

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

## Preferência declarada: adesão e permanência na percepção de profissionais do Programa Mais Médicos - 2025

Amanda Luiza Marinho Feitosa, Wallace Enrico Boaventura Santos, Lucélia Luiz Pereira, Tiago Salessi Lins, Taciana Silveira Passos, Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto, Leonor Maria Pacheco Santos

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15219>

Submetido em: 2026-02-25

Postado em: 2026-03-04 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

**Preferência declarada: adesão e permanência na percepção de profissionais do Programa  
Mais Médicos - 2025**

**Discrete Choice: adherence and permanence in the perception of professionals  
from the Mais Médicos Program – 2025**

**Amanda Luiza Marinho Feitosa ALMF**

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará-SESA-CE. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2182-7333>

**Wallace Enrico Boaventura Santos WEBS**

Universidade de Brasília- UnB. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5705-936X>

**Lucélia Luiz Pereira LLP**

Universidade de Brasília- UnB. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9722-143X>

**Tiago Salessi Lins TSL**

Universidade Federal da Paraíba- UFPB. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5587-4504>

**Taciana Silveira Passos TSP**

Universidade de Brasília- UnB. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5312-095X>

**Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto ICHCB**

Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ/CE orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8447-3654>

**Leonor Maria Pacheco Santos LMPS**

Universidade de Brasília- UnB. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>

**Resumo**

O Programa Mais Médicos (PMM) objetiva diminuir a carência destes profissionais nas regiões prioritárias para o SUS. À luz do referencial teórico de preferência declarada, analisou-se adesão e permanência do médico em áreas vulneráveis, considerando-se qualidade de vida profissional, condições de trabalho, remuneração, vínculo empregatício e jornada laboral. Em 2025 entrevistaram-se profissionais com no mínimo dois anos de experiência no PMM. Após análise temática e identificação de eixos analíticos, observou-se que a escolha para atuar nas áreas remotas combina motivações ético-humanitárias, e compromisso profissional, mas também fatores pragmáticos, como remuneração, desejo por vínculo estável e auxílio moradia. Dificultam a permanência: a fragilidade estrutural em algumas Unidades Básicas de Saúde, os problemas de encaminhamento do usuário à rede de referência para especialistas e a percepção de sobrecarga profissional. Esses achados evidenciam os atributos do trabalho médico que influenciam as decisões de adesão e fixação em territórios de difícil provimento.

**Palavras chave:** Programa Mais Médicos; Áreas Remotas; Tempo de Permanência; Percepções.

## Summary

The More Doctors Program (PMM) aims to reduce the shortage of these professionals in priority regions for the Brazilian Unified Health System (SUS). Using the theoretical framework of discrete choice, this study analyzed physician adherence and retention in vulnerable areas, considering professional quality of life, working conditions, remuneration, employment status, and working hours. In 2025, professionals with at least two years of experience in the PMM were interviewed. After thematic analysis and identification of analytical axes, it was observed that the choice to work in remote areas combines ethical-humanitarian motivations and professional commitment, but also pragmatic factors such as remuneration, desire for stable employment, and housing allowance. Factors hindering retention include: structural weaknesses in some Basic Health Units, problems with the referral network to specialists, and the perception of professional overload. These findings highlight the attributes of medical work that influence decisions regarding adherence and retention in underserved territories.

**Keywords:** More Doctors Program; Remote Areas; Length of Stay; Perceptions.

## INTRODUÇÃO

A escassez de médicos em áreas rurais e remotas permanece sendo um problema importante em diversos países. No Brasil, existe uma distribuição desigual de profissionais de saúde e uma oferta insuficiente de médicos em áreas onde são mais necessários, uma vez que um número expressivo da população brasileira que mais necessita de cuidados de saúde vive em áreas distantes e em locais com menor disponibilidade de serviços de saúde. Dessa forma, estratégias têm sido implementadas para atrair profissionais para essas áreas, bem como para garantir a permanência, particularmente de médicos.

Nesse sentido, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em 2013 visando diminuir a carência destes profissionais nas regiões prioritárias para o SUS, equalizar a distribuição de médicos no território brasileiro e atrair e fixar profissionais em municípios remotos ou socialmente vulneráveis<sup>1,2,3</sup>. Desde a sua implementação o PMM tem demonstrado resultados positivos, tanto em termos de rápida expansão na cobertura, como na integralidade e humanização da Atenção Básica à Saúde (APS) e ainda na

redução de internações por condições sensíveis à APS (ICSAPS). A cobertura de equipes de saúde da família (eSF) no Brasil passou de 89% (2012) para 98% (2015) nos municípios com menos de 30 mil habitantes e de 30% para 34% em municípios com mais de 1 milhão habitantes<sup>4</sup>. Quanto à escassez de médicos no Brasil, a região Norte, obteve a redução mais acentuada: 48% para 31% dos municípios com escassez<sup>5</sup>, enquanto que o Nordeste passou de 25% para 18%). No primeiro ano (2014) 14.462 médicos foram alocados em 3.785 municípios, sobretudo em áreas rurais e remotas, comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas e áreas urbanas vulneráveis; os 34 DSEI foram incluídos no PMM e receberam 294 médicos<sup>6</sup>. Na região Nordeste observou-se, em 2014, que os municípios classificados abaixo da linha de Pobreza, foram os mais beneficiados, com 63% dos médicos alocados na região; a razão médico/ mil hab. passou de 1,23 (2012) para 1,34 (dez. 2014)<sup>7</sup>; também nesta região a proporção de cobertura de eSF aumentou de 89,2% para 95,3% em geral<sup>8</sup> e nos municípios com menos de 20 mil hab. ficou próxima a 100%. Dados coletados entre 2014 e 2015 entre profissionais e técnicos das equipes de saúde e também junto a usuários, avaliaram positivamente o trabalho médico, destacando: responsabilidade, empatia, respeito e vínculo, visitas domiciliares e humanismo no trato com pacientes<sup>9,10</sup>.

