

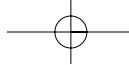
OBSERVATÓRIO

DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DO MERCADO
DE TRABALHO EM SAÚDE - SUS-SES/MG

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

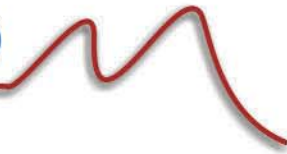
RAQUEL BRAGA RODRIGUES
SÉRIE PUBLICAÇÕES DO OBSERVATÓRIO





OBSERVATÓRIO

DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DO MERCADO
DE TRABALHO EM SAÚDE - SUS-SES/MG

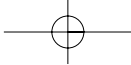


**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**



RAQUEL BRAGA RODRIGUES
SÉRIE PUBLICAÇÕES DO OBSERVATÓRIO





Série Publicações do Observatório

Coordenação: Allan Claudius Queiroz Barbosa (UFMG)

Raquel Braga Rodrigues

Este trabalho é resultado de uma Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal de Minas Gerais, 2008

Copyright © 2009

Todos os direitos desta edição reservados ao Observatório de Recursos Humanos em Saúde

É permitida duplicação ou reprodução deste volume, ou partes do mesmo, desde que citada a fonte.

Realização:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Núcleo interdisciplinar sobre gestão em organizações (não) empresariais – Nig.one
Universidade Federal de Minas Gerais
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Equipe Observatório:

Allan Claudius Queiroz Barbosa (coordenador), Ignez Helena Oliva Perpétuo, Júnia Marçal Rodrigues, Núbia Cristina da Silva, Raquel Braga Rodrigues, Thiago Augusto Hernandez Rocha

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:

HS Design - Hermann Santiago

Revisão de texto:

Prof. Afonso Celso Gomes

Impressão e acabamento:

Artes Gráficas Formato Ltda.

Contato:

observatorio@face.ufmg.br

R696a
2009

Rodrigues, Raquel Braga, 1982-
Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos : um estudo sobre os médicos da saúde da família em Belo Horizonte / Raquel Braga Rodrigues, Allan Claudius Queiroz Barbosa. – Belo Horizonte : Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.
108 p. : il.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-60500-04-8

1. Recursos humanos na saúde. I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz, 1964- II. Título.

Elaborada pela Biblioteca FACE/UFMG - MMS 027/09

CDD : 658.3

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Núcleo interdisciplinar sobre gestão em organizações (não) empresariais – Nig.one

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 – salas 4.056 / 4.123 – Faculdade de Ciências Econômicas - FACE/UFMG - Belo Horizonte – MG – CEP: 31270-901

Tel: (31) 3409-7044 – www.face.ufmg.br/observatorio

Impresso no Brasil



OBSERVATÓRIO



DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DO MERCADO
DE TRABALHO EM SAÚDE - SUSSES/MG

A Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SUS-SES/MG), denominada Observatório de Recursos Humanos em Saúde, foi implantada em 2005 como resultado de uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, através do Núcleo interdisciplinar sobre gestão em organizações não empresariais (Nig.one) da Faculdade de Ciências Econômicas, alinhado à iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), juntamente com o Ministério da Saúde (MS). Sua constituição permitiu que se construísse uma rede de profissionais, tanto da esfera acadêmica quanto da esfera pública, voltados primordialmente ao espaço da Atenção Primária à Saúde em sua estratégia hegemônica de Saúde da Família.

Esta iniciativa considera o espaço da Saúde complexo e diversificado, impondo desafios no sentido de assegurar boa qualidade no atendimento às demandas dos usuários em suas diversas interfaces. Para o alcance deste objetivo, é imperativo discutir o papel do Estado na gestão, formação e desenvolvimento dos Recursos Humanos da saúde alocados nas diferentes instituições e localidades, tanto pela perspectiva conceitual e de definição de políticas públicas, quanto pela geração de informações embasadas em metodologia consistente e apropriada ao approach de objeto tão complexo.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

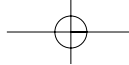
Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde (SUS-SES/MG)

Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

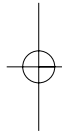
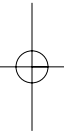
www.face.ufmg.br/observatorio

observatorio@face.ufmg.br

+55-31-3409.7044



**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**



RESUMO

O objetivo do trabalho é identificar e discutir, na perspectiva da Gestão de Recursos Humanos, os fatores associados à atração e retenção de profissionais médicos no Programa Saúde da Família (PSF) em Belo Horizonte, procurando compreender os principais condicionantes das escolhas dos médicos que determinam sua opção ou não pelo trabalho no PSF. Para isso, o estudo partiu de um referencial teórico que está estruturado em três eixos: a organização atual da saúde no Brasil e a inserção do PSF enquanto modelo de atenção primária; gestão de Recursos Humanos e sua contextualização no setor de saúde; e o médico no contexto do PSF, abordado do ponto de vista dos fatores de atração e retenção, da Sociologia das Profissões, do mercado de trabalho e da prática da profissão no PSF. A partir da revisão de literatura, foi possível extrair um conjunto de temas diretamente ligados à atração e fixação destes profissionais, os quais foram agrupados em cinco dimensões – fatores individuais; organização do trabalho; gestão; condições de trabalho; e cultura e identidade – formando um quadro de referência para o presente estudo. Para a realização da pesquisa foram entrevistados vinte e um médicos, sendo quinze deles integrantes do PSF e seis que fazem parte do grupo de apoio à equipe de PSF. O roteiro de entrevista utilizado abordou cada uma das dimensões citadas, além dos motivos que determinaram as escolhas profissionais dos médicos durante sua trajetória. A análise dos dados buscou confrontar a percepção dos médicos acerca de cada dimensão com os condicionantes de suas escolhas. Os resultados apontam três pontos principais: i) a percepção dos médicos em Belo Horizonte se alinha ao que foi encontrado na literatura sobre o tema; ii) os fatores que atraem não necessariamente são os mesmos que retêm os médicos; iii) existem pontos divergentes entre que os profissionais consideram relevantes para seu trabalho e o que de fato determina suas escolhas.

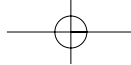
Palavras-chave: atração, retenção, fixação, médico; Programa Saúde da Família, Recursos Humanos em saúde.

