

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILM
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
ESTADO DO AMAZONAS: UMA ANÁLISE DOS EGRESSOS DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

FLÁVIA ROBERTA DIAS COELHO

**MANAUS
2016**

FLÁVIA ROBERTA DIAS COELHO

**PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
ESTADO DO AMAZONAS: UMA ANÁLISE DOS EGRESSOS DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia - PPGSSEA, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Sub-linha: História da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt

**MANAUS
2016**

Ficha Catalográfica

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

C672p Coelho, Flávia Roberta Dias
Procvimento e Fixação dos Profissionais de Saúde no Estado do Amazonas: : Uma Análise dos Egressos da Universidade do Estado do Amazonas / Flávia Roberta Dias Coelho. 2016
107 f.: il. color; 31 cm.

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

1. Formação em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Trabalho em Saúde. 4. Amazônia. I. Schweickardt, Júlio Cesar II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

FLÁVIA ROBERTA DIAS COELHO

**PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
ESTADO DO AMAZONAS: UMA ANÁLISE DOS EGRESSOS DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia - PPGSSEA, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt (Presidente)
Instituto Leônidas Maria Deane – ILMD/ FIOCRUZ

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla (Membro)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof. Dr. Antônio Levino
Instituto Leônidas Maria Deane – ILMD/ FIOCRUZ

Ao meu pai, Judival, falecido em 2008.

De origem humilde, filho de uma do lar e um pintor, porém com seu pouco estudo, batalhou para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Dr. Júlio Cesar Schweickardt**, por ter me auxiliado e incentivado na construção dessa dissertação, minha eterna gratidão e afeto.

Aos pesquisadores do ILMD/FIOCRUZ, **Dr. Rodrigo Tobias, Dr. Antônio Levino, Msc. Michelle Kadri e Dr. Alcindo Ferla** (UFRGS) e aos demais componentes do grupo de pesquisa LAHPSA – Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia às inúmeras contribuições neste trabalho.

Aos funcionários do ILMD/FIOCRUZ pela paciência, disponibilidade me auxiliar na logística e por me compreender nas minhas dificuldades: **Joana Freitas, Patricia Goes, Raquel, Antônio Alcirley, Fernanda Fonseca, Rose Alves, Renata Magalhães, Elen Ferreira, Ícaro, Danilo Areosa, Cláudio Peixoto**, entre outros.

À **Universidade do Estado do Amazonas** por ter me acolhido durante a minha formação e, posteriormente como profissional, meu eterno agradecimento.

À Reitoria da UEA, na pessoa do Exmo. **Dr. Cleinaldo Costa**, ao Pró-reitor, **Dr. Carlos Eduardo de Souza Gonçalves**, aos funcionários **Margareth dos Anjos da Silva e Amiraldo Tavares Batista Filho** e ao Diretor da Escola Superior de Ciências da Saúde, **Msc. Darlisom Ferreira**.

Às minhas amigas, professoras da UEA, **Alessandra da Silva, Eveline Caçote, Miriam Fanchin, Jucimeire Nascimento, Iracema Nogueira, Cássia da Silva, Maria de Nazaré Ribeiro e Sâmia Feitosa**.

À **Universidade Federal do Amazonas**, que contribuiu na minha formação acadêmica e ao coordenador do Programa PPGSSEA – **Dr. Tiótrefis Fernandes**.

Às minhas alunas **Ingrid Grana, Daniela Sandy, Nathália Duarte, Jéssica Bindá e Taline Sakamoto** por me auxiliarem na construção do banco de dados e pesquisa.

Aos **profissionais egressos da ESA-UEA**, pela imensa contribuição ao se disponibilizarem a participar das entrevistas dessa pesquisa.

Aos **Secretários de Saúde dos municípios do Baixo Amazonas** e demais profissionais destes municípios pela acolhida e disponibilidade para a execução da pesquisa de campo.

À minha família, na figura da minha mãe, **Maria Helena** e aos meus irmãos, **Julliane e Anderson** que me deram todo o apoio, carinho e afeto.

Às minhas avós **Aurora Dias, Helena Pereira e Josefa Canel**, a humildade e maturidade das senhoras me inspiraram e foram o meu espelho.

Ao meu marido, companheiro, **Lenilson Melo Coelho** que, com amor, compreensão, abnegação e dedicação me auxiliou e estimulou em todos os momentos.

Aos meus amores de quatro patas: **Apolo, Shakira e Marx** (in memoriam), que foram meus companheiros das madrugadas, disponibilizaram amor e carinho sem medidas.

Aos meus amigos, **Anete Rubim, Maria do Carmo Novo, Adriana Rosmaninho, Priscilla Mendes, Angélica Fontes, Danielle Guedes, Mara Lúcia Passarinho, Ozineide Oliveira, Artêmio Oliveira, Francilene Santiago, Júlio Santiago, Elisângela Maquiné, Valéria Cerqueira, Paulo Ribeiro, David Barreto, Normeiza Barreto, Gisele Reis**, minha sogra **Lenir Coelho**, as colegas de mestrado **Érica Lima e Fabiana Mânica** que me encorajaram em diversas ocasiões.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a construção desse trabalho e deram condições para que eu estivesse dedicando meu tempo à construção dele.

Enfim, a **Deus**, por ter guiado o meu caminho até aqui, obrigada por ter testado a minha fé.

RESUMO

O provimento e a fixação de profissionais de saúde estão relacionados tanto a políticas de gestão do trabalho como a políticas de formação. A dificuldade de ordenar a formação dos profissionais e garantir a equidade dos serviços de saúde, conforme o previsto na Constituição Brasileira, é um desafio constante. O presente estudo busca compreender as políticas de gestão do trabalho e de formação de profissionais de saúde mediante o levantamento do perfil dos egressos dos cursos de saúde da Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Para isso, buscou-se descrever o perfil dos egressos da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA, analisando a distribuição geográfica dos vínculos de trabalho dos mesmos e investigando os aspectos da sua formação acadêmica e atuação profissional em cinco municípios da microrregião do Baixo Amazonas. O Estado do Amazonas tem respondido de modos diferenciados ao problema da fixação de profissionais no interior do Estado, sendo que uma das estratégias foi a criação da UEA. Desde a criação da Universidade se instituiu uma política de ingresso através de cotas regionais para moradores do interior, visto beneficiar aqueles que não tinham oportunidades de ingresso através de um vestibular único. Desse modo, buscamos analisar as contribuições dessa política para o provimento e a fixação dos profissionais de saúde nesse Estado, assim como, perguntamo-nos se o perfil do egresso influencia no retorno ao seu local de origem. O projeto promove o debate sobre as políticas de gestão do trabalho e de formação de profissionais de saúde. A metodologia utilizada foi o banco de ingressos e egressos da UEA nos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, entre os anos 2006 e 2015. Para localizar os egressos que estão atuando no Sistema Único de Saúde – SUS, utilizamos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Por fim, realizamos um estudo de caso na Região de Saúde do Baixo Rio Amazonas onde entrevistamos 46 profissionais egressos da UEA. Os resultados mostram que a UEA tem contribuído para fixação no Estado do Amazonas e Região Norte, sendo a política de cotas para o interior do estado a principal estratégia para o retorno dos profissionais aos seus locais de origem.

Palavras-chaves: Formação em Saúde; Educação em Saúde; Trabalho em Saúde; Amazônia.

ABSTRACT

The provision and fixation of health professionals are related with politics as much work managements as politics formation. The difficulty of order the professionals formation and guarantee the equality of health services according in Brazilian Constitution is a constantly challenge. The following research seeks to understand the politics of work management and professionals of health formation, according to the profile surveying egress from the help course at State University of Amazonas – UEA. For this, it was sought to describe the profile of egress at Higher School of Health Science-ESA/UEA, analyzing the geographic distribution of work linkages of these egresses and investigating aspects of academic education and professional achievement of egress in five county of microrregion of Low Amazonas. The State of Amazonas has responded in different ways to the problem of fixation of professionals to interior of state, being that one of those strategies was the creation of UEA. Since the creation of the University, it was instituted a politic of egress through regional quotas for interior residents, benefiting those people that do not have opportunities to egress through a single entrance exam. In that way, we sought to analyze the contributions of this politics for provision and fixation of health professionals in this state, as well as we asked ourselves if the egress profile influence the return to your place of origin. The project promotes the debate about managements politics of work and formation of health professionals. The methodology used was the database of egress of UEA at medical courses, nursing and dentistry between the years 2006 and 2015. To localize the egress which are acting at Unique System of Health – SUS, using the Health Facility Registration – CNES. Lastly, we conducted a case study at Low Amazonas River, which conducted interviews with 46 egress professionals at UEA. The results show that UEA has contributed with the fixation for the State of Amazonas and North region, being the Politics quotas for interior the main strategy for the return of professionals to their origin's location.

Keywords: Training in Health; Health Education; Work in Health ; Amazon.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Mapa das Regionais de Saúde do Estado do Amazonas.....	19
Figura 2 – Distribuição dos egressos da ESA-UEA (%) por curso e por sexo (2006-2015).....	33
Figura 3 – Evolução histórica do provimento de egressos segundo curso de saúde da UEA (2006-2015).....	55
Figura 4 - Distribuição dos vínculos de trabalho dos egressos da UEA no SUS, segundo o CNES (2015).....	59
Figura 5 - Distribuição geográfica dos vínculos de trabalho no SUS dos egressos do Curso de Enfermagem, segundo o CNES (2016).....	60
Figura 6 - Distribuição geográfica dos vínculos de trabalho dos cirurgiões-dentistas no SUS.....	61
Figura 7: Distribuição geográfica dos egressos do curso de Medicina da ESA-UEA.....	62
Figura 8: Distribuição geográfica dos egressos dos cursos de saúde da ESA/UEA relacionada com a sua naturalidade no Brasil.....	64
Figura 9 – Distribuição de Profissionais por tipo de vínculo empregatício. Baixo Amazonas, 2016.....	72
Figura 10 – Distribuição dos egressos que tiveram acesso a Auxílios e a programas de iniciação científica e extensão pela UEA-ESA, 2016.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cálculo da amostra dos egressos que trabalham no SUS no Baixo Amazonas.....	19
Tabela 2 – Demonstrativo populacional com área, renda <i>per capita</i> e estabelecimentos de Saúde dos municípios do Baixo Amazonas, 2016 (Brasil, 2016)	21
Tabela 3 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS por município. Baixo Amazonas, AM	23
Tabela 4 – Distribuição dos Profissionais de saúde por município no Baixo Amazonas – Amazonas, abril 2016.....	24
Tabela 5 – Cursos de graduação distribuídos numericamente por localização no estado do Amazonas, natureza jurídica, ano de fundação e número potencial de egressos em 2015, Amazonas, 2015.....	41
Tabela 6 - Distribuição dos municípios em polos geográficos do interior do estado do Amazonas de 2001 a 2015 tendo o vestibular como meio de acesso.....	49
Tabela 7 – Distribuição por tipo de benefício para discentes no período entre 2001-2011.....	51
Tabela 8 - Distribuição dos egressos da ESA-UEA segundo naturalidade e ano de conclusão de curso.....	54
Tabela 9 – Distribuição dos egressos da ESA-UEA por tipo de ingresso na UEA (2006-2015).....	56
Tabela 10 – Distribuição dos egressos no interior do Estado do Amazonas, segundo curso e vínculo de trabalho.....	57
Tabela 11 – Atuação dos profissionais da saúde vinculados ao SUS egressos da ESA-UEA nos municípios, segundo o curso.....	58
Tabela 12 - Distribuição dos profissionais de saúde egressos da ESA-UEA considerados fixados no território de naturalidade no Brasil.....	65
Tabela 13 – Distribuição de profissionais de saúde entrevistados egressos da UEA, por ocupação, no Baixo Amazonas.....	67
Tabela 14 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos profissionais egressos da ESA-UEA. Baixo Amazonas, 2016.....	69
Tabela 15 - Vencimentos declarados por faixa salarial, segundo categoria profissional dos egressos com vínculos no SUS. Baixo Amazonas, 2015.....	69
Tabela 16- Distribuição das variáveis ter filhos, estar cursando outra graduação, ter ingressado por cotas e ter família no município por naturalidade dos egressos da UEA, Baixo Amazonas, 2016.....	71

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AM – Amazonas

BV do R – Boa Vista do Ramos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPF – Castrado de Pessoa Física

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EAD – Educação à distância

ESA – Escola Superior de Ciências da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPEAM - Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas

FIES – Programa de Financiamento Estudantil

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FVS – Fundação de Vigilância em Saúde

IC-SAÚDE – Programa Estratégico de Apoio à Integração de Estudantes do Interior às Ciências da Saúde

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ILMD – Instituto Leônidas e Maria Deane

LAHPSA – Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAIC/INDÍGENA – Programa de Iniciação Indígena

PAIC – Programa de Apoio à Iniciação Científica

PAICI - Programa de Apoio à Iniciação Científica do Interior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 METODOLOGIA.....	17
2.1 Contexto dos Municípios do Baixo Amazonas	21
3 PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A RELAÇÃO ENSINO – SERVIÇO.....	25
3.1 O Programa Mais Médicos para o Brasil.....	31
3.2 O cenário do ensino de saúde para as profissões de enfermeiros, médicos e odontólogos do Amazonas.....	34
4 A política de cotas da Universidade do Estado do Amazonas e a relação com a fixação dos profissionais para as regiões do interior do Estado.....	43
4.1 A criação da Universidade do Estado do Amazonas.....	43
4.2 Política de cotas da UEA e os cursos da Saúde.....	48
4.3 O cenário do perfil dos egressos 2006-2015.....	52
4.4 Provimento e fixação dos egressos da ESA-UEA no SUS.....	56
4.5 A distribuição geográfica dos trabalhadores da saúde egressos da UEA.....	58
5 Estudo de caso: Aspectos de formação acadêmica e da atuação dos egressos de cinco municípios do Baixo Amazonas.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	98
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
ANEXO A: QUADRO DA DISTRIBUIÇÃO DOS VINCULOS DE TRABALHO COM O SUS DOS EGRESSOS SEGUNDO MUNICÍPIOS E ESTADOS.....	102

1 INTRODUÇÃO

A formação e a fixação de profissionais na área de saúde em regiões como a Amazônia se constituem em um dos principais problemas para a realização e execução das políticas de saúde. Gestores dessa área e da educação têm discutido sobre quais as melhores estratégias para superar esse problema, cuja consequência são as dificuldades com as quais a população se depara para acessar os serviços de saúde. A literatura e algumas corporações profissionais apresentam algumas explicações para o fato: a má distribuição dos profissionais da área nos diferentes territórios, as precárias condições de trabalho, a carga horária extenuante, a ausência de concursos públicos, de planos de cargos, carreiras e salários. No entanto, observa-se que o Estado do Amazonas tem dado respostas diferentes para esse problema. Por isso, apresentar-se-ão dados pesquisados, os quais pretenderão contribuir com a discussão de fixação e provimento de profissionais da saúde nessa região.

O provimento de médicos é comumente relatado na nossa história desde os tempos da Colônia real portuguesa, constantemente reivindicada por seus moradores recém-chegados da Europa, que contavam com curadores e alguns médicos empíricos, fato só modificado com a chegada da família real em 1808, com a criação de um corpo de saúde (BOTELHO, 2004). Da mesma forma, Jorge (2006) relata, em seu estudo, que havia grande precariedade de acesso aos serviços médicos na capitania de São Paulo, em 1806, destacando a necessidade da criação de uma escola de cirurgia. Essas dificuldades expõem o cenário de fragilidade ao acesso e à formação dos moradores da colônia para os serviços de saúde.

Na província do Amazonas, mais especificamente na região da cidade de Nossa Senhora da Conceição da Barra, onde se localiza Manaus atualmente, o acesso à assistência formal de saúde é relatado a partir de 1850, com a criação da primeira enfermaria militar para atendimento à população masculina. Duas décadas depois é criada a Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente do Amazonas, com intuito de prover caridade. Na década de 1880, com a finalidade de atender “mulheres indigentes e desvalidos”, criou-se a Santa Casa de Misericórdia. Esta dispunha de uma enfermaria para tuberculosos, ginecologia e obstetrícia e sala de operações. O primeiro cirurgião a trabalhar na enfermaria militar foi o Dr. Antônio José Moreira e, a posteriori, o francês Dr. Marius Porte (GALVÃO, 2003).

Schweickardt & Lima (2010) destacam o foco nos interesses econômicos e comerciais na região da Amazônia durante o Império. O resultado disso foram ações governamentais visando o combate às epidemias tropicais, pois estas eram empecilho ao desenvolvimento das operações comerciais. Outro momento em que houve incentivo às atividades na área da saúde foi o dos empreendimentos do Ciclo da Borracha e de obras da ferrovia Madeira-Mamoré que impulsionaram a profilaxia de endemias e melhoramento das condições sanitárias. Nota-se que existia uma complexidade do quadro das ações, sendo mais difícil a consolidação de políticas de saúde e, principalmente, de provimento e fixação de profissionais de saúde na Amazônia, que é nosso objeto de estudo.

A heterogeneidade da realidade do cenário do Estado do Amazonas com características como o deslocamento fluvial e aéreo para a maioria dos municípios, a dispersão da população no território Amazônico, uma malha hidrográfica de rios e lagos com seus fluxos de enchente e vazante durante o ano, demandam conhecimento regional e geográfico para viabilizar a locomoção, visando resguardar a execução dessa atividade e buscando a garantia da equidade. Além disso, as necessidades das populações ribeirinhas e rurais, indígenas e quilombolas e da periferia das cidades exigem um criterioso entendimento acerca da realidade sociocultural da região. Assim, a rotatividade de profissionais de saúde e a dificuldade quanto a políticas de fixação destes são obstáculos para a garantia da assistência em uma extensa área territorial, como é o caso da região Amazônica.

Para a consolidação dos princípios doutrinários do SUS, como a universalidade, equidade e integralidade dos serviços, é prioritário que os diferentes níveis de gestão promovam assistência, de forma singular e democrática, visando às demandas dos grupos residentes em localidades de acesso e restrição de mobilidade no território e para outros locais do país (BRASIL, 2000).

Em relação aos territórios, consideramos que as populações e grupos sociais têm as suas vidas mediadas pelas iniquidades de saúde, assim como pelos determinantes sociais, culturais e ambientais, de trabalho, redes sociais e comunitárias e estilo de vida que influenciam nas condições de saúde (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Consequentemente, tanto usuários como profissionais têm a saúde influenciada por determinantes e outros fatores como o acesso aos insumos e à infraestrutura da rede de assistência local.

Os fatores de fixação e provimento dos profissionais podem interferir na consolidação da política de saúde, especialmente da Atenção Básica nas regiões com características da região Amazônica. Assim, uma das estratégias que o Estado do Amazonas tem utilizado para responder à questão do acesso, fixação e provimento, é a política de cotas para ingresso de estudantes provenientes do interior do estado, de acordo com a localidade de origem e ingresso em escola pública. O ingresso diferenciado na Universidade do Estado do Amazonas (UEA) em relação ao que ocorre na capital, Manaus, de moradores dos municípios do Amazonas aos cursos nas áreas de saúde, têm contribuído para a formação, regresso e fixação dos profissionais em seus locais de naturalidade ou de origem dessas famílias.

A criação da UEA, que ocorre na capital, Manaus, por meio do projeto de lei n.º 128/2000, com vagas para diversas áreas de conhecimento científico, promoveu o acesso, com o sistema de cotas, para moradores das diferentes regiões do Estado. A política beneficia estudantes provenientes do ensino público e indígenas. Esta é uma medida que visa à garantia da qualificação de profissionais da educação e aumento de provimento e disponibilidades de diversos profissionais, como os da saúde (AMAZONAS, 2001a).

Dessa forma, o presente estudo visa analisar a inserção dos egressos da Universidade do Estado do Amazonas no Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente na região do Baixo Amazonas que é constituída pelos municípios de Parintins, Boa Vista do Ramos, Barreirinha, Nhamundá e Maués, dentro do projeto de pesquisa intitulado: O cenário da gestão do trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS, desenvolvido pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz - LAHPSA/ ILMD/ FIOCRUZ, que realizou a análise do cenário da gestão do trabalho no estado do Amazonas.

Diante desse complexo contexto, deparamo-nos com algumas questões: A política de ingresso da Universidade do Estado do Amazonas tem contribuído para a fixação e provimento de profissionais de saúde no interior? Qual o perfil desse profissional em relação a sua formação, inserção e às necessidades do SUS na região Amazônica? Que fatores influenciam nas decisões de permanência e deslocamento dos profissionais oriundos de áreas rurais (DAL POZ, 2013).

Esta pesquisa buscou promover o debate sobre as políticas de gestão do trabalho no Amazonas e a política de formação de profissionais de saúde, desenhando o perfil dos profissionais encaminhados para a realidade e as necessidades dos municípios do Amazonas. Mediante a consolidação das ações da UEA, busca-se problematizar a relação entre a formação e as necessidades do SUS no discurso de interiorização e contribuição desta instituição buscando a melhoria da assistência e consolidação das atividades do SUS para o trabalho em saúde no interior. Busca-se, ainda, discutir a contribuição desta instituição na resposta para os desafios do SUS na região Amazônica. Analisamos o lugar da Instituição na discussão das políticas e estratégias de fixação e provimento de profissionais de saúde no Estado do Amazonas.

O objetivo geral é analisar o perfil dos egressos dos cursos de saúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) com base nos dados dessa instituição e nos diálogos com estes para o entendimento da contribuição, provimento e fixação dos profissionais de saúde vinculados ao SUS. E, de forma específica: 1 - descrever o perfil dos egressos dos cursos de saúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA); 2- analisar a distribuição geográfica dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde; 3 – investigar aspectos da formação acadêmica e da atuação profissional dos egressos de cinco municípios do Baixo Amazonas.

Este trabalho foi organizado em três capítulos: o primeiro traz o perfil dos egressos dos cursos de saúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). O segundo aborda a distribuição geográfica dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde e, no terceiro são investigados os aspectos da formação acadêmica e da atuação profissional dos egressos de cinco municípios do Baixo Amazonas.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi mista. No primeiro momento constam os dados dos profissionais de saúde egressos da UEA no período de 2006 à 2015, e foi adotada a abordagem transversal quantitativa descritiva. De acordo com Bastos & Duquia (2007), o estudo transversal é a frequência da ocorrência dos fenômenos em um determinado tempo. Foram utilizados os dados secundários visando à análise descritiva do tipo documental. As informações categorizadas foram: o nome, CPF, procedência, sexo, tipo de graduação, semestre, ano de ingresso e ano de conclusão do curso. Os dados foram organizados em programa de computador *Excel* e, posteriormente, analisados em gráficos e tabelas por meio de frequência das respostas utilizando o pacote estatístico R versão 3.0.2.

Os sujeitos da pesquisa totalizaram 563 enfermeiros, 867 médicos e 566 cirurgiões-dentistas, que somaram 1996 egressos. Foi realizado o levantamento do CPF dos egressos no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES para verificação dos profissionais vinculados ao SUS e as características dos vínculos de trabalho. Também foram identificados, por curso, todos os egressos naturais e não naturais do interior do Amazonas.

Os egressos com vínculos de trabalho no SUS foram localizados de acordo com a sua atuação nos diferentes municípios do Brasil. A distribuição foi realizada conforme o número de vínculos por categoria profissional. Foram excluídos aqueles que não trabalhavam no SUS, quando ocorria a diversidade de vínculos de alguns profissionais que atuam em dois ou mais municípios, optou-se por considerar todos os municípios de atuação.

Visando avaliar a fixação dos profissionais de saúde formados na UEA foi verificada a naturalidade dos egressos e se os vínculos de trabalho eram de seus locais de origem. Estes foram identificados de acordo com a distribuição no território brasileiro.

Na segunda parte, realizamos um estudo de caso dos profissionais atuantes na Região de Saúde do Baixo Rio Amazonas, com abordagem quantitativa e qualitativa. Minayo & Sanches (1993) defendem que devem se utilizar as duas abordagens devido à necessidade de conhecer a realidade na totalidade. Para a Análise dos profissionais de saúde egressos da UEA no período de 2006 a 2015, a

abordagem foi do tipo quantitativa a partir de dados secundários, analisados estatisticamente (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008).

Os dados qualitativos foram submetidos à luz da análise do discurso, que tem a pretensão de interpretar a fala do sujeito, o momento histórico e a ideologia percebidas por meio dos sentidos do sujeito e a situação (ORLANDI, 2004). A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando utiliza um discurso a partir do sistema de ideias de representação que ele faz; a história, que é o contexto sócio-histórico; e a linguagem, que é a materialidade que traz sentidos reconstruídos (CAREGNATO, MUTT, 2006). Este tipo de análise propõe uma distância, um estranhamento da forma e do conteúdo, mas busca o efeito do sentido a partir da interpretação (ORLANDI, 2004; CAREGNATO, MUTT, 2006).

O estudo de caso foi realizado na região do Baixo Amazonas abrangendo os cinco municípios: Parintins, Boa Vista do Ramos, Barreirinha, Nhamundá e Maués. Essas localidades foram escolhidas devido ao acesso aos gestores e profissionais, facilitado pela relação de ensino e pesquisa com o LAHPISA, ao qual este estudo está vinculado. Nesta macrorregional, residem 214.881 pessoas (AMAZONAS, 2014a).

Esses municípios fazem parte do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI. Essa região de saúde conta com a administração de uma Comissão Regional Intergestores – CIR, que é composta por duas macrorregionais de saúde e duas microrregionais nesse mesmo território: Maués e Parintins. Todos esses municípios localizam-se na divisa com o estado do Pará, cujos moradores utilizam os serviços de saúde deste importante polo de atendimento para aquela região.

Em cada município foram apresentados os objetivos da pesquisa para as secretarias de saúde, com posterior identificação dos egressos que participaram da coleta de dados. Do total de 52 profissionais, foram entrevistadas 46. A calculadora de código aberto SSPropor OpenEpi, Versão 3, foi utilizada para identificar o tamanho da amostra na população de 52 indivíduos, resultando em uma amostra de n=46 indivíduos com a garantia de 95% de intervalo de confiança (Tabela 1). Não participaram da pesquisa aqueles que não estavam no município no momento da coleta de dados.