Foram também relatados impactos significativos na saúde da população e nas ICSAPS. Houve redução média de 9% nas ICSAPS no Brasil e nas regiões Norte e Centro-oeste, nas quais os percentuais reduziram-se de 21% e de 19%, respectivamente<sup>4</sup>. Estudo com desenho *quasi experimental* relatou redução de ICSAPS de 44,9% para 41,2% em municípios com dois anos de exposição ao PMM (grupo intervenção), comparado com os do grupo contrafactual, que não se alterou<sup>3</sup>. Na mesma linha, dois estudos estimaram que houve redução de aproximadamente 23 mil internações ao longo de três anos, gerando economia de R\$ 30 milhões para o SUS<sup>11,12</sup>.

Identificaram-se também pontos críticos, como erros na focalização, em parte atribuído à mudanças nos critérios de prioridade e o desligamento indevido de médicos contratados pela gestão local e sua substituição por aqueles que vem do PMM<sup>13</sup>. Os problemas citados impedem que o PMM atinja seu pleno impacto potencial na saúde e na redução das internações. Deve-se ainda relatar, que a dificuldade na atração e fixação de médicos em áreas remotas constitui-se um sério problema, que prejudica o preenchimento das vagas disponibilizadas nos Editais do programa.

Em 2023 o Ministério da Saúde reformulou o PMM, aumentando o número de vagas e incluindo outros tipos de incentivo<sup>14</sup>, como por exemplo o incentivo financeiro para médicos que ocupem vagas em locais de difícil provimento. Nessa perspectiva, o programa tem se configurado como um instrumento estratégico de garantia do direito à saúde, articulando dimensões de formação médica, provimento profissional e melhoria da infraestrutura da rede básica<sup>15,16</sup>.

Apesar dos avanços no provimento de profissionais<sup>3,17</sup>, persistem desafios relacionados à fixação dos médicos, condições de trabalho e valorização profissional. É essencial apreender as percepções subjetivas e objetivas acerca das condições de trabalho, da valorização profissional e das relações entre política pública e prática médica cotidiana, a partir do ponto de vista dos profissionais do PMM. A compreensão das motivações, preferências e percepções dos médicos inseridos no programa é fundamental para o aprimoramento de políticas públicas voltadas à gestão do trabalho em saúde<sup>18</sup>.

O método da preferência declarada (*Discrete Choice method*, em inglês) é usado na área da saúde para investigar as preferências sem perguntar diretamente aos participantes (por exemplo, pacientes, financiadores) quais são suas opções favoritas. Os participantes são apresentados a uma série de "tarefas de escolha" hipotéticas. Cada tarefa geralmente apresenta dois ou três cenários ou "alternativas" concorrentes. Cada alternativa é descrita por um conjunto de "atributos" comuns (por exemplo, eficácia, efeitos colaterais, custo, modo de administração), e cada atributo varia em vários "níveis" (valores ou descrições específicos desse atributo). Os participantes são instruídos a selecionar sua alternativa preferida em cada conjunto de opções<sup>19</sup>.

Assim, a análise das motivações, expectativas e escolhas profissionais dos médicos do PMM pode dialogar com a literatura sobre métodos de preferência declarada, amplamente utilizados para investigar como indivíduos avaliam e hierarquizam atributos relacionados a políticas públicas, condições de trabalho e decisões ocupacionais. Esses métodos partem do pressuposto de que as escolhas realizadas pelos sujeitos refletem suas preferências subjacentes, permitindo identificar os fatores considerados mais relevantes no processo decisório<sup>20,21</sup>. Na área da saúde, a preferência declarada tem sido empregada em especial para compreender decisões relacionadas à alocação da força de trabalho, à fixação de profissionais e à aceitação de incentivos em contextos de maior vulnerabilidade<sup>22</sup>.

No contexto brasileiro, destaca-se a contribuição de Sábado Nicolau Girardi e colaboradores, que vem aplicando a metodologia de preferência declarada para analisar as escolhas de estudantes e profissionais de medicina em relação ao exercício da profissão na APS e em áreas remotas<sup>18,23</sup>. Segundo o autor, o método possibilita estimar o peso relativo de diferentes atributos do trabalho médico, como localização geográfica, remuneração, vínculo empregatício, infraestrutura e condições de vida, evidenciando as compensações de diversas naturezas que os profissionais estão dispostos a realizar ao optar por determinadas vagas. Essas análises fornecem subsídios importantes para o desenho de políticas públicas mais aderentes às expectativas e necessidades dos médicos.