ÍNDICE

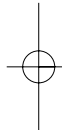
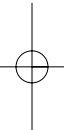
1. APRESENTAÇÃO	10
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 A SAÚDE NO BRASIL	15
2.1.1 CONFIGURAÇÃO ATUAL DO SISTEMA DE SAÚDE	16
2.1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A ESF COMO BASE DE UMA NOVA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	18
2.2 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	21
2.3 OS MÉDICOS E A ESF	25
2.3.1 ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS: DA LITERATURA DE RECURSOS HUMANOS À REALIDADE DA SAÚDE	25
2.3.2 MÉDICOS: CARACTERÍSTICAS DE UMA PROFISSÃO	31
2.3.3 MERCADO DE TRABALHO	33
2.3.4 PRÁTICA MÉDICA NA ESF	34
3. METODOLOGIA	38
3.1 TIPO DE PESQUISA	37
3.2 UNIVERSO E AMOSTRA	38
3.3 DIMENSÕES E CATEGORIAS DE ANÁLISE	40
3.4 COLETA DE DADOS: FONTES E INSTRUMENTOS	41
3.5 ANÁLISE DE DADOS	42
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
4.1 A ESF EM BELO HORIZONTE	45
4.2 FATORES INDIVIDUAIS: CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	47
4.3 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS	50
4.3.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	50

ÍNDICE

4.3.2 GESTÃO	55
4.3.3 CONDIÇÕES DE TRABALHO	61
4.3.4 CULTURA E IDENTIDADE	64
4.4 ATORES DE ATRAÇÃO E RETENÇÃO	74
4.4.1 ATRAÇÃO	74
4.4.2 RETENÇÃO	77
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
5.1 FATORES INDIVIDUAIS	83
5.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	84
5.3 GESTÃO	86
5.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO	87
5.5 CULTURA E IDENTIDADE	88
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
8. APÊNDICES	102



**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**



Lista de Siglas e Abreviaturas

APS:

Atenção Primária à Saúde

ARH:

Administração de Recursos Humanos

CONASEMS:

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS:

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

GRH:

Gestão de Recursos Humanos

MS:

Ministério da Saúde

PSF:

Programa Saúde da Família

RH:

Recursos Humanos

SUS:

Sistema Único de Saúde

UBS:

Unidade Básica de Saúde

CAPÍTULO - 01

CAPÍTULO 01

APRESENTAÇÃO

Este trabalho teve por objetivo identificar e discutir, na perspectiva da gestão de recursos humanos, os fatores associados à atração e à retenção de profissionais médicos em relação ao Programa Saúde da Família (PSF) em Belo Horizonte, procurando explicitar os principais condicionantes que determinam a opção ou não pelo trabalho no PSF.

Essa discussão se coaduna com pesquisas sobre a rotatividade de profissionais da saúde, as quais evidenciam que a desejada fixação do trabalhador da saúde tem sido considerada um elemento capaz de promover a melhoria da qualidade da assistência oferecida ao usuário do serviço de saúde. Este impacto decorre da constituição de vínculos entre os profissionais que coletivamente prestam assistência e entre estes e a comunidade na qual o serviço está inserido, além de ser reflexo da formação e do aprimoramento do profissional propiciados por um maior tempo de permanência no mesmo local de trabalho (OBSERVARHSP, 2006).

Para contextualizar essa discussão é necessário, primeiramente, situar a configuração do sistema de saúde brasileiro e a situação da gestão de recursos humanos neste contexto. Isso porque as características do sistema de saúde necessariamente impactam a discussão da sua gestão.

As alterações que se processam no setor a partir da Reforma do Estado e das reformas setoriais observadas a partir dela contribuem para a composição de um ambiente mais complexo, que exige novos tipos de ações por parte de gestores. Dentre essas alterações, podem ser citadas: a gestão descentralizada dos serviços; a necessidade de uma efetiva articulação entre as três esferas de governo, que surge a partir dessa descentralização; e um novo conjunto de regulamentações. Todas essas alterações são consideradas sob a nova ótica que é colocada para a oferta de serviços de saúde com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997; OPAS, 2004).

A gestão de recursos humanos em saúde, neste contexto, tem como pano de fundo um conjunto de desafios crescentes do setor. No entanto, tem apresentado uma ação ainda muito centrada em aspectos quantitativos da força de trabalho em detrimento de uma abordagem centrada na motivação e no desempenho; em políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, que reduzem as políticas setoriais a mera implementação de diretrizes nacionais; e na pouca valorização dos profissionais (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

Considerando que a gestão de RH é uma função administrativa que tem o papel de assessorar as demais áreas na consecução dos objetivos da empresa, como afirma Albuquerque (1987), pode-se dizer que ela, independente do espaço em que está inserida, seja nas empresas do setor privado, seja nas do setor público, necessita estar alinhada ao obje-

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

tivo que a organização pretende atingir. Assim, ao estabelecer para a oferta de serviços de saúde uma ideologia que deve ser seguida e determinada configuração institucional e administrativa, o Estado precisa pensar a gestão de RH e todas as atividades englobadas por ela de forma orientada a viabilizar tais definições.

As características desse novo modelo relacionam-se diretamente às ações de gestão de RH na saúde. Dentre os princípios ordenadores do PSF enquanto modelo de atenção primária à saúde, podem ser citados o da longitudinalidade e o da coordenação. O primeiro pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, além de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A coordenação, por sua vez, requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou seja por parte de ambos (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

As questões referentes à atração e à retenção de profissionais situam-se neste contexto como importantes ações de gestão de RH na busca de um alinhamento entre a gestão de pessoas e os objetivos do modelo de atenção à saúde.

Anselmi et alii (1997), a partir de estudo realizado para mensurar e analisar a rotatividade de enfermeiros em hospital do SUS, afirmam que esta pode até mesmo dificultar o processo de concretização do sistema como um todo, uma vez que apenas o crescimento da força de trabalho, embora importante, por si só não assegura sua implantação.

Juntamente com outros elementos políticos, econômicos e organizacionais, é a permanência no trabalho de sujeitos que são atores sociais dotados de ideologias e interesses próprios — capazes, portanto, de defender determinadas políticas - que estabelece possibilidades de viabilizar o SUS (ANSELMÍ et.alii., 1997, p.49).

Na conclusão do estudo, Anselmi et alii (1997) refletem sobre o papel da gestão de RH neste contexto. Segundo as autoras, a intervenção e a modificação dos níveis de rotatividade dependerão, essencialmente, de ações políticas para explicitar, no processo de construção e reorganização do sistema de saúde: qual é o papel a ser ocupado pela área de Recursos Humanos? Em qual modelo assistencial? Sob que prática de gerência? A partir dessa reflexão, a gestão de RH poderá atuar como um agente com autonomia, ainda que relativa, no encaminhamento de políticas que possam produzir mudanças positivas na prestação de serviços de saúde.