Tabela 1 – Cálculo da amostra dos egressos que trabalham no SUS no Baixo Amazonas

Tamanho da amostra para a frequência em uma população	
Tamanho da população (N):	52
Frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	50%+/-5
Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/-%)(d):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	1
Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança	
Intervalo de Confiança (%)	Tamanho da amostra
95%	46
80%	40
90%	44
97%	47
99%	49
99.9%	50
99.99%	51
Equação	
Tamanho da amostra $n = [EDFF \cdot Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p))]$	

Fonte: DA PESQUISA (2015)

A coleta de dados foi realizada durante um período de 21 dias no mês de novembro de 2015, sendo 5 dias em Maués (n= 13), 1 dia em Boa Vista do Ramos (n= 3), 1 dia em Barreirinha, no distrito de Cametá do Ramos (n= 2) e na sede (n=3) profissionais e 14 dias em Parintins. O deslocamento entre essas localidades foi realizado por via terrestre e fluvial, perfazendo até 12 horas de viagem. Esses municípios fazem parte de uma das nove regiões de saúde do Amazonas (Figura 1).

Figura 1– Mapa das nove Regionais de Saúde do Estado do Amazonas, cuja região do Baixo Amazonas está identificada pela cor azul escuro.



O instrumento de pesquisa utilizado levantou dados sobre as seguintes variáveis: idade, sexo, profissão, naturalidade, se possui filhos, renda mensal, tempo e local de trabalho, tempo de formado, vínculo empregatício e função. Outras questões relacionadas à formação foram investigadas, como: ter cursado outra graduação, participação nas cotas de acesso no vestibular e polo de ingresso, se teve acesso a benefícios, ano de ingresso na graduação, motivações para ter escolhido a área da saúde. Em relação ao trabalho: território, estratégias de atuação, trajetória profissional, tipo de vínculo, motivações de permanência no município, dificuldades, mobilidade de profissionais, esfera de atuação e educação permanente em saúde e um diário de campo para descrição das atividades (Apêndice A).

Em relação aos aspectos éticos, o projeto “O CENÁRIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO AMAZONAS: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS”, do qual esse estudo faz parte, foi aprovado no dia 29/01/2014, sob o no. 517.867 no Comitê de ética da Fundação Universidade do Amazonas, de acordo com o disposto na Resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2013a). Para isso, os participantes da pesquisa foram informados sobre objetivos, forma de participação e importância do estudo, destacando-se seu direito ao anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de declinar da pesquisa em qualquer momento que achassem oportuno. Também, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido em duas vias, sendo entregue uma via para cada um, devidamente rubricada e assinada pelos pesquisadores (Apêndice B).

Os profissionais de saúde do SUS investigados trabalham na região do Baixo Amazonas, nas diferentes esferas, incluindo os do DSEI. Todos os sujeitos aceitaram participar da pesquisa de livre e espontânea vontade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B) e não obtiveram nenhum tipo de ressarcimento financeiro.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: egressos dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina; ano de conclusão do curso entre 2006 a 2015, em qualquer tipo de ingresso; atividade profissional: estar vinculado ao SUS, podendo ou não desempenhar atividade na iniciativa privada ou outras; residentes ou não nos municípios estudados. Já os de exclusão foi não atuar no Sistema Único de Saúde – SUS.

2.1 Contexto dos Municípios do Baixo Amazonas

O município com a maior densidade populacional estimada para 2015 é Parintins, com 111.575 habitantes, em uma área de 5.951,200 km² (Tabela 2). Fundado em 1803, com o nome de Tupinambarana (IBGE, 2010), possui uma população indígena de diversas etnias, atendida pelo Casa de Saúde Indígena (CASAI), localizada na zona urbana do município, sob a responsabilidade do DSEI. Outra característica é a composição de uma Comissão Intergestores Regional - CIR organizada e atuante e uma rede de assistência local que compreende dois hospitais de média complexidade, quinze unidades básicas de saúde no município, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e um Núcleo de assistência à saúde da família - NASF (BRASIL, 2015a).

A economia é movimentada pela agropecuária, produção de juta e pelo funcionalismo público. A cidade de Parintins tem importância turística devido ao Festival Folclórico de Parintins, sendo importante polo atrativo de oportunidades na região, tendo índice de desenvolvimento humano - IDH de 0,658 (www.ibge.gov.br). O município dista da capital Manaus a 369 Km em linha reta, com acesso por via fluvial ou aérea. O acesso pode ser realizado por barco ou lancha rápida, o trajeto pode levar até 12 horas. O trajeto aéreo é de 45 minutos até o aeroporto.

Tabela 2 – Demonstrativo populacional com área, renda *per capita* e estabelecimentos de Saúde dos municípios do Baixo Amazonas, 2016 (Brasil, 2016)

Dados/ Municípios	Parintins	Barreirinha	Maués	B. V. do R	Nhamundá
População Estimada/ 2015	111.575	30.658	59.983	17.668	20.358
Área território (Km ²)	5.952,044	5.750,557	39.987,00	2.586,847	14.105,590
PIB <i>per capita</i> a preços correntes - 2013(R\$)	9.254,78	6.599,64	6.272,63	5.950,97	6.521,14
IDH	0,658	0,574	0,588	0,565	0,586

*BV do R – Boa Vista do Ramos.

FONTE: IBGE, 2010.

O Município de Barreirinha tem estimado uma população, no ano de 2010, de 30.658 habitantes distribuídos em 5.750,558 km² e IDH 0,574 (Tabela 2). A rede de

serviços de saúde é composta por um hospital, seis unidades básicas de saúde e um CAPS (BRASIL, 2015). No estudo realizado pelo IBGE em 2003, de mapa da pobreza, havia 53% de incidência de pobreza nesse município (IBGE, 2010). O território localiza-se em área de várzea entre os rios Andirá e o Paraná do Ramos, submersa durante a enchente sazonal dos rios, com uma população que compreende caboclos, indígenas da tribo *Sateré Mawé* e quatro comunidades quilombolas (KADRI & SCHWEICKARDT, 2016). O acesso ao município se dá por Parintins, por via fluvial, com barcos ou lanchas rápidas (entre 45 minutos a 1 hora), dependendo do período do ano e da vazante dos rios. Outra forma de deslocamento pode ser a partir do distrito de Cameté do Ramos em direção à sede do Município de Boa Vista do Ramos. Em relação ao ensino, conta com uma escola técnica pública do estado.

Maués possuía uma estimativa de 59.983 habitantes para 2015, numa área territorial de 39.989,319 km², baixa densidade populacional, IDH – 0,588. Foi inicialmente povoada no século XVIII em um povoamento denominado Mundurucânia. Dentre seus moradores consta a etnia mundurucu. A cidade é dividida em três distritos: Maués, Ozório da Fonseca e Repartimento. Tem cinco estabelecimentos de saúde do SUS, dentre os quais um hospital que dispõe de 54 leitos e quatro unidades básicas de saúde. Além disso, dispõe de ensino fundamental, médio e superior, dentre os quais conta com um pólo da UEA (IBGE, 2010).

Boa Vista do Ramos possuía uma população estimada de 17.668 habitantes para 2015, uma área de 2,586, 847 km² e IDH 0,565 (Tabela 2). Conta com três serviços de saúde, dos quais um tem internação com 18 leitos. No mapa da pobreza realizado em 2003, constatou-se a incidência de 51,3% de pobreza nesse município (IBGE, 2010).

A densidade populacional de Nhamundá foi estimada em 2015 em 20.358 habitantes em uma área territorial de 14.105,590 km² e IDH 0,586 (Tabela 2). Antes era chamada de Ilha das Cobras, foi distrito de Parintins e emancipada em 1955. Localiza-se na divisa com o estado do Pará (SAUNIER, 2003). Essa região é habitada pelos índios hixkaryana, chamada de terra indígena Nhamundá-Mapuera (QUEIROZ, 2010). Em relação ao acesso à educação, dispõe de escolas de ensino pré-escolar, fundamental e médio e não dispõe de pólos de instituições de ensino

superior. Dentre os serviços disponíveis de saúde possui um hospital e cinco unidades básicas de saúde (IBGE, 2010).

Com relação ao DSEI de Parintins, o mesmo presta assistência aos cinco municípios e cobre 12 pólos-base de Maués, Barreirinha e Nhamundá no Amazonas e Oriximiná no Pará, com 123 aldeias das etnias *Sateré-Maué*, *Zo`é*, *Hixkariana*, *Kaxuyana*, *Wai Wai*, *Bara*, somando 15.677 pessoas (BRASIL, 2005. pp.21, pp. 84; BRASIL, 2014 a).

A rede de atenção à saúde contempla a distribuição dos estabelecimentos de saúde no Baixo Amazonas, por município, onde se insere os hospitais, estabelecimentos da atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção à saúde da Família, Unidade mista de saúde, dentre outros (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS por município, Baixo Amazonas, AM

Tipo de estabelecimento de saúde (N) / Município	Barreirinha	BVR	Maués	Nhamundá	Parintins
Estabelecimento da Atenção Básica	8	3	19	11	15
Hospital	1	1	0	1	2
CAPS	0	0	1	0	1
NASF	0	0	0	0	1
Unidade de Saúde Indígena	5	0	5	3	3
Vigilância em Saúde	0	0	1	0	3
Unidade Mista de Saúde	0	0	1	0	0
Central de gestão em Saúde	1	0	1	1	1
Policlínica	0	0	0	0	2
Consultório isolado	0	0	1	0	2
Clínica/centro de especialidade	0	0	2	0	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	0	0	0	1	3
Farmácia	0	0	2	1	1
Central de regulação de serviços de saúde	0		1	1	1
Total	15	4	34	19	37

FONTE: BRASIL, 2015a.

Conforme os dados, os serviços de saúde no Baixo Amazonas são prioritariamente regulados pelos municípios supracitados. No entanto, observa-se que o município de Parintins conta com uma complexa rede de serviços de saúde, incluindo os especializados. Portanto, tem uma característica de atração para

usuários que migram na região em busca de atendimento. A mobilidade da população é realizada por via fluvial, sendo que o principal rio é o Amazonas, que dá acesso à capital. Parintins conta com uma rede de atenção primária consolidada e organizada, tendo maior oportunidade de reinserção no ambiente de trabalho para os profissionais egressos devido à rede de assistência no SUS mais complexa que nos outros municípios da região.

Segundo os gestores dos municípios da região, Parintins e Maués são o destino preferencial daqueles que necessitam de algum atendimento especializado, como o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, NASF - Núcleo de Apoio à saúde da Família, policlínicas e hospitais dos municípios para atendimento de urgência. Cabe destacar que a UEA Parintins oferece um curso de Enfermagem, cuja primeira turma iniciou em 2013, não havendo egressos até a presente data (AMAZONAS, 2013a).

Na tabela 4 estão identificados os médicos, enfermeiros e odontólogos que trabalham na região do Baixo Amazonas, totalizando 302 profissionais (BRASIL, 2015a).

Tabela 4 – Distribuição dos Profissionais de saúde por município no Baixo Amazonas – Amazonas, abril 2016.

Profissionais/ Município	Barreirinha N	BVR	MAUÉS	NHAMUNDÁ	PARINTINS	Total N
Enfermeiros	24	12	44	11	63	154
Cirurgiões- dentistas	6	2	13	4	24	49
Médicos	14	8	28	8	41	99
Total	44	22	85	23	128	302

BVR: Boa Vista do Ramos.

Fonte: BRASIL, 2015a.

Os dados revelam que o município que tem maior número de profissionais de saúde é Parintins (N=128), seguido pelo Município de Maués (N=85). O município com menor número de profissionais é Boa Vista do Ramos (N=22). Neles os profissionais de nível superior predominante dentre os pesquisados é o de enfermeiros (N=154). Em resumo, os cinco municípios diferem em relação ao número de profissionais, devido às diferenças populacionais e de estrutura, principalmente em relação à rede de atenção básica, que é maior em Parintins.

3 PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Os diferentes contextos sobre provimento e fixação de profissionais de saúde no Brasil e em outras regiões do mundo produzem um debate importante para a questão do direito e do acesso aos serviços de saúde. A falta de ações concretas e estratégicas visando o provimento é histórica, já essas atividades foram executadas por profissionais introduzidos, por moradores da Colônia que iam estudar na Europa e por atores que informalmente dividiam o espaço terapêutico e de cuidado aos moradores como barbeiros, parteiras, rezadeiras, boticários e homeopatas, por três séculos. As dificuldades na Colônia não permeavam somente a área da saúde, mas também a da educação, visto que havia a necessidade de formação formal e as escolas militares permaneceram até o Brasil império (FRANCO, 1985). Vale ressaltar que os religiosos tinham importante papel, até então, nas diversas áreas de conhecimento. As duas primeiras Escolas de medicina foram inauguradas em 1808, no Rio de Janeiro e em Salvador com a chegada da família real ao Brasil (BARRETO & FILGUEIRAS, 2007; BOTELHO, 2004).

De acordo com Silva (2006) e Botelho (2004), os conhecimentos na área médica intensificaram-se após a implantação da República no Brasil, promovida pela instalação de outras escolas médicas no país. Acrescenta-se que mesmo diante disso, as endemias alastravam-se pelo país e a necessidade de profissionais eram primordiais, principalmente devido às políticas de saúde e de combate às doenças serem ações de saneamento, naquele momento (SCHWEICKARDT, 2011, p.30).

A alteração acerca das adversidades aspirando o provimento dos profissionais inicia-se a partir da década de 1960, visto a dificuldade de acesso aos “recursos humanos em saúde”, com destaque para a indispensabilidade de interiorização dos serviços e da criação de uma articulação de ações visando o incremento de profissionais (CECCIM, 2005). Salienta-se então duas ocasiões distintas acerca dos debates sobre o tema: Na 4ª Conferência Nacional de Saúde (1967) e na 6ª Conferência Nacional de Saúde (1977) (BOTELHO, 2004; BRASIL, 1967; CRUZ DE SOUSA, 2011; JORGE, 2006), que deram ênfase, nessa oportunidade à intervenção do estado, objetivando a fixação dos profissionais no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado para suprir de trabalhadores as localidades do interior (BRASIL, 1977).

Importante destacar outra estratégia para a consolidação do provimento de profissionais de saúde na região da Amazônia Legal: O Projeto Rondon, que assim como o PIASS, foram ambos criados no período militar. Inclusive, foi pioneiro no recrutamento de estudantes de nível superior em diversas áreas científicas para conhecer as localidades no interior, promovendo-se então a articulação da relação ensino-serviço (BONELLI, 2009; CAMPOS et al., 2009). Nesse sentido, o projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) representaram estratégias importantes para a Amazônia, pois conseguiu promover as relações interinstitucionais e salientar as discrepâncias regionais dessas localidades aos alunos e profissionais recém-formados.

O primeiro projeto Rondon, criado por universitários e professores do Rio de Janeiro em 1967, denominado de “operação zero”, desenvolveu ações para as populações do Estado de Rondônia. Dois anos depois, o governo ampliou sua atuação para diferentes localidades pelo âmbito nacional sob o slogan “integrar para não entregar” e atuou até sua extinção em 1989. Adiante, em 2005, o Ministério da Defesa, em parceria com universidades pelo país, reativa o Projeto como extensão universitária, tendo como objetivo relacionar teoria e prática na promoção da saúde para comunidades do interior (BRASIL, 2015b, 2014b; FANTIN, 2011). Preliminarmente, a iniciativa do Projeto Rondon destinava-se em interesses mais geopolíticos que propriamente realizar ações de saúde para as comunidades da região. Todavia, a proposta de criar um espaço que colocasse estudantes em contato com diferentes realidades do país foi um dos produtos importantes desse projeto.

No decorrer dos anos de 1980 a 1985, foi iniciado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS nas cidades com até 20 mil habitantes nas regiões Nordeste, Norte, Centro-Oeste e regiões de seca. O seu prospecto antevia a construção de sistemas de abastecimento de água e de saneamento básico. Além disso, previa a regionalização dos serviços de saúde, atividades de prevenção a doenças transmissíveis e a criação da rede de Módulos Básicos de caráter permanente (BRASIL, 1979). Silva (1996) aponta que os problemas do Programa foram: baixa articulação e descentralização das ações; inexistência de distribuição das competências, dificultando o progresso na assistência nesses territórios e declínio de seu funcionamento. As ações buscaram melhorias de ordem estrutural como uma estratégia de atração de profissionais. No

entanto, eram necessárias outras formas de atrair esses profissionais. Neste momento não se fala em formação para ampliar o número de profissionais para esse programa (SILVA, 1996).

Com a abertura do processo democrático e encerramento do regime militar, instaurado com a criação da Constituição Federal de 1988, a garantia dos direitos à saúde destacam-se com a construção do movimento da Reforma Sanitária. A criação do SUS promove uma nova perspectiva com a universalização do acesso à saúde para todos os brasileiros (PAIVA & TEIXEIRA, 2014; BRASIL, 1988). Desse modo, torna-se relevante discutir a necessidade de consolidação e reorganização dos serviços, dentre eles a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1991, e do Programa Saúde da Família – PSF, em 1994. Esses programas visaram modificar a visão e a prática hospitalocêntrica e voltada no tratamento de doenças. Posteriormente o PSF foi ampliado e transformado em Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2004; ESCOREL et al., 2007). Portanto, observa-se uma modificação da lógica de organização dos serviços que não deixará de ter as suas contradições e lutas para a consolidação da política integral e equitativa.

Na região Norte os problemas vão para além da disponibilidade de profissionais para a implantação do PSF. Nair Chase da Silva (2010) aponta para os desafios da consolidação da Atenção Básica no município de Manaus, implantado em 1999 com o nome de Programa Médico da Família- PMF. A proposta era diferente do que propunha o Ministério da Saúde, gerando um descompasso de dois anos do município em relação à política nacional. Chase aponta que o mesmo proporcionava rendimentos diferenciados para médicos como fator de atração e sua equipe não comportava o papel do enfermeiro. Segundo a autora, a consolidação da política de atenção básica no município e o acesso aos seus serviços têm problemas decorrentes das políticas aplicadas no passado.

A cidade de Manaus merece um estudo de caso, pois concentra a metade da população do Estado do Amazonas. No entanto, os problemas relacionados à atenção básica também são produto da baixa implantação e manutenção dessa modalidade de assistência, baixa cobertura de profissionais, alta rotatividade de médicos e perfil inadequado dos profissionais da atenção básica. A situação dos municípios do interior, onde o acesso e as distâncias são características marcantes, podemos dizer que o desafio é ainda maior. Nesses casos, há necessidade em

pensar estratégias diferenciadas para a fixação dos profissionais (HADDAD et al, 2010; NEY, RODRIGUES, 2012). Por outro lado, a relação ensino-serviço precisa estar presente para ampliarmos as discussões sobre as estratégias de fixação e provimento.

O aumento da demanda de profissionais nos serviços resultou em carência de profissionais qualificados para desempenho de tarefas nessas áreas. O Ministério da Saúde respondeu a essa demanda criando o Programa Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS, entre 1996 e 2009. Foram ofertadas diversas ações de qualificação dos profissionais inseridos nos serviços, com um investimento de 44,7 Milhões de reais em residências multiprofissionais e especializações em Saúde da Família (GIL, 2005; KARAM, 2002). Gil (2005) aponta que a principal limitação dos profissionais que fizeram parte foi a visão pontual sobre o cuidado com práticas curativas, resultantes do distanciamento entre as políticas de formação e de saúde. Em vista disso, tem-se um complexo caminho a ser percorrido para que haja êxito na consolidação das ações nessa estratégia.

Dessa maneira, ações são iniciadas em 2001 com o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS, pelo Decreto Presidencial no. 3745, de fevereiro de 2001, tendo em vista o fortalecimento do Programa Saúde da Família e o encorajamento à fixação de profissionais de nível superior em áreas carentes. O PITS previa o treinamento em saúde de médicos e enfermeiros, bolsa com remuneração diferenciada de acordo com a posição geográfica do município e acesso a incentivos como disponibilidade de moradia, alimentação e transporte somente para os médicos. Entre os anos de 2001 a 2004 foram desempenhadas atividades pelos enfermeiros supervisionando agentes comunitários de saúde na atuação para a Amazônia Legal (BONELLI, 2009; BRASIL, 1994; BRASIL, 2001). Em suma, foi detectado, no mesmo ano de início, que apenas 60% da meta do número de profissionais foi alcançada. No ano seguinte, aumentaram para 219 os municípios atendidos. O Amazonas teve 15 municípios participantes (BRASIL, 2003a). Carvalho & Souza (2013) relatam que poucos municípios concluíram o Programa devido à baixa adesão de profissionais interessados.

A avaliação que se faz é que o governo federal e os profissionais de saúde não estavam preparados para um tipo de atenção voltado para as comunidades distantes dos grandes centros, gerando outros problemas não previstos anteriormente. Desta forma, a partir de 2006, foi estipulado que um dos fundamentos

do Plano Nacional de Atenção Básica para atendimento à família e à comunidade foi o de “valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação” (BRASIL, 2006).

Em resposta à necessidade de melhoria das intervenções e aprimoramento das relações sociais a gestão do trabalho em saúde começa a ganhar espaço (MENDONÇA et al, 2010). Nesse momento, abre-se um leque de estudos acerca do dimensionamento, tendências de mercado, discussões acerca da formação e articulação com o ensino e planejamento para buscar estratégias de fixação e diminuição da escassez dos profissionais de saúde no Brasil (PIERANTONI et al, 2012). Para fazer frente a esses e outros problemas envolvendo a área da gestão do trabalho em saúde, criou-se, em 2003, a Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde – SGETS. Esta buscou equacionar problemas como políticas no campo da gestão e trabalho e da educação, articulação entre políticas de saúde e políticas de formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores, e democratização das relações de trabalho no SUS (BRASIL, 2011a; PIERANTONI et al, 2012).

O Ministério da Saúde, por meio dessa ação, visou promover uma política de gestão do trabalho e da educação na saúde em “combate à racionalidade administrativa e gerencial e sanitária hegemônica”, tecendo diversas críticas, principalmente ao termo Recursos Humanos em Saúde, visto que considera os profissionais de saúde “atores sociais” de mudanças, precursores fundamentado no papel exercido pelo SUS, que exigiu uma abordagem atuante na rede de serviços de saúde no Brasil (CECCIM, 2005).

Dentre as competências da SGETS estão: elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar sua execução; planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo; promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área (BRASIL, 2003b).

Dentro dessa lógica, foram adotadas políticas na esfera federal para solucionar problemas evidenciados pelos estudos em relação às necessidades na

formação dos profissionais de saúde do ensino superior, possibilitando, assim, a interlocução entre entidades formadoras, serviços de saúde do SUS, instituições de pesquisa e associações como a Rede Unida (DIAS et al., 2013). Nesse aspecto, a necessidade de atrair os estudantes pelo campo da atenção primária com visão diferenciada motivou o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado à vivência no SUS e à criação de residências multiprofissionais (BRASIL, 2005b), sendo, então, uma iniciativa com resultados a longo e médio prazo para melhoria da formação e posterior melhoria da qualidade da assistência em saúde na atenção primária e fixação dos profissionais nas localidades.

Dentre as ações articuladas pela SGETS, está a necessidade de discutir acerca da fixação dos profissionais de saúde. Para isto, juntamente com o Ministério da Saúde, definiu as regiões prioritárias para atendimento em saúde e com dificuldade de retenção de médicos em 2011 (BRASIL, 2011). Como produto deste movimento, foi criado o programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, que visa promover a educação permanente de médicos, enfermeiros e dentistas que atuarão na atenção básica em saúde, estimulando a fixação dos profissionais em localidades que têm falta de profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011c, BRASIL, 2011).

Mesmo mediante a iniciativa de modificação de provimento aos profissionais, diversos autores denunciaram problemas no desenvolvimento do PROVAB, como os fatores de comunicação, contratação, além de condições insalubres para o exercício da profissão. As corporações médicas também criaram dificuldades para o Programa, gerando uma relação de poder na oferta das residências médicas e o setor privado na tentativa de desestabilização do SUS (CARVALHO & SOUZA, 2013; DAL POZ, 2013).

Desde a criação da SGETS, houve uma grande valorização das ações para estimular a adesão dos profissionais ao trabalho na Atenção Básica. No primeiro momento, foram adotadas mudanças buscando atender as necessidades das populações assistidas, no segundo, deu-se prioridade para atender o aumento de profissionais. No entanto, as atividades desenvolvidas pelo PROVAB não foram suficientes para atender às necessidades de provimento do profissional médico, sendo necessário outros incentivos para qualificar a Atenção Básica, dando origem ao Programa Mais Médicos, conforme segue, abaixo, como uma das ações de articulação e provimento de profissionais.

3.1 O Programa Mais Médicos para o Brasil

Conforme a lógica de formação é modificada, tendo em vista soluções para as questões de provimento de profissionais em localidades de baixa fixação, outras metas são traçadas com o propósito de promover mudanças significativas na área. A educação, sozinha, não resolveria essa demanda, conforme relatado por Ceccim & Pinto (2007), pois o aumento do número de vagas no ensino superior não solucionaria os problemas da fixação e do provimento dos profissionais de saúde, já que a maior parte das vagas disponibilizadas nessas localidades foram preenchidas por pessoas oriundas de regiões externas do lugar da formação.

Em 2011 aconteceu o seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade, no qual foram discutidas metas para solucionar a má distribuição: o ingresso de estudantes provenientes das comunidades rurais em cursos de saúde; interiorização da universidade e cursos de graduação de saúde e realização de cursos de educação permanente para os profissionais (BRASIL, 2012a, BRASIL, 2012b).