O objetivo deste estudo é analisar as preferências, motivações e percepções de médicos atuantes no Programa Mais Médicos acerca das condições de trabalho, remuneração, vínculo empregatício, jornada laboral e qualidade de vida pessoal e profissional, à luz do referencial teórico da Saúde Coletiva e do método de preferência declarada.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa baseada em entrevistas, na qual os eixos temáticos analisados dialogam diretamente com os atributos tradicionalmente explorados pelos estudos de preferência declarada<sup>18,23</sup> e pela literatura internacional, sobre escolhas na área da saúde<sup>24</sup>. Aspectos como remuneração, tipo de vínculo, condições de trabalho, jornada laboral, apoio à família e localização da vaga emergem tanto nas falas dos entrevistados quanto nos modelos teóricos de escolha ocupacional. A abordagem interpretativa deve ser fundamentada em princípios da pesquisa qualitativa em saúde, conforme propõe Minayo<sup>25,26</sup>, que privilegiam a compreensão do sentido das experiências dos sujeitos no contexto das políticas e práticas de saúde.

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, cujo objetivo foi compreender as preferências, motivações e percepções de médicos participantes do PMM acerca da atuação em áreas remotas e de difícil provimento. A abordagem qualitativa foi adotada por possibilitar a análise aprofundada das experiências, valores e significados atribuídos pelos sujeitos às suas escolhas profissionais.

### **Cenário do estudo**

O estudo foi desenvolvido em três estados brasileiros: Paraíba, Ceará e Goiás, contemplando diferentes contextos regionais de atuação do PMM, ao selecionar quatro municípios em cada uma das três Unidades da Federação. A diversidade territorial permitiu captar percepções de médicos inseridos em realidades sociais, econômicas e organizacionais distintas, ampliando a compreensão dos fatores associados à atuação em áreas remotas.

### **Participantes**

Participaram do estudo 11 médicos vinculados ao PMM; a seleção dos participantes ocorreu por conveniência, considerando no mínimo dois anos de atuação no programa, disponibilidade e aceite em participar da pesquisa. O número de participantes foi definido com base no critério de saturação teórica, uma vez que as informações coletadas passaram a apresentar repetição e consistência temática, sem a emergência de novos elementos relevantes para a análise.

### **Período de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2025, período em que os participantes se encontravam em exercício profissional regular no PMM.

### **Roteiro para coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro (Quadro 1), elaborado a partir dos pressupostos do método de preferência declarada. O instrumento foi construído com o objetivo de identificar e explorar os atributos do trabalho médico considerados mais relevantes pelos participantes, bem como o arranjos e trocas envolvidos em suas escolhas profissionais.

### **Aprovação em Comitê de Ética**

Este estudo faz parte do projeto “Mais Médicos em Evidências”: avaliação do Programa Mais Médicos 2023 e aplicação da Ciência da Implementação na incorporação sistemática de evidências” que foi aprovado pelo CEP da UNB em 30 de junho de 2024, sob o número CAAE: 77022523.8.0000.0030.

## **Quadro 1. Roteiro de entrevista sobre preferências declaradas por profissionais do Programa Mais Médicos, 2025**

### **1. Se pudesse escolher, qual seria o local de trabalho de sua preferência?**

- (1a) Área central de município de médio/grande porte
- (1b) Área insegura/ violenta em região metropolitana
- (1c) Área remota árida/ inóspita
- (1d) Área remota de difícil acesso
- (1e) Área remota de fronteira com outro país

**ESCOLHA UMA OPÇÃO E JUSTIFIQUE A RESPOSTA**

### **2. Se pudesse escolher qual seria o tipo de auxílio moradia de sua preferência?**

- (2a) Sem oferta de moradia
- (2b) Compartilhada (dormitório)
- (2c) Individual (para a família)

**ESCOLHA UMA OPÇÃO E JUSTIFIQUE A RESPOSTA**

### **3. A Remuneração atual pelo trabalho (R\$ 14.058,00) é adequada? Se não, qual é o valor justo?**

Remuneração justa R\$ \_\_\_\_\_

**PROPONHA UM VALOR E JUSTIFIQUE A RESPOSTA**

### **4. Qual a condição de trabalho seria aceitável numa Unidade Básica de Saúde?**

- (4a) Adequada
- (4b) Com algumas inadequações
- (4c) Inadequada

**ESCOLHA UMA OPÇÃO E JUSTIFIQUE A RESPOSTA**

### **5. Qual a disponibilidade de Rede de Referência Assistencial seria aceitável?**

- (5a) Dificuldade de acesso a especialista/ hospital/ exame
- (5b) Com alguma facilidade de acesso a especialista/ hospital/ exame
- (5c) Facilidade de acesso a especialista/ hospital/ exame

**ESCOLHA UMA OPÇÃO E JUSTIFIQUE A RESPOSTA**

### **6. Se pudesse escolher qual seria o Tipo de Vínculo de sua preferência?**

- (6a) Sem vínculo (Bolsista/ temporário/ autônomo)
- (6b) Estável (Estatutário ou CLT, sem carreira)
- (6c) Estável (Estatutário ou CLT, com carreira)

**ESCOLHA UMA OPÇÃO E JUSTIFIQUE A RESPOSTA**

### **7. Se pudesse escolher qual seria a Jornada de Trabalho de sua preferência?**

- (7a) Horário integral 40h/ semana
- (7b) Horário parcial 20h a 30h/ semana
- (7c) Por produção (nº consultas/ dia)

**ESCOLHA UMA OPÇÃO E JUSTIFIQUE A RESPOSTA**

Fonte: elaboração própria, adaptado das referências 18 e 23.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas revelou diferentes dimensões da experiência dos médicos PMM, incluindo motivações para atuar em áreas remotas, condições de trabalho, vínculo empregatício, remuneração e jornada laboral. Para sistematizar essas informações e facilitar a compreensão dos principais pontos mencionados pelos profissionais, as falas mais representativas são citadas abaixo e tabuladas no Quadro 2.

