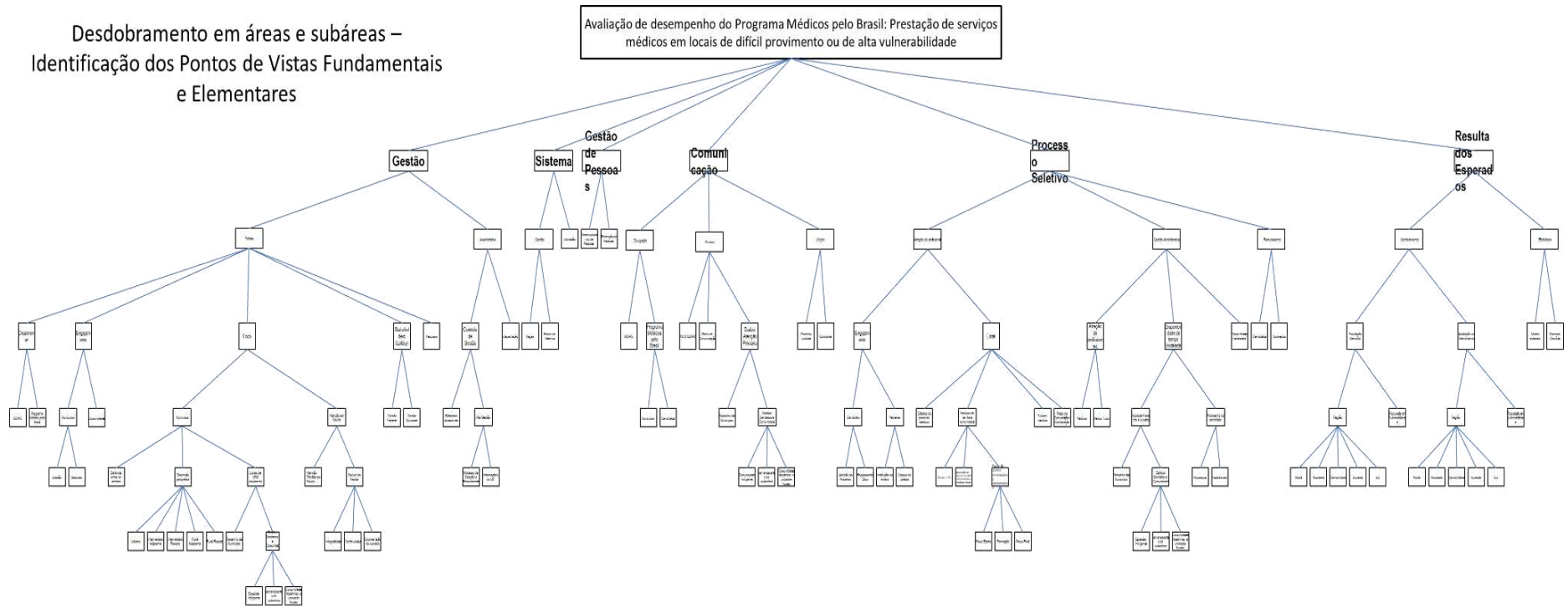
45	Perda/redução do corpo técnico	Identificar oportunidades de incremento da equipe	Entregas abaixo do padrão esperado
46	Plano de comunicação frágil	Reformular o plano de comunicação da Agência referente aos processos seletivos	Desconhecimento da agência e baixa adesão de candidatos
47	Equipe reduzida para gestão do processo de recrutamento e seleção	Realizar processo seletivo para recomposição da equipe	Entregas comprometidas e com perda de qualidade
48	Alta rotatividade dos gestores municipais	Realizar capacitações para compartilhar conhecimentos e orientações	Retrocessos na adesão e desligamento de médicos do PMpB
49	Adesão dos municípios ao Programa Médicos pelo Brasil	Criar estratégias de comunicação sobre o PMpB e suas vantagens para os municípios	Déficit de assistência
50	Baixa priorização do processo pela alta gestão	Realizar reuniões regulares para ponto de controle do processo de trabalho	Trabalhadores desmotivados e sem direção
51	Ausência de relatório situacionais	Definir e monitorar indicadores para prazos e resultados	Realização de ações sem o devido monitoramento
52	Morosidade na reposição dos médicos desistentes/demitidos	Aprimorar a estratégia de monitoramento e controle de demissões e desistências	Vagas presas e municípios com déficit assistencial
53	Ausência de ferramentas claras de controle de gestão	Estabelecer critérios de aferição de resultados e monitoramento contínuo	Ações realizadas sem direcionamento
54	Capacitação de gestores	Intensificar ações de capacitação e disseminação de conhecimento sobre o PMpB	Desconhecimento das regras do programa
55	Accountability	Estabelecer critérios de aferição de resultados	Ações realizadas sem direcionamento