É neste contexto que se destaca o papel do gerenciamento de pessoas, que envolve, dentre outras ações, atrair e reter profissionais adequados ao bom funcionamento do programa. Considera-se que estas dimensões são consequências de um conjunto de determinantes, sendo a gestão de RH um deles. Também ressalta-se a importância do conhecimento de tais determinantes para subsidiar as próprias ações da gestão de recursos humanos.

Dados do 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária em Minas Gerais mostram que 46,7% dos médicos que atuam no modelo PSF permanecem até 2 anos trabalhando no mesmo município. Este dado ilustra um fenômeno observado neste contexto ligado à dificuldade, por parte do Estado, de atrair e reter estes profissionais em determinadas localidades, sendo observada alta rotatividade (BARBOSA e RODRIGUES, 2006).

Borrelli (2004) explica que o tempo ideal de permanência de um profissional pode variar entre diferentes grupos de gestores, comunidades e profissionais, não sendo pertinente estabelecer um padrão desejado. No entanto, tendo em vista os princípios ordenadores do PSF, considera-se relevante a formulação de políticas no sentido de reduzir o turnover dos profissionais. Para isso, faz-se necessário um entendimento dos processos ou elementos que afetam esta permanência.

Em princípio, a saída dos médicos pode ser interpretada a partir do abandono do PSF, ou seja, da mudança da área de atuação profissional ou da mudança de localidade. Essas possíveis explicações estão relacionadas tanto a fatores ligados ao próprio programa quanto a questões ligadas às condições da localidade onde este profissional atua. Além desses elementos, também devem ser considerados os fatores ligados às escolhas profissionais e pessoais dos médicos (MENESES e ROCHA e TRAD, 2005; PINTO, 1999; PÓVOA e ANDRADE, 2006).

Neste contexto, este trabalho pretende oferecer contribuições para a discussão acerca dos motivos que levam os profissionais a trabalharem no PSF e dos principais motivos que os levam a deixar o programa, considerando a perspec-

tiva do profissional.

O trabalho está organizado em cinco seções além desta Apresentação. Na segunda é apresentado o marco teórico utilizado, abordando as temáticas “Saúde” e “Recursos Humanos em saúde” e os temas que envolvem o profissional médico no contexto do PSF. Na terceira, é apresentada a metodologia utilizada na pesquisa, contemplando, principalmente, a delimitação das categorias e as dimensões de análise utilizadas. Na quarta são apresentados e discutidos os dados obtidos nas entrevistas, conforme as dimensões de análise definidas. Na quinta, são apresentadas as considerações finais e as propostas de novos estudos.

CAPÍTULO - 02

CAPÍTULO 02

MARCO TEÓRICO

O desenho teórico apresentado, considerando o problema proposto, está estruturado em três eixos: a organização atual da saúde no Brasil e a inserção do PSF enquanto modelo de atenção primária; a gestão de recursos humanos e sua contextualização no setor de saúde; e o médico no contexto do PSF, abordado do ponto de vista da atração e retenção, da sociologia das profissões, do mercado de trabalho e da prática da profissão no PSF.

No primeiro eixo, inicia-se com uma discussão acerca do sistema de saúde no Brasil, destacando o histórico de formação do SUS e sua organização atual. Posteriormente, destacam-se o papel que a Atenção Primária à Saúde desempenha nesta organização e a adoção do modelo PSF como estratégia para a oferta de serviços. Estes tópicos têm por objetivo situar o contexto em que a discussão sobre a gestão de recursos humanos se desenvolve, essencial para o entendimento de especificidades do setor que se refletem na gestão de RH.

No segundo eixo, apresenta-se uma revisão a respeito da discussão recente sobre a gestão de recursos humanos em saúde, na qual o problema da rotatividade dos profissionais médicos emerge como um dos obstáculos à efetiva implementação do PSF, tendo em vista seus princípios ordenadores, notadamente a longitudinalidade no atendimento.

No terceiro eixo, a discussão está centrada no médico. Inclui a abordagem de quatro temáticas que procuram compor o marco de referência para o estudo: a) as evidências encontradas na literatura acerca dos fatores que interferem na atração e na retenção de médicos, no que se refere tanto às regiões geográficas quanto aos postos de trabalho; b) o mercado de trabalho; c) características da prática médica no PSF; e d) características da profissão, do ponto de vista da sociologia das profissões.

2.1 A saúde no Brasil

A discussão sobre o sistema de saúde no Brasil constitui o pano de fundo para o tema debatido neste trabalho. Para contextualizar o problema, faz-se necessário explicitar suas características para, a partir daí, situar o atual enfoque das ações de saúde no nível da Atenção Primária. Assim, é possível compreender o contexto no qual se colocam o problema estudado e suas implicações.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

2.1.1 Configuração atual do sistema de saúde

O sistema de saúde no Brasil, atualmente, abrange a esfera pública e a privada na oferta de serviços. No âmbito público, o Sistema Único de Saúde atende cerca de três quartos da população (COSTA, 2004).

A atual configuração do sistema público de saúde no Brasil recebe influências de um processo histórico que remonta às primeiras décadas do século passado, em que se identificam determinadas fases que contêm significados econômicos e políticos diferentes (PUSTAI, 2004).

Podem ser identificados três momentos distintos de evolução do sistema de saúde: o sanitarismo campanhista, do início do século XX até 1965; o modelo médico-assistencial privatista, até o final dos anos de 1980 e o modelo plural, hoje vigente, do qual o SUS faz parte (MENDES, 1996; PUSTAI, 2004).

Algumas inovações são consideradas relevantes na política de saúde a partir da criação do SUS: a definição de um comando único para o sistema de saúde em cada esfera do governo; a proposta de descentralização; a corresponsabilização do financiamento dos recursos entre a União, os estados e os municípios; e a criação de formas de gestão que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política, isto é, prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários (MÉDICI, 1995 apud. COSTA 2002; VIANA e DAL PÓZ, 2005).

É importante ressaltar o contexto político em que SUS é idealizado e concretizado. Pustai (2004) afirma que na década de 1980 intensificam-se os questionamentos sobre o modelo de saúde vigente, embalados pelo aprofundamento da crise econômica e da crise fiscal, que se apresentam quando o Estado autoritário entra em crise e o processo de redemocratização ganha força. Costa (2002) lembra que a década de 1990, período de regulamentação do SUS, é marcada pelo debate em torno da reforma do Estado no Brasil, em que, a partir de um contexto de crise fiscal interna e globalização da economia, o Estado perde gradativamente o papel de interventor na economia.