### 1. Local de trabalho e motivações para atuar em áreas remotas

Os resultados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 2024 evidenciam que os avanços no componente profissional foram determinantes para mitigar a escassez histórica de recursos humanos e reduzir as áreas de desassistência no Brasil. O fato de 96,5% das UBS contarem com médicos e 97,1% com enfermeiros em 2024, representa uma conquista estrutural e política significativa para o SUS, consolidando a Atenção Primária como a principal porta de entrada do sistema <sup>27</sup>.

Grande parte dos entrevistados relatou preferir atuar em áreas remotas ou de difícil acesso, justificando essa escolha pelo propósito social do programa e pela possibilidade de fazer diferença na vida das populações mais vulneráveis. Um deles destacou o desejo de exercer uma medicina que “faça a diferença” nas comunidades sem acesso adequado a serviços de saúde, enquanto outro apontou também o fator financeiro como estímulo para aceitar esse tipo de lotação.

“Prefiro locais de difícil acesso, pois posso acompanhar o impacto do meu trabalho diretamente na comunidade.” (M1)

“Área remota de difícil acesso, porque a medicina que eu acredito para a minha vida, precisa fazer a diferença, e nesses locais muitas pessoas não têm o devido acesso e o suporte necessário.” (M2)

Nesse cenário de ampliação do acesso, as evidências qualitativas sugerem que a fixação dos profissionais em territórios vulnerabilizados é sustentada pela coexistência de motivações ético-humanitárias e pragmáticas, coerente com o que Francisco Campos<sup>2</sup> denomina de dimensão vocacional e material do trabalho médico. Segundo Gastão Wagner<sup>15</sup>, o PMM propõe não apenas o provimento de recursos humanos, mas a valorização de uma prática médica orientada pela equidade e integralidade, princípios

centrais do SUS. Alguns citam também questões pragmáticas, como o incentivo financeiro para atuar em áreas vulneráveis.

A segunda preferência mais frequente dos entrevistados foi pela atuação em municípios de médio e grande porte. Neste caso, as principais justificativas estão associadas a uma rede mais estruturada de serviços de saúde, as condições adequadas de moradia e maiores oportunidades educacionais. Assim, os fatores que levam os profissionais a optarem por áreas urbanas reforça o papel positivo dos incentivos monetários e não monetários para garantir o recrutamento e retenção de profissionais nas áreas rurais e remotas.

## **2. Auxílio moradia**

Todos os entrevistados demonstram desejo de conciliar trabalho e vida familiar com estabilidade econômica e preferem auxílio para moradias individuais, destacando a necessidade de privacidade. Para quem mora fora do município de trabalho, ajuda de custo para transporte é crucial.

“Tenho minha família e preciso estar com eles, além de garantir uma segurança financeira.” (M2)

“Ter um espaço próprio ajuda na qualidade de vida, no descanso e até na saúde mental, o que reflete diretamente na qualidade do atendimento que ofereço à comunidade.” (M4)

“Sem oferta de auxílio seria muito ruim, principalmente para quem vai para áreas mais distantes, e o auxílio-moradia é um dos fatores que faz a gente permanecer no programa.” (M7)

A moradia individual e adequada foi considerada um fator significativo pela maioria dos participantes, sendo comuns percepções relacionadas à maior garantia de privacidade, segurança, conforto para familiares e associação entre bem-estar dos profissionais e qualidade da atenção ofertada nos serviços. Em nome disso, os entrevistados identificaram o auxílio financeiro concedido pelo PMM como uma intervenção benéfica e necessária para a permanência de profissionais nas áreas remotas.

## **3. Remuneração e valorização profissional**

A remuneração atual do Programa (R\$ 14.058,00) foi julgada inadequada pela grande maioria dos médicos entrevistados, que consideraram que um valor justo seria maior. A justificativa recai sobre a complexidade das atribuições na APS, o nível de formação dos profissionais e a sobrecarga de trabalho. Ou seja, há uma demanda por maior valorização profissional e reconhecimento institucional. Muito embora um aumento na remuneração seja um incentivo esperado, os profissionais reconhecem a segurança financeira proporcionada pelo Programa, uma vez que o salário é recebido com regularidade, ou seja, sem atrasos.

“Não é adequada; uma remuneração justa seria R\$ 16.000,00.” (M4)

“A remuneração deveria refletir a complexidade do trabalho e o tempo investido, especialmente em localidades isoladas.” (M2)

Na mesma linha, um estudo realizado em 2019 no estado da Paraíba observou que profissionais atuantes no PMM classificavam a remuneração vigente à época como satisfatória, destacando a pontualidade no pagamento do subsídio como um incentivo determinante para a fixação em municípios do interior. Essa percepção de estabilidade foi reforçada pela garantia do repasse federal, que mitiga riscos de atrasos comuns em vínculos municipais diretos e oferece uma segurança financeira superior aos contratos locais<sup>28</sup>.

Conforme Pires<sup>26</sup> e Freitas<sup>28</sup>, a valorização financeira está diretamente associada à fixação e motivação dos trabalhadores da saúde, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social. Assim, políticas de incentivo econômico, quando associadas a condições adequadas de trabalho, tornam-se essenciais para a sustentabilidade do provimento médico em áreas de difícil acesso.