56	Plano de cargos e salários	Estabelecer plano de cargos e salários para os médicos vinculados ao PMpB	Baixa atração de médicos
57	Carreira federal de medicina de família e comunidade	Criar estratégias de comunicação sobre o PMpB e a carreira de médico federal	Baixa atração de médicos
58	Formação em medicina da família	Promover ações junto universidade de medicina para apresentar o PMpB	Insuficiência de profissionais interessados em atuar na área de medicina de família e comunidade
59	Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	Aprimorar a parceria com o Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais de saúde	Baixa qualidade assistencial
60	Número de candidatos aprovados	Estabelecer ações para aumentar a atração e o engajamento de candidatos	Número insuficiente de candidatos para ocupação das vagas
61	Avaliação de desempenho	Estabelecer critérios assertivos para avaliação de desempenho	Ter um instrumento desarticulado com a realidade
62	Desistência de candidatos durante o processo de contratação	Aprimorar a estratégia de monitoramento e controle da etapa de contratação	Baixa taxa de provimento nos municípios que aderiram ao PMpB
63	Surgimento de vagas além das disponibilizadas em edital	Fortalecer o fluxo de comunicação com o MS para disponibilização imediata de novas vagas	Lentidão na ocupação das novas causando desassistência da população
64	Necessidade de automatização da validação documental dos candidatos	Aprimorar a ferramenta de validação documental para minimizar a interação humana	Perda de agilidade no processo de validação e admissão digital

65	Convocação de candidatos acima do teto estabelecido pelo Ministérios da Saúde	Aprimorar a ferramenta de gestão do quadro de vagas	Candidatos convocados além do teto de vagas por erro humano
66	Reserva de vagas para remanejamentos a pedido	Aprimorar a sistemática de reserva de vagas para realização de remanejamentos a pedido	Desligamento de profissionais interessados em realocação
67	Reserva de vagas para remanejamentos no interesse da Adaps	Aprimorar a sistemática de reserva de vagas no interesse da Adaps	Desligamento de profissionais interessados em realocação
68	Contratação de banca para execução do processo seletivo	Revisar e aprimorar o fluxo de contratação de bancas	Contratação de empresa sem a qualificação necessária para realização de processo seletivo de grande porte
69	Elaboração de editais – médico bolsista e médico tutor	Aprimorar as fases e os critérios estabelecidos nos editais de contratação do PMpB	Dúvidas e baixa adesão nos processos seletivos
70	Publicação dos editais	Identificar novos canais e formas de comunicação	Baixa adesão aos processos seletivos
71	Divulgação dos editais	Identificar novos canais e formas de comunicação	Baixa adesão aos processos seletivos
72	Microgerenciamento da alta gestão	Identificar estratégias positivas de liderança	Atividades realizadas de forma desalinhada, sem comprometimento e insatisfação
73	Necessidade de dimensionamento da força de trabalho	Identificar oportunidades de incremento da equipe de recrutamento e seleção	Trabalhar de maneira desestruturada, desorganizada e sem parâmetros
74	Prova <i>online</i>	Aprimorar as estratégias de segurança para aplicação de prova <i>online</i>	Fraudes no processo seletivo