A reforma do Estado traz consigo uma reorientação da gestão pública, buscando introduzir conceitos da administração desenvolvidos no âmbito do setor privado. Nesse contexto, apresentam-se como prioridades: a profissionalização dos servidores públicos e a incorporação de mecanismos como a avaliação de desempenho individual e de resultados organizacionais; a horizontalização de estruturas; a descentralização política; a flexibilização de regras; e o desenvolvimento de habilidades gerenciais (ABRUCIO, 1997).

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080 de 1990, a qual definiu os princípios norteadores do sistema, a forma de organização e os objetivos e atribuições de cada esfera de governo. Os princípios do SUS expressam a filosofia do modelo:

Universalidade de atendimento – significa a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão;

Equidade – prega que todos os cidadãos são iguais perante o SUS e serão atendidos conforme suas necessidades até o limite que o sistema puder oferecer a todos; e

Integralidade de atendimento – preconiza que as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990).

Os princípios organizativos do SUS definidos pela mesma Lei são:

Regionalização – a organização dos serviços em áreas geográficas delimitadas e com a definição da população a ser atendida;

Hierarquização – significa que o acesso da população à rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, resolvendo os principais problemas locais. Os demais casos devem ser referenciados para os serviços de

maior complexidade tecnológica nos níveis secundário e terciário (BRASIL, 1990).

Além desses princípios organizativos, foram estabelecidos também:

Resolutividade – prega que quando um indivíduo busca um atendimento o serviço deve estar capacitado a resolvê-lo até o nível de sua competência;

Descentralização – baseia-se na idéia de que quanto mais próximo do fato a decisão for tomada mais chance haverá de acerto, cabendo, portanto, ao município a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde (BRASIL, 1990).

A mesma legislação define, ainda, a competência de cada uma das esferas de governo. Em linhas gerais, define-se que ao Poder Federal cabem a formulação, definição e coordenação de normas e políticas e o planejamento das ações do SUS. Aos estados cabem a coordenação e acompanhamento das ações de saúde, a participação na formulação de políticas e promoção da descentralização dos serviços e ações de saúde. Aos municípios, cabem a gestão e a execução dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990).

As atividades de regulamentação, operacionalização e descentralização do SUS foram realizadas gradativamente por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).

A partir de 2004 inicia-se o processo de revisão deste aparato normativo do SUS, originado nas solicitações dos gestores estaduais, segundo os quais as normas do SUS necessitavam contemplar de forma mais efetiva a ampla diversidade entre as regiões do país. Para isso, os gestores consideravam prioritária a reafirmação do compromisso com o SUS, o fortalecimento da atenção primária, o fortalecimento do papel dos estados e o aumento dos recursos financeiros para a saúde (CONASS, 2006).

Esse processo de revisão das normas se concretizou por meio de um trabalho conjunto do qual participaram o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde. A partir de uma primeira oficina, denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, foram iniciados os debates e definidos em consenso: as diretrizes, os conteúdos e a metodologia de trabalho para a elaboração de novas propostas.

Os primeiros resultados deste trabalho deram origem ao “Pacto pela Saúde”, o qual considera “a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão de SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores” (PORTARIA GM/MS 399, 2006, p. 1) e define as responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS.

Define-se que o Pacto pela Saúde 2006 será anualmente revisado com base nos princípios do SUS e nas necessidades de saúde da população, tendo em vista três componentes: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida, e Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS tem como prioridade a consolidação da política de saúde pública brasileira como uma política de Estado, e não somente de governo. O Pacto pela Vida é formado por uma série de compromissos de caráter sanitário, expressos em objetivos de processos e resultados definidos a partir das prioridades em termos de necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006; CONASS, 2006).

O processo de pactuação de resultados proposto é considerado um avanço em relação às normas operacionais (NOB e NOAS), as quais não se fixavam em resultados sanitários, focando apenas os processos operacionais, nos aspectos organizativos de assistência à saúde da população (CONASS, 2006; LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) destacam que este foco gerava uma perda da função articuladora e negociadora dos estados em função da relação direta entre o nível federal e os municípios. Contribuiu para tal situação o fato de que, inicialmente, os estados tiveram pouco poder de intervenção na definição dos critérios utilizados nas normas, situação que se altera com a implantação do Pacto pela Saúde.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

Assim, considerando o que foi exposto, é possível formar um panorama geral da organização do sistema de saúde no país em seus aspectos organizativos e normativos.

Mendes (1996) alega que o Brasil, como todo o mundo, enfrenta uma crise no setor de saúde, que se manifesta nas dimensões da ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da opinião pública.

Para responder a essa crise, o autor acredita que são necessárias mudanças em três dimensões: na concepção do processo saúde-doença, o que inclui a mudança de uma perspectiva negativa ligada à doença e morte para uma que vincula a saúde à qualidade de vida; no paradigma sanitário, de um modelo flexneriano¹ para um modelo de produção social da saúde; e na prática sanitária, de um modelo baseado na prática da atenção médica que visa aumentar em quantidade os serviços de saúde, tratando enfermidades depois que elas aparecem, para um modelo baseado na vigilância da saúde que visa à promoção da saúde e à prevenção da doença.

A mudança de paradigma na saúde, apresentada na perspectiva de Mendes (1996), é, de fato, reflexo de uma discussão presente da saúde pública não só no Brasil, mas também em diversos países, como lembra o próprio autor. O rompimento com uma determinada visão a respeito da oferta de serviços de saúde constitui um debate que se reflete na ideologia do sistema e na organização dos serviços. A necessidade de focar as ações no âmbito da atenção primária à saúde emerge no contexto desta discussão, em que ganham destaque o conceito de saúde como qualidade de vida e a ênfase nas ações de prevenção e promoção da saúde como estratégia de reorganização da configuração inicial dos serviços do SUS.

2.1.2 A atenção primária à saúde: o PSF como base de uma nova organização do sistema de saúde

De acordo com Mendes (1996; 2002), a catalogação da APS como doutrina se deu a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978. Em 1979, a Assembléia Mundial da Saúde colocou a meta “Saúde Para Todos no ano 2000”, que incentivou todos os países membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais para o alcance desta meta.

Por definição, a Atenção Primária à Saúde é

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial de Saúde, 1978, páginas 2 e 3).