#### **4. Condições de trabalho e infraestrutura das UBS**

Os profissionais relataram, na data desta pesquisa (agosto de 2025), as condições de trabalho nas UBS's como inadequadas em alguns casos, destacando a falta de equipamentos e a necessidade de utilizar materiais próprios para o atendimento. Essa situação evidencia um quadro de precarização estrutural, que compromete a resolutividade e a segurança do cuidado.

“A falta de equipamentos adequados prejudica o atendimento e aumenta o desgaste físico e emocional do profissional.” (M8)

“Inadequada, porque os equipamentos e materiais são escassos; precisa de mais suporte.” (M1)

De acordo com Starfield<sup>29</sup> e Giovanella<sup>16</sup>, a qualidade da Atenção Primária depende da existência de recursos materiais adequados, fluxos organizados e suporte técnico. O Censo nacional das UBS's, realizado em 2024, evidenciou uma melhora na infraestrutura, porém ainda existiam 10,2% unidades sem uma geladeira ou câmara fria exclusiva para vacinas e 5,4% sem um glicosímetro, de um total de 43.209<sup>27</sup>. A garantia de melhores condições de trabalho foi mencionada pelos participantes como importante para garantir a qualidade da atenção. Quando o médico precisa suprir deficiências com recursos próprios, ocorre uma inversão do papel institucional do Estado, enfraquecendo a confiança na gestão pública e gerando sobrecarga emocional e profissional.

## **5. Rede assistencial de referência**

Os entrevistados destacaram dificuldades de acesso à rede de referência, incluindo especialistas e exames complementares. Um dos médicos relatou que a população frequentemente responsabiliza o profissional da APS por problemas que extrapolam sua competência direta, o que evidencia falhas na comunicação e na articulação entre os níveis de atenção.

“A rede de referência é pouco integrada, o que faz com que a APS acabe absorvendo responsabilidades que não deveria.” (M2)

As percepções presentes nas entrevistas são coerentes com Mendes<sup>30</sup>, que enfatiza que a efetividade do SUS depende da consolidação de redes de atenção à saúde integradas e resolutivas. A ausência de retaguarda especializada limita a atuação do médico da família, reduz a capacidade resolutiva da APS e acentua a insatisfação tanto de profissionais quanto de usuários.

Outras ações que podem fornecer apoio especializado para médicos de família, são a Telemedicina e a Telessaúde. Diversas iniciativas de telemedicina no SUS têm buscado ampliar o atendimento em regiões vulneráveis, como TeleNordeste, lançado em 2023, com a coordenação do Ministério da Saúde<sup>31</sup>. O programa tem como objetivo integrar redes de teleassistência e fortalecer a formação continuada de profissionais da região, atuando em três frentes prioritárias: (a) assistência remota, com foco na teleconsulta e no telediagnóstico; (b) Educação permanente, com cursos, treinamentos e atualização

via plataformas digitais; (c) Gestão em rede, promovendo integração entre estados e municípios para racionalizar o uso de recursos. O TeleNordeste, iniciativa do PROADI-SUS, já abrange 164 municípios, com 1.149 UBS's contempladas nos nove estados da região. Em estados como Alagoas, Maranhão e Piauí, as UBS têm acesso a até 20 especialidades médicas por teleconsulta, com taxas de resolutividade de 97% e satisfação de 88-95% entre usuários e profissionais. O progressivo aumento da conectividade das UBS's fortalece iniciativas de Telemedicina.

Mais recentemente, o Programa Agora Tem Especialistas foi instituído (2025) com o objetivo de ampliar o acesso à atenção especializada no SUS e reduzir vazios assistenciais na rede de referência, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade<sup>32</sup>. No entanto, à época da realização das entrevistas, tal programa ainda não estava em vigor. Assim, os achados deste estudo refletem um contexto anterior à sua implementação, no qual a fragilidade da retaguarda especializada e a desarticulação entre os níveis de atenção permaneciam como desafios estruturais, impactando diretamente a resolutividade da Atenção Primária e a experiência cotidiana dos médicos do PMM.

## **6. Vínculo de trabalho desejado**

Os médicos manifestaram o desejo de possuir um vínculo estável (estatutário ou CLT), que proporcione segurança e continuidade profissional. O discurso de que o trabalho e o tempo dedicados devem gerar “garantia e retorno” revela uma busca por reconhecimento institucional e pertencimento. Além disso, os relatos associam estabilidade a uma estratégia de permanência nas áreas de difícil acesso e de garantia de uma atenção longitudinal.

“Prefiro vínculo estável para poder planejar minha carreira e garantir continuidade do cuidado aos pacientes.” (M4)

“Eu escolheria um vínculo estável, com carreira estruturada. O plano de carreira é um dos principais fatores de fixação do médico em um território. Quando o profissional sabe que pode progredir, ter aumento de remuneração por tempo de serviço, titulação e desempenho, ele tende a permanecer mais tempo na Atenção Básica.” (M11)

Essa demanda é amplamente discutida por entidades como o Conselho Nacional de Saúde que defende a criação de uma Carreira Nacional do SUS<sup>33</sup>, como forma de

consolidar vínculos duradouros e reduzir a rotatividade de profissionais na APS. A estabilidade, nesse sentido, é compreendida não apenas como um benefício individual, mas como elemento estruturante da política pública de saúde.

## **7. Jornada de trabalho e qualidade de vida**

Os entrevistados expressaram preferência por uma jornada de 20 a 30 horas semanais, associando essa carga horária à melhoria da qualidade de vida e ao atendimento mais humanizado aos pacientes. Essa percepção reforça a importância de políticas que considerem o bem-estar dos profissionais de saúde como fator determinante para a qualidade da atenção.