APÊNDICE B – DESDOBRAMENTO EM ÁREAS E SUBÁREAS - PONTOS DE VISTAS FUNDAMENTAIS E PONTOS DE VISTAS ELEMENTARES

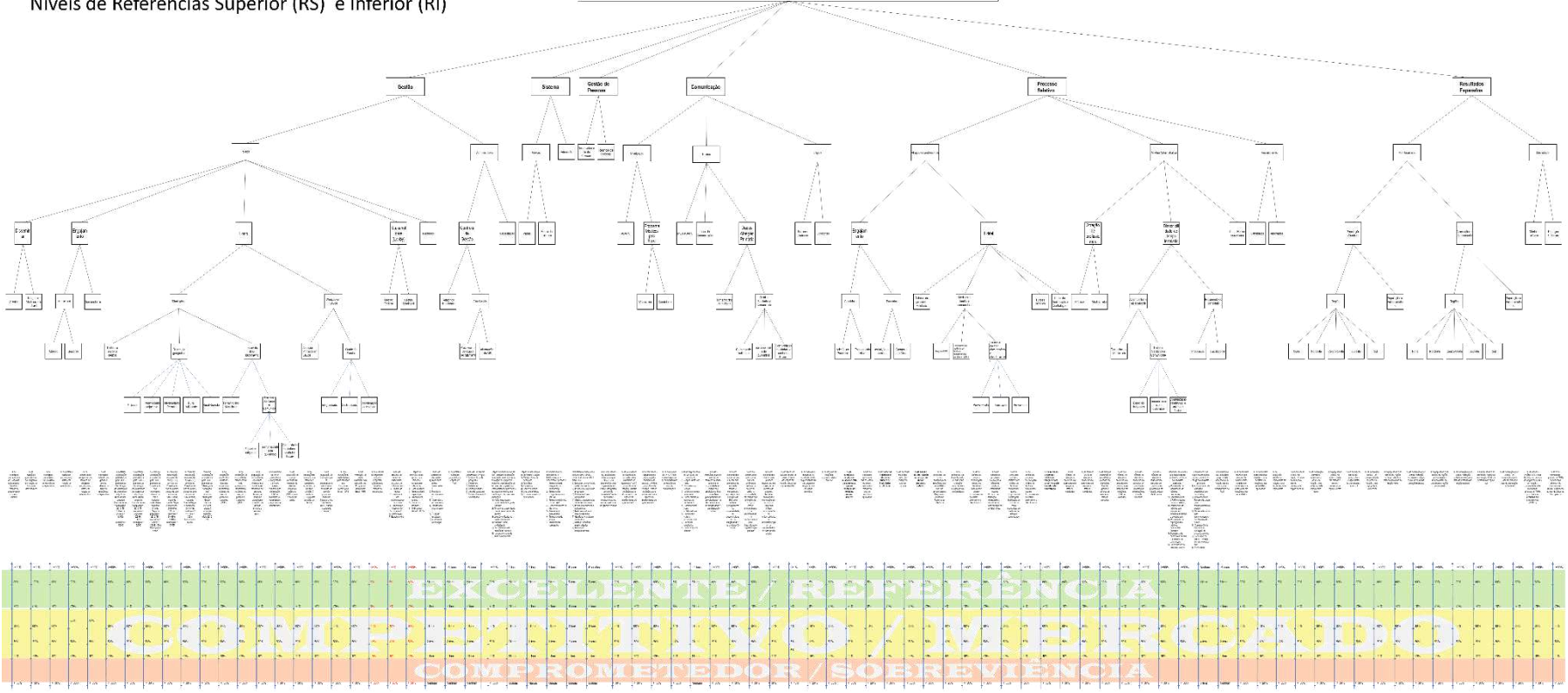
Desdobramento em áreas e subáreas –
Identificação dos Pontos de Vistas Fundamentais
e Elementares



APÊNDICE C – CONSTRUÇÃO DOS DESCRITORES COM IDENTIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE REFERÊNCIAS SUPERIOR (RS) E INFERIOR (RI)

Construção dos Descritores e Identificação dos Níveis de Referências Superior (RS) e Inferior (RI)

Avaliação de desempenho do Programa Médicos pelo Brasil: Prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade



APÊNDICE D – MODELO GLOBAL

Pontos de Vistas Fundamentais e Elementares							Taxas	Ref Sup	Ref Infer	SQ 2021	Pontuaç ão Bom	Pontuaç ão Neutro	FV 2021	SQ 2022	FV 2022			
PV Fs	PV Es 1°	PV Es 1°	PV Es 2°	PV Es 3°	PV Es 4°	PVEs 5°												
Gestão							16,7%											
Política							50,0%											
Dissimular							20,0%											
						Adaps	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47			
						Progrma Médicos pelo Brasil	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47			
Engajamento							20,0%											
Municípios							50,0%											
						Adesão	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47			
						Gestores	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47			
						Comunidades	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47			
Foco							20,0%											
Municípios							50,0%											
						Distâncias entre os centros	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47			
Dimensão Geográfica							33,0%											
						Urbano	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47			

Intermediário Adjacente	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Intermediário Remoto	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Rural Adjacente	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Rural Remoto	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Locais de difícil provimento	34,0%								
Tamanho dos Municípios	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Distritos Sanitários e Comunidade	50,0%								
Especiais Indígenas	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
remanescentes de quilombos	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Comunidades ribeirinhas e unidades fluviais	34,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Atenção em Saúde	50,0%								
Atenção Primária em Saúde	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Saúde da Família	50,0%								
Integralidade	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Continuidade	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Coordenação do cuidado	34,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Stakeholders (Lobby)	20,0%								
Gestão Federal	50,0%	0,08	0,15	15%	100	0	0	27,00 %	-171
Gestão Municipal	50,0%	0,08	0,15	30%	100	0	-214	54,00 %	-557