Apesar do conceito definido, a interpretação a respeito do papel da APS é diversa. Ela pode ser entendida como:

Atenção seletiva – um programa específico destinado à população e às regiões pobres, com baixo custo e que utiliza tecnologia simples. Essa interpretação está firmada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva de saúde, prática complementar à medicina flexneriana. Significaria, no entanto, a manutenção de desigualdades regionais existentes por meio de uma prática compensatória que implica o reconhecimento da impossibilidade de superar as desigualdades quanto ao acesso aos serviços de saúde (MENDES, 1996; 2002).

Nível primário do sistema de serviços de saúde – modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva, com minimização de custos econômicos e orientada para satisfazer às demandas da população para os problemas mais comuns de saúde.

¹ Baseada no relatório do educador americano Flexner (1910), que discorre sobre os princípios da medicina: o mecanicismo, que compara o corpo humano a uma máquina; o biologismo, que pressupõe o reconhecimento exclusivo da natureza biológica das doenças; o individualismo, que pressupõe diagnóstico tratamento dos pacientes sem levar em conta aspectos sociais de sua vida; a especialização, em que se aprofunda o conhecimento das partes em troca do reconhecimento da globalidade do sujeito; a tecnificação do ato médico e o curativismo, que enfatiza os aspectos curativos em detrimento dos preventivos (MENDES, 1996).

Estratégia de organização do sistema de saúde – forma de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população (MENDES, 1996; 2002; TAKEDA, 2004).

A visão da APS enquanto estratégia de organização do sistema de serviços de saúde está baseada na abordagem que afirma que tais sistemas podem ser fragmentados ou integrados. Os primeiros são organizados por níveis hierárquicos, segundo a complexidade crescente, em uma forma piramidal. A APS, neste modelo, ocupa o primeiro nível de complexidade, o que pode levar a uma visão distorcida, porque impõe certa banalização deste nível de atenção perante os outros. O modo de organizar os serviços de saúde nestes sistemas é o voltado para o atendimento das condições agudas (duração da condição limitada, manifestação abrupta, causas simples e diagnósticos precisos) (MENDES, 2002).

O autor, todavia, adverte que sistemas integrados se estabelecem em rede horizontal integrada, na qual a APS é o centro de comunicação e não há hierarquia. Neste caso, a atenção é voltada para as condições crônicas (manifestação gradual, duração indefinida, causas múltiplas e diagnósticos incertos).

De acordo com o Ministério da Saúde,

[...] a Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Para desempenhar o papel de centro de comunicação da rede horizontal, a APS deve cumprir três funções essenciais: a) o papel resolutivo – resolver a maioria dos problemas da população; b) o papel organizador de fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos da atenção à saúde; e c) o papel de responsabilização – implica co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em todos os pontos de atenção a saúde (MENDES, 2002).

Na literatura nacional e internacional sobre saúde (ANDRADE et. alii., 2004; MENDES, 2002; 2007; OMS, 2003; STARFIELD, 2002; TAKEDA, 2004), os sistemas de saúde organizados a partir de uma atenção primária à saúde em conformidade com o modelo integrado são considerados superiores em relação aos modelos fragmentados.

Starfield (2002) afirma, baseando-se em estudos comparativos entre as nações, que um “sistema de saúde forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social”.

No Brasil, a APS está organizada em conformidade com os princípios organizativos do SUS. A descentralização expressa pela municipalização dos serviços de saúde constituiu, segundo Mendes (2002), um ciclo decisivo de expansão da atenção primária no Brasil, com a criação de novas unidades básicas de saúde nos municípios.

Até o momento de criação do SUS, o conceito de APS que vinha sendo adotado era o da atenção seletiva. A partir do momento em que o SUS é criado e institucionalizar-se como um de seus princípios a integralidade, essa visão da APS torna-se limitada, pois não é capaz de concretizar ações que levem à integralidade de oferta de serviços de saúde, por ser vista como um programa específico destinado à população e das regiões pobres. Torna-se necessária, então, uma mudança que viabilize tal integralidade (MENDES, 2002).

Dessa busca surgiram diversas iniciativas, sendo que muitas delas ficaram restritas ao estado em que foram criadas. Em âmbito nacional, somente se destacou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado no Ceará como parte de um programa de emergência de combate à seca, que teve resultados positivos na redução de índices de mortalidade infantil no estado, o qual e foi expandido para todo o país (MENDES, 2002).

Na sua concepção, o PACS funciona com agentes comunitários de saúde, que são moradores da própria comunidade, os quais atendem um contingente de 100 a 250 famílias de sua área de abrangência, sendo seu trabalho supervisionado por um enfermeiro. Os agentes têm o papel de promover ações de informação e educação em saúde e de registrar dados de morbidade e mortalidade das famílias, dentre outros (CORBO e MOROSINI, 2005).

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

O êxito e a necessidade de incorporar novos profissionais para que o programa não funcionasse de forma isolada fez do PACS uma experiência transitória para o PSF. Em um município cearense foi desenvolvida uma experiência pioneira do Programa Saúde da Família, que foi a base para que o Governo Federal lançasse o PSF como política de atenção primária no Brasil, o que ocorreu em 1994 (MENDES, 2002; CORBO e MOROSINI, 2005; VIANA e DAL POZ, 2005).

A partir de 1996, o Ministério da Saúde começa a romper com o conceito de programa vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, passando a reforçar a Saúde da Família por considerá-la a estratégia reconhecida para reorientação da APS no Brasil (CORBO e MOROSINI, 2005).

Em 2006, a criação da Política Nacional da Atenção Básica, publicada pelo Ministério da Saúde, reafirmou o Programa Saúde da Família como modelo estruturante do SUS. O PSF está ancorado nas ações de uma equipe de saúde da família, minimamente composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua a uma população adscrita de, no máximo, 4 mil pessoas. As equipes podem ser ampliadas conforme a necessidade e a decisão do gestor municipal (BRASIL, 2006 - Portaria 648 da Saúde).

Segundo o Ministério da Saúde o objetivo do PSF

[...] é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997, p. 1)

A concepção do modelo segue o conjunto de princípios ordenadores da APS que caracterizam seu funcionamento. Tais princípios são descritos por Starfield (2002):

- *Atenção ao primeiro contato* – significa a acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- *Longitudinalidade* – pressupõe existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, além de uma relação pessoal duradoura entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.
- *Integralidade* – implica que as unidades de atenção primária fazem arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas, buscando a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas apresentados.
- *Coordenação* – diz respeito à capacidade de um serviço centralizar e disponibilizar informações a respeito dos problemas e serviços anteriores utilizados pelo paciente, permitindo gerar informação necessária sobre o histórico do paciente.