Em seguida, no ano de 2013, despontaram diversas manifestações populares reivindicando melhorias sociais, políticas e acesso aos serviços públicos, envolvendo diversas entidades e movimentos populares contra a realização da Copa do Mundo no Brasil, em detrimento de investimentos em educação e saúde (PERUZZO, 2013). Dentre essas entidades, cita-se a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil, que mobilizou a reivindicação chamada “Cadê o médico?” visando suprir o interior do país de médicos intercambistas, contratados para atender a população (SANTOS, COSTA & GIRARDI, 2015; OLIVEIRA et al, 2015).

Dal Poz (2013) lembra que o movimento de saúde de “Mais Dez” influenciou na reivindicação do provimento de profissionais nas localidades de baixa e de média fixação, tendo, como consequência, a criação do Programa Mais Médicos (PERUZZO, 2013). Desse modo, o governo Federal, por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, instituiu o Projeto Mais Médicos – PMM, visando equacionar o deficitário de médicos em áreas remotas e com vulnerabilidade social no Brasil. Essa ação modificou a perspectiva de somente formar os profissionais de saúde, mas também realizar o que outros países do mundo faziam, ou seja,

importando, em caráter emergencial, profissionais para atender a demanda do país (BRASIL, 2013b).

O PMM ofereceu bolsa-formação para os médicos que aderissem ao Projeto pelo período de 36 meses. Os estrangeiros receberam o registro provisório para atuar no país na atenção básica. O PMM objetiva solucionar a problemática da escassez de médicos, tendo como meta fazer o provimento em regiões de difícil acesso e periferias dos centros urbanos, além de aumentar a disponibilidade de vagas nas escolas de medicina e nas residências médicas (BRASIL, 2013c). Consecutivamente, o Projeto foi questionado duramente, sendo chamado de intervencionista, sem adequada fundamentação conceitual e científica (RIBEIRO, 2015). Dentre seus principais críticos, estava a classe médica, que defendia a idéia de que as intervenções não tinham respaldo científico devido à ausência de estudos, à distribuição inadequada de profissionais pelo país e que oneraria a Atenção Básica em âmbito nacional. No entanto, baseando-se na transição epidemiológica do Brasil, existe a necessidade de organização administrativa da Atenção Básica com a redistribuição de médicos no interior. Portanto, fica evidente que houve melhorias após a admissão de médicos nos serviços, que se justifica além do fato da diminuição da adesão aos cuidados dos idosos pelos famílias devido a estas terem tendência a serem menores (SANTOS, COSTA & GIRARDI, 2015; OLIVEIRA et al, 2015; DAL POZ, 2013).

Outras atividades foram realizadas no âmbito do PMM, como a melhoria da infraestrutura da Atenção Básica e a ampliação e reformas educacionais dos currículos de graduação e residência. Com efeito, dentre os dez desafios da Atenção Básica foram identificadas: baixas condições de trabalho, infraestrutura e informatização inadequadas, baixo financiamento, dificuldades em articulação e acessibilidade com outros setores, principalmente para populações vulneráveis, baixo estímulo e participação para os profissionais e a população nas decisões (BRASIL, 2015d). Como resposta a essas demandas foi instituída a PORTARIA Nº 341, DE 4 DE MARÇO DE 2013, referente às Reformas do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS (BRASIL, 2013d). Essa ação é uma resposta a todas as críticas referentes a não consolidação das atividades médicas nos serviços de atenção primária.

Após dois anos das ações do PMM, seu principal produto foi a interiorização do acesso às vagas do curso de medicina, antes concentradas em capitais. Além de

articulação com diferentes esferas para superar o desafio de problemas estruturais e conjunturais com o objetivo de garantir acesso à atenção básica (BRASIL, 2015c). Algumas intervenções como o estímulo aos profissionais recém-formados em instituições privadas para integrar esse programa, tendo estes como benefício a redução do saldo remanescente dos partícipes no Fundo de Financiamento Estudantil - FIES e o incentivo da ampliação da pontuação visando o ingresso nos concursos de residência, que são importantes atrativos para o recém-formado (OLIVEIRA et al, 2015).

Os dados do Projeto Mais Médicos demonstram que, em dois anos de funcionamento, 82% dos municípios com perfil de extrema pobreza aderiram ao programa. Além disso, na região Norte, houve um aumento entre 15,1% a 20,0% de médicos no período entre 2012-2015. No entanto, excluindo os dados resultantes das atividades produzidas pelo programa, houve um acréscimo de apenas 4,6% de médicos no estado do Amazonas. Ademais, ocorreu o investimento em infraestrutura na Amazônia Legal, que resultou na implantação de duas Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Em decorrência do aumento do número de vagas para o curso de medicina o programa prevê que, até 2026, haverá uma relação de 2,7 médicos por mil habitantes no país (BRASIL, 2015c).

O Programa de Melhoria de Acesso de Qualidade - PMAQ foi uma das ações desenvolvidas para induzir a ampliação ao acesso e melhoria da qualidade da atenção básica. Sua diretriz foi “estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica” (BRASIL, 2011d). Esse programa expôs o panorama das reais necessidades do sistema a serem equacionados.

Em países como Canadá, México e Colômbia, há a obrigatoriedade do exercício da medicina em forma de estágio como uma das atividades de ensino ou condicionadas ao final do curso. Essa é uma importante iniciativa que visa aproximar os estudantes da realidade das populações a serem atendidas e promover o interesse sobre a Atenção Básica em outros países. No entanto, no Brasil, medidas restritivas de migração de mão-de-obra médica de outros países dificultam o atendimento à necessidade de atenção médica, indo na contramão do contexto de atração dessa mão-de-obra (BRASIL, 2015c). Contudo, um protecionismo histórico e

desarticulação que dificultam o acesso das populações do interior a esses profissionais (CARVALHO & SOUZA, 2013).

As ações dispostas foram apresentadas como projetos de saúde visando a melhoria da fixação e provimento de profissionais, principalmente médicos, no interior. As intervenções governamentais foram tão abrangentes e articuladas, atraindo profissionais brasileiros de menor poder aquisitivo para oportunizar a quitação de dívidas estudantis provenientes da sua formação. Adicionalmente, houve a concessão de inscrição nos conselhos regionais aos intercambistas, mesmo sem a validação de diplomas. Todas essas respostas visam a resultados em médio e longo prazo, necessitando de uma avaliação sobre as estratégias utilizadas até o momento (BRASIL, 2013e).

Observado o decurso das atividades desenvolvidas no Brasil para facilitar o acesso ao atendimento médico em áreas de baixo provimento de profissionais, tem-se como produto o surgimento de ações ousadas para solucionar esse problema como o surgimento do Projeto Mais Médicos (PMM). Assim sendo, surge a necessidade de se conhecer as intervenções no Amazonas que mudaram o cenário da formação de profissionais de saúde, conforme descrito a seguir.

3.2. O cenário do ensino de saúde para as profissões de enfermeiros, médicos e odontólogos no Amazonas

Desde o início das atividades desenvolvidas para prover profissionais no Brasil tem-se como característica a fragilidade das organizações de ensino e de saúde. Destaca-se que o cenário da formação de trabalhadores foi marcada por escasso planejamento, respondendo às demandas decorrentes de surtos de doenças, tendo como resposta do estado, principalmente, intervenções pontuais, visando à profilaxia e melhorias sanitárias, com o objetivo de manter o lucro financeiro durante os ciclos econômicos no período da república (SCHWEICKARDT; LIMA, 2010).

A primeira faculdade de medicina do país foi instalada na Bahia, em 1808, fundada no mesmo período que a do Rio de Janeiro, em uma lógica de higienismo, visando dispor de cirurgiões na Colônia e marcado por ações de limpeza de portos, na tentativa de conter a disseminação de doenças nesse período. Acrescenta-se que as famílias residentes enviavam seus filhos para a Europa com o objetivo de

tornarem-se médicos, no entanto, a qualidade da formação era bastante questionada (CRUZ DE SOUSA, 2011; JORGE, 2006; BOTELHO, 2004). Em geral, as profissões de saúde eram exercidas por leigos, sendo que a odontologia foi reconhecida como curso superior em 1884, vinculada aos cursos de medicina e farmácia, nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro (PEREIRA, 2012). Portanto, as áreas litorâneas do país são historicamente beneficiadas, tendo acesso às intervenções e consolidação de serviços médicos desde a colônia.

Lima & Baptista (2000) descrevem o pioneirismo do percurso dos cursos de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro, a partir chegada das primeiras enfermeiras em 1852 para trabalhar nas Santas Casas de Misericórdia. Em 1890, foi criado o Hospício Nacional de Alienados e, devido a conflito de poder entre as religiosas, o estado e os médicos, resulta na saída dessas religiosas da instituição. Os autores citam que nesse momento houve a necessidade de formação de novos profissionais, ocasionando a criação da primeira instituição de ensino do Hospício Nacional de Alienados, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO. Portanto, esse é um marco na qualificação e provimento de profissionais do cuidado para o país.

Em estudo sobre os atores do final do século XX, do cenário das ciências, da política e da medicina, Schweickardt (2011) destaca a atuação de médicos como Alfredo da Matta, Miranda Leão e Astrolábio Passos como personagens reconhecidos e ligados à atuação na área da medicina tropical. Nesse contexto, em 1909, a Escola Livre de Instrução Militar do Amazonas é transformada em Escola Universitária Livre de Manáos, conhecida como a primeira universidade do país (BRITO, 2011). A criação dessa instituição foi justificada pela necessidade de médicos, enfermeiros e dentistas nessa região.

Então, no ano de 1909 tem início as atividades dos cursos de farmácia, odontologia, de parteiras e o curso de medicina, apesar de estar previsto, inicialmente, não começar suas atividades, apesar dos esforços de Astrolábio Passos como diretor da faculdade de Medicina e, posteriormente, do médico Galdino Ramos (BRITO, 2011; SCHWEICKARDT, 2011). A formação dos médicos no país ficou sendo, ainda, em Salvador e Rio de Janeiro, sendo que somente na década de 1920 iniciou a formação de cursos de medicina em outras regiões do país.

Em relação à essa instituição, denominada posteriormente de Universidade Federal do Amazonas (UFAM), destaca-se a sua importância para a formação,

provimento e consolidação das ações de educação superior em diversas áreas de conhecimento no estado, principalmente, em decorrência de ter sido a única instituição por longos anos. Destacamos, também, o seu papel na formação de docentes e profissionais para o surgimento de outras instituições no estado.

Na região Norte, o primeiro curso de medicina foi no Estado do Pará, em 1929. Nesse momento, a região passava por um processo econômico mais lento, mas com o aumento populacional pela migração e a presença de constantes epidemias devido às péssimas condições sanitárias, o que motivou o Estado do Pará à criação do curso de medicina (MIRANDA, 2009). Este foi o principal local de formação da Amazônia, provendo médicos para os outros Estados da região.

No cenário nacional, foi criada a Escola de enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro, em 1923, para atender a necessidade de uma enfermagem de cunho científico e técnico. A mesma é reconhecida como protagonista em relação à formação, ensino, pesquisa, assistência, política e criação de entidades organizativas da enfermagem. Teve, também, grande participação na criação de 16 escolas pelo Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980. Na região Norte, inicia, em 1925, o curso de enfermagem obstétrica, no Pará (LIMA & BAPTISTA, 2000; MIRANDA, 2009; PERES, 2013).

Na década de 1940, Getúlio Vargas estimula a fundação de escolas profissionalizantes. Em decorrência dessa ação, é criada a Escola de Enfermagem de Manaus, em 1949, vinculada ao Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, com recursos provenientes da Superintendência de Valorização Econômica da Região Amazônica - SPEVEA. Esta escola foi idealizada pelo superintendente Marcolino Candeau e organizada pela enfermeira Rosaly Rodrigues Tabosa. A escola tinha como objetivo receber entre 350 a 400 alunos para formarem-se enfermeiros obstetras (BRITO, 2011; GALVÃO, 2011; LIMA & BAPTISTA, 2000; GALVÃO, 2011; PINHEIRO, 2010). Ademais, neste período, Miranda (2009) relata que no 9º Congresso Nacional de Estudantes, foi reivindicada a criação da Universidade da Amazônia, proposta por estudantes oriundos do Amazonas, presente neste Congresso. Percebe-se que a população começa a vislumbrar o crescimento em relação aos serviços de saúde e à capacitação dos moradores.

No final da década de 1960, a Universidade do Amazonas - UA, como é denominada por Getúlio Vargas (1951-1954), utiliza recursos da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPEVEA) para sua manutenção

e crescimento (ANDRADE, 2012; GALVÃO, 2011). O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) também desempenhou importante papel na formação de trabalhadores da saúde na região amazônica. Inicialmente, o SESP teve o objetivo de apoiar com ações sanitárias para combater as endemias que prejudicavam a produção da borracha (GALVÃO, 2011).

O curso de medicina no Amazonas tinha sua implantação prevista para 1909, mas foi implementado somente em 1965. Segundo Brito (2011), isso trouxe, como consequências, a falta de profissionais médicos no Estado. Galvão (2003) relata, também, que havia falta de professores qualificados desde a origem do curso, ainda se somando às condições precárias do prédio, inadimplência nos pagamentos dos funcionários, além da articulação política tensa em torno do início das atividades do curso. Apesar disso, o curso de medicina potencializou algumas áreas de estudo e formação como a criação da Clínica de Moléstias Tropicais pelos professores Heitor Dourado e Carlos Borborema (UFAM, 2016).

Neste período, Braghini (2014) destaca que, nacionalmente, houve uma crise do ensino, caracterizada pela superlotação das universidades, aumento do número de finalistas do Ensino Médio. Como produto, houve grande dificuldade de acesso às vagas ao ensino superior, acompanhado dos históricos problemas sociais da brasileiros que reforçavam as desigualdades e injustiças sociais. A UFAM recebeu diversos alunos oriundos de outros estados, chamados de alunos excedentes, que haviam sido aprovados em outras universidades para o curso de medicina conforme entrevista cedida por um profissional de saúde entrevistado na dissertação de Érica Lima Barbosa:

(...) o ministro da educação, que era o Jarbas Passarinho, dividiu aquelas pessoas que passaram, mas que as vagas que eram pra aquelas unidades onde eles passaram não eram suficientes, eles mandaram pra várias universidades, e a universidade do Amazonas recebeu pelo menos à época, cento e dezessete alunos de fora, então as primeiras turmas eram ricas nesses alunos que vinham de outros estados e quando acabavam de formar eles voltavam pros estados deles. (BARBOSA, 2016, p. 72).

Na manifestação do entrevistado destaca-se que o estado promoveu uma migração daqueles estudantes aprovados, mesmo tendo dificuldade de mantê-los após sua formação concluída. Portanto, constitui-se em fator complicador a promoção do ingresso de habitantes nativos e a fixação dos egressos. No mesmo

ano de 1966 foi criado o Hospital Getúlio Vargas pelo governador do estado Arthur César Ferreira Reis (BRITO, 2011; GALVÃO, 2003). Essa instituição serve como campo de estágios e residências até os dias de hoje e foi doado, juntamente ao seu patrimônio, à universidade, na década de 1983, pelo decreto No. 6.994, do governo do estado (BRITO, 2011). No entanto, havia resistência pela gestão, a que o hospital fosse utilizado como campo de estágio dos estudantes de medicina (GALVÃO, 2003). A população também não aceitava que estudantes os examinassem, resultando numa greve de professores e alunos que fez com que o Estado passasse o hospital para a gestão da Universidade do Amazonas.

Um importante revés ocorreu na década de 1990, no que se refere ao provimento de enfermeiros e auxiliares na região. A Fundação SESP foi extinta e suas atividades absorvidas pela Fundação Nacional de Saúde – FNS. Com isso, a Escola de Enfermagem de Manaus - EEM tem sua administração descentralizada, gerando crise na manutenção e acesso à reposição do seu quadro docente. Em 1997, a EEM foi transferida para a Universidade do Amazonas – UA (UNIVERSIDADE DO AMAZONAS, 1996; GALVÃO, 2011; PINHEIRO, 2010). Nesse momento, a EEM e a Faculdade de Medicina eram as únicas instituições formadoras na área da saúde do Amazonas.

Outras instituições foram criadas no início do século XXI, como a implantação da UEA, em 2000, e, em 2002, foi criado o único curso privado de medicina no Amazonas até os dias atuais. Apesar de o Estado do Amazonas ter apenas uma instituição formadora por mais de quatro décadas, não conseguia suprir as necessidades de profissionais de saúde para trabalhar no interior. No estado, a saúde estava bastante centralizada nos hospitais, pois a Atenção Básica foi muito recentemente implantada na maioria dos municípios do interior. A capital absorvia a maioria dos profissionais, pois foi concentrando a média e alta complexidade, enquanto que o imenso território do Amazonas ficava desassistido e as 345 vagas disponíveis para acesso em vestibulares de medicina das universidades não eram suficientes para a demanda crescente da assistência à saúde.

No contexto nacional, a partir de 1999, houve um crescimento acentuado dos cursos nas áreas de saúde. Haddad et al (2010) citam que o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF colaborou com o aumento da oferta de formação. Apesar da baixa cobertura, o Programa Saúde da Família no estado do Amazonas gerou uma oferta de cursos de saúde nas instituições privadas.

Importante ressaltar que o Amazonas detém apenas 4,3% da mão de obra médica no país, demonstrando que a fixação e o provimento de profissionais ainda é um desafio para os gestores municipais e estaduais. Nesse sentido, a formação é um dos pontos fundamentais para enfrentar esse problema, especialmente para a realidade da região (OLIVEIRA et al., 2011; CAMPOS et al., 2009).

Instituições formadoras dos cursos de odontologia, enfermagem e medicina no Amazonas, atualmente, tem diferentes configurações. Nota-se o crescimento exponencial dos cursos de enfermagem e odontologia, principalmente no que se refere à esfera privada, a partir da década de 2000, com o maior número de vagas disponíveis no Estado nesses cursos (Tabela 5).

A oferta e a disponibilidade de vagas para os cursos de enfermagem, medicina e odontologia no Estado do Amazonas estão distribuídas na modalidade presencial e à distância – EAD, tanto em Instituições públicas como privadas. O curso de enfermagem é oferecido em treze instituições, na modalidade presencial e à distância - EAD. As instituições que oferecem cursos presenciais, situadas nos Municípios de Manaus, Parintins* e Coari, disponibilizam 3.037 vagas para ingresso anual. Na modalidade EAD, Enfermagem é oferecido em três municípios além de Manaus: Itacoatiara, Coari e Parintins. No entanto, são desconhecidos os números de vagas oferecidos somente na região. As instituições, em todo território brasileiro, disponibilizam 27.999 vagas (BRASIL, 2016).

A partir de 2000, os cursos privados passaram a oferecer vagas para a formação de enfermeiros na região do estado. A Universidade do Estado do Amazonas formou a primeira turma de enfermeiros em 2006, na Escola Superior de Ciências da Saúde, situada em Manaus. Neste mesmo ano, é iniciado o curso de enfermagem no campus da UFAM, na cidade de Coari, dando início ao processo de interiorização dos cursos de saúde, em Polos no interior do Amazonas. Depois de sete anos, a UEA disponibiliza uma turma especial na região do Baixo Amazonas, no município de Parintins (AMAZONAS, 2013a) (Tabela 5).

Na capital, oito instituições oferecem o curso de Odontologia, num total de 886 vagas anuais. O curso de Enfermagem é o que mais teve investimento da iniciativa privada, seguido pelo de Odontologia. Conforme Ceccim & Pinto (2007) a onerosidade, a dificuldade de investimento e a atração dos cursos de medicina por localidades onde existe maior poder aquisitivo da população, dificultam sua implantação em localidades distantes das regiões metropolitanas. O PMM quebrou

essa lógica através da adoção de uma política que prioriza as necessidades do SUS e o desenvolvimento regional.

Os possíveis fatores que podem ter influenciado no crescimento das instituições privadas na região foram as políticas afirmativas implantadas pelo governo federal para garantir o acesso ao ensino superior para estudantes de baixa renda, tais como o Programa de Financiamento estudantil - FIES e o Programa Universidade para Todos – PROUNI (BRASIL, 2014). Em Manaus, a concessão do Programa Bolsa Universidade, ofertado pela Prefeitura, nas instituições privadas de ensino superior, através de permuta de concessões fiscais para as participantes, pode ter contribuído com o aumento do número de vagas disponíveis a partir de 2009. O programa beneficia famílias de baixa renda, com bolsas integrais e parciais, mediante bom rendimento escolar do beneficiado e tem como contrapartida a participação em projetos da prefeitura (PREFEITURA DE MANAUS, 2009a; PREFEITURA DE MANAUS, 2009b, p.3).

Com a implantação de duas universidades, uma pública e outra privada, a partir da década de 2000, houve um crescimento de 67,25% de vagas para o curso de medicina. Diante desse resultado, pode-se afirmar que o maior investimento desse curso ainda está nas instituições públicas, com 70,76% das vagas no Amazonas (BRASIL, 2014).

A distribuição dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina, por Município do estado, de acordo com a natureza jurídica e ano de formação com o número de egressos previstos por instituição (tabela 5), está disponível no site do Ministério da Educação. Estes dados foram confirmados com as instituições e editais de vestibulares disponíveis e revelam que houve um significativo crescimento das vagas nos cursos de graduação na rede privada na cidade de Manaus. O único curso oferecido nos municípios de interior, Parintins e Coari, foi o de enfermagem, enquanto que os cursos de odontologia e medicina estão somente em Manaus (Tabela 5).

Observamos que houve um significativo crescimento das vagas nos cursos de graduação pesquisados na Rede privada de ensino superior na cidade de Manaus. Cabe destacar que está em implantação o curso de medicina no município de Coari pela UFAM, no âmbito do PMM. Em 2012, foi determinada a expansão de 48 vagas no curso em Manaus e criadas 80 vagas na Região do Médio Amazonas pelo Ministério da Educação, sendo previsto para 2016 o primeiro vestibular de Processo

Seletivo do Interior – PSI (BRASIL, 2012c). Essa pasta ministerial registra a ampliação de 76% das vagas na região Norte, sendo consequência da política de expansão e interiorização, que buscou a diminuição das desigualdades entre as regiões do país (BRASIL, 2014).

Tabela 5 – Cursos de graduação distribuídos numericamente por localização no estado do Amazonas, natureza jurídica, ano de fundação e número potencial de egressos em 2015, Amazonas, 2015.

Cursos de graduação em Enfermagem no Estado do Amazonas			
Municípios	Natureza Jurídica	Ano de fundação	No potencial de egressos
Manaus	Federal	1951	56
	Estadual	2001	130
	Privada 1	2000	200
	Privada 2	2002	960
	Privada 3	2002	59
	Privada 4	2004	850
	Privada 5	2007	100
	Privada 6	2007	200
	Privada 7	2007	200
	Privada 8	2015	200
Coari	Federal	2005	40
Parintins	Estadual *	2013	42
		Total	3.037
Cursos de graduação em odontologia no Estado do Amazonas			
Municípios	Natureza Jurídica	Ano de fundação	No potencial de egressos
Manaus	Federal	1965	42
	Estadual	2001	104
	Particular 1	1999	100
	Particular 2	2001	40
	Particular 3	2001	45
	Particular 4	2003	115
	Particular 5	2007	200
	Particular 6	2015	240
		Total	886
Cursos de graduação em medicina no Estado do Amazonas			
Municípios	Natureza Jurídica	Ano de fundação	No potencial de egressos
Manaus	Federal	1966	112
	Particular	2002	100
	Estadual	2001	130
		Total	342

*Turma do curso de graduação em enfermagem na modalidade especial.

Fonte: Inep, 2015.

O acesso por meio do Sistema de Seleção Unificado – SISU gera outra distorção no processo de seleção de alunos para as universidades públicas, pois privilegia candidatos de regiões com maiores índices de qualidade escolar (MEDEIROS, 2016). Os candidatos da região Norte têm menores oportunidades de acesso, sendo necessário apresentar um sistema de seleção diferenciado com critérios sociais e regionais (RODRIGUES, 2015).

O Amazonas teve a ampliação da sua rede de instituições formadoras a partir da década de 2000, principalmente com a criação da Universidade do Estado do Amazonas. A inauguração da UEA trouxe uma grande contribuição na formação descentralizada e interiorizada nas diferentes áreas do conhecimento. Embora seja uma instituição relativamente nova tem contribuído para o provimento de profissionais de saúde para o Estado do Amazonas e para outros estados da região Norte e do país, como vamos observar adiante.

4. A política de cotas da Universidade do Estado do Amazonas e a relação com a fixação dos profissionais para as regiões do interior do Estado

O estado do Amazonas tem diversas instituições de ensino superior visando à formação de profissionais de diversos campos de conhecimento, conforme foi abordado no ponto anterior, todavia, nesse capítulo foi focado acerca da recém criada entidade, a Universidade do Estado do Amazonas.

4.1 A criação da Universidade do Estado do Amazonas

A Universidade do Estado do Amazonas foi instituída em 2001, no Governo Amazonino Armando Mendes, pela Lei Decreto n.º 21.666, de 1.º de fevereiro de 2001. O objetivo dessa instituição é “promover a educação, desenvolvendo o conhecimento científico, em particular, o da região Amazônica, juntamente com valores éticos capazes de integrar o homem à sociedade e, também, aprimorar a qualidade dos recursos humanos.” (ALEAM apud ESTÁCIO, 2012a).

A instituição veio responder à necessidade de profissionais para a atenção à saúde na região, especialmente para a atenção básica, que teve um expressivo crescimento a partir da década de 1990. Ao mesmo tempo, havia a necessidade de interiorizar a formação para outras áreas do conhecimento, principalmente na educação. Em 2001 foram disponibilizadas 1930 vagas para diversas áreas do conhecimento, distribuídos em diversos pólos no estado (AMAZONAS, 2001a). No início, os cursos da capital, da área da saúde e humanas, recém-criados, foram instalados no prédio Samuel Benchimol, situado no Bairro da Praça 14 em Manaus. O já existente Instituto de Tecnologia da Amazônia– UTAM, com os cursos de tecnologia, foi incorporado pela UEA, através da Lei do Governo do Estado No. 2.637, DE 12 DE JANEIRO DE 2.001 (AMAZONAS, 2001b, 2001c; ALEAM - Lei Ordinária nº 2783/2003 de 31/01/2003).