“Jornadas reduzidas permitem maior foco no atendimento de qualidade e evitam sobrecarga emocional.” (M1)

Segundo Pires<sup>26</sup>, o equilíbrio entre vida pessoal e profissional é essencial para prevenir o esgotamento laboral (burnout) e garantir o engajamento dos trabalhadores na execução das políticas de saúde. A busca por jornadas mais flexíveis revela a necessidade de reorganizar o trabalho médico dentro de parâmetros sustentáveis e humanizados.

Tanto o auxílio-moradia quanto a escolha de vínculo e jornada evidenciam o papel central da família e da segurança emocional na permanência dos profissionais em áreas distantes. A presença da família é vista como suporte psicológico e como elemento de estabilidade social e financeira.

“Manter minha família próxima é fundamental; sem esse apoio emocional, seria muito difícil atuar em locais remotos e lidar com as demandas do trabalho.”(M3)

De acordo com Campos<sup>2</sup>, a dimensão relacional do trabalho médico é um dos fatores mais relevantes para a fixação em territórios de difícil acesso, superando, em alguns casos, até os incentivos econômicos.

**Quadro 2. Síntese das preferências declaradas por profissionais do PMM em municípios do interior do Nordeste e Centro-oeste, 2025**

TEMA	Síntese das preferências declaradas	Interpretação analítica
<b>1. LOCAL DE TRABALHO</b>	Declaram preferência por regiões vulneráveis por <b>motivação ética e social</b> . “ <i>A prática médica reduz as desigualdades no acesso à saúde</i> ”, é o objetivo do programa PMM. Outro fator citado é o <b>financeiro</b> “ <i>a remuneração é maior nestes locais</i> ”.	As escolhas refletem uma combinação entre idealismo e pragmatismo. Há tanto <b>razões valorativas</b> (vocação, impacto social do trabalho médico) e <b>razões práticas</b> (infraestrutura, menos violência, custo de vida mais baixo)
<b>2. AUXÍLIO MORADIA</b>	A maioria prefere <b>auxílio moradia individual</b> , que garante privacidade, conforto e segurança familiar. “ <i>Tenho família e preciso estar com eles e ter segurança financeira</i> ”. Para quem mora fora do município de trabalho, <b>ajuda de custo para transporte</b> é crucial.	As decisões sobre moradia refletem <b>interesses pessoais e familiares</b> mais do que fatores institucionais. Políticas que considerem a realidade familiar e logística dos médicos aumentam a atratividade do programa e reduzem desgaste emocional e físico.
<b>3. REMUNERAÇÃO</b>	A percepção sobre a remuneração é heterogênea: alguns acham adequada ou razoável e outros consideram desproporcional ao esforço. Comparações com outros programas (ex. Médicos pelo Brasil) reforçam a percepção de <b>desigualdade salarial</b> . “ <i>Uma remuneração justa deveria ser R\$ 16 mil</i> ”.	A remuneração influencia a decisão de permanência, mas <b>não é o único fator motivacional</b> , já que também valorizam condições de trabalho e oportunidades de desenvolvimento. Ajustes salariais devem considerar complexidade do trabalho, sobrecarga e comparações com programas similares.
<b>4. CONDIÇÕES DE INFRA-ESTRUTURA NA UBS</b>	Alguns médicos consideram as condições adequadas ou razoáveis, mas apontam <b>falta de equipamentos e problemas estruturais</b> (mofo, desorganização). “ <i>Falta mais suporte de equipamentos, pois utilizo o meu pessoal.</i> ”	Condições materiais insuficientes impactam a <b>qualidade do atendimento e a segurança do profissional</b> . Investir na infraestrutura contribui para satisfação, retenção e percepção positiva da carreira.
<b>5. REDE ASSISTENCIAL DE REFERÊNCIA</b>	Acesso a exames e a especialistas é uma dificuldade recorrente. “ <i>A população ainda considera que o médico é o grande responsável</i> ”. Alguns percebem sobrecarga do CAPS e a <b>centralização de responsabilidade no médico</b> . Já outros profissionais relataram programas de regulação eficientes.	Médicos valorizam sistemas de referência que permitam articulação eficiente entre atenção primária, especializada e em saúde mental. A percepção sobre responsabilidade médica revela necessidade de <b>fortalecimento do trabalho multi profissional</b> .
<b>6. TIPO DE VÍNCULO DESEJADO</b>	“ <i>Prefiro vínculo CLT ou estatutário</i> ”, principalmente, pelo <b>segurança, progressão de carreira e benefícios</b> . O programa é valorizado quando oferece <b>formação continuada</b> (pós-graduação e estudos enquanto trabalha).	A escolha do vínculo está ligada à <b>estabilidade e perspectivas de carreira</b> . Garantir opções de vínculo seguro e oportunidades de formação aumenta retenção e satisfação do profissional.
<b>7. JORNADA DE TRABALHO</b>	Jornada preferida: <b>20-30 horas semanais</b> , com “ <i>flexibilidade para conciliar trabalho e vida pessoal</i> ”. Alguns desejam jornada integral contínua, mas apenas se compatível com compromissos familiares.	Médicos valorizam <b>flexibilidade, qualidade de vida e conciliação familiar</b> , fatores decisivos para permanência e motivação. Políticas de jornada que respeitem limites pessoais contribuem para o bem-estar e a qualidade do atendimento

Fonte: Autoria Própria, 2026

A análise das entrevistas revelou que os médicos do PMM combinam motivações ético-profissionais, fatores estruturais e necessidades pessoais na escolha de suas áreas de atuação. Aspectos como a importância do impacto social, a valorização da família e do suporte afetivo, a necessidade de infraestrutura adequada, a remuneração condizente com a formação e especialização, o tipo de vínculo seguro e a gestão equilibrada da jornada de trabalho surgem como elementos centrais para a satisfação e permanência desses profissionais em localidades de difícil provimento.