Em decorrência desses princípios e da lógica do PSF, outras duas orientações tornaram-se necessárias: a focalização na família e a orientação comunitária.

Para se organizar, as equipes de saúde da família devem definir e descrever o território de abrangência com limites geográficos e população pela qual terá corresponsabilidade sanitária. O cadastramento da população adscrita é necessário para garantir as informações demográficas, sociais e de utilização do serviço para a montagem do prontuário da família. Neste processo, é também necessário organizar a demanda para o atendimento de pacientes de demanda espontânea e programada, e trabalhar em equipes multiprofissionais, para garantir a integralidade e organizar as ações de promoção da saúde (ANDRADE et alii, 2004).

A implantação do PSF ainda não atingiu todos os municípios do país. Em novembro de 2007, o modelo estava presente em 5124 municípios, com uma cobertura de 87,7% da população.² Assim, em parte, a Atenção Primária à Saúde ainda é ofertada por meio da APS chamada convencional, ou tradicional.

Alguns desafios à consolidação do modelo foram colocados e são ainda observados atualmente. Mendes (2002) afirma que eles são de ordem política, ideológica e cognitiva-tecnológica. Política porque representa uma mudança na correlação de forças entre os diversos atores sociais; ideológica porque implica mudança cultural, que necessariamente deve ser introduzida na forma de estruturar o sistema de saúde. Cognitiva-tecnológica porque coloca a necessidade de novos conhecimentos e novas tecnologias que ainda não são de domínio dos gestores e dos profissionais de saúde.

De acordo com Andrade et alii (2004), a Estratégia Saúde da Família é um modelo ainda em processo de aprofundamento de suas bases conceituais e de criação de práticas entre os trabalhadores das equipes, sendo esta uma construção que ocorre paralelamente à expansão do número de equipes atualmente existentes. No entanto, a definição da Política Nacional de Atenção Básica³ é de que o modelo PSF deve ter caráter substitutivo em relação à atenção primária atualmente instalada no país, o que reafirma a institucionalidade do modelo.

Considerando este contexto da saúde, a Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família, na seção seguinte é apresentada uma discussão acerca de como se dá a gestão de recursos humanos em saúde no Brasil.

2.2 Gestão de recursos humanos em saúde⁴

É importante destacar que a discussão sobre o papel da administração de recursos humanos nas organizações se desenvolve predominantemente no contexto de organizações industriais privadas. Assim, o referencial existente enfatiza questões de eficiência e produtividade clássicas do campo da Administração. Torna-se necessário, assim, ressaltar a diferença de enfoque quando se trata da prestação de serviços no âmbito da administração pública.

A esse respeito, Pierantoni (2001) destaca que no setor privado as medidas de base econômica podem balizar os critérios de aferição de eficiência na prestação de serviços, enquanto no setor público são importantes as medidas relacionadas a bem-estar social, satisfação do usuário e cidadania.

Historicamente, são identificadas duas agendas superpostas no desenvolvimento de recursos humanos na saúde. De um lado, têm-se as questões “antigas”, geradas por um modelo de relações de trabalho estáveis e protegidas, baseadas em carreiras de toda a vida, as quais se caracterizam pela persistência de práticas burocráticas tradicionais por várias gestões da Saúde, com ênfase em processos em lugar de nos resultados. A agenda posterior, associada às reformas setoriais, caracterizou-se pela flexibilidade do emprego e das condições de trabalho. As reformas se processaram em diversos países com o objetivo de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços públicos. Contudo, em muitos casos estiveram focadas apenas em redução dos gastos do governo para a redução de déficits orçamentários (OPAS, 2004).

² Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>> visitado em: 10/03/2008, 10:16.

³ O termo Atenção Básica é usado sobretudo pelos órgãos governamentais da área da saúde para se referir à Atenção Primária à Saúde. Existe um debate em torno de sua utilização por não refletir o que de fato é a Atenção Primária à Saúde no sentido estratégia de organização do sistema, mas que não será detalhado neste trabalho por não ser o seu objeto principal de análise.

⁴ De forma bem sucinta, a gestão de recursos humanos pode ser entendida sob três perspectivas que consideram a evolução de seu papel nas organizações ao longo do tempo. Em sua concepção tradicional, é representada por um conjunto de subsistemas que visam atrair, compensar, avaliar e desenvolver pessoas. Nesta visão, a função de recursos humanos é encarada como um subsistema de manutenção ou de apoio às atividades fim da empresa. Historicamente, a função se desenvolve a partir de uma área que exercia atividades meramente de registro e controle e que passa, posteriormente, a ocupar um papel de função estratégica, ou seja, que é contemplada no planejamento estratégico global da empresa. Em uma visão moderna, recursos humanos enquanto função administrativa são percebidos como o espaço mediador do conflito entre capital e trabalho, e os instrumentos desta área como ferramentas para controlar as pessoas ideologicamente, evitando o conflito aberto entre estas duas classes antagônicas. A tônica desta fase, portanto, é a introdução da visão social, na qual a gestão de RH não se refere mais somente ao que ocorre dentro da empresa, percebe a influência do contexto. Em um contexto dito contemporâneo, a ARH tende a assumir um caráter competitivo, ou seja, alinhado à postura das empresas de se diferenciar para manter sua competitividade. Tal contexto pode ser observado a partir do fim da década de 1980 e da década de 1990, momento de mudanças que tiveram reflexo na atuação das empresas como um todo e particularmente na ARH. Destacam-se, neste período o processo de estabilização econômica, a abertura de mercado e a tendência mundial de busca de qualidade e da competitividade que incitam a busca por novos modelos de gestão mais adequados à realidade do momento vivido (ALBUQUERQUE, 1987; BARBOSA, 2005; FISCHER, 1998; FISCHER E ALBUQUERQUE, 2004; ULRICH, 1998).

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

Observa-se, assim, que tanto no contexto mundial quanto nacional o desenvolvimento do debate a respeito de recursos humanos na saúde tem forte influência das reformas de Estado que se refletiram em reformas em diversos setores. A compreensão da evolução do debate na área, das questões que estiveram em pauta e dos desafios e problemas (novos e antigos) que se colocam para a área passa necessariamente pela compreensão do impacto destas reformas no setor de saúde. Não se pode perder de vista, ainda, o contexto político de redemocratização que se apresentava na criação do SUS no âmbito da Constituição de 1988.