O ex-governador Amazonino Mendes¹, destacou que a inspiração para criar a UEA decorreu de uma viagem a Cuba. Relatou que naquele país as pessoas tinham acesso à faculdade de medicina de forma gratuita para toda a população. Assim,

¹ Informação decorrente de diálogo informal com o ex-governador Amazonino Mendes em um restaurante no dia 26 de julho de 2016 às 13 horas na cidade de Manaus.

cogitou em criar uma instituição que poderia democratizar o acesso para os moradores do interior e de baixa renda da região, inclusive com a gratuidade do vestibular.

A Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA) foi criada na capital com três cursos de graduação: enfermagem, medicina e odontologia. No interior, diversos cursos foram fundados em seis centros de estudo e onze núcleos de ensino superior nos diferentes municípios contemplando a área da educação e da tecnologia. Nos anos seguintes foram estabelecidos os cursos de Educação Física, Farmácia, Tecnologia em Biotecnologia, bacharelado em Saúde Coletiva e uma turma especial de bacharelado em Enfermagem no *campus* de Parintins (AMAZONAS, 2001a, 2004a, 2014b, 2011b, 2013a).

A UEA é considerada a maior universidade multicampi do país, que promoveu acesso a qualificação na região por meio de tecnologia em algumas áreas. Segundo Costa e Oliveira (2011), a formação de profissionais e a interiorização são características marcantes dessa instituição, garantindo que locais distantes e isolados participem da formação por meio do ensino presencial mediado por tecnologia nos 61 municípios do interior. Destaca-se que o curso de Bacharelado em Saúde Coletiva é o único curso da ESA que utiliza o recurso de ensino presencial mediado, já que é oferecido em dezoito municípios do Amazonas (AMAZONAS, 2013b).

Os principais obstáculos para a constituição de instituições de nível superior no interior do Amazonas, em período regular, foram os seguintes: dificuldade de prover professores qualificados para a docência; falta de infraestrutura como a internet; escassos recursos financeiros para construção das instalações. Diante desses desafios, a UEA iniciou suas atividades de ensino com o sistema de aulas presenciais mediadas por tecnologia para os cursos de humanas e tecnologia e para os de saúde. Também criou mecanismos para atrair e manter moradores do interior na capital do Estado (OLIVEIRA & COSTA, 2011).

O ensino presencial mediado por tecnologia funciona com as aulas transmitidas simultaneamente aos municípios por via satélite. Na sede fica o professor tutor e nos polos tem o suporte dos professores assistentes. As inovações tecnológicas foram necessárias para responder à demanda de uma realidade geográfica diversa no estado, sendo primordial para a modificação de um cenário de quase isolamento às demandas educacionais na região. Foram graduados mais de

14.000 pessoas nessa modalidade entre os anos de 2005 a 2011 em todo o estado (AMAZONAS, 2011a).

Para implantar o suporte tecnológico, a UEA teve acesso a recursos estabelecidos pelo decreto nº 23994 de 29/12/2003, que destina 10% do ICMS recolhido pelas empresas instaladas no Polo Industrial (AMAZONAS, 2003a). Os recursos são utilizados para prover as atividades de graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão na capital e no interior do estado. Atualmente, muitos cursos funcionam com um corpo docente local, que foram sendo incorporados através de concurso público ou de contratação provisória.

Foram pactuadas parcerias entre instituições para contratação e funcionamento como a Fundação Muraki – responsável pela contratação de professores e oferecimento de serviços. A criação, em 2003, da Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas – FAPEAM foi outra instituição que deu suporte para as atividades de pesquisa no Estado do Amazonas, apoiando o Programa de Iniciação Científica através de bolsas. As parcerias foram importantes para a garantia de atividades de ensino, pesquisa e extensão. A instituição foi ganhando reconhecimento por meio do processo de formalização e de institucionalização das atividades acadêmicas (AMAZONAS, 2003b, 2003c).

A FAPEAM apoiou as atividades de iniciação científica, com a criação do Programa de Fomento à Iniciação Científica da Universidade do Estado do Amazonas PROFIC/UEA, Programa de Apoio à Iniciação Científica - PAIC e o Programa de apoio à Iniciação Científica do Interior – PAICI. Nesse programa são oferecidos 144 bolsas, que tem como público-alvo os cotistas do interior. Em 2008 foi criado o Programa Estratégico de Apoio à Integração de Estudantes do Interior às Ciências da Saúde - IC-SAÚDE, que concedeu de 2004-2011 1.329 bolsas (AMAZONAS, 2004b, 2011a, VASCONCELOS, 2015). Este Programa beneficiou somente alunos oriundos dos pólos do interior do Estado. No período entre 2003 a 2009, a UEA foi atendida com 16% dos recursos da FAPEAM para diversas atividades científicas e de extensão (AMAZONAS, 2010). Essas atividades foram primordiais para o desenvolvimento de ciência e tecnologia na região, principalmente para alunos que não tinham oportunidade de vivenciar essa experiência, o fazer ciência. As bolsas também deram uma resposta para a situação da desigualdade social, dando condições para que cotistas pudesse se manter na capital ou nas

sedes dos seus municípios. Esse foi um importante laço institucional entre os alunos e a universidade.

A primeira necessidade demandada pela ESA foi a criação de um hospital universitário e uma clínica odontológica para ser campo de relação entre a teoria e a prática. A clínica odontológica foi inaugurada em 2011. No Município de Iranduba, região metropolitana de Manaus, está sendo construída a Cidade Universitária da UEA, com um hospital universitário e uma rede de telemedicina. A cidade universitária está sendo construída em uma área de 11.997.705,50 m² e na primeira fase da construção está previsto o uso de R\$1.052.544,32 (AMAZONAS, 2004c, 2012a, 2016b). A cidade Universitária tem como objetivo centralizar as atividades da instituição, pois atualmente funciona com diferentes infraestruturas em diferentes lugares da cidade de Manaus. Os campos de prática utilizados pelos cursos de enfermagem e medicina são constituídos da rede de atenção básica e hospitalar disponíveis na cidade de Manaus para os estudantes da ESA e de estágio rural curricular em diversos municípios do interior (AMAZONAS, 2011a).

O convênio com o Ministério da Saúde para prover no Programa Saúde da Família, em 2001, deu origem ao curso de Especialização em Saúde da Família (AMAZONAS, 2001d). A posteriori, instalam-se diversos cursos *lato sensu* e *stricto sensu*, como o Mestrado em Doenças Tropicais e Infecciosas em parceria com a Fundação de Medicina Tropical e o Mestrado em Biotecnologia, em 2002. Dez anos depois foi criado o curso de Doutorado em Doenças Tropicais e Infecciosas (AMAZONAS, 2002a, 2002b, 2012b). Em 2013 a UEA criou o programa de residência em enfermagem (AMAZONAS, 2013c).

Em 2003, criou-se a comissão de avaliação das atividades de extensão, com o objetivo de inserir os alunos nas atividades dos serviços de saúde e com a sociedade (AMAZONAS, 2003b). No ano seguinte foi criado o programa de monitoria (AMAZONAS, 2004d). Essas atividades foram importantes para a consolidação das atividades entre a universidade e a comunidade.

Em 2006, o Ministério da Ciência e da Tecnologia criou a Comissão permanente de telessaúde, que institui a Rede Universitária de Telemedicina – RUTE, em que o estado do Amazonas participa da primeira fase de implantação do sistema para atendimento às demandas da atenção básica em saúde no estado (RIBEIRO FILHO et al, 2008). O Polo de telemedicina da Amazônia iniciou suas atividades em 2004 e, posteriormente, foi chamado de Programa de Telessaúde

(<http://www.telessaudeam.org.br/ead/>). Os recursos do Programa foram do Ministério da Saúde, que visava à articulação de ações para qualificação de profissionais de saúde e acesso ao atendimento por tecnologia de algumas especialidades médicas, por teleconsulta, para moradores de 56 municípios do Amazonas (AMAZONAS, 2014c, 2011a). A Universidade do Estado do Amazonas teve uma importante contribuição para a consolidação do SUS no Amazonas, qualificando os trabalhadores e prestando assistência aos usuários. Desse modo, o Programa promoveu a inclusão de um número significativo de pessoas, além de desonerar os municípios das altas despesas de deslocamento dos pacientes para a capital.

O governo do estado, em 2011, no Plano Plurianual do período 2012-2016, inseriu a UEA como uma instituição estratégica para o desenvolvimento regional por meio da educação e da pesquisa (AMAZONAS, 2011a). Isso foi importante para assumir publicamente a importância do planejamento das ações da UEA em consonância com as atividades de políticas de estado, modificando o caráter intuitivo das ações para o de prospecção de ações em parceria para o futuro.

Em 2011, foi criado o bacharelado em Saúde Coletiva, a partir de uma demanda da gestão, que buscava o fortalecimento das políticas públicas de saúde. O curso funciona por meio do ensino mediado por tecnologia, sendo que a primeira turma de egressos finaliza o curso em 2016 (AMAZONAS, 2011b). Esse curso teve um ingresso de 714 alunos e aconteceu, simultaneamente, em 18 municípios. Os alunos de saúde coletiva geraram novas demandas aos gestores e serviços de saúde locais, promovendo um debate sobre a gestão e as políticas de saúde na região amazônica. Os alunos também se inseriram nos movimentos nacionais de estudantes de saúde coletiva e acompanham as discussões sobre a carreira de sanitarista no SUS.

A instituição cresceu, e, em quinze anos, consolidou-se como centro de pesquisa, ensino e extensão, respondendo às necessidades loco-regionais. No entanto, ainda há necessidade de uma maior articulação com as ações do governo do estado, dialogando mais com as políticas e o planejamento local e estadual. Além disso, há uma diminuição dos recursos para manutenção da estrutura física e dos recursos humanos. Nesse sentido, as avaliações dos resultados da instituição precisam ser mais divulgados para que se possa visualizar as contribuições para o fortalecimento de políticas públicas como a da saúde e para o desenvolvimento regional e intra regional. Sem contar com a lógica de inclusão por meio de cotas do

interior que tem contribuído enormemente com o provimento e a fixação de profissionais nas diferentes regiões do Estado e da Amazônia.

4.2 Política de Cotas da UEA e os cursos da Saúde

A política de cotas no contexto brasileiro tem sido discutida a partir da inserção social, racial e de gênero, fazendo parte das ações afirmativas que visam a reparação e as injustiças históricas “infringidas a certos grupos no passado, presente ou futuro, por meio da valorização social, econômica, política e/ou cultural” (MOEHLECKE, 2002). Essas ações são importantes no contexto do Amazonas, com seus contrastes e dificuldade de acesso aos bens. Desse modo, a política de cotas garante o acesso diferenciado aos povos em situações de desigualdade social.

Ceccim & Pinto (2007), defendem que as “cotas sociais”, organizadas para atender a necessidade do território, aumentam o acesso dos moradores e estimulam a fixação e provimento dos profissionais de saúde, articulando as ações e relações interesetoriais entre saúde e educação e movimentos sociais. Este tipo de cota, encaixa-se nas ações adotadas pelo governo do estado do Amazonas no que se refere ao acesso de moradores do interior do estado às vagas da UEA.

Num levantamento realizado nas universidades estaduais do país, foi detectado que quatro universidades da Região Norte fazem algum tipo de ação afirmativa: a Universidade do Estado do Amazonas, a Universidade do Tocantins, a Universidade Estadual de Roraima e a Universidade do Estado do Amapá. Dentre elas, a Universidade do Estado do Amazonas, pela Lei nº 2.894, de 31/05/2004, consolidou o ingresso, por meio de reserva de vagas, para a população oriunda do interior e acesso diferenciado para populações indígenas (FERES JÚNIOR et al, 2013). Essa iniciativa se deu antes mesmo da consolidação da legislação das cotas afirmativas nas universidades federais, prevista na Lei nº 12.711/2012 e regulamentada pelo Decreto nº 7.824/2012 (BRASIL,2012b). Muito embora a UEA tenha uma postura inovadora, ela demanda de necessidades de acesso regional e de reivindicações das populações indígenas desde os anos de 1980, população essa que foi atendida com o sistema de cotas de acordo com o critério de histórico escolar, território e étnico (ESTÁCIO, 2012b). Essas ações demonstram o trajeto para atendimento às necessidades e peculiaridades antes negadas para as

populações do interior e das diversas etnias moradoras dessa região, que foram atendidas pelo estado mediante suas reivindicações.

A partir de 2005, foram organizadas as vagas destinadas a candidatos de etnia indígena, dos quais 5 eram destinadas para o curso de medicina, 4 vagas de enfermagem e 4 de odontologia. Em 2014 houve crescimento de vagas nesta instituição e somaram 146 vagas destinadas para esse segmento de cota em todos os cursos dos *campi* (AMAZONAS, 2004a, 2005a, 2013d, 2014b).

Pereira (2008) entende que a UEA tem uma política de ação afirmativa, já que esta instituição tem 80% das vagas reservadas para ingresso dos alunos oriundos de escolas públicas da região. A Lei nº 2.894, de 31/05/2004 estabelece critérios para o acesso à essas vagas, já que os candidatos não deverão ter curso superior completo e ter cursado o ensino médio na região, proveniente de escola pública ou privada (AMAZONAS, 2004a).

Tabela 6 - Distribuição dos municípios em polos geográficos do interior do estado do Amazonas de 2001-2015 por meio de acesso de vestibular.

Polo	Municípios
1	Autazes, Barcelos, Borba, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Iranduba, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Izabel e São Gabriel da Cachoeira.
2	Lábrea, Boca do Acre, Canutama, Pauini, Tapauá.
3	Eirunepé, Carauari, Envira, Guajará, Ipixuna, Itamarati
4	Humaitá, Apuí, Manicoré, Novo Aripuanã.
5	Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará, Urucurituba.
6	Parintins, Barreirinha, Nhamundá, Boa Vista do Ramos, Maués
7	Manacapuru, Anamá, Beruri, Caapiranga, Manaquiri, Novo Airão
8	Coari, Codajás, Anori.
9	Tefé, Alvarães, Japurá, Juruá, Maraã, Uarini, Jutaí, Fonte Boa
10	Tabatinga, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Amaturá, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tonantins

Fonte: AMAZONAS, 2004a. p.9.

A tabela 6, acima, tem 61 municípios do interior organizados em 10 regiões geográficas, denominadas de pólos de acesso pela UEA, que detém 50% das vagas

disponibilizadas para os cursos de enfermagem, odontologia e medicina. Na área da saúde, as vagas são distribuídas por pólos geográficos do Estado do Amazonas (tabela 6), quando é exigido que o candidato tenha estudado os oito primeiros anos do ciclo básico no polo para o qual decidiu concorrer, mas, se tiver feito supletivo, deverá ter três anos de residência na localidade (AMAZONAS, 2004a). Essa lei garantiu que o acesso fosse realizado para todas as regiões do estado conforme as disposições constantes nos editais da Instituição. Os 61 municípios do interior são organizados em 10 regiões geográficas (tabela 6), denominadas de pólos de acesso pela UEA, que detém 50% das vagas disponibilizadas para os cursos de enfermagem, odontologia e medicina.

Em 2013 foi criada a lei estadual que obriga o egresso dos cursos de saúde da UEA a permanecer, por um ano, em um município do interior, caso seu ingresso tenha sido por meio da lei de cotas. O aluno receberia uma bolsa por meio de um Programa de Melhoria da Atenção à Saúde, de acordo com as demandas da Secretaria de Saúde (AMAZONAS, 2013d). Essa iniciativa visa articular o retorno do egresso cotista para a região de onde é proveniente, visto a necessidade de atender às demandas do interior, garantindo o provimento destes profissionais. Em virtude dessa iniciativa diversos debates acalorados sobre a legalidade do assunto, dentro da universidade, ocorreram. No entanto, até o momento não está decidido como ocorrerá essa iniciativa de interlocução entre o estado e a universidade, para acolher esses egressos, e nem se os profissionais de todas as categorias serão beneficiados.

Diante do exposto, Estácio & Nicida (2013) afirmam que a criação da UEA foi uma política de governo e não uma política de estado visando a interiorização do ensino superior e a transposição das dificuldades enfrentadas pelos moradores de localidades longínquas, e que assegurou o acesso igualitário dos amazônidas, respondendo às necessidades da região. Logo, significou que foi uma iniciativa que partiu diretamente do interesse do governo, não foi decorrente de estudos objetivando a sua implantação, no entanto reconhece-se a importância da sua inovação.

Além disso, Rosa (2014) detecta que os principais condicionantes das limitações para estudantes oriundos das cotas foram de ordem econômica, influenciando na evasão destes. A partir dessa situação, a UEA criou iniciativas para diminuir a evasão nos primeiros anos do curso, pois era quando o maior número de

estudantes abandonavam o curso. Para isto está previsto na sua política o compromisso de ampliação dos mecanismos de acesso e de investigação à potencialização de suas ações afirmativas. Dentre outras intervenções estão: criação de um programa de auxílio transporte, acomodação na Casa do Estudante, auxílio moradia, programa de auxílio alimentação, construção de restaurante Universitário, disponibilidade de bolsas de iniciação científica para aqueles que entraram por cotas. Essas foram as principais iniciativas para consolidar a permanência dos alunos durante os cursos (AMAZONAS, 2011a, 2012c, 2012d, 2005b, 2006). Essas iniciativas são primordiais para garantir o êxito do acesso aos estudantes oriundos dos municípios do interior, diminuindo, assim, as dificuldades para a conclusão do curso e provendo profissionais aos municípios.

Em 2009, a FAPEAM criou o Programa de Iniciação Indígena - PAIC/INDÍGENA, reforçando as ações de reforço para as políticas afirmativas. (AMAZONAS, 2009). As ações afirmativas da UEA não ficam somente em concessão de vagas, mas também acesso a benefícios para os oriundos do interior. A consolidação dessas ações inicialmente não tinha regulamentação, mas foi necessário criar mecanismos como estreitamento de laços com as instituições de fomento e a elaboração de regras para aplicação dos benefícios para aqueles que tinham necessidade de acesso, garantindo que não houvesse evasão devido à vulnerabilidade social dos oriundos do interior e de origem indígena.

Tabela 7 – Distribuição por tipo de benefício para discentes no período entre 2001-2011.

Benefícios (N)	Evolução anual										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Auxílio Moradia*	-	-	748	748	1.259	1.189	1.139	870	1.322	279	330
Auxílio Transporte	-	-	-	-	-	-	-	63	68	300	307
Auxílio Alimentação	-	-	168	168	167	169	195	394	375	522	509
Total	-	-	916	916	1.426	1.358	1.334	1.327	1.765	1.101	1.146

Fonte: PROEX/UEA, (AMAZONAS, 2011a) p. 86.

Os benefícios para moradia e alimentação surgem formalmente a partir de 2003 e o ano de 2009 é o período onde há o aumento do número de concessões de benefícios, e posterior decréscimo destes (tabela 7). O auxílio moradia é concedido

apenas nos municípios de Manaus e Lábrea e o de alimentação, em Manaus e Itacoatiara (AMAZONAS, 2011a).

O banco de dados da UEA possui uma inconsistência porque não informa com segurança o semestre de ingresso, portanto, iremos analisar a naturalidade do candidato e o seu retorno para o município de origem, que aqui denominamos de fixação. A partir desse momento passamos a conhecer a realidade daqueles que são egressos e estão no mercado de trabalho, principalmente, dos cotistas, em relação ao provimento e fixação desses. Agora, parte-se para a discussão acerca da formação dos estudantes oriundos dessa instituição e seu perfil.

4.3 O cenário do Perfil dos egressos da UEA 2006-2015

A Universidade do Estado do Amazonas tem como meta atender as demandas da sociedade amazonense em relação à formação de profissionais das diversas áreas do conhecimento. Sabe-se que, embora se tenha pesquisado sobre o perfil dos profissionais de saúde no Brasil, a atuação das categorias e as ações governamentais proporcionando o aumento de profissionais em áreas de dificuldade de provimento, ainda é detectada a escassez de profissionais da categoria médica.

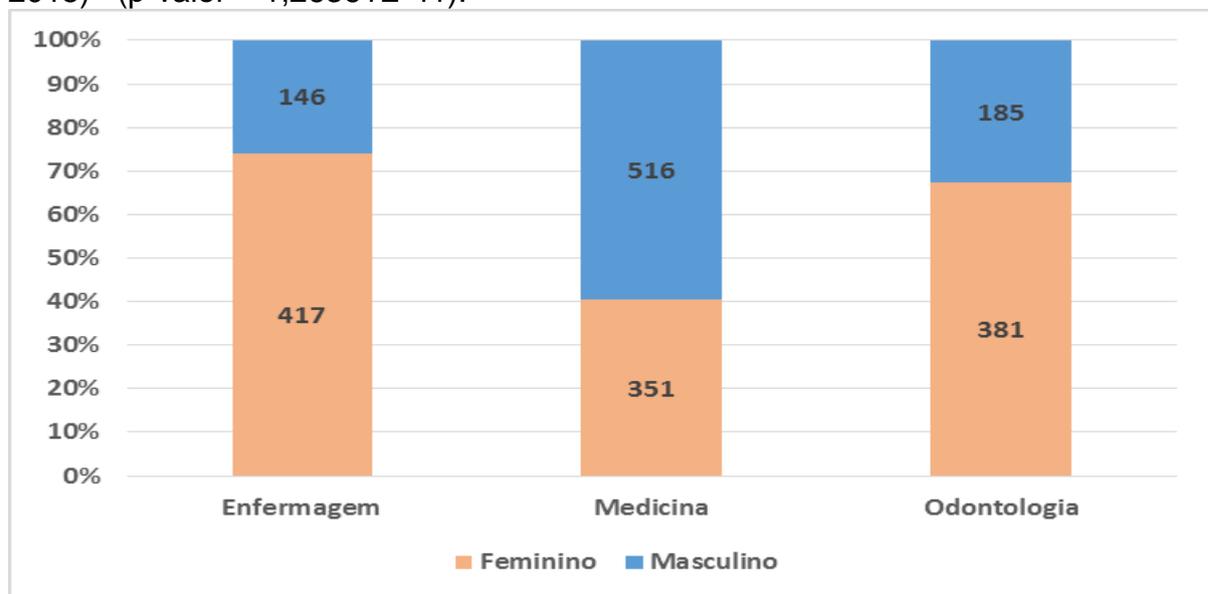
As principais intervenções realizadas foram: o Programa Mais Médicos com a iniciativa do crescimento de vagas nas universidades, investimento nas ações afirmativas visando ampliar o acesso da população de baixa renda, negros, índios e estudantes oriundos de escolas públicas para ensino superior. Essas iniciativas darão resultados a longo prazo para o provimento dos profissionais dessas categorias. Outro aspecto que deve-se destacar é que dentre os estudos realizados sobre o perfil dos médicos, enfermeiros e dentistas no país, não foram identificados trabalhos sobre profissionais da região Norte (BASTOS et al., 2003; CASTELLANOS et al, 2009; FUNK et al, 2004; SILVA et al., 2016; MIALHE, FURUSE & GONÇALO, 2008; TORRES et al, 2012).

Ainda temos poucos estudos sobre os profissionais egressos no Amazonas, principalmente de formação multidisciplinar como da Escola Superior de Ciências da Saúde dentro das novas propostas de currículo e visando atender as peculiaridades regionais. Mediante essa constatação, foram utilizados dados para escrever acerca do perfil dos egressos. Nesse sentido, esse tópico buscou analisar o perfil dos

egressos para compreender as principais características daqueles profissionais como resposta para as indagações da sociedade acerca desses atributos. Foram analisados os principais aspectos desses profissionais.

As variáveis utilizadas sobre o perfil desses profissionais foram as seguintes: sexo, curso de graduação, naturalidade e tipo de ingresso na universidade. Para isso foi utilizado o banco de dados da Secretaria Acadêmica da UEA, que tem um universo de 1996 egressos da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA (Figura 2). Na Figura 2 consta a distribuição dos egressos por sexo e curso. Dentre todos os egressos, destaca-se que foi composta por maioria do sexo feminino, com 57,56% (n=1149) de egressas dessa Escola. No entanto, foram identificadas diferenças em relação à distribuição do sexo entre os cursos. Em relação ao curso de medicina, prevaleceu o sexo masculino 59,45% (n=516). Entretanto, a realidade é diferente nos cursos de enfermagem 74,07% (n=417) e odontologia 67,32% (n=381), onde apresentam a maioria dos egressos do sexo feminino nos respectivos cursos. No conjunto dos dados apresentados, não existe diferença significativa entre os gêneros dos egressos dos diferentes cursos.

Figura 2 – Distribuição dos egressos da ESA-UEA (%) por curso e por sexo (2006-2015) (p-valor = 1,26361E-41).



FONTE: DA PESQUISA (2016).

Segundo Machado et al. (2006), alguns cursos como medicina e odontologia são historicamente reconhecidos por serem predominantemente masculinos, no entanto, em outros estudos, destaca-se a existência de um aumento do gênero feminino na graduação de medicina no Brasil (PIERANTONI et al., 2015). No

Amazonas, dentre os 4841 médicos ativos do Conselho Regional de Medicina do Amazonas (2016) a minoria 41,03% n=2180 é do sexo feminino. Em estudos sobre o perfil dos egressos de odontologia, Bastos et al. (2003) e Funk et al. (2004) relatam ainda a masculinização dessa categoria, ao contrário do visto na ESA-UEA.

No curso de enfermagem, mantém-se a característica de predomínio feminino, no entanto, em estudos realizados relatou-se uma quebra de paradigmas em relação à feminização dessa área, detectando um crescimento do interesse de homens pelo curso (MACHADO, VIEIRA & OLIVEIRA, 2012; WETTERICH & MELO, 2007). No entanto, destaca-se, por outros autores, a participação maciça do sexo feminino nessa área (GUEDES DOS SANTOS, 2014; NAKAO et al., 2006). Neste estudo, houve prevalência do sexo feminino no curso de enfermagem.