Além disso, os resultados indicam que a atuação em áreas remotas está intimamente ligada a desafios estruturais e organizacionais, incluindo acesso limitado a especialistas e exames, sobrecarga na atenção primária e necessidade de maior integração da rede de referência. Esses fatores corroboram achados da literatura, que destacam que a fixação de profissionais em regiões remotas depende não apenas de incentivos financeiros, mas também de políticas de suporte familiar, estabilidade profissional e condições adequadas de trabalho <sup>2,29,30</sup>.

Dessa forma, os resultados evidenciam que o sucesso do PMM e de iniciativas similares no SUS depende de uma abordagem holística, que considere simultaneamente fatores vocacionais, profissionais, familiares, econômicos, estruturais e organizacionais, reforçando a necessidade de estratégias integradas para atração, retenção e motivação de médicos em localidades vulneráveis.

O número reduzido de participantes e a seleção por conveniência podem limitar a transferibilidade dos achados; tal efeito foi parcialmente mitigado pela adoção do critério de saturação teórica e pela inclusão de médicos atuantes em 11 diferentes contextos territoriais. A análise baseou-se exclusivamente na perspectiva de médicos do Programa Mais Médicos, não incorporando outros atores da rede de atenção à saúde; ainda assim, os resultados oferecem subsídios relevantes para a compreensão das percepções médicas sobre os atributos do trabalho na APS. Ademais, o referencial da preferência declarada foi utilizado como base conceitual da análise, sem a aplicação de experimentos formais de escolha, o que delimita o escopo metodológico do estudo.

## CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia que a permanência de médicos no PMM é determinada por uma combinação complexa de fatores ético-profissionais, estruturais, econômicos e afetivos. As motivações dos médicos para atuar em áreas remotas transcendem o aspecto financeiro, incorporando compromissos sociais, vocacionais e a busca por impacto positivo na vida de populações vulneráveis.

As condições de trabalho e a infraestrutura das UBS's, assim como a disponibilidade de rede de referência assistencial, emergem como elementos críticos para a satisfação e a continuidade do trabalho médico. A percepção de precarização estrutural, sobrecarga profissional e dificuldades de integração da rede reforça a necessidade de políticas públicas que garantam suporte técnico adequado e fluxos assistenciais bem articulados. O uso de tecnologias, como Telemedicina e Telessaúde apontam uma perspectiva para melhoria do suporte ao médico de família na sua prática clínica, além de proporcionar educação permanente.

Aspectos relacionados à remuneração, estabilidade do vínculo empregatício, jornada de trabalho e qualidade de vida profissional também se destacam como determinantes da fixação. Os médicos entrevistados demonstram preferência por vínculos estáveis, carga horária equilibrada e condições que permitam conciliar vida pessoal e trabalho, assim como apoio à família, indicando que dimensões afetivas e relacionais são tão relevantes quanto incentivos econômicos.

Os achados deste estudo dialogam com a literatura de preferência declarada, especialmente com os trabalhos de Girardi<sup>18,23</sup> ao evidenciar que os profissionais valorizam atributos específicos do trabalho médico e realizam compensações de diversas naturezas ao escolher sua área de atuação. Isso reforça a importância de integrar análises qualitativas e métodos de preferência declarada para compreender de forma mais precisa os fatores que influenciam a decisão de fixação em territórios de difícil provimento.

Portanto, políticas públicas voltadas à atração e retenção de médicos devem adotar uma abordagem integrada, que vá além de incentivos financeiros e contemple: condições adequadas de trabalho e infraestrutura, estabilidade e segurança no vínculo

empregatício, incentivos educacionais e habitacionais, suporte familiar e qualidade de vida profissional, fortalecimento das redes de atenção à saúde.

A articulação desses elementos contribui para a elaboração de programas de incentivo, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, promove equidade no acesso a serviços de saúde e potencializa os efeitos do Programa Mais Médicos no provimento médico em áreas socialmente vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745/1993 e nº 6.932/1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013 out 23.
2. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009;44:13–24.
3. Santos LMP, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017;95(2):103-112. doi:10.2471/BLT.16.178236.
4. Miranda GMD, et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):131-145. doi:10.1590/1981-7746-sol00051.
5. Girardi SN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2675-2684. doi:10.1590/1413-81232015219.16032016.
6. Pereira L, et al. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural Remote Health*. 2016;16(1):3616. PMID: 27020757.
7. Nogueira PTA, et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2889-2898. doi:10.1590/1413-81232015219.17022016.
8. Gonçalves RF, et al. Influence of the Mais Médicos (More Doctors) Program on health services access and use in Northeast Brazil. *Rev Saude Publica*. 2019;53:110. doi:10.11606/S1518-8787.2019053001571.
9. Comes Y, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da estratégia saúde da família. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2729-2738. doi:10.1590/1413-81232015219.15472016.
10. Telles H, Silva ALA, Bastos C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. *Cad CRH*. 2019;32(85):101-123. doi:10.9771/ccrh.v32i85.23470.
11. Fontes LFC, Conceição OC, Jacinto PA. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. *Health Econ*. 2018;27(8):1284-1299. doi:10.1002/hec.3775.
12. Mafioli EM, et al. Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil. *BMJ Glob Health*. 2019;4(6):e001827. doi:10.1136/bmjgh-2019-001827.