Os debates introduzidos pelos modelos gerenciais inovadores, em que se baseiam as reformas setoriais propostas, colocam a dimensão de recursos humanos entre as questões centrais para a gestão do sistema. Assim, a administração pública, embora possua objetivos diferentes, incorpora o referencial da flexibilidade, o que se reflete na busca de adaptabilidade dos processos desenvolvidos no setor privado para o setor público prestador de serviços de saúde (PIERANTONI, 2001).

Vieira (2005) sustenta que a área de recursos humanos em saúde no Brasil teve pequena relevância no período anterior à formação do SUS, adquirindo maior repercussão a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, desencadeada pela Reforma Sanitária Brasileira. Uma primeira agenda específica sobre o tema é definida em 1986, com a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Esta agenda foi pautada, em grande parte pelas reivindicações dos trabalhadores da saúde, dentre as quais se destacavam a falta de incentivos para qualificação, a visão burocrática da área de RH, a baixa remuneração e as condições de trabalho desfavoráveis.

Segundo a autora, no início da Reforma Sanitária as questões mais presentes nas discussões da área restringiam-se à formação de pessoal, enquanto questões como planejamento da força de trabalho, mercado de trabalho e regulação profissional eram apenas pontuais. Essa situação foi observada até o final dos anos de 1980.

Na segunda metade da década de 1990, no contexto de flexibilização das relações de trabalho marcado pela Reforma do Estado, as questões de gestão relacionadas ao plano de cargos, carreiras e salários e ao incentivo à produtividade ganham maior visibilidade (VIEIRA, 2005).

A questão de recursos humanos foi adquirindo centralidade no debate sobre a gestão do sistema de saúde, sendo considerada como um ponto crucial para a implementação e, atualmente, para a consolidação de um modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS, cumprindo sua proposta de ser equitativo, democrático e eficiente (DAL POZ et alii, 2002; FONSECA e SEIXAS, 2002; PIERANTONI, 2001; PUSTAI, 2004).

Pierantoni (2001), no entanto, afirma que a área de gestão de recursos humanos se desenvolve com características inovadoras no que se refere ao nível do debate e da produção intelectual neste campo, mas conservador no que diz respeito à baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras da gestão de recursos humanos em saúde.

Pierantoni, Varela e França (2004) destacam que a histórica negligência e, mesmo, ausência de políticas para RH no setor de saúde tem algumas possíveis causas, como: abordagens que enfatizam aspectos quantitativos da força de trabalho em detrimento de uma contemporânea que se concentra na motivação e no desempenho; políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, que reduzem as políticas setoriais a um papel de mera implementação de diretrizes nacionais; e a não valorização do papel dos profissionais, questão que se agrava no caso dos médicos, que recebem uma formação com valores de autonomia e regulação profissional próprias mais fortes que as metas políticas e operacionais que são impostas a eles pelo sistema de saúde.

No sentido de alterar esse panorama, são colocadas algumas dimensões críticas para a ARH, que devem ser analisadas e acompanhadas de mecanismos de intervenção: a gerencial, ou seja, a gestão de sistemas e serviços de saúde; a estrutural, que inclui questões relativas à formação dos profissionais e à composição do mercado de trabalho; e a regulatória, em se insere a discussão das instituições e dos mecanismos de regulação do sistema e das relações de trabalho, bem como dos aspectos de regulação profissional.

Pode-se dizer que a discussão sobre políticas de recursos humanos em saúde esteve centrada em dois destes pontos

considerados fundamentais. De um lado, há a preocupação com a oferta de recursos humanos adequados ao sistema de saúde, o que se reflete na formação profissional e na capacitação; e, de outro, estão as questões relativas à gestão do trabalho, que se centram nos processos de utilização⁵ dos recursos humanos, campo no qual se discutem processos de recrutamento e seleção, contratação e remuneração (DAL POZ, 2002; FONSECA e SEIXAS, 2002; PIERANTONI, 2001).

Alguns desafios se apresentam no contexto, fazendo surgir outras questões importantes no debate, demonstrando a necessidade de ampliar o olhar sobre as políticas de RH na saúde. A combinação das transformações no mundo do trabalho com a implementação da política setorial na saúde aprofunda os desafios para a gestão de RH no setor (OPAS, 2004; PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

Quanto aos desafios que se colocam a partir da mudança no setor, podem ser citadas as mudanças gerenciais, como: a descentralização; maior flexibilidade nas condições de trabalho e ênfase no enfoque de equipe; preocupação com competências, produtividade, qualidade e credenciamento; melhor recrutamento e práticas de retenção; complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos para categorias ocupacionais semelhantes; atenção ao estado de saúde, direitos e obrigações dos trabalhadores de saúde; migrações internacionais e maior mobilidade dos trabalhadores; demandas sociais de condições de trabalho mais equitativas; e aumentos descontrolados das ofertas educacionais pelo setor privado (OPAS, 2004).

Ao mesmo tempo, a mudança no modelo assistencial proposta a partir da implantação do PSF, que envolve mudanças expansionistas de cobertura e a abertura de postos de trabalho, fixa novos objetivos para a gestão de RH na saúde. São incorporadas as preocupações com o aumento da cobertura populacional e com a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa. Além disso, busca-se a garantia das competências e habilidades-chaves e do desempenho dos profissionais diante dos objetivos definidos, bem como o fortalecimento da capacidade de planejamento e gerenciamento do setor de saúde (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

Esses desafios se somam a um conjunto de problemas que não foram equacionados e que formam um panorama que aponta diversos pontos nos quais a discussão de RH deve avançar. Muitos desses problemas não são exclusivos do Brasil, mas são enfrentados em diversos países. Os desequilíbrios na disponibilidade, composição e distribuição da força de trabalho, combinados com a deterioração das condições de trabalho e a precariedade dos sistemas de incentivo, são exemplos destes problemas (DAL POZ, 2002; BRASIL, 2004).

Segundo Pustai (2005), há, ainda, um descompasso entre o que se define como perfil adequado dos profissionais para atuarem em consonância com o que o SUS propõe e a formação oferecida pelas instituições de ensino.

No campo da regulamentação, que expressa o atual quadro da gestão de recursos humanos na saúde, destacam-se a Norma Operacional Básica NOB/RH – SUS e as diretrizes nacionais para a instituição do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS).