O curso que tem o maior número de egressos é o de medicina 43,44% (867), dentre estes a maioria é natural da capital do estado 40,37% (350), no entanto, chamamos a atenção para o número reduzido de profissionais oriundos do interior do estado 21,91% (190). No curso de enfermagem, dentre os 563 egressos a maioria natural do interior do estado 44,40% (250), possuindo o menor número de egressos oriundos de outros estados 16,87% (95) (Tabela 8). No conjunto dos dados apresentados, não existe diferença significativa entre os cursos em relação à naturalidade destes.

Tabela 8 - Distribuição dos egressos da ESA-UEA por porcentagem (%) e curso, segundo naturalidade.

Naturalidade (n=1996)	Curso						p-valor
	Enfermagem		Medicina		Odontologia		
	N	%	N	%	N	%	
Interior	250	44,40	190	21,91	185	32,69	4,81806 E-28
Manaus	218	38,72	350	40,37	279	49,29	
Outro Estado	95	16,87	325	37,49	102	18,02	
Outro País	-	-	2	0,23	-	-	
Total	563	100,0 0	867	100,0 0	566	100,0 0	

FONTE: DA PESQUISA (2016). Nota: o curso de medicina graduou sua primeira turma em 2007.

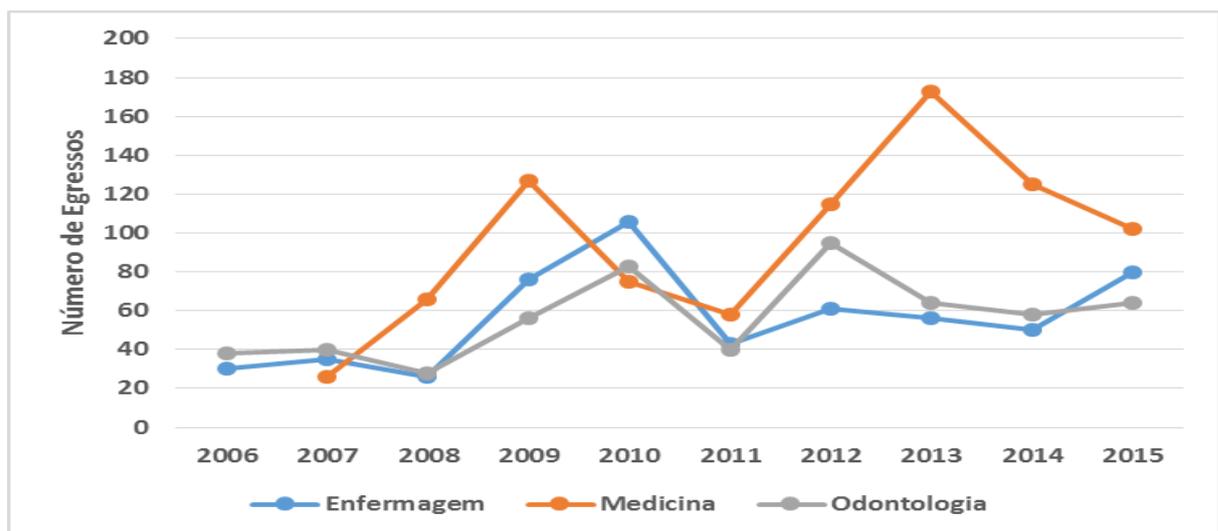
Acrescenta-se que, no curso de odontologia, a maioria dos egressos é natural de Manaus 49,29% (n=279). Destaca-se que no ano de 2013 houve o maior número de egressos da ESA-UEA. Optamos por dividir a naturalidade dos egressos de Manaus (capital), do interior do estado do Amazonas, de outros estados e de outros países para melhor entendimento da origem dos egressos, visto que não tivemos

acesso à procedência destes e nem a informação precisa se participaram do programa de cotas.

Esse cenário tem relação com a política de cotas nos concursos vestibulares para ingresso da UEA nos cursos da saúde. Demonstra que o acesso de forma equitativa é prevista em lei (AMAZONAS, 2013d). A legislação está beneficiando os moradores de localidades de forma homogênea ao longo do tempo. Conforme discutido por Ceccim & Pinto (2007) sobre a importância das cotas sociais para acesso ao ensino superior visando a garantia da democratização da admissão de moradores dos territórios com dificuldade de provimento.

A série histórica do provimento dos profissionais de saúde da ESA-UEA nos seus dez anos de existência pode ser observada na figura 3. Os cursos de enfermagem e odontologia formaram as primeiras turmas no ano de 2006 e, no ano seguinte, os primeiros médicos foram graduados. Destaca-se que nos três cursos foi observado um baixo número de egressos nos primeiros três anos e posterior tendência de crescimento em dois momentos distintos nos três cursos. Salienta-se o aumento do número de egressos no ano de 2013 do curso de medicina, no entanto, foi verificado que não existe diferença significativa entre o número de egressos dos cursos, não tem diferença por anos.

Figura 3– Evolução histórica do provimento de egressos segundo curso de saúde da UEA (2006-2015). (P-valor= 2,37703E-24).



FONTE: DA PESQUISA (2016).

Esses dados diferem do estudo realizado por Castellanos et al. (2009) que relata a distribuição temporal da formação dos egressos de medicina em outra universidade de forma homogênea. Dos 1996 egressos que adentraram a

Universidade, a maioria, 93,49% foi por meio do vestibular, seguido por 3,26% de transferências. Observa-se que os mandados de segurança foram recursos que 2,61% dos egressos fizeram uso para obtenção da vaga nessa instituição (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos egressos da ESA-UEA por tipo de ingresso na UEA (2006-2015).

Tipo de ingresso na UEA	N	%
Mandados de segurança – Vestibular	52	2,61%
Recursos administrativos	2	0,10%
Reopção de curso	11	0,55%
Transferência	65	3,26%
Vestibular	1866	93,49%
Total Geral	1996	100,00%

FONTE: DA PESQUISA (2016).

Referente aos mandados de segurança, provavelmente essa tenha sido a motivação para a UEA estabelecer regras mais rígidas para o ingresso na instituição no ano de 2004 com a lei de cotas para ingresso no vestibular (AMAZONAS, 2004e). Essa postura é um indício do descontentamento de uma parte da sociedade, exposta por Silva (2010) que discute as disputas jurídicas acerca da adoção de políticas de acesso ao ensino superior no Brasil, sendo comum o questionamento sobre a constitucionalidade da adoção das cotas.

4.4 Provimento e fixação dos egressos da ESA-UEA no SUS

No que se refere ao provimento desses profissionais para o SUS, foram buscados no CNES todos os egressos dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina. Dentre estes foi constatado que de um universo de 1996 indivíduos, 1119 trabalhavam com algum vínculo no sistema público. Foram utilizados dois tipos de abordagens para conhecer sobre os egressos, a análise estatística em tabelas e gráficos e a distribuição espacial dos vínculos de trabalho por municípios de atuação desses profissionais no SUS. Dentre as limitações do CNES como fonte de dados para cruzamento de informações com o banco de dados, já que pode-se ter alguns dados desatualizados no banco. Atendendo a obrigação de discutir sobre o assunto, foram assumidos os riscos para traçar esse cenário.

A relação dos egressos com a interiorização dos vínculos desses foi realizada através das categorias naturais e não-naturais do interior do Amazonas, segundo curso e por vínculo pelo SUS (Tabela 10). Dos 437 egressos que atuam no SUS, mais da metade (253) são naturais do interior do Amazonas, sendo que 112 são enfermeiros. Dos 184 egressos que não são naturais do Amazonas e que tem vínculo de trabalho no interior, tem o maior número de profissionais na odontologia (68). A maioria do total de egressos (1559) não têm vínculos no interior do Amazonas pelo SUS, sendo que foram identificados aqueles que atuavam na iniciativa privada ou não estavam cadastrados como profissional de saúde no CNES.

Tabela 10 – Distribuição dos egressos segundo curso e vínculo de trabalho no interior do Amazonas.

Naturalidade procedente do interior do Amazonas	CURSO	Vínculo de trabalho no interior do Amazonas		Total
		Sim (n)%	Não (n)%	
Não	Enfermagem	53 (12,13)	260 (16,68)	313 (15,68)
	Medicina	63 (14,42)	614 (39,38)	677 (33,92)
	Odontologia	68 (15,55)	313 (20,07)	381 (19,09)
Sim	Enfermagem	112 (25,63)	138 (8,85)	250 (12,52)
	Medicina	55 (12,59)	135 (8,66)	190 (0,95)
	Odontologia	86 (19,68)	99 (6,35)	185(9,27)
Total		437 (100)	1559 (100)	1996 (100)

(p-valor= 3,10444E-45). FONTE: DA PESQUISA (2016).

Os resultados mostram que outros fatores podem influenciar a interiorização dos profissionais de saúde além de ter parentesco com moradores nas localidades. Torres et al. (2012) relata em seu estudo que a maioria dos ex-alunos do curso de medicina optam por morar em cidades pequenas do interior de São Paulo. A pesquisa, coordenada por Júlio Schweickardt (2016), mostrou que o retorno do egresso ao município de origem é motivada pela família, mas também pelo desejo de contribuir com o seu lugar.

Em relação a atuação com acúmulo de vínculos em diferentes municípios do Amazonas, foi observado o número de egressos que atuam na capital do Amazonas e em outros municípios do interior (Tabela 10).

Tabela 11 – Atuação dos profissionais do SUS egressos da ESA-UEA nos municípios, segundo curso.

Municípios de atuação dos egressos no SUS	CURSO	SUS (n) (%)
Manaus / outros	Enfermagem	7 (1,51)
	Medicina	38 (8,21)
Manaus	Enfermagem	98 (21,17)
	Medicina	281 (60,69)
	Odontologia	39 (8,42)
Total		463 (100)

FONTE: DA PESQUISA (2016).

Neste item, optou-se por analisar os profissionais que atuam no SUS e foram investigados aqueles que atuam na capital do estado do Amazonas e simultaneamente em outros municípios. Foi denotado que enfermeiros 1,51% (7) e médicos 8,21% (38) trabalham no SUS em dois ou mais municípios concomitantemente. Em contrapartida não foram detectados cirurgiões-dentistas fazendo esse tipo de migração de trabalho. A grande maioria da amostra dos que trabalhavam somente em Manaus são médicos 60,69% (281). Essas informações são constatadas em outros estudos com médicos, onde esses profissionais complementam sua renda com atividades assistenciais e de ensino (CASTELLANOS et al, 2009).

Devem-se inferir sobre os cirurgiões-dentistas que estão recém-formados e por isso mesmo, encontram dificuldade de se estabelecer no SUS. O principal desafio das instituições formadoras nessa categoria é formar para o atendimento na rede pública, mas por ora, sua característica é de estar provendo profissionais ao serviço privado (BRASIL, 2006).

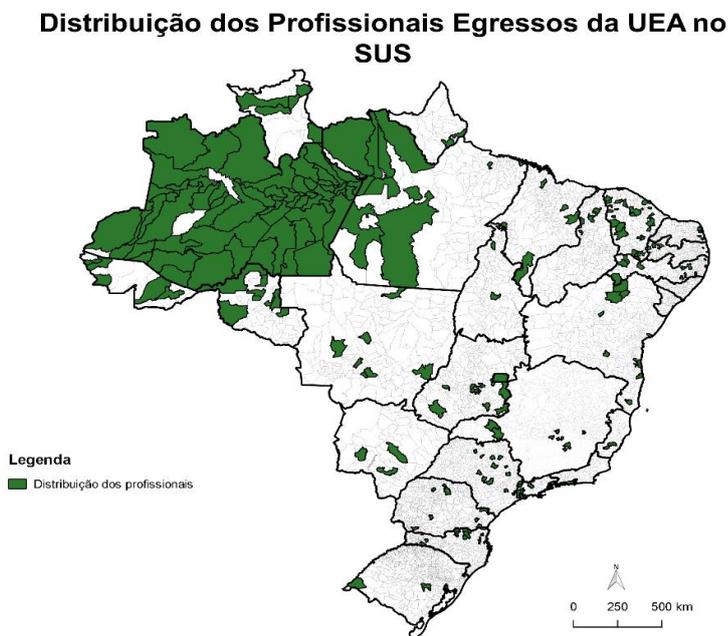
4.5 A distribuição geográfica dos trabalhadores da saúde egressos da UEA

Utilizamos uma abordagem espacial para descrever a distribuição geográfica dos vínculos de trabalho e de fixação (relação entre a naturalidade e retorno ao local de nascimento) dos egressos por categorias. Esse tipo de análise evidencia as desigualdades em Saúde, as diferenças entre os territórios para acesso e organização dos serviços de saúde (MONKEN et al., 2008; BRASIL, 2006c). Portanto, é uma ferramenta que foi útil para visualizar as atividades profissionais dos egressos.

Realizamos o desenho do cenário de perfil de trabalho dos profissionais do SUS em todo país. Foram excluídos 877 que não trabalhavam no SUS ou não foram identificados, resultando em 1119 indivíduos, para localizar os vínculos de trabalho e sua fixação (cruzamento entre naturalidade e local atual de trabalho). Mediante a diversidade de vínculos de alguns profissionais, que atuam em dois ou mais municípios, foi repetida a sua ocorrência no banco de dados conforme seus vínculos, resultando em 1347 vínculos de trabalho localizados em 261 municípios.

Dentre os 1347 postos de trabalho ocupados pelos egressos no SUS, foram identificados que 951, ou seja, 70,6% dos postos de trabalho estão no Amazonas e o restante distribuído pelo país. Abaixo apresentamos os vínculos de trabalho dos enfermeiros oriundos da UEA no SUS, segundo o CNES. Na figura 4 consta a distribuição dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde egressos da UEA de 2006-2015 pelo país. Essa atividade demonstra o provimento dos profissionais formados na ESA-UEA e da interiorização desses egressos.

Figura 4 - Distribuição dos vínculos de trabalho dos egressos da UEA no SUS, segundo o CNES(2015).



DA PESQUISA (2016).

FONTE:

Na figura 4, destaca-se que dentre os 1347 vínculos de trabalho, destes, 60,8% são Médicos (819), seguidos por 22,64% de enfermeiros (305), e 16,56% são cirurgiões dentistas (223). Observa-se que esses profissionais estão concentrados

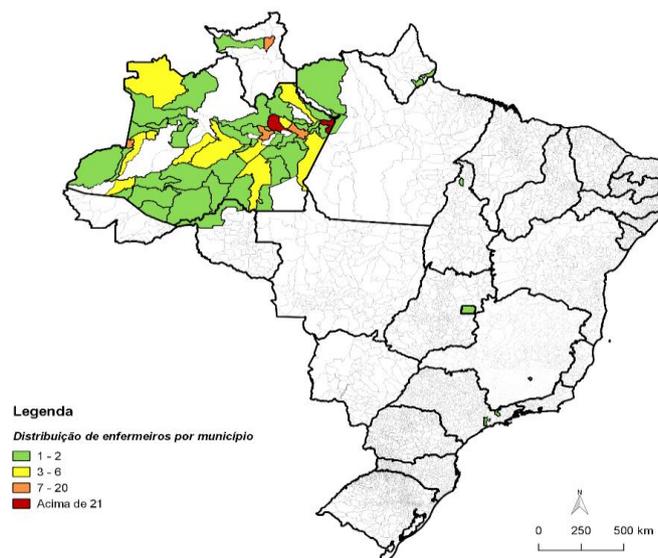
no Estado do Amazonas, sendo poucos os municípios em que não estão presentes: Maraã e Carauari. Dentre os 951 postos de trabalho ocupados por egressos no Amazonas, a maioria é de médicos (467) 49,11%, seguidos por 29,44% de enfermeiros (280) e cirurgiões-dentistas (204) o que equivale a 21,45%.

Uma das possibilidades de explicação para o fenômeno da distribuição de profissionais pelo país pode ser devido às intervenções governamentais como o PROVAB, que podem ter influenciado a distribuição das três profissões de saúde, visto que em 2011 foram disponibilizados em 5.565 municípios diversos postos de trabalho pelo país, para estas categorias. Destaca-se que no Amazonas, cinquenta municípios aderiram ao Programa nesse período (BRASIL, 2011).

Outra possibilidade é que alguns profissionais podem ter migrado devido aos vínculos gerados no estágio obrigatório rural e aos vínculos familiares anteriores. Por outro lado, há uma escassez de profissionais inseridos no estudo, devido ao perfil autônomo de algumas categorias de saúde, como médicos e dentistas, conforme citado por Mialhe, Furuse e Gonçalo (2008). Na figura 5 consta a distribuição dos enfermeiros pelo território Nacional.

Figura 5 - Distribuição geográfica dos vínculos de trabalho no SUS dos egressos de enfermagem, segundo o CNES

Distribuição de Enfermeiros Egressos da UEA no SUS



FONTE: DA PESQUISA (2016).

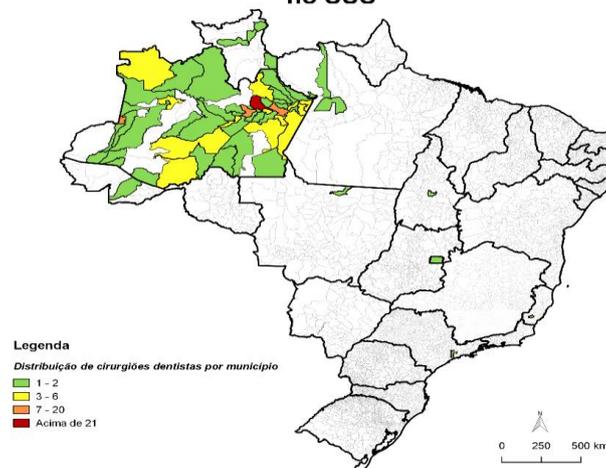
Os enfermeiros egressos da UEA, destacados nas áreas vermelhas da Figura 5, nos municípios de Manaus e Parintins, contabilizam acima de 21 enfermeiros. Já era esperado que houvesse maior quantidade destes profissionais na capital, visto que a formação destes é no Amazonas e a rede de saúde na capital do estado é mais heterogênea. A imagem sugere que enfermeiros estavam em locais de trabalho, em sua maioria, no Amazonas, para o SUS. Foi observado que alguns profissionais aparecem no CNES com vínculos de técnicos de ensino médio, o que pode sugerir que estejam exercendo a profissão, no entanto, o cadastro não tenha sido atualizado pela instituição ou ele esteja capacitado para ser enfermeiro, mas prefere manter um vínculo efetivo anterior.

Há 7010 enfermeiros cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem no Amazonas (COFEN, 2016). Estudo sobre o perfil dos enfermeiros no Brasil está sendo realizado. No Estado de São Paulo, 38% dos profissionais trabalham no interior do Estado (FIOCRUZ, COREN-SP, 2013). Dentre os egressos de enfermagem investigados dessa instituição, 179 tinham vínculos de trabalho no interior do país.

Na figura 6 consta outra categoria profissional investigada pelo estudo em relação à distribuição geográfica dos vínculos: os cirurgiões-dentistas.

Figura 6 - Distribuição geográfica dos vínculos de trabalho dos cirurgiões-dentistas no SUS.

Distribuição de Cirurgiões Dentistas Egressos da UEA no SUS



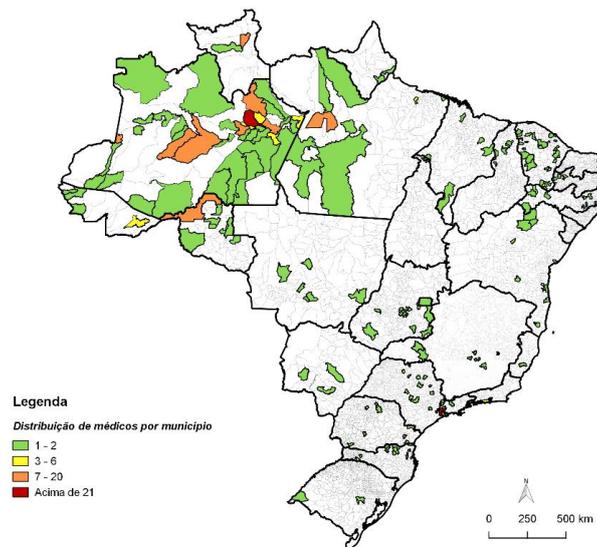
Fonte: DA PESQUISA (2016).

Na figura 6 estão as faixas de distribuição do provimento de dentistas egressos da ESA-UEA, em cores distintas, no mapa do Brasil. Na coloração vermelha, que tem acima de 21 profissionais, fica Manaus, onde consta a maioria destes (49). Na Faixa de 7 a 20 profissionais tem os municípios de Itacoatiara, Tabatinga e Manacapuru. Destaca-se a faixa de 3-6 profissionais, distribuída inclusive na região de fronteira e divisa do estado com o Pará. Segundo o Conselho Federal de Odontologia, há 3731 cirurgiões-dentistas atuando no Estado do Amazonas, dentre os quais, 400 estão ativos no interior do estado (CFO, 2016).

A figura 7 demonstra a distribuição geográfica dos municípios onde constam vínculos de trabalho dos médicos egressos (Figura 7).

Figura 7: Distribuição geográfica dos egressos de medicina da ESA-UEA.

Distribuição de Médicos Egressos da UEA no SUS



FONTE: DA PESQUISA (2016)

Observamos, na figura 7, que a maioria desses médicos (336) trabalha em Manaus, seguido por 44 em São Paulo, SP estando esses dois municípios na faixa acima dos 21 profissionais. Destaca-se que ocorreu uma dispersão desses profissionais pelo país em todas as regiões. Na região Norte, sobressai o interior do Pará, no município de Santarém (8), Boa Vista (19), em Roraima, que se tornaram regiões atrativas para esses profissionais. No Estado do Amazonas, municípios próximos da capital têm atraído mais esses profissionais, na faixa entre 7-20, como

no caso de Itacoatiara (8) e Manacapuru (16), que tem acesso por via terrestre para a capital do estado. No anexo A consta uma tabela com a relação dos estados e municípios e seus egressos, identificados no CNES por categoria de saúde.

Dentre os fatores de atração relatados por estudos realizados sobre provimento de médicos, foi verificado que locais onde existem mais aparatos sociais e menos iniquidades estão mais propensos a atrair esta categoria, o obstáculo que é a disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho dificulta o acesso para municípios de pequeno porte. Como solução ao impasse, alguns autores defendem a criação de um plano de carreira e cargos e salários para os profissionais de saúde como estratégia de dispersão pelo país (CARVALHO & SOUSA, 2013; OLIVEIRA, 2009).

Dentre as informações do CRM, existem 4841 médicos cadastrados ativos no Amazonas (CFM, 2016), no entanto, não conhecemos os locais de trabalho desses profissionais formados no Estado. A imagem acima demonstra as atividades dos médicos egressos da UEA que trabalham no SUS no Brasil.

Mediante discussões anteriores que relatam uma escassez histórica de médicos na região Norte, Campos et al. (2009) também relatam a escassez de médicos em 17,2% desses municípios. A UEA tem tido participação importante no provimento de profissionais, não somente no estado do Amazonas, mas também nos estados da região Norte.

Outra característica observada é como esta categoria tem uma tendência a se dispersar pelo território Brasileiro, inclusive em regiões de interior, muito embora isso possa ter relação com a maior quantidade de postos de trabalho no SUS, na atenção primária, e a disponibilidade de postos de trabalho por meio do PROVAB, conforme era esperado. No entanto, estudantes formados no ABC Paulista tem menor tendência a fazer mobilidade para outras localidades, como mostra o estudo de Castellanos et al. (2009).

Outra característica observada nessa categoria é um expressivo acúmulo dos vínculos de trabalho desempenhados pelos médicos dentre os outros profissionais investigados. Essa evidencia é confirmada pelo estudo de Torres et al. (2012), que relatam que a maioria dos entrevistados têm dois ou três vínculos empregatícios. É interessante ressaltar que alguns médicos cruzam o país, desempenhando atividades assistenciais entre capitais em regiões distintas, como um caso de um

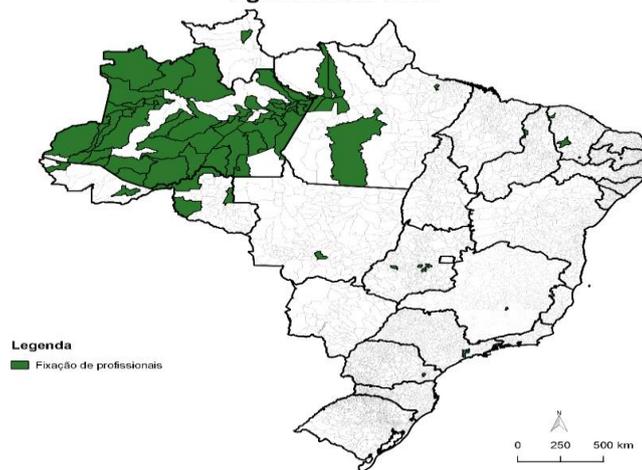
profissional cooperado em uma cidade do Norte e com atividade em um município da região sudeste.

Um dos fatores levados em consideração, identificado em estudos anteriores, para que o profissional se mantenha fixo em uma localidade é o parentesco com moradores. Visto que não tivemos acesso à essa informação no banco de dados, optou-se por utilizar a naturalidade dos egressos como ponto de partida para identificar se eles estavam fixos na sua localidade de origem.

Neste sentido, foi realizada correlação entre os vínculos de trabalho e a naturalidade dos profissionais da ESA-UEA e distribuída geograficamente no território brasileiro (Figura 8).

Figura 8: Distribuição geográfica dos egressos relacionada com a sua naturalidade no Brasil.

Fixação de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, egressos da UEA



Fonte: DA PESQUISA(2016).