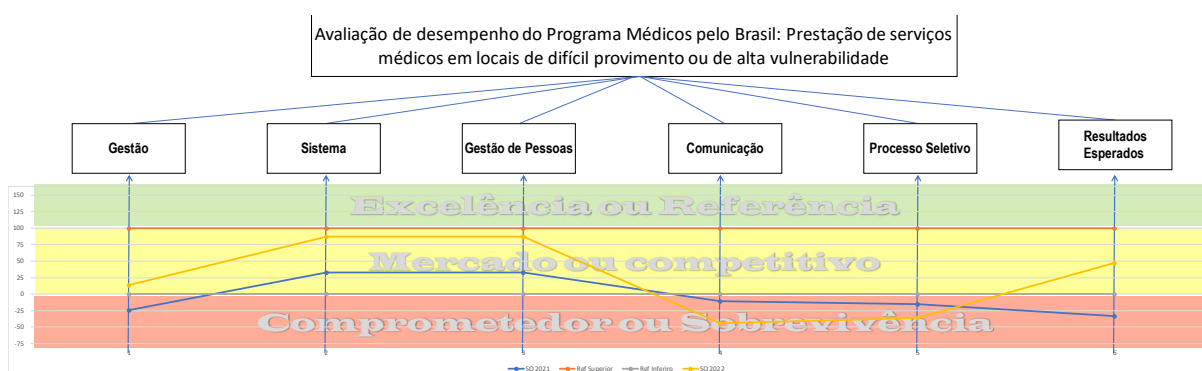
Municípios	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Candidatos	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Ruídos	33,0%								
MS X Adaps	33,0%	0,08	0,15	15%	100	0	0	27,00 %	-171
Plano de Comunicação	33,0%	4	1	2	100	0	33	360,00 %	87
Dados Atenção Primária	34,0%								
Tamanho dos Municípios	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Distritos Sanitários e Comunidade	50,0%								
Comunidades Indígenas	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
remanescentes de quilombos	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Comunidades ribeirinhas e unidades fluviais	34,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Litígios	33,0%								
Processo Judiciais	50,0%	0,03	0,06	6%	100	0	0	11,00 %	-167
Ouvidorias	50,0%	0,08	0,15	15%	100	0	0	27,00 %	-171
Processo Seletivo	16,7%								
Atração de profissionais	34,0%								
Engajamento	50,0%								
Candidato	50,0%								
Adesão ao Processo	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47

Engajamento Ativo	50,0%	0,08	0,15	15%	100	0	0	27,00 %	-171
Parcerias	50,0%								
Instituição de ensino	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Campo de prática	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Edital	50,0%								
Critérios do processo seletivos	25,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Médicos de família e comunidade	25,0%								
Registro CRM	33,0%	0,08	0,15	15%	100	0	0	27,00 %	-171
Especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica	34,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Fases de caráter eliminatório e classificatório	33,0%								
Prova Escrita	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Formação	34,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Prova Final	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Tutores médicos	25,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Prazo de Convocação e Contratação	25,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Gestão Administrativa	33,0%								
Atração de profissionais	33,0%								
Médicos	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Médico Tutor	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47