A NOB/RH pretende ressaltar a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor de saúde. “Espera-se, por meio da sua implementação, valorizar o trabalhador e, assim, promover a fidelização de equipes com o trabalho interdisciplinar e multissetorial” (BRASIL, 2005). Para isso, definem-se os princípios e as diretrizes para a gestão do trabalho no SUS e as questões a respeito do desenvolvimento do trabalhador, saúde ocupacional e controle social.

O PCCS, por sua vez, é constituído de orientações gerais para subsidiar a elaboração ou a reestruturação dos planos de carreiras dos profissionais do SUS nas três esferas de governo. A idéia é elaborar Planos de Carreiras com estruturas semelhantes, mas respeitando as necessidades de cada localidade (CONASS, 2006a).

Em decorrência dessas particularidades o Plano apresenta apenas as diretrizes gerais, destacando a necessidade de ingresso na carreira via concurso público, de instituir a mobilidade entre as carreiras nos diversas esferas de governo e de criação de critérios de progressão e promoção na carreira. A instituição de ações como avaliação de desempenho e educação permanente é também destacada no documento. Por fim, coloca-se como orientação geral a criação de

⁵ De acordo com terminologia utilizada por Fonseca e Seixas (2002)

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

cargos amplos, abrangendo profissionais de diversos cargos com nível de escolaridade semelhante.⁶

Mais recentemente novas definições no âmbito da regulação foram concretizadas no âmbito do Pacto de Gestão, que aborda as responsabilidades dos gestores na gestão do trabalho e na educação na Saúde. Como pontos principais, o documento destaca a necessidade de buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde; o tratamento dos conflitos; e a humanização das relações de trabalho. Também é expressa a preocupação com o fortalecimento das estruturas de recursos humanos, a fim de que se torne uma área indutora de mudanças no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde. Neste último, o foco está nas ações de educação permanente.

Portanto, o que se pode apreender da discussão sobre a gestão de recursos humanos em saúde passa pela percepção de certo descompasso entre o debate originado da administração no âmbito das empresas privadas e o que se observa na área da saúde hoje. Nota-se, no entanto, a busca da gestão de recursos humanos em saúde por instrumentos, idéias e mecanismos já consolidados nas organizações empresariais, ao mesmo tempo em que se esbarra em desafios novos, influenciados por um contexto que é único, que afeta os setores público e privado.

Pode-se observar que a discussão sobre a situação da gestão de recursos humanos em saúde passa necessariamente pela discussão acerca da reforma do Estado e as consequentes reformas setoriais que dela originam. No caso da saúde, a visão da administração pública gerencial fez a questão de recursos humanos emergir como central para a gestão do sistema e trouxe, ainda, modificações na estrutura jurídico-administrativa e das relações de trabalho.

Percebe-se que o papel de RH nas organizações se altera a partir, principalmente, das influências externas às organizações, que exigem novos enfoques conceituais para dar respostas aos novos contextos e, paralelamente, o desenvolvimento de novas ferramentas para a gestão de recursos humanos que possam operacionalizar esses conceitos sob a forma de práticas de gestão.

Assim, o RH se desenvolve a partir de uma área com operações de registro e controle de pessoal, tornando-se uma função organizacional com o papel de apoiar a estratégia da organização, desenvolvendo, para isso, instrumentos que visam cada vez mais apreender e mensurar os resultados produzidos pelos indivíduos, reconhecendo as pessoas como fonte de diferencial competitivo.

No contexto do setor público da saúde, as mudanças se processam também no campo conceitual e, ao mesmo tempo, no campo da gestão. A discussão de RH, paulatinamente, ganha força e se torna uma das questões centrais debatidas pela área, desenvolvendo uma agenda que tem como foco os problemas dos profissionais, de um lado, e os desafios da gestão, de outro. As mudanças observadas refletem a mudança de paradigma que se processa no setor de saúde, bem como as alterações causadas pela reforma do Estado, que se traduz em reformas administrativas em setores.

As políticas de RH são destacadas como prioritárias para a consecução de um sistema de saúde democrático, equitativo e eficiente, assegurando o cumprimento da missão do SUS. Esta afirmação se coloca em consonância com os paradigmas contemporâneos da gestão organizacional, que prioriza as pessoas na busca da excelência para a produção e para viabilização do próprio alcance dos objetivos da organização (FONSECA e SEIXAS, 2002).

A primeira mudança traz uma nova visão da prestação de serviços de saúde, que prioriza os cuidados primários e, por isso, reorganiza o sistema, de forma a compatibilizar este conceito com a configuração real do sistema. A segunda traz a incorporação da administração pública gerencial, que utiliza no setor público alguns padrões desenvolvidos no âmbito de setor privado e busca alinhar em todos os campos da gestão o conhecimento produzido na administração de empresas. Estas mudanças afetam diretamente a área de RH, que passa a valorizar elementos que reforçam esta lógica, numa tentativa de aproximar-se do que foi desenvolvido para RH no âmbito das empresas.

Na saúde, no entanto, a gestão de recursos humanos enfrenta outro contexto, o que pode explicar alguns dos desafios comumente descritos na literatura sobre recursos humanos em saúde e sobre o sistema de saúde em geral.

⁶ Os cargos propostos seriam: auxiliar em saúde, que compreende as categorias profissionais que realizam atividades que exigem para o seu exercício nível de escolaridade de ensino fundamental (completo ou incompleto), profissionalizante ou não; assistente técnico em saúde, que compreende as categorias profissionais que realizam atividades que exigem nível de ensino médio; e especialista em saúde, aqueles cujas atividades exigem nível de escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior.

Duas dessas diferenças podem ser mais facilmente percebidas. A primeira delas diz respeito à divisão de responsabilidades da gestão do sistema entre os entes federativos. Na saúde, há um modelo tripartite, no qual União, estados e municípios dividem a gestão, ao contrário do que comumente ocorre nos modelos das organizações privadas. Outro ponto a ser destacado é a influência do aspecto ideológico existente na gestão pública de forma geral e também na área de saúde, que impede uma adaptação mais efetiva de conceitos e ferramentas pensadas para empresas privadas.

2.3 Os médicos e o PSF

2.3.1 Atração e retenção de profissionais: da literatura de recursos humanos à realidade da saúde

Dentre os papéis da ARH está o de direcionar as atividades para atrair e reter profissionais necessários à organização. Este tópico apresenta, primeiramente, a discussão sobre essas atividades na perspectiva da literatura de recursos humanos e, em seguida, as evidências já existentes e as hipóteses