Na figura 8, foram organizadas as variáveis para a análise espacial da fixação dos egressos. Foram identificados 469 profissionais que voltaram para seus municípios de naturalidade. Destaca-se que dentre os profissionais com vínculos de emprego no Amazonas, a maioria está trabalhando no seu município de origem; 91,5% encontram-se neste estado (429). Esperava-se esse dado, visto que a metade das vagas para ingresso no concurso vestibular é para moradores dos 61 municípios do interior. Para avaliar a fixação dos profissionais, na tabela 12 foi organizada a ocupação por categoria.

Tabela 12- Distribuição dos profissionais de saúde egressos da ESA-UEA considerados fixados no território de naturalidade no Brasil.

Ocupação	N	%
Médico	223	47,55
Enfermeiro	156	33,26
Dentista	90	19,19
Total	469	100

Fonte: DA PESQUISA (2016)

Quanto à fixação dos profissionais por categoria, conforme consta na tabela 11, foram identificados 469 profissionais que regressam para o local de naturalidade em 74 municípios brasileiros. Dentre estes, na maioria, foram médicos (223), com 47,55%, seguidos por 33,26% de enfermeiros (156) e 19,19%, dentistas (90). O estudo realizado por Morita et al. (2010), sobre o perfil dos dentistas, relata que no Amazonas 44,51% das inscrições no conselho são realizadas por profissionais transferidos de outras localidades, não naturais do estado. Os dentistas formados no Amazonas têm a tendência a permanecer no mesmo estado onde concluiu a graduação.

Foram identificados 429 vínculos de trabalho no Amazonas de pessoas que nasceram neste estado, destes, os Médicos foram a maioria 44,6% (189), seguido por enfermeiros 35,2% (151) e dentistas 20,75% (89). Os resultados mostram que os profissionais egressos da UEA estão distribuídos na região Norte do país. Portanto, a UEA tem contribuído com a formação de cidadãos do interior, que tem retornado para suas localidades originais. Não temos dados, nesse momento, que nos permitam analisar os profissionais que entraram por cotas do interior e que retornaram para essas localidades. O estudo de caso realizado na região de Saúde do Baixo Rio Amazonas nos ajudou a analisar essa questão.

5 Estudo de caso: Aspectos da formação acadêmica e da atuação dos egressos de cinco municípios do Baixo Amazonas

O Baixo Amazonas é um dos polos de ingresso por cotas nos concursos da UEA. A instituição tem priorizado o acesso aos moradores do interior, conforme foi anteriormente discutido, quando aderiu a uma política de ações afirmativas objetivando o acesso prioritário aos moradores dos municípios do interior. Nesta situação, foram disponibilizadas um total de 2400 vagas nos cursos de medicina, odontologia e enfermagem para acesso a essa população nos quinze anos de existência, sem contar as vagas oferecidas para etnias da região. Dentre as vagas disponibilizadas, foram oferecidas 344 vagas para os municípios do Baixo Amazonas nos anos de 2001 a 2014, que corresponde a 14,33% dessas vagas.

A legislação para acesso às vagas desde 2004 modificou, tendo regras mais rígidas para ingresso, resguardando o interesse dos moradores dessas regiões, etnias indígenas e estudantes da rede pública, embora saibamos que recursos jurídicos ainda são empregados para questionar as ações afirmativas da instituição, sendo verificados 52 egressos que tiveram acesso aos cursos por mandados judiciais. Outra forma seriada de ingresso foi disponibilizada para os candidatos, como o Sistema de Ingresso Seriado – SIS.

No entanto, visto a necessidade de conhecer um dos pólos de acesso assistidos pela instituição, nesse tópico discorreremos sobre o perfil daqueles trabalhadores que moram na Região do Baixo Amazonas. Os indivíduos entrevistados foram 46 profissionais que estão inseridos no SUS no Baixo Amazonas dos 52 que trabalham nessas localidades no período de novembro de 2015. Dentre estes, 28 trabalhavam em Parintins, 8 em Maués, 3 em Boa Vista do Ramos, 6 em Barreirinha e 1 em Nhamundá (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição de profissionais de saúde entrevistados egressos da UEA por ocupação no Baixo Amazonas

Ocupação / Município	Médico n (%)	Enfermeiro n (%)	Cirurgião-dentista n (%)	Total N(%)
Parintins	8 (72,72)	13 (68,42)	5 (31,25)	26 (56,52)
Maués	1(9,09)	3(15,79)	5 (31,25)	9 (19,57)
Barreirinha	2(18,18)	1(5,26)	4 (25,00)	7 (15,22)
Boa Vista do Ramos	0 (0,0)	1(5,26)	2(12,5)	3 (6,52)
Nhamundá	0 (0,0)	1(5,26)	0(0,0)	1 (2,17)
Total	11	19	16	46

FONTE: DA PESQUISA(2016).

Com relação aos municípios que os egressos entrevistados trabalham, a maioria concentra-se no município de Parintins (26) e o que tem menor número de egressos é Nhamundá (1). Em relação à categoria profissional entrevistada, a maioria da amostra é composta por enfermeiros 41.3%, seguido por cirurgiões-dentistas 34.8% e 23,9% médicos (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos profissionais egressos da ESA-UEA. Baixo Amazonas, 2016.

Variáveis	N=46	(%)
Idade	34.3	(7)
Sexo	N=46	(%)
Feminino	22	47.80
Masculino	24	52.20
Estado Civil	N=46	(%)
Casado	13	28.30
Divorciado	3	6.50
Solteiro	21	45.69
União estável	9	19.60
Local de trabalho do SUS	N=46	(%)
Centro de especialidades	5	10,90
Estratégia Saúde da Família	26	56.50
Estratégia Saúde da Família / Hospital	4	8.70
Hospital	4	8.70
Gestão	1	2.20
Saúde indígena – DSEI	3	6.50
Saúde Rural	3	6.50
Tipo de vínculo	N=46	(%)
Estadual – cedido ao município	1	2.20
OUTRO: ONG / SESAI	3	6.50
Municipal	40	87.00
Federal	2	4.30

Fonte: DA PESQUISA (2016)

Segundo o CNES, existem 31 enfermeiros, 11 médicos e 20 cirurgiões-dentistas na região. Isso deve ter relação com o momento de diversas demissões na região causadas pela crise econômica e problemas políticos que naquele momento estavam ocorrendo na região com diversos municípios. Essa mesma base de dados detectou, após análise no estudo, que era um local atrativo para enfermeiros, tendo acima de 21 enfermeiros no município de Parintins. Na tabela 13 constam os dados sociodemográficos dos egressos de enfermagem, odontologia e medicina, trabalhadores do SUS, numa região de saúde do Amazonas.

Na tabela 14, analisamos as variáveis: sexo, idade, estado civil, formação, tipo de vínculo, local de trabalho. A maioria dos entrevistados foram pessoas com média de idade de 34,3 anos, variando dos 24 (2) aos 52 anos (2). Dentre os egressos de enfermagem, Nakao et al. (2005) identificam que os profissionais egressos são jovens.

A amostra apresentou-se sem predominância de gêneros, sendo o sexo feminino de 47,8% (22) e masculino 52,2% (24). Machado et al. (2006) destacam que no Amazonas a força de trabalho é predominantemente feminina com 66% dos profissionais. Nos estudos sobre gêneros no trabalho em saúde, identifica-se um aumento das mulheres no curso medicina e uma mudança no perfil de cursos como o da enfermagem com tendência a masculinização (MACHADO, VIEIRA & OLIVEIRA, 2012; PIERANTONI et al, 2015; WETTERICH & MELO, 2007).

Quando perguntados em relação ao seu estado civil, a maioria 45,7% declarou ser solteiro, seguido por casados (13), 28,3% da amostra e em união estável 17,4% (8). Em pesquisas realizadas com as três categorias profissionais, na de médicos a maioria foi de casados e em união estável 77,5% (TORRES, 2012). O que difere dentre os enfermeiros cuja maioria se pronunciou solteiro no estudo de Naoko et al.(2005).

Observa-se que, em relação ao tipo de trabalho que os egressos estão vinculados, a maioria é exclusivamente da atenção básica (56,5%). No entanto, observa-se que 4 profissionais declaram ter outros vínculos além da atividade na Estratégia da Família nestes municípios e até viajando para desempenhar esse papel em outras localidades, por exemplo, dois médicos viajam para outros municípios para desempenhar atividade assistencial em hospitais.

A maioria dos profissionais está vinculada à gestão municipal, 87% da amostra entrevistada, sendo que 23% são contratados por uma organização não-governamental que presta serviços ao DSEI-Parintins.

As considerações encontradas sobre os vínculos de maioria ligados à atenção básica são produto da descentralização dos serviços de saúde, municipalização dos serviços com a criação do PSF na década de 1990. Nos pequenos municípios do país, aumentou-se a demanda por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. No entanto, revela a precarização dos vínculos de trabalho na região com a escassez de profissionais concursados nos serviços (PAIM et al., 2011).

Na tabela 15 constam os vencimentos dos trabalhadores do SUS no Baixo Amazonas em faixas salariais.

Tabela 15 - Vencimentos declarados por faixa salarial segundo categoria profissional dos egressos com vínculos no SUS. Baixo Amazonas, 2015.

Renda (R\$)	CURSO			Total
	ENFERMAGEM	MEDICINA	ODONTOLOGIA	
	n = 19 (%)	n = 11 (%)	n = 16 (%)	n = 46 (%)
<2000	0 (0)	0 (0)	1 (6.20)	1 (2.20)
2001-3000	5 (26.3)	0 (0)	6 (37.50)	11 (23.90)
3001-4000	11 (57.9)	0 (0)	6 (37.50)	17 (37.0)
5001-6000	2 (10.5)	0 (0)	1 (6.20)	3 (6.50)
6001-7000	1 (5.3)	0 (0)	0 (0)	1 (2.20)
7001-8000	0 (0)	0 (0)	1 (6.20)	1 (2.20)
8001-9000	0 (0)	0 (0)	1 (6.20)	1 (2.20)
9001-10000	0 (0)	2 (18.2)	0 (0)	2 (4.30)
>10000	0 (0)	9 (81.8)	0 (0)	9 (19.60)

Nota: P valor < 0.001 Teste Exato de Fisher. FONTE: DA PESQUISA (2016).

Conforme é possível verificar na tabela 15, os egressos distribuem-se no Baixo Amazonas, 37% dos trabalhadores declararam receber na faixa entre R\$3001,00- R\$4.000,00, que compõe as categorias de enfermeiros e cirurgiões-dentistas (17). A categoria que tem os maiores vencimentos declarados são os médicos (11), que declaram ter salários acima da faixa de R\$9.001,00 reais mensais. Dentre os cirurgiões-dentistas, foi considerado somente o salário recebido pelo SUS, no entanto, a maioria destes (14) declarou ter ganhos com consultórios particulares, um dentista tem imóveis alugados no município onde reside e outra dentista tem atividade de professora de ensino médio na rede pública como forma de complementação dos vencimentos.

Acerca dos ganhos das categorias, os cirurgiões-dentistas são alvo de estudo de Zanetti (1999) que relata que a categoria está em crise devido aos baixos provimentos e a precarização das relações de trabalho ocasionados pelo capitalismo. Outro estudo realizado por Mialhe et al. (2008) identificou que 65% dos egressos de odontologia recebiam até 10 salários mínimos, correspondentes a R\$3.500,00. O menor salário identificado nessa categoria foi abaixo dos R\$2.000,00 no Baixo Amazonas, também visto no estudo de Bastos et al. (2003), que relata que esses profissionais predominam exercendo atividades na rede privada, em consultórios particulares.

Em relação à renda dos médicos, Castellanos et al (2009) relatam que o valor médio salarial de um médico no país em dólares é de \$1,280.00, o que corresponde à aproximadamente R\$4.000,00. Neste estudo, a maioria dos médicos responderam ter ganhos acima de R\$10.000,00, assim como no estudo realizado por Torres et al (2012). Assim sendo, a renda dos médicos da região do Baixo Amazonas corresponde a essa média. Campos et al. (2009) justificam os altos salários para esses profissionais devido à dificuldade de contratação desses profissionais pelos pequenos municípios da região Amazônica, onerando absurdamente as ofertas salariais. Quanto aos salários dos enfermeiros em estudo realizado por Guedes dos Santos (2014) foi identificado que a média salarial do enfermeiro egresso da Faculdade de Jundiaí varia entre R\$2.640,00 e R\$4.400,00, que condiz com a maior parte dos ganhos auto-declarados por esses profissionais no Baixo Amazonas.

Na tabela 16 consta a distribuição das variáveis possuir filhos, estar cursando ou cursou outra graduação, ter ingressado por meio de cotas no vestibular da ESA-UEA, acesso aos benefícios, tipo de cota de ingresso e possuir parentes no município onde trabalha.

Segundo é possível verificar, na tabela 16 constam as seguintes variáveis: ter filhos, estar cursando ou ter cursado outra graduação, ingresso por cotas, ser beneficiário de auxílio, tipo de cota de ingresso e ter parentes no município que foram correlacionadas com se o entrevistado trabalha no município de naturalidade. Dentre as variáveis investigadas, a que teve maior relevância estatística ($p < 0.001$), foi a ter parentes no município de trabalho 32% e são naturais desse município. Outra variável importante foi o ingresso por cota, 87% (40) declara ter participado das cotas, sendo que 30 são naturais do município. A relevância estatística foi de ($p = 0,06$).

Tabela 16- Distribuição das variáveis ter filhos, estar cursando outra graduação, ter ingressado por cotas e ter família no município por naturalidade dos egressos da UEA, Baixo Amazonas, 2016.

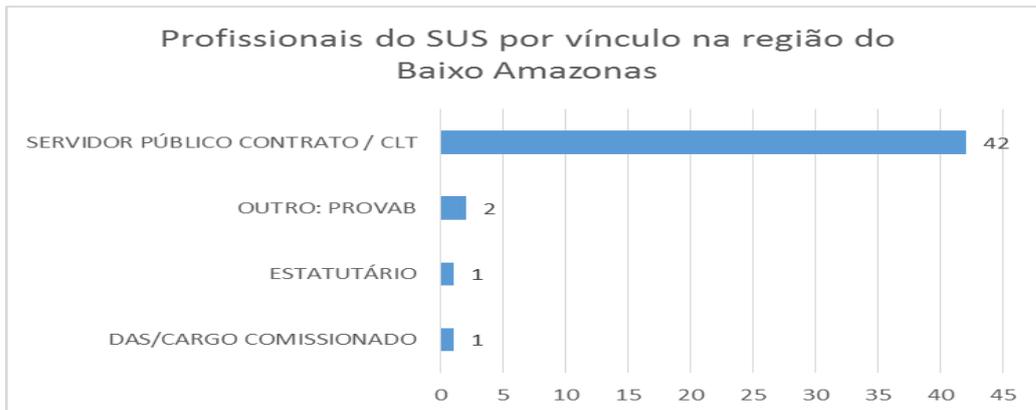
Variáveis	Trabalha no município de naturalidade		Total n = 46 (%)	P valor
	Sim	Não		
	n = 32 (%)	n = 14 (%)		
Ter filhos				0.443
Não	17 (53.1)	5 (35.7)	22 (47.8)	
Sim	15 (46.9)	9 (64.3)	24 (52.2)	
Cursou ou cursando outra graduação				0.651
Não	27 (84.4)	13 (92.9)	40 (87)	
Sim	5 (15.6)	1 (7.1)	6 (13)	
Ingresso por cotas na UEA				0.06
Não	2 (6.2)	4 (28.6)	6 (13)	
Sim	30 (93.8)	10 (71.4)	40 (87)	
Acesso a benefício – bolsa				0.602
Não	5 (15.6)	4 (28.6)	9 (19.6)	
Sim	27 (84.3)	10 (71.4)	37 (80.5)	
Tipo de ingresso (cota)				0.006
BAIXO AMAZONAS	29 (90.6)	6 (42.9)	35 (76.1)	
BORBA	1 (7.1)	0 (0)	1 (2.2)	
CAPITAL	3 (21.4)	1 (3.1)	4 (8.7)	
CAPITAL - COLÉGIO PÚBLICO	1 (7.1)	1 (3.1)	2 (4.3)	
ITACOATIARA	1 (7.1)	1 (3.1)	2 (4.3)	
RIO PURUS	1 (7.1)	0 (0)	1 (2.2)	
TRANSF FACULTATIVA	1 (7.1)	0 (0)	1 (2.2)	
Ter parentes no município				<0.001
NÃO	0 (0)	7 (50)	7 (15.2)	
SIM	32 (100)	7 (50)	39 (84.8)	

FORNE: DA PESQUISA (2016).

Para avaliar o tipo de ingresso por cota, estão aqueles estratificados por área geográfica, cotas de escolas públicas e não-cotistas, os da capital. Nesta variável, a maioria (29) são aqueles que são naturais e cotistas do Baixo Amazonas, sendo que do total de entrevistados, 35 fizeram vestibular por cotas nesta opção de ingresso. Portanto, esse resultado foi considerado significativo estatisticamente ($p=0,006$), pois

o P valor é abaixo de 0,05. Na Figura 9 constam os vínculos empregatícios dos egressos do Baixo Amazonas.

Figura 9 – Distribuição de Profissionais por tipo de vínculo empregatício. Baixo Amazonas, 2016.



Fonte: DA PESQUISA (2016).

Com relação à figura 9, dentre os vínculos empregatícios dos profissionais, foram identificados os vínculos por contrato temporário e CLT (42) na sua maioria, tendo um único servidor estatutário emprestado do Governo do Estado para a ESF do município de Boa Vista do Ramos, na região, destaca-se a presença de (2) bolsistas pelo PROVAB.

Em relação ao provimento, foram destacadas algumas falas no tópico que segue para abordar sobre o provimento e a necessidade de regressar do profissional do Baixo Amazonas. As falas dos egressos sobre a política de cotas da UEA – o que a fixação e provimento dos profissionais de saúde têm a ver com isso?

“Não basta ter apenas boas notas, o bom profissional deve ser dedicado, humano e gentil.” (N.26 Dentista)

Toma-se como ponto de partida a afirmação do profissional no momento em que finaliza sua fala (entrevista) referente ao seu processo de trabalho no interior como resultado da formação na UEA. Entrar pela política de cotas foi relevante na história de vida dele, pois viabilizou a sua “inclusão” no mundo acadêmico. Entretanto para ele, não bastam as notas, há de se pensar em uma formação que produza cuidado e interação entre academia e comunidade.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a referência para a formação não pode ser apenas a busca pela eficiência de diagnóstico e de tratamento das doenças, seguindo meramente o modelo hegemônico e mecanicista de cuidado, ela deve buscar criar condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas, além de estratégias na gestão setorial e no controle social. A ideia é desenvolver a autonomia das pessoas viabilizando a possibilidade de contribuição na construção de políticas de cuidado. Entendemos que um trabalhador que se preocupa para 'além das notas' tem potencial de desenvolver ações diferenciadas no seu território.

Além disso, o objetivo da política de cotas dialoga com este contexto, pois insere o morador dessas regiões de necessidades distintas ao serviço, ela democratiza o acesso aos indivíduos em situação de vulnerabilidade além de oferecer outro tipo de trabalhador, aquele que vivenciou a realidade, os sentimentos e as demandas regionais (PEREIRA, 2008). Essa vivência, provavelmente, irá enriquecer o seu processo de trabalho que deve ter outros meandres para o compromisso da manutenção da qualidade.

Há uma chance melhor para as pessoas do interior ter acesso ao ensino superior. Acredito que a UEA veio para abrir mais vagas e oportunidades para as pessoas, principalmente do interior, cursarem um curso superior. (N. 24 Dentista).

Outro problema é o período de seca e cheia do rio, que deixa o calendário de aulas muito prejudicado... (N. 3 Enfermeira)

...porque não tem como ter uma equidade entre capital e interior, acho que se não fosse essas cotas hoje seria mais difícil ter profissionais de odontologia, enfermagem e medicina oriundos do interior. (N. 20 Dentista)

Diante as falas de desigualdade social e iniquidade educacional, que se amplia quando comparado com a disponibilidade de recursos da capital, pode-se afirmar que a adoção das ações afirmativas garantindo o acesso a vagas no ensino superior para moradores da região é uma ação compensatória, reparatória e compensativa diante da exclusão social a que a população do interior do Amazonas foi submetida, por décadas, em relação ao acesso ao ensino superior e aos bens de

consumo, como em uma cidade grande, usando esse conceito de ação afirmativa de Moehlecke (2002).

Outra perspectiva é que as experiências prévias dos moradores do interior são enriquecedoras para a melhoria do acesso e responde com mais autonomia às dificuldades enfrentadas no âmbito da atenção Básica, garantindo, assim, um perfil adequado para que haja menor rotatividade no serviço. Isso condiz com a fala de Oliveira (2009) que reconhece as cotas como importantes estratégias para firmar laços de responsabilidade com as comunidades de origem destes.

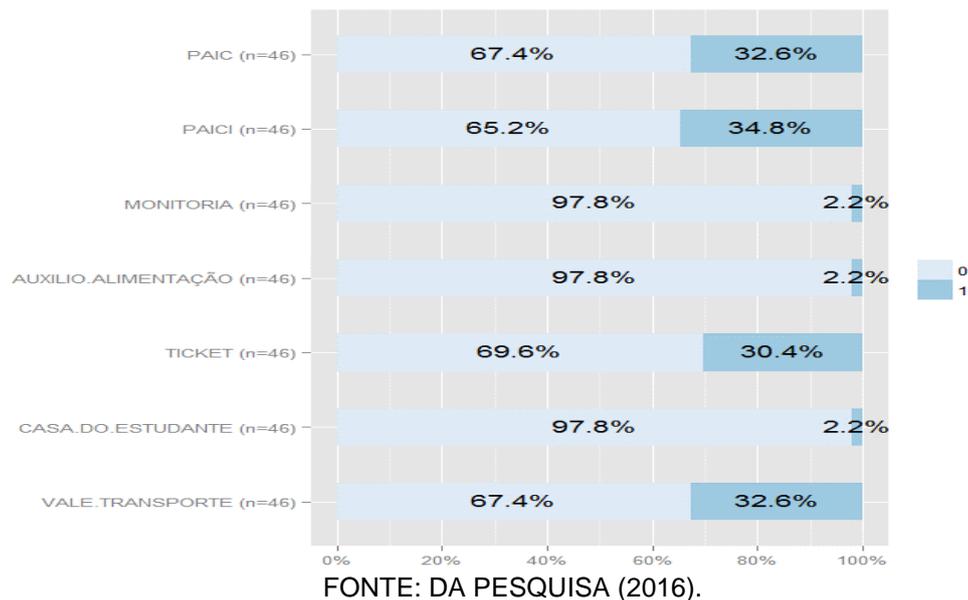
(...) normalmente a pessoa que carrega vontade de subir na vida não tem sonhos pequenos... Para um estudante sair do interior ele tem um atrativo, a cota da faculdade, mas para voltar ele não tem... ” (N. 34 Médico)

No entanto, outras aflições estão nas falas desses egressos, a mudança para uma cidade grande, a necessidade de reconhecimento pelos seus pares, além da falta de articulação interinstitucional para retorno ao local de origem é muito presente no discurso dos médicos. Esse contexto complexo que o estudante de medicina enfrenta mediante a imposição de que necessita tornar-se um profissional especializado aliado ao baixo poder de articulação intersetorial entre saúde e instituições formadoras, movimentos estudantis, entidades representativas. Faltam espaços de discussão sobre o lugar do egresso na melhoria do acesso e na qualidade de cuidado (CECCIM et al, 2007).

Assim, observa-se que existem diversos fatores que irão influenciar a tomada de decisão do egresso ao retorno à sua comunidade de origem, não a disponibilidade de vagas por cotas, mas também, de como essa formação hegemônica está influenciando o processo de produção do cuidado do egresso no seu retorno.

Nesta seção avalia-se o acesso dos moradores do Baixo Amazonas, quando eram estudantes, aos benefícios concedidos pela UEA aos estudantes (Figura 10).

Figura 10 – Distribuição dos egressos que tiveram acesso à Auxílios e à programas de iniciação científica e extensão pela UEA-ESA, 2016. Nota: 0 = não 1=sim.



Na figura 10, quando questionados em relação ao acesso aos programas de iniciação científica IC – PAIC – Programa de Apoio à Iniciação Científica e PAICI – Programa de Apoio à Iniciação Científica para interiorização, os entrevistados manifestaram que a maioria destes, com 67,4% destes participaram dos programas; em relação ao auxílio alimentação e ticket, 32,6% declararam ter feito uso destes. Dentre os que negaram ter tido acesso aos programas de IC, estão pessoas de maior idade e com filhos e que precisavam trabalhar.

Essas variáveis foram investigadas devido a necessidade de avaliar o acesso aos benefícios concedidos, pelos trabalhadores do interior do estado, às atividades disponíveis na UEA. Dentre estes benefícios, o que teve maior participação dos entrevistados, foi a iniciação científica por meio do programa PAICI – Programa de apoio a iniciação científica para alunos do interior 34,8% destes, seguido por outra modalidade de iniciação – PAIC e acesso a vale-transporte com 32,6% e 32,6% tiveram acesso a auxílio para transporte. Observa-se que dentre os moradores da região, poucos moraram na casa do estudante 2,2%.

Os entrevistados no Baixo Amazonas demonstram que a UEA tem tido ações importantes visando à popularização dos benefícios durante a graduação, principalmente no que se refere ao auxílio aos moradores do interior na concessão de bolsas de IC e resguardo da manutenção da presença dos cotistas, garantindo

transporte, alimentação e moradia para aqueles de baixa renda. Segundo Rosa (2014) é um desafio diminuir os entraves durante a graduação para garantia de diminuição da evasão daqueles que tem baixa renda. Pereira, Tinôco e Alloufa (2015) acrescentam que há necessidade de investimento do poder público para resguardar o acesso daqueles que tiveram dificuldade no ensino fundamental com disponibilidade de cursos gratuitos. Dessa maneira, a Universidade tem o dever de democratizar o ingresso aos moradores do interior em um estado com grandes extensões, no entanto também entender que deve-se propiciar condições para que este tenha êxito com a finalização do curso e com isso tenha melhoria das sua condição social.