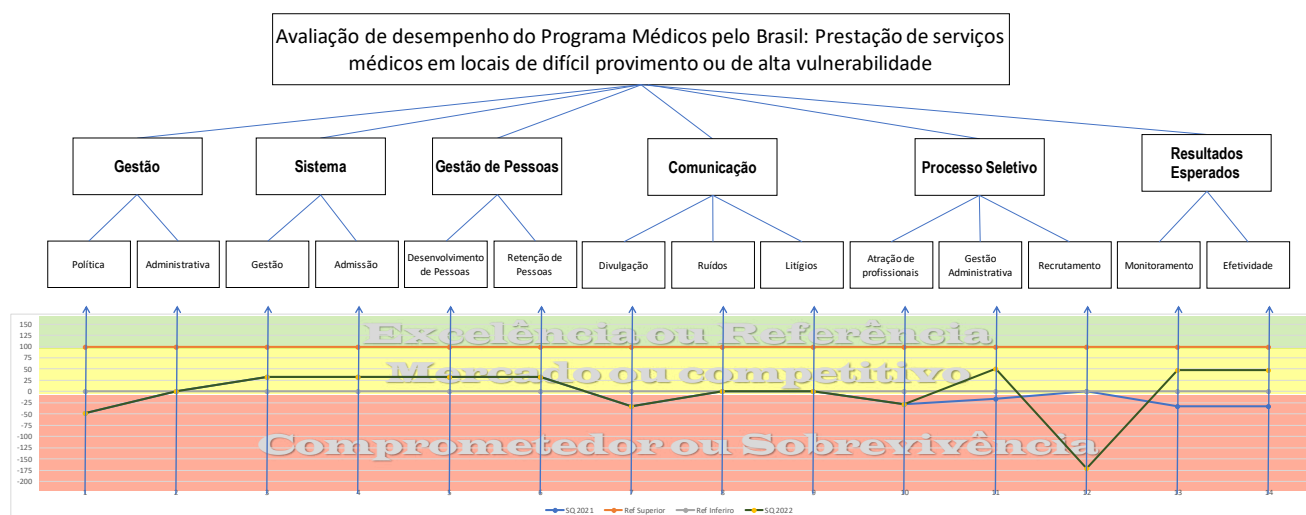
Disponibilidade de tempo instalada	34,0%								
Acompanhamento e suporte	50,0%								
Tamanho dos Municípios	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Distritos Sanitários e Comunidade	50,0%								
Especiais Indígenas	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
remanescentes de quilombos	34,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Comunidades ribeirinhas e unidades fluviais	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Proveniente do candidato	50,0%								
Processual	50,0%	2	5	2	100	0	100	360,00 %	47
Facilitadores	50,0%	4	1	2	100	0	33	360,00 %	87
Carga Horária necessária	33,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Recrutamento	33,0%								
Candidatos	50,0%	0,08	0,15	15%	100	0	0	27,00 %	-171
Aprovados	50,0%	0,08	0,15	15%	100	0	0	27,00 %	-171
Resultados Esperados	16,7%								
Monitoramento	50,0%								
População Atendida	50,0%								
Região	50,0%								
Norte	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47

Nordeste	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Centro-Oeste	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Sudeste	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Sul	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
População em Vulnerabilidade	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Ampliação do Atendimento	50,0%								
Região	50,0%								
Norte	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Nordeste	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Centro-Oeste	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Sudeste	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Sul	20,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
População em Vulnerabilidade	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Efetividade	50,0%								
Mortes evitáveis	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47
Doenças Crônicas	50,0%	0,7	0,4	30%	100	0	-33	54,00 %	47

Pontos de Vistas fundamentais	Taxas	SQ 2021	Ref. Superior	Ref. Inferior	SQ 2022
Gestão	16.7%	-24	100	0	14
Sistema	16.7%	33	100	0	87
Gestão de Pessoas	16.7%	33	100	0	87
Comunicação	16.7%	-11	100	0	-44
Processo Seletivo	16.7%	-15	100	0	-36
Resultados Esperados	16.7%	-33	100	0	47
Pontuação Global		-3	100	0	26



Pontos de Vistas Elementares de 1º Nível	Taxas	SQ 2021	Ref. Superior	Ref. Inferior	SQ 2022
Política	50%	-48	100	0	-48
Administrativa	50%	0	100	0	0
Gestão	50%	33	100	0	33
Admissão	50%	33	100	0	33
Desenvolvimento de Pessoas	50%	33	100	0	33
Retenção de Pessoas	50%	33	100	0	33
Divulgação	34%	-33	100	0	-33
Ruídos	33%	0	100	0	0
Litígios	33%	0	100	0	0
Atração de profissionais	34%	-28	100	0	-28
Gestão Administrativa	33%	-16	100	0	50
Recrutamento	33%	0	100	0	-171
Monitoramento	50%	-33	100	0	47
Efetividade	50%	-33	100	0	47



Pontos de Vistas Elementares de 1º Nível	Taxas	SQ 2021	Ref. Superior	Ref. Inferior	SQ 2022
Disseminar	0.2	-24	69	0	4
Engajamento	0.2	-24			
Foco	0.2	-24			
Stakeholders (Lobby	0.2	-24			
Recursos	0.2	-24			
Controle de Gestão	0.5				
Capacitação	0.5				
Vagas	0.5				
Banco de Talentos	0.5				
ADAPS	0.5				
Programa Médicos pelo Brasil	0.5				
MS X ADAPS	0.33				
Plano de Comunicação	0.33				
Dados Atenção Primária	0.34				
Processos Judiciais	0.5				
Ouvidorias	0.5				
Engajamento	0.5				
Edital	0.5				
Atração de profissionais	0.33				
Disponibilidade de tempo instalada	0.34				
Carga Horária necessária	0.33				
Candidatos	0.5				
Aprovados	0.5				
População Atendida	0.5				
Ampliação do Atendimento	0.5				
Mortes evitáveis	0.5				
Doenças Crônicas	0.5				