13. Oliveira JPA, et al. Resultados e impactos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e na saúde dos usuários: protocolo de uma revisão rápida. *Trab Educ Saúde*. 2024;22:e02635249.
14. Brasil. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos, cria novos incentivos no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e transforma a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2023-2026/2023/lei/114621.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/114621.htm). Acesso em 22 out. 2023.
15. Campos GWS. O médico e o SUS: desafios da integralidade e da equidade na Atenção Primária. São Paulo: Hucitec; 2016.
16. Giovanella L, Mendonça MHM, orgs. Atenção Primária à Saúde: práticas e saberes. Rio de Janeiro: Cebes; 2018.
17. Figueiredo AM, et al. Evaluating medical education regulation changes in Brazil: workforce impact. *Hum Resour Health*. 2021;19(1):33. doi:10.1186/s12960-021-00580-5.
18. Girardi SN, Maas L, Carvalho C. Estudo de preferência declarada sobre atributos relevantes para a fixação de médicos em áreas remotas e vulneráveis. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – UFMG; 2017.
19. York Health Economics Consortium. Discrete choice experiment: method used in healthcare to elicit preferences. 2025. Disponível em: <https://www.yhec.co.uk/glossary-term/discrete-choice-experiment-dce/>. Acesso em 30 jan. 2026.
20. Louviere JJ, Hensher DA, Swait JD. Stated choice methods: analysis and applications. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
21. Ryan M, Gerard K, Amaya-Amaya M. Using discrete choice experiments to value health and health care. Dordrecht: Springer; 2008.
22. Scott A, Wittekind A, Humphreys J. Understanding the factors influencing medical workforce location: a discrete choice experiment. *J Health Econ*. 2012;31(2):277-288.
23. Girardi SN, Carvalho C, Araújo JF, Faria ÉO. Preferências de estudantes de medicina pelo trabalho na Atenção Primária à Saúde: um estudo de preferência declarada. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1-12.
24. Delaney L, O'Donnell O, Ryan M. The role of discrete choice experiments in health economics. *Health Econ*. 2012;21(2):145-172.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

26. Pires D. Gestão do trabalho e da educação em saúde: bases e desafios. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019.
27. Bousquat A, et al. A estrutura das UBS brasileiras: o que mudou entre 2012 e 2024? Cien Saude Colet. 2025;30(12):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2025.v30n12/e08792025/pt/>. Acesso em 7 fev. 2026.
28. Freitas RB, et al. Potencialidades e desafios sobre o programa de provimento de médicos em um estado do nordeste brasileiro. Rev APS. 2022;25(4):900-918. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/37023>. Acesso em 6 fev. 2026.
29. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
31. NIC BR. Telemedicina no Nordeste: soluções digitais para a desigualdade em saúde pública. 2025. Disponível em: <https://nic.br/noticia/na-midia/telemedicina-no-nordeste-solucoes-digitais-para-a-desigualdade-em-saude-publica/>. Acesso em 03 fev. 2026.
32. Brasil. Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2025 out 8. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2023-2026/2025/lei/115233.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2025/lei/115233.htm). Acesso em 03 fev. 2026.
33. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Carreira nacional do SUS: uma proposta para valorização dos trabalhadores e fortalecimento do sistema público de saúde. Brasília: CNS; 2021.

### **Declaração de conflito de interesse**

Os autores declaram que não há conflito de interesses nesta pesquisa.

### **Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa**

Como de praxe em pesquisa de cunho qualitativo, não é adequado tornar públicos os dados originais coletados, para garantir a confidencialidade dos entrevistados.

## **Autores**

Amanda Luiza Marinho Feitosa ALMF- orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2182-7333>

Wallace Enrico Boaventura Santos WEBS- orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5705-936X>

Lucélia Luiz Pereira LLP- orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9722-143X>

Tiago Salessi Lins TSL- orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5587-4504>

Taciana Silveira Passos TSP- orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5312-095X>

Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto ICHCB- orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8447-3654>

Leonor Maria Pacheco Santos LMPS- orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>

## **Declaração de contribuição dos Autores**

- LMPS, WEBS, LLP, ICHBB e TSL, sob a coordenação da primeira, formularam e submeterem o projeto de pesquisa para captar recursos e garantir suporte financeiro, no Edital Universal do CNPq.
- LMPS atuou na administração e coordenação das atividades de pesquisa, inclusive na gestão das Bolsas de Pesquisa e dos recursos financeiros do CNPq que viabilizaram as passagens e diárias para o trabalho em campo.
- ICHBB, TSL e TSP lideraram e planejaram as atividades de pesquisa no CE, PB e GO respectivamente.
- ALMF, ICHBB, TSL e TSP organizaram e executaram a coleta de dados em doze municípios dos três estados: CE, PB e GO em 2025.
- LMPS atuou na administração e coordenação das atividades de pesquisa, inclusive na gestão das Bolsa de Pesquisa e dos recursos financeiros do CNPq que viabilizaram as passagens e diárias para trabalho em campo.
- ALMF criou a primeira versão do manuscrito e LMPS realizou uma revisão crítica, comentários e inserção de referências.
- Todos os autores participaram da elaboração e revisão final do manuscrito.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.