Segundo os entrevistados a interdisciplinaridade e o estágio rural em saúde coletiva são ferramentas importantes para o diálogo entre ensino-serviço. “Não existe profissional que trabalha sozinho” (Cirurgião-dentista). Mediante a fala desse dentista egresso da UEA pode-se começar a discutir sobre o trabalho em equipe e como se dá essa construção preconizada pelos estudantes durante a sua formação. Quando o egresso assume a importância do trabalho em equipe, detectamos como tem modificado o pensamento sobre o trabalho entre os profissionais de saúde.

Diante das dificuldades que tem sido alvo a atuação profissional na política de Atenção Básica no Brasil, em que diversos autores assumiram uma postura alienada e de divisão do trabalho em Saúde, dificultando a implantação do Programa Saúde da Família (ARAÚJO & ROCHA, 2007). Para isto, Feuerwerker & Sena (1998) destacam que: “O trabalho em equipe é fundamental. Implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração, mas pode (e deve) acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional”.

Eu achei bom, porque querendo ou não a gente fica muito só no nosso né? Só enfermeiro, só medico, só dentista, aí não tem aquela mistura, ...a gente acaba adquirindo na faculdade aquela habilidade de, como chegar com o outro profissional, ...também no **estágio rural** aí a gente já tem aquela ideia de como trabalhar em grupo né, que a gente vê na UBS, a gente tem que saber trabalhar em grupo em prol dos nossos clientes (Enfermeira).

Por meio do princípio da interdisciplinaridade quando a Universidade começa suas intervenções propondo uma miscelânea multiprofissional durante a formação demonstra um ambiente amplo e cheio de possibilidades. Onde segundo Petraglia apud Santos et al. (2007) “a proposta da mudança parte desde a transformação da realidade em que se atua.” Partindo desse pressuposto, por que não pode-se dizer que uma formação de base multidisciplinar entre os diferentes cursos e posteriormente o Estágio Rural não podem modificar a maneira como os profissionais se relacionam e promovem o trabalho em equipe modificando a lógica do trabalho.

Ao entrar na faculdade não entendia o motivo de fazer todas as disciplinas junto com outros cursos até o terceiro período mas entendo a importância, e que inclusive durante o internato rural onde não houve essa integralização multidisciplinar viu-se em dificuldade (Médico).

No entanto, para que ocorra uma real significação do objetivo dessa miscelânea de saberes, tem que se trabalhar previamente junto ao educando o caminho da sua formação junto com estudantes de outras áreas.

(...) acredito que na prática não funciona, prega-se o trabalho da equipe multidisciplinar e integração das três áreas na academia, mas que na prática, pelo menos no meu município, isso não acontece. Tanto o médico quanto o dentista trabalham sozinhos (Enfermeira).

Para que seja modificado o processo de trabalho para uma lógica de trabalho em equipe a gestão também tem papel primordial, estimulando e realizando educação permanente para o enfrentamento das adversidades do cotidiano do trabalho, modificando a lógica individualizada do trabalho. No entanto, Merhy (1997p. 48) fala sobre o trabalho dos profissionais, “produzindo um certo conhecimento sobre o seu cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar para que, a partir de então, interrogassem este cotidiano e pensassem sobre a situação problema”. Há a responsabilização dos profissionais com o ambiente de trabalho, passando a adotar posturas que abrangem o outro, considerando a interdisciplinaridade entre as áreas e com o próprio o usuário do serviço de saúde.

Em levantamento bibliográfico acerca da interdisciplinaridade diz que a adoção de currículos de formação de profissionais nessa abordagem tem diversos problemas no momento de sua implementação. O Estágio Rural interdisciplinar é uma estratégia adotada pela UEA de integralizar três diferentes cursos em uma proposta inovadora de agir em saúde na tentativa de construção de abordagem nova. Conforme a fala do médico (entrevistado número 30).

(...) temos vontade de fazer o novo, fazer visitas, conhecer a comunidade. Falta muita prática para o médico, o estágio rural me ajudou a ver as necessidades do município, buscando ver os problemas que eu posso vir a intervir (Médico)

Vilela & Mendes (2003) apontam que essas respostas de modificação de postura, passa pela visão da complexidade dos problemas de saúde e pela realidade da população, implicando em mudanças nos currículos de saúde a partir da reforma sanitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem desenvolvido ações para garantir o provimento de profissionais de saúde e a garantia de acesso à atenção básica de forma equânime nas diferentes localidades. No entanto, tem tido dificuldades para fixar esses profissionais. Dentre as principais atividades identificadas no estado do Amazonas estão iniciativas que têm como objetivo o provimento: o Programa Mais Médicos, o aumento de vagas de medicina para moradores da região, ações afirmativas de acesso a financiamento em instituições privadas ao ensino superior por programa de esfera municipal e do governo federal. Além disso, as universidades públicas têm promovido o acesso diferenciado aos moradores da região e em especial para as populações indígenas. A política de cotas tem contribuído com a equidade no acesso no ensino superior, garantindo um reparo com relação às desigualdades sociais.

Instituições formadoras, como a UEA, têm auxiliado a democratizar o acesso, mudando a representação dos egressos, além de aumentar o provimento de profissionais de saúde na região Norte. Identificamos, na pesquisa, que o perfil dos egressos mostra uma importante característica que é o fato da maioria ser natural da capital do Amazonas. Dentre os profissionais egressos, a maioria tem vínculos de trabalho no SUS, entretanto, os cirurgiões-dentistas ainda têm característica de atender como autônomos. Foi identificado que enfermeiros e médicos acumulam vínculos simultâneos fazendo atividades em municípios distintos. A distribuição geográfica dos vínculos de trabalho no SUS apresentou-se de forma diferenciada entre as categorias. O médico tem uma tendência a distribuir-se para outras regiões do país e as outras categorias se fixam na Região Norte. Desse modo, é possível afirmar que apesar de garantir a formação dos Amazonenses, a UEA e o governo do Estado devem aprimorar as iniciativas para garantir a fixação dos profissionais oriundos da região, promovendo melhoria das condições de trabalho e estabilidade de emprego através de concursos públicos nos municípios e no Estado.

O estudo tem limitações referentes à análise quantitativa devido ao uso do CNES como fonte para verificação dos vínculos de trabalho, pois ainda há problemas na identificação dos profissionais, por parte dos municípios, e, também, temos uma amostra somente daqueles que atuam no SUS. Na pesquisa qualitativa,

necessitamos aprofundar as análises das falas dos egressos em relação à formação e a sua atuação nos serviços.

A pesquisa trouxe contribuições, quanto ao estudo de egressos, de uma instituição pública e estatal na relação com a fixação e provimento, mostrando que um sistema de cotas pode contribuir fortemente para a formação de profissionais da região e com grande probabilidade de que retornem para os seus municípios de origem. Assim, entendemos que a política de cotas tem contribuído para a diminuição das desigualdades regionais e tem possibilitado o ingresso de grupos sociais historicamente excluídos do ensino superior da saúde. Os egressos da saúde, naturais da região, tendem a permanecer na região. Portanto, consideramos relevante que se aprofunde e se amplie o ingresso de moradores da região com o fim de superar o problema da fixação de profissionais nas áreas distantes e isoladas da região amazônica.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS. Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas. FAPEAM. **Relatório de atividades - FAPEAM 2003-2009**. Manaus: SECT/FAPEAM, 2010.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Dispõe sobre a distribuição das cotas para graduação da Universidade do Estado do Amazonas, Lei nº 2.894, 31 de mai. 2004. **Diário Oficial do Amazonas**, Manaus, 31 mai. Manaus, 2004a.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Fundação de Vigilância em Saúde. SASS/ ASTEC/ DITEC / FVS-AM. **Regionais de Saúde do Amazonas**. 2016a. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Micro-Regionais%2018-05-2011.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. Autoriza o Poder Executivo a instituir a UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS e dá outras providências. Lei nº 2.637, 12 de jan. 2001. **Diário Oficial do Amazonas**. Manaus, 12 jan., 2001b.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. **Decreto. 02 fev.** 2001. Aprova instruções para a realização do concurso vestibular para o ingresso na Universidade do Estado do Amazonas. 2001a.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. **Decreto n.º 21.963**, de 27 de junho de 2001. Aprova o Estatuto da Universidade do Estado do Amazonas, dispõe sobre sua estrutura e funcionamento e dá outras providências. Manaus, 2001c.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. Dispõe sobre a Política dos Incentivos Fiscais e Extrafiscais do Estado, e dá outras providências. Aprova o Regulamento da Lei nº 2.826, de 29 de setembro de 2003. Artigo 54, inciso VIII, Lei nº 2.826, 29 de set. de 2003. Decreto n.º 2.3994, 29 de dez. 2003. **Diário Oficial do Amazonas**. Manaus, 29 dez. 2003a.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. Dispõe sobre vagas no vestibular da UEA e dá outras providências. Lei nº 3972/2013. **Diário Oficial do Amazonas**, Manaus, 23 dez. 2013d.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Aprova instruções para a realização do concurso vestibular para o ingresso na Universidade do Estado do Amazonas. **Edital n.º 84/ 2014**. Manaus, 2014b.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Aprova instruções para a realização do concurso vestibular para o ingresso na Universidade

do Estado do Amazonas vestibular 2013, acesso 2014. **Edital nº 56/ 2013**. Manaus, 05 ago. 2013b.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Portaria nº 121/2005**. Aprova instruções para a realização do concurso vestibular para o ingresso na Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 25 abr. 2005a.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Portaria nº 018/2001. Designa servidora da UEA para coordenar especialização em Saúde da Família. **Diário Oficial do Amazonas**. Manaus, 08 ago. 2001d.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. **Plano de desenvolvimento institucional - PID UEA 2012-2016**. Manaus, 2011a. Disponível em: www.pdi.uea.edu.br/data/noticia/download/145-3.docx Acesso em: 21 jun.2016.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Pró-reitoria. Dispõe sobre o fornecimento de passes estudantis (meia passagem), pelo período de 12 meses, para atender aos alunos da UEA de Medicina, Odontologia e Enfermagem, oriundos do interior do Estado do Amazonas. Manaus, 03 mai. de 2006. **Diário Oficial do Amazonas**. 05 de jun. 2006.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Comitê local do Programa Amazonas de integração da Ciência do Interior. Portaria nº 080/2004, Manaus: 05 de abr. 2004. **Diário Oficial do Amazonas**. 05 de abr. 2004a.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Instituição de grupo de trabalho para definir o processo de integração com o hospital de ensino. **Portaria nº 172/2004**. Manaus 30 jun. 2004. **Diário Oficial do Amazonas**. p. 5. 01 jul. 2004c.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 001/2002**. Criação do Curso de Pós-Graduação em nível de Mestrado em Doenças Tropicais e Infecciosas. Manaus, 10 jan. 2002a.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 002/2002**. Criação o Curso de Pós-Graduação em nível de Mestrado em Biotecnologia. Manaus, 28 jan. 2002b.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Universidade do Estado do Amazonas. **Resolução nº 001/2003**. Instituição em caráter provisório, Comissão Avaliadora dos Projetos de Extensão encaminhados à Pró-Reitoria de Extensão para o exercício acadêmico de 2003. Manaus, 05 fev. 2003b.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 008/2003.** Criação do Programa de Iniciação Científica da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 08 mai. 2003c.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 008/2004.** Criação do Programa de Monitoria e dá outras providências. Manaus, 28 dez. 2004 d.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 003/2005.** Regimento das casas de estudante da UEA. Manaus, 31 mar. 2005 b.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 014/2009.** Regimento Interno do Programa de Iniciação Científica da Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Manaus, 22 jun. 2009.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 021/2011.** Aprovação da oferta do Curso de Saúde Coletiva, Bacharelado, vinculado à Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA). Manaus, 19 ago. 2011b.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Resolução nº 5/ 2012. Dispõe sobre HOMOLOGAÇÃO *ad referendum* do Conselho Universitário da criação do Curso de Doutorado em Doenças Tropicais e Infecciosas da Universidade do Estado do Amazonas/UEA. Manaus, 25 jan. 2012b. **Diário Oficial do Amazonas**, p. 05 Manaus, 25 jan. 2012b.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Resolução nº 25/2012. Dispõe sobre a Criação do Programa de Auxílio Alimentação para discentes carentes. Manaus, 28 set. 2012c. **Diário Oficial do Amazonas**. p. 05. Manaus, 02 out. 2012c.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Resolução nº 26/2012. Dispõe sobre a Criação do Programa de Auxílio Transporte para discentes em condição de vulnerabilidade social do Interior do Estado do Amazonas e da capital que venham a frequentar os cursos da Universidade do Estado do Amazonas oferecidos exclusivamente em Manaus. Manaus, 28 set. 2012d. **Diário Oficial do Amazonas**, p. 05. Manaus, 02 out. 2012d.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Resolução nº 1 / 2013. Dispõe sobre aprovação do Programa de Residência em Enfermagem. Manaus, 16 jan.2013. **Diário Oficial do Amazonas**, p. 3. Manaus, 17 jan. 2013c.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Resolução nº 40/2013. Aprova a oferta especial do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Manaus, 11 jul. 2013. **Diário Oficial do Amazonas**, p. 10. 15 jul. 13.2013a.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Resolução nº 73/2014**. Criação do núcleo Técnico-Científico de Telessaúde da Universidade do Estado do Amazonas e Regimento Interno. Manaus, 7 nov. 2014. **Diário Oficial do Amazonas**, p. 21-22. Manaus, 10 nov. 2014c.

_____. Governo do Estado do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. Secretaria de Estado de Infraestrutura. **RIMA - Relatório de impacto ambiental da Cidade Universitária da UEA**. Coord. MSc. João Bosco Soares. Manaus, UEA, 2012a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. 2014a. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. Universidade do Estado do Amazonas. Gabinete da Reitoria. **Portaria nº 381/2016**. Concessão de crédito orçamentário para a implantação da primeira etapa da construção da cidade universitária em favor da SEINFRA. Manaus, 2 jun. 2016b.

ANDRADE, R. de P. **A Amazônia na era do desenvolvimento: saúde, alimentação e meio ambiente (1946-1966)** 2012. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

ARAUJO, M. B. de S; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.

BARBOSA, E.L. **Cenário das Políticas Públicas de Fixação e Provimento de Profissionais de Saúde No Amazonas, 1970 - 1990**. 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, Instituto Leônidas & Maria Deane – ILM/D/FIOCRUZ AMAZÔNIA, Manaus.

BARRETO, A. L; FILGUEIRAS, C. A. L. Origens da Universidade Brasileira. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 1780-1790, 2007.

BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BASTOS, J. R. de M.; AQUILANTE, A. G.; ALMEIDA, B. S. DE, LAURIS, J. R. P.; BIJELLA, V. T. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP entre os anos de 1996 e 2000. **J Appl Oral Sci**, Bauru, v. 11, n 4, p.283-9, 2003.

BONELLI, M. da G. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11. p. 2531-2532, 2009.

BOTELHO, J.B. **História da medicina - da abstração à materialidade**. Manaus: Editora Valer, 2004. 385p.

BRAGHINI, K. M. Z. A história dos estudantes “excedentes” nos anos 1960: a superlotação das universidades e um “torvelinho de situações improvisadas”. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 51, p. 123-144, jan./mar. 2014. Editora UFPR.

BRASIL. Casa civil. **Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001**. Institui o programa de interiorização do trabalho em saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2001.

_____. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Decreto nº 8.081, de 23 de agosto de 2013**. Altera o Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013, que institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos, para dispor sobre o pedido de inscrição do registro provisório de médico intercambista, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 ago. 2013e.

_____. **Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979**. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 16 nov. 1979.

_____. **Decreto 4.726, de 09 de junho de 2003**. Dispõe sobre a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2003b.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 jul. 2005b.

_____. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder executivo. DF. Brasília, 30 ago. 2012b.

_____. Ministério da Defesa. **História do Projeto Rondon**. Acesso em 26 fev. 2015b. Disponível em: <http://projettorondon.paginaoficial.com>.

_____. Ministério da Defesa. **Mundo Rondon**: Revista do Projeto Rondon. Brasília, 2014b. Acesso em: 8 mai. 2015. Disponível em: <http://noticias.ufsc.br/>

_____. Ministério da Educação. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014.** (internet) Dez., 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-balanco-social-sesu-2003-2014&Itemid=30192. Acesso em: 18 jul 2016.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior. Brasília, Brasil. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>. Acesso em: 2 fev. 2016.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Portaria nº 109, de 5 de junho de 2012.** Dispõe sobre a expansão de vagas em cursos de Medicina e criação de novos cursos de Medicina nas Universidades Federais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder executivo. DF. Brasília, Pág. 16. Seção 1. 08 de Junho de 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Saúde – PITS Médicos inscritos no programa de interiorização vão se especializar em Saúde da Família.** Ano VII, No. 209, 4ª semana de abril 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Ministério da Educação. **Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos e dá outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder executivo. DF. Brasília, pág. 1. 09 de julho de 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria executiva.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e avaliação da atenção Básica 21. **Informe da Atenção Básica. Dez anos de saúde da Família no Brasil.** Ano V. Mar/Abril, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS: políticas e ações.** Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011.** Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias

com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 14 jun. 2011b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692 de 25 de março de 1994**. Organiza as atividades desempenhadas pelos profissionais nos programas PACS/PSF. DO: 60, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 20 jul. 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade**. Relatório. Brasília, 2012a. 240 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas - Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466/2012**. Dispõe sobre a pesquisa sobre seres humanos. Diário Oficial da União, n. 12, seção 1, 13 de jun de 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Acesso em: 12 de abr 2015a. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.369, DE 8 DE JULHO DE 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jul. 2013c. Seção 1, p.49-52.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 341, de 4 de março de 2013**. Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial Da União, nº 43, Seção 1, pág. 41 de 05 de mar. 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde – Recursos Humanos para as atividades de Saúde**. Rio de Janeiro. Anais...[S.I.]: Ministério da Saúde, 1967.

_____. Ministério da Saúde. **VI Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília. Anais...[S.I.]: Ministério da Saúde, 1977.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Diretoria de Gestão da Saúde Indígena – DGESI. Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena – CGMASI. Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena – DIMOSI. Sistema de Informação da Saúde Indígena – SIASI. **Dados gerais do DSEI Parintins, referentes a 2013**. 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Parintins.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. PEITER, P. C., SANTOS, S. M.; BARCELLOS, C. (Org.). **Abordagens espaciais na saúde pública**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 136 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de acompanhamento e avaliação. Departamento de atenção Básica. **Seleção dos municípios em grupos para o PROVAB**. 2011e.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 de set. 2011c.

BRITO, R.M. de. **100 anos UFAM**. 2 ed. rev. amp. Manaus, Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Acesso em: 8 mai. 2015.

CAMPOS F.E., MACHADO, M.H., GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai. 2009.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, Dez. 2006.

CARVALHO, M. S. de; SOUSA, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CASTELLANOS, M.E.P.; GARCIA, J. B.; ELIAS, P. E.; AKERMAN, M. ; SILVA, C. S. da; NASCIMENTO, V. B. do; MARTINS, L. C. ; BORTOLLOTTE, F. H. B. ; SILVEIRA, A. de F. M. H. da. Perfil dos egressos da Faculdade de Medicina do ABC: o que eles pensam sobre atenção primária em saúde? **Arq. Bras. Ciên. Saúde**, Santo André, v. 34, n.2, p. 71-9. Mai./Ago. 2009.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004 .

CECCIM, R. B; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 266-277, Dez. 2007.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Humanos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a educação. In: **Construção Social da Demanda** – Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro, 2005. p.161-181. IMS/ UERJ – CEPESC – ABRASCO.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Enfermagem em números**. Atualizado em: 01 jul. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 18 ago. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CRM. **Estatística - Relação de profissionais por estado no Brasil**. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica. Acesso em: 18 ago. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. CRO. **Estatística**. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=AM&municipio=> . Acesso em: 18 ago. 2016.

COSTA, M. G. F; OLIVEIRA, J. A. de. Uma década de interiorização do ensino superior no Estado do Amazonas: relato de caso da Universidade do Estado do Amazonas. **T&C Amazônia**, Manaus, n.20, p. 26-30, 2011. Acesso em: 20 abr. 2015. Disponível em: <http://www.uea.edu.br>.

CRUZ DE SOUZA, C.M. The development of a healthcare network in Bahia, Brazil devoted to fighting the epidemics. **Dynamis**, v. 31, n. 1, p. 85-105, 2011.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, 2008.

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

DIAS, H. S.; LIMA, L.D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.6, p.1613-1624, 2013.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007.

ESTÁCIO, M. A. F. As Quotas Étnicas na Universidade do Estado do Amazonas: uma análise da atuação do Movimento dos Estudantes Indígenas do Amazonas - Meiam. In: **36.º Encontro Anual da ANPOCS**, Anais... Águas de Lindóia, p. 1-30, 2012b.

_____. Universidade do Estado do Amazonas: uma década de história. In: **IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas 'História, Sociedade e Educação no Brasil' - História da Educação Brasileira: experiências e peculiaridades**, Anais... João Pessoa. 2012a. p. 1536-1557.

ESTÁCIO, M. A. F; NICIDA, L.R. de A. Universidade do Estado do Amazonas: Política de Estado ou Política de Governo. In: **XI Congresso Nacional de Educação**, Anais... Curitiba. 2013. p. 22186-22202.

FANTIN, J. T. Projeto Rondon: extensão universitária e Agenda 21 na Amazônia. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 115-124, jun. 2011.

FERES JÚNIOR, J.; DAFLON, V.; BARBARELA, E.; RAMOS, P. Levantamento das políticas de ação afirmativa nas universidades estaduais (2013). **Levantamento das políticas de ação afirmativa (GEMAA)**, Rio de Janeiro, IESP-UERJ, p. 1-25, 2013.

FEUERWERKER, LCM, SENA, RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe - sinônimos? como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico** mar. 1998, v.5, n. 18, p. 5-6.

FRANCO, M.A.C. Acesso à universidade: uma questão política e um problema metodológico. **Educação e Seleção**, n.12, p.9-26, jul./dez. 1985.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. COREN-SP. **Perfil da enfermagem no Brasil – quadro resumo**. São Paulo. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Perfil%20da%20Enfermagem%20%20Dados%20S%C3%A3o%20Paulo_0.pdf. Acesso em: 10 ago. 2016.

FUNK, P. do P.; FLÔRES, M. M. D. Z; GARBIN, C. A.; HARTMANN, M. S. M.; MENDONÇA, J. L. **Perfil do profissional formado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo/ RS: da formação à realidade profissional**. Passo Fundo, v.9, n. 2, p. 105-109, jul./dez. 2004.

GALVÃO, M. D. A **História da medicina em Manaus**. Manaus: Editora Valer/ Governo do Estado do Amazonas / Editora Universidade Federal do Amazonas, 2003.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, abr. 2005.

GUEDES DOS SANTOS, M.G.; LILALVA DE HOLANDA, F.; CLOTILDE CAROLLA, D.; TRALDI, M. C. Egressos do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Jundiaí: perfil e inserção no mercado de trabalho. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 33-42, jan / abr, 2014.

HADDAD, A.E.; MORITA, M. C., PIERANTONI, C. R., BRENELLI, S. L., PASSARELLA, T., & CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.3, p. 383-393, mai. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 05 mai. 2016.

JORGE, K. C. **Urbanismo no Brasil império: a saúde pública na cidade de São Paulo no século XIX (hospitais, lazaretos e cemitérios)**. 2006. 236 fls. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2006. 236 fls

KADRI, M.R., SCHWEICKARDT, J.C. O território que corta os rios: a atenção básica no Município de Barreirinha, estado do Amazonas. p.195 In: **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede** / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

KARAM, R. A. de. **A contribuição da modernização gerencial para a consolidação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde: a experiência do Projeto Reforsus**. 2002. 118fls fls. Dissertação (Mestrado). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 2002. 118fls.

LIMA, T.G.F.M.S; BAPTISTA, S.S. Circunstâncias de criação das escolas de enfermagem do estado do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**. v.4, n.2, p.197-208, 2000.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco** v.3, n.3, p. 119-122, 2012.

MACHADO, M.H.; WERMELINGER, M.; TAVARES, M. de F. L.; MOYSÉS, N. M. N.; TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, E. dos S. de. **Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rede observatório de recursos humanos em saúde. Estação de

trabalho escola nacional de saúde pública Sérgio Arouca. Núcleo de estudos e pesquisas de recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro, 2006.

MEDEIROS, G. Nota de corte para o curso de Medicina da Ufam aumenta cinco pontos. **D24AM**, Manaus, Amazonas, 12, jan., 2016. Notícias / Concursos, Dez Minutos. Manaus, Amazonas. Disponível em: <http://new.d24am.com/noticias/concursos/nota-corte-para-curso-medicina-ufam-aumenta-cinco-pontos/145492>. Acesso em: 06 jun. 2016.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, ONOCKO R, (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

MENDONÇA, M. H. M de; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

MIALHE, F.L; FURUSE, R.; GONÇALO, C. da S. Perfil profissional de uma amostra de egressos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. **UFES Rev Odontol**, v.10, n.2, p.31-36, 2008.

MIRANDA, A. G. de.; ABREU JÚNIOR, J.M. de C. **Memória histórica da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, 1919-1950**: da fundação à federalização. Belém: Fadesp, 2009. 511 p.

MINAYO, M. C. de S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MOEHLECKE, S. Ação afirmativa: **História e debates no Brasil**. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 117, p. 197-217, Nov. 2002 .

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; IÑIGUEZ ROJAS, L.; NAVARRO, M. B. M. de A.; GONDIM, G. M. de M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MORITA, M.C; HADDAD, A.E; ARAÚJO, M. E. de. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010.

NAKAO, J.R. da S.; ANSELMÍ; M. L.; COSTA MELO, M. R. A. da; Ferraz, C. A. Estudo do perfil sócio-demográfico e de inserção no mercado de trabalho de egressos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. **Observatório RH**

[internet]. Jun.2005. [aproximadamente 33 p.]. Disponível em:www.observarh.org.br/observarh/repertorio/.../Mercado_de_Trabalho_egressos.pdf. 2006. Acesso em: 22 ago. 2016.

NEY, M. S; RODRIGUES, P. H. de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1293-1311, 2012.

ORLANDI, E. P. **Interpretação, autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. 4.ed. Campinas: Pontes, 2004.

OLIVEIRA, F. P. de; VANNI, T.; PINTO, H. A.; SANTOS, J. T. R. dos; FIGUEIREDO, A. M. DE; ARAÚJO, S. Q. de; MATOS, M. F. M.; CYRINO, E. G. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015.

OLIVEIRA, H M. de; GONÇALVES M. J. F.; PIRES, R. O. M. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, jan. 2011.

OLIVEIRA, M. S. de. Estratégias para fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. **Divulgação em saúde para o debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 29-33, mai. 2009.

PAIM, J.; TRAVASSOS; ALMEIDA, C., C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Publicado Online 9 de mai. de 2011. p. 11-31. Disponível em: www.thelancet.com. Acesso em: 20 ago. 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014.

PEREIRA, E.M.B; TINÔCO, D.S.; ALLOUFA, J.M.L. Democratização do acesso e da permanência no ensino superior: Ações e experiências na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Revista Produção e Desenvolvimento**, v.1, n.2, p.27-43, mai/ago, 2015. Disponível em: <http://revistas.cefet-rj.br/index.php/producaoedesenvolvimento>. Acesso em: 23 ago. 2016.

PEREIRA, M. M. Ações afirmativas e a inclusão de alunos com deficiência no Ensino Superior. **Ponto de Vista**, Florianópolis, n. 10, p. 19-38, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/viewFile/20567/18780>. Acesso em: 10 fev. 2016.

PEREIRA, W. Uma história da odontologia no Brasil. **História e Perspectivas**, Uberlândia, v. 47, p. 147-173, jul./dez. 2012.

PERES, M. A. de A. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 90 anos de sua criação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-9, Mar. 2013.

PERUZZO, C. M. K. Movimentos sociais, redes virtuais e mídia alternativa no junho em que “o gigante acordou”. **Matrizes**. São Paulo, ano 7, n. 2, p. 73-93, jul./dez. 2013.

PIERANTONI, C.R.; FRANÇA T.; GARCIA, DOS SANTOS, A. C.; M. R.; VARELLA, T. C.; MATSUMOTO, K. DOS S. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PIERANTONI C. R.; MAGNAGO, C.; GIRARDI, S. N. ; CARVALHO, C. L.; VIEIRA, S. de P.; NEY, M. S. ; TOMMASO, M. C. Novos Caminhos: **Formação médica em nível de graduação 2000-2013**. Região e Redes. Nota técnica 4/2015.

PINHEIRO, V. E. **Ensino de Enfermagem no Estado do Amazonas**. Manaus: UEA Edições, 2010. 59p.

PREFEITURA DE MANAUS. **Decreto n.º 0223, de 23 de julho de 2009**. Dispõe sobre Lei n. 1.357, de 08 de julho de 2009, que instituiu o Programa Bolsa Universidade, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Manaus – nº 2.251, Poder executivo, Manaus, AM, 23 de jul. de 2009a.

_____. Secretaria Municipal de Projetos Especiais e Gestão Tecnológica. **Edital do Processo Seletivo para o Programa Bolsa Universidade número 06 de 14 de dezembro de 2009**. Diário Oficial do Município de Manaus – Nº 2353, Poder executivo, Manaus, 23 dez. 2009b. p. 6.

QUEIROZ, R.C. de. **Povos indígenas no Brasil**. Hixkariana. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/hixkaryana/2228>. Acesso em: 5 jul. 2016.

RIBEIRO FILHO, J.L. et al. Telemedicina e Telessaúde – A Construção de Redes Colaborativas de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Diagnóstico e ao Tratamento em Saúde no Brasil. Dossiê. **Informática Pública**. Ano 10, n.2, p.97-104, 2008.

RIBEIRO, R.C. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. **Cien Saude Colet**. v.20, n.2, p. 421-424, 2015.

RODRIGUES, G. Curso de Medicina da UFAM tem apenas 8 amazonenses entre os 56 aprovados em 2015. **D24AM**. Manaus, Amazonas, 30, jan., 2015. Notícias/ Amazonas. Disponível em: <http://new.d24am.com/noticias/amazonas/curso-medicina-ufam-apenas-8-amazonenses-entre-56-aprovados-2015/128440>. Acesso em: 6 jun. 2016.

ROSA, C. M. Limites da democratização da educação superior: Entraves na permanência e a evasão na Universidade Federal de Goiás. **Póiesis Pedagógica**, Catalão, v.12, n.1, p. 240-257, jan/jun. 2014.

SANTOS, L. M. P; COSTA, A. M; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, Nov. 2015.

SANTOS, S. S. C.; LUNARDI, V. L.; ERDMANN, A. L.; CALLONI, H. Interdisciplinaridade: A pesquisa como eixo de Formação/Profissionalização na saúde/enfermagem. **Revista Didática Sistêmica**, v. 5, jan.- jun. 2007.

SAUNIER, T. **Parintins: Memória dos acontecimentos históricos**. Manaus: Valer, 2003.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, N. T. Do "inferno florido" à esperança do saneamento: ciência, natureza e saúde no estado do Amazonas durante a Primeira República (1890-1930). **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.** Belém , v. 5, n. 2, p. 399-416, Ago. 2010.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R.T.S.; KADRI, M.R; BORGES, J.M.; JARQUIM, R. **Relatório de Pesquisa Cenário da Gestão do Trabalho em Saúde: provimento e fixação de profissionais de saúde no Amazonas**. Manaus: Fiocruz: Cnpq/Fapeam, 2016.

SCHWEICKARDT, J. C. **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890 – 1930**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

SILVA, E.F.L.; MENEZES, H. F. de; RUFINO, C. G.; VIANA; L. de O.; ROSAS, A. M. M. T. F.; MESSIAS, C. M. Perfil do egresso do curso de Graduação em Enfermagem: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10 (Supl. 3), p.1483-97, abr., 2016.

SILVA, H.B.S. **A história da medicina em Sergipe**. Aracaju, Sergipe, 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/arquivos/aHistoriaDaMedicinaEmSergipe.pdf>. Acesso em: 21 out. 2016.

SILVA, H.M. da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. 1996. Dissertação (Mestrado apresentado a Escola Brasileira de Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

SILVA, L. F. M. da. Políticas Públicas de ação afirmativa e seus mecanismos para a população negra no Brasil: Perspectivas atuais. **Rev. TST**, Brasília, v. 76, n. 3, jul/set 2010.

SILVA, N. C. da. **Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus**. 2010. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 310 f.

TORRES, A.R.; RUIZ, T.; MÜLLER, S. S. ; LIMA, M. C. P. Inserção, renda e satisfação profissional de médicos formados pela Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36 n. 1, p.32-40, 2012.

UNIVERSIDADE DO AMAZONAS. UFAM. Escola de Enfermagem de Manaus. **Proposta de transferência da Escola de Enfermagem para a Universidade do Amazonas**. EDUA, Manaus, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. UFAM. **História do curso de medicina da UFAM**. Disponível em: <http://ccm.ufam.edu.br/index.php/pt-BR/19-sample-data-articles/ccm/8-historia-do-curso-de-medicina-da-ufam>. Acesso em: 23 jun. 2016.

VASCONCELOS, L. M. de; SILVA, O. C. da. A influência do fomento da fundação de amparo à pesquisa do estado do Amazonas no desenvolvimento de ct&i no período de 2003 a 2010. In: **IX Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração**, 24 – 28, Nov., 2012. Anais... 2012. Disponível em: <http://www.convibra.org/publicacoes.asp?ev=87&eva=25&lang=pt&te=31&anais=1>. Acesso em: 13 jul 2016.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.525-531, ago. 2003 .

WETTERICH N.C.; MELO, M.R.A da C. Perfil Sociodemográfico do aluno do curso de Graduação em Enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.3, mai.-jun., 2007.

ZANETTI, C.H.G. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. **Anais Universitários**. Série Ciências Sociais e Humanas, v.1, n.6, 1999.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

Projeto de Pesquisa: Provimento e fixação dos profissionais de saúde: análise do perfil dos egressos da Universidade do Estado do Amazonas na região do Baixo Amazonas – Amazonas.

1 . Categoria perfil do egresso

1.1 Dados pessoais Formulário no.

1.2 Nome (Iniciais): _____ Data: ____/____/____

1.3 Município em que trabalha: _____

1.4 Trabalha em algum outro? () sim () Não , se afirmativo, em qual? _____

1.5 Idade: _____ 1.6 Sexo: () F () M

1.7 Naturalidade: _____

1.9 Estado civil: () Solteiro () casado () União estável () Divorciado () Separado () Viúvo () Outro: _____

1.10 Tem filhos? () sim () Não

1.11 Qual a sua Renda Mensal?

- () Menor que R\$ 2.000,00 () Entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00
 () Entre R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00 () Entre R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00
 () Entre R\$5.001,00 a R\$ 6.000,00 () Entre R\$ 6.001,00 a R\$ 7.000,00
 () Entre R\$ 7.001,00 a R\$ 8.000,00 () Entre R\$8.001,00 a R\$ 9.000,00
 () Entre R\$ 9.001,00 a R\$ 10.000,00 () Acima de R\$ 10.000,00

1.12 Graduação: () Enfermagem () Medicina () Odontologia

1.13 Ano de conclusão: _____

1.14. Cursou ou está cursando outra graduação? () sim () Não Caso seja afirmativo, qual? _____

1.15 Você entrou por cotas no vestibular da UEA? () sim () Não

1.16 Você teve algum auxílio financeiro por parte do município de origem? () sim () Não

1.17 Você recebeu alguma bolsa da UEA? () sim () Não

1.18 Qual o ano do Vestibular de ingresso: _____

1.19 Qual o Polo de ingresso no vestibular:

1.20 Caso você seja de outra localidade, você tem parentes no município?

() Sim () Não

1.21 Quais atrativos levaram você a trabalhar nesse município?

2. Categoria Formação e Trabalho

2.1 O que você acha da política de cotas para ingresso no vestibular da UEA em relação a fixação e provimento de profissionais de saúde?

2.2 O que te motivou a escolher uma profissão na área de saúde?

2.3 A UEA tem uma política de formação multiprofissional, qual a sua opinião sobre isso?

2.4 Você teve experiências em atividades de extensão e/ou pesquisa na graduação?

Porquê? Caso afirmativo, Explique quais e como foi essa experiência? () Sim () Não

2.5 Como a graduação contribuiu para o desempenho das suas atividades práticas profissionais?

2.6 O estágio rural em saúde coletiva contribuiu para você vir trabalhar no interior? Porquê?

2.7 Como foi sua trajetória profissional e acadêmica após a sua graduação?

2.8 Como a sua formação contribuiu para a realidade no SUS dentro do município?

2.9 Você tem intenção em ampliar a sua formação acadêmica?

2.10 Você se sente motivado a continuar seus estudos?

2.11 O território em que você atua é rural ou urbano?

2.12 Qual a sua estratégia para a atuação no território?

3. Categoria: Gestão de Trabalho

3.1 Localidade onde trabalha: () Estratégia Saúde da Família () Hospital () Saúde Indígena () Policlínica () Centro de Especialidades () Vigilância Sanitária () Outro:

3.2 Tempo de atuação: _____

3.3. Função: () Assistencial () Administrativa/gestão () outra:

3.4 Em caso de função gestora, tempo de atuação: _____

3.5 Tempo de trabalho na cidade:

3.6 Trabalha no setor privado? () sim () Não

3.7 Tipo de Vínculo:

() Estatutário () Estatutário com função gratificada () DAS ou cargo comissionado

() Servidor público contrato CLT () Terceirizado () Prestador de serviço

() Outro: _____

3.8 O que lhe motiva a permanecer nesse município?

3.9 O que dificulta a sua permanência nesse município?

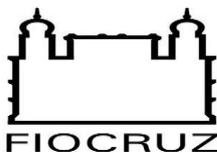
3.10 Existem questões que interferem na mobilidade (rotatividade) dos profissionais de saúde?

4. Categoria Educação Permanente em Saúde

4.1 Qual o seu entendimento sobre EPS?

4.2 Você realiza de educação permanente em Saúde no trabalho?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Leônidas e Maria Deane

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais de Saúde

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa de mestrado “Provimento e fixação dos profissionais de saúde: análise do perfil dos egressos da Universidade do Estado do Amazonas na região do Baixo Amazonas”, que faz parte da Pesquisa “O CENÁRIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO AMAZONAS: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS” sob a responsabilidade do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt do Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Amazonas, telefones (92) 3621-2123, e-mail juliocesar@amazonia.fiocruz.br com os pesquisadores colaboradores Rodrigo Tobias de Sousa Lima do Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Amazonas, telefone (92) 3621-2123, e-mail tobiasrodrigo@gmail.com e Rosana Pimentel Correia do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, telefone (92) 3621-2323, e-mail rosanapesmsde@gmail.com, mestranda colaboradora Flávia Roberta Dias Coelho do Programa Multiinstitucional de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia UFAM e Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Amazonas, telefone (92) 3621-2323, e-mail enf.flavia.dias@gmail.com da qual pretende realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais egressos da UEA no SUS. Sua participação é voluntária e será através de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no diagnóstico da situação do trabalho na saúde no Amazonas e poderá contribuir coma discussão das políticas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus -AM, pelo telefone (92)3621-2323 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: cep@ufam.edu.br.

Consentimento Pós-Informação

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

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

 Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisador Responsável)
 Flávia Roberta Dias Coelho (Mestranda Colaboradora)

ANEXO A: Quadro da distribuição dos vínculos de trabalho com o SUS dos egressos segundo municípios e estados (2016).

Municípios	Estados	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Adrianópolis	Paraná	0	1	0
Alenquer	Pará	0	1	0
Almeirim	Pará	0	2	0
Altamira	Pará	0	2	0
Alto Alegre	Roraima	1	0	0
Alto Paraguai	Mato Grosso	0	1	0
Alvarães	Amazonas	0	1	0
Amaturá	Amazonas	5	1	0
América Dourada	Bahia	0	1	0
Anamá	Amazonas	0	0	2
Anápolis	Goiás	0	3	0
Angelim	Pernambuco	0	1	0
Anori	Amazonas	2	1	4
Aparecida de Goiânia	Goiás	0	1	0
Apuí	Amazonas	0	0	1
Aracaju	Sergipe	0	2	0
Araraquara	São Paulo	0	1	0
Araras	São Paulo	0	1	0
Ariquemes	Rondônia	0	1	0
Atalaia Do Norte	Amazonas	2	0	0
Atibaia	São Paulo	0	1	0
Augustinópolis	Tocantins	0	1	0
Augusto Corrêa	Pará	0	1	0
Autazes	Amazonas	3	1	3
Balsas	Maranhão	0	1	0
Barbalha	Ceará	0	5	0
Barcelos	Amazonas	0	2	3
Barreirinha	Amazonas	3	2	4
Barueri	São Paulo	0	7	0
Bauru	São Paulo	0	1	0
Bela vista do toldo	Santa Catarina	0	1	0
Belém	Pará	0	5	0
Belo Horizonte	Minas Gerais	0	1	0
Belo Jardim	Pernambuco	0	1	0
Benjamin Constant	Amazonas	2	1	2
Beruri	Amazonas	4	0	2
Betim	Minas Gerais	0	1	0
Blumenau	Santa Catarina	0	1	0

Boa Vista	Roraima	12	19	2
Boa Vista do Ramos	Amazonas	1	0	2
Boca do Acre	Amazonas	1	2	2
Bodocó	Pernambuco	0	1	0
Bonito	Mato Grosso do Sul	0	1	0
Borba	Amazonas	2	2	6
Botucatu	São Paulo	0	1	0
Bragança Paulista	São Paulo	0	1	0
Caapiranga	Amazonas	1	1	1
Cacaulândia	Rondônia	0	1	0
Cacoal	Rondônia	0	1	0
Cajazeiras	Paraíba	0	1	0
Caldas Novas	Goiás	0	1	0
Cambé	Paraná	0	1	0
Campo Formoso	Bahia	0	1	0
Campo Grande	Mato Grosso do Sul	0	1	0
Campo Maior	Piauí	0	1	0
Campo Novo do Parecis	Mato Grosso	0	1	0
Canavieiras	Bahia	0	1	0
Canindé	Ceará	0	1	0
Canoas	Rio Grande do Sul	1	0	0
Canoinhas	Santa Catarina	0	3	0
Cantagalo	Paraná	0	1	0
Canutama	Amazonas	2	0	1
Capim	Paraíba	0	1	0
Capitão de Campos	Piauí	0	1	0
Carapicuíba	São Paulo	0	1	0
Careiro	Amazonas	1	3	2
Careiro da Várzea	Amazonas	0	2	4
Caroebe	Roraima	0	0	2
Castelo	Espírito Santo	0	0	1
Catalão	Goiás	0	1	0
Catanduva	São Paulo	0	2	0
Caucaia	Ceará	0	1	0
Caxias	Maranhão	0	1	0
Ceará-Mirim	Rio Grande do Norte	0	1	0
Chapecó	Santa Catarina	0	1	0
Coari	Amazonas	6	9	3
Codajás	Amazonas	1	0	1

Conselheiro Lafaiete	Minas Gerais	1	0	0
Cotia	São Paulo	0	3	0
Crato	Ceará	0	1	0
Cristalina	Goiás	0	1	0
Cruz	Ceará	0	1	0
Cruzeiro do Sul	Acre	0	3	0
Cuiabá	Mato Grosso	0	1	0
Cujubim	Rondônia	0	1	0
Curitiba	Paraná	0	8	0
Domingos Martins	Espírito Santo	0	1	0
Dourados	Mato Grosso do Sul	0	1	0
Eirunepé	Amazonas	7	1	3
Envira	Amazonas	2	0	2
Florianópolis	Santa Catarina	0	1	0
Fonte Boa	Amazonas	3	2	4
Fortaleza	Ceará	0	3	0
Francisco Beltrão	Paraná	0	1	0
Francisco Morato	São Paulo	0	2	0
Galvão	Santa Catarina	1	0	0
Garanhuns	Pernambuco	0	1	0
Garuva	Santa Catarina	0	1	0
Goiânia	Goiás	0	3	0
Goianinha	Rio Grande do Norte	0	1	0
Guajará-Mirim	Rondônia	0	1	0
Guaramiranga	Ceará	0	1	0
Guaramirim	Santa Catarina	0	1	0
Guarulhos	São Paulo	0	5	0
Humaitá	Amazonas	2	1	2
Ilhéus	Bahia	0	1	0
Imperatriz	Maranhão	0	1	0
Independência	Ceará	0	2	0
Ipatinga	Minas Gerais	0	1	0
Ipixuna	Amazonas	0	1	2
Iporá	Goiás	0	2	0
Irlanduba	Amazonas	1	7	2
Itabuna	Bahia	0	1	0
Itacoatiara	Amazonas	11	12	13
Itaiópolis	Santa Catarina	0	1	0

Itaituba	Pará	0	1	0
Itajaí	Santa Catarina	0	1	0
Itamarati	Amazonas	1	0	0
Itapiranga	Amazonas	1	0	3
Itaquitinga	Pernambuco	0	0	1
Itatira	Ceará	0	1	0
Jaboatão dos Guararapes	Pernambuco	0	1	0
Jaboticabal	São Paulo	0	1	0
Jaguarari	Bahia	0	1	0
Jaguaribara	Ceará	0	1	0
Japurá	Amazonas	1	0	1
Jardim	Ceará	0	1	0
Jarinu	São Paulo	0	1	0
Jijoca de Jericoacoara	Ceará	0	1	0
Ji-Paraná	Rondônia	0	2	0
João Pessoa	Paraíba	0	1	0
Juazeiro	Bahia	0	2	0
Juazeiro do Norte	Ceará	0	2	0
Juruá	Amazonas	1	0	0
Juruti	Pará	1	0	0
Jutaí	Amazonas	0	0	1
Lábrea	Amazonas	3	1	5
Lajedo	Pernambuco	0	2	0
Lençóis Paulista	São Paulo	0	1	0
Londrina	Paraná	0	2	0
Lucas do Rio Verde	Mato Grosso	0	1	0
Macapá	Amapá	1	1	0
Mafra	Santa Catarina	0	1	0
Manacapuru	Amazonas	12	16	8
Manaquiri	Amazonas	0	2	2
Manaus	Amazonas	109	336	49
Manicoré	Amazonas	4	2	3
Marechal Thaumaturgo	Acre	0	2	0
Maringá	Paraná	0	1	0
Matupá	Mato Grosso	0	0	1
Mauá	São Paulo	0	4	0
Maués	Amazonas	4	2	7
Medicilândia	Pará	0	1	0
Milagres	Ceará	0	1	0
Missão Velha	Ceará	0	2	0
Monte Alegre	Rio Grande do Norte	0	1	0
Monte Horebe	Paraíba	0	1	0

Morada Nova	Ceará	0	1	0
Mucajaí	Roraima	0	1	1
Natal	Rio Grande do Norte	0	1	0
Nhamundá	Amazonas	2	0	2
Nova Olinda Do Norte	Amazonas	1	4	5
Nova Veneza	Goiás	0	1	0
Novo Airão	Amazonas	1	0	0
Novo Aripuanã	Amazonas	1	1	0
Óbidos	Pará	0	0	1
Oriximiná	Pará	1	0	0
Ouricuri	Pernambuco	0	1	0
Ouro Preto	Minas Gerais	0	1	0
Ouro preto do oeste	Rondônia	0	2	0
Pacajus	Ceará	0	1	0
Palmares	Pernambuco	0	1	0
Palmas	Tocantins	0	0	1
Pará de Minas	Minas Gerais	0	1	0
Parintins	Amazonas	21	7	5
Parnaíba	Piauí	0	2	0
Pauini	Amazonas	1	0	0
Petrolina	Pernambuco	0	3	0
Pinhais	Paraná	0	1	0
Pinheiro	Maranhão	0	1	0
Piraquê	Tocantins	1	0	0
Pires Ferreira	Ceará	0	1	0
Piripiri	Piauí	0	1	0
Pombal	Paraíba	0	2	0
Porto Alegre	Rio Grande do Sul	0	1	0
Porto Ferreira	São Paulo	0	1	0
Porto Velho	Rondônia	1	8	0
Praia Grande	São Paulo	0	3	0
Presidente Figueiredo	Amazonas	1	10	6
Ribeirão Preto	São Paulo	0	3	0
Rio Branco	Acre	0	7	0
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	0	7	0
Rio Pardo	Rio Grande do Sul	0	1	0
Rio Preto da Eva	Amazonas	5	6	1
Rodrigues Alves	Acre	0	2	0
Salgueiro	Pernambuco	0	2	0
Salvador	Bahia	0	1	0
Santa Isabel Do Rio Negro	Amazonas	2	0	1

Santa Terezinha	Santa Catarina	0	1	0
Santarém	Pará	0	8	3
Santo André	São Paulo	0	4	0
Santo Antônio do Descoberto	Goiás	0	1	0
Santo Antônio do Içá	Amazonas	2	0	3
Santos	São Paulo	0	1	0
São Benedito	Ceará	0	1	0
São Bernardo do Campo	São Paulo	0	4	0
São Caetano do Sul	São Paulo	0	1	0
São Gabriel da Cachoeira	Amazonas	7	1	5
São Gonçalo do Amarante	Rio Grande do Norte	0	1	0
São João do Jaguaribe	Ceará	0	1	0
São José do Rio Preto	São Paulo	0	4	0
São José dos Campos	São Paulo	1	1	0
São Miguel do Tocantins	Tocantins	0	1	0
São Paulo	São Paulo	1	44	2
São Paulo de Olivença	Amazonas	7	0	2
São Pedro do Piauí	Piauí	0	1	0
São Sebastião do Uatumã	Amazonas	0	1	2
Sena Madureira	Acre	0	0	1
Senador Canedo	Goiás	0	1	0
Sete Lagoas	Minas Gerais	0	1	0
Silves	Amazonas	1	0	2
Sítio Novo do Tocantins	Tocantins	0	1	0
Sobral	Ceará	0	1	0
Sorocaba	São Paulo	0	1	0
Sousa	Paraíba	0	2	0
Tabatinga	Amazonas	11	8	8
Tanhaçu	Bahia	0	1	0
Tapauá	Amazonas	3	0	4
Tauá	Ceará	0	1	0
Tefé	Amazonas	5	11	1
Teixeira de Freitas	Bahia	0	1	0
Teresina	Piauí	0	1	0
Terra Santa	Pará	1	0	1
Tianguá	Ceará	0	1	0
Tijucas do Sul	Paraná	0	1	0
Timbiras	Maranhão	0	1	0
Timóteo	Minas Gerais	0	1	0
Tonantins	Amazonas	2	1	0
Trindade	Goiás	0	1	0
Uarini	Amazonas	0	2	0
Uberaba	Minas Gerais	0	2	0

Uberlândia	Minas Gerais	0	2	0
Urucará	Amazonas	6	3	3
Urucurituba	Amazonas	3	1	4
Uruguaiana	Rio Grande do Sul	0	1	0
Várzea Grande	Mato Grosso	0	1	0
Viçosa do Ceará	Ceará	0	2	0
Ararendá	Ceará	0	1	0
Barra do Garças	Mato Grosso	0	1	0
Brasília	Distrito Federal	0	1	0
Caruaru	Pernambuco	0	1	0
Crateús	Ceará	0	1	0
Croatá	Ceará	0	1	0
Distrito Federal	Distrito Federal	1	2	1
Inhumas	Goiás	0	1	0
Itaquaquecetuba	São Paulo	0	1	0
Jataí	Goiás	0	1	0
Normandia	Roraima	0	0	1
Orós	Ceará	0	1	0
Quixelô	Ceará	0	1	0
Xanxerê	Santa Catarina	0	1	0

FONTE: DA PESQUISA (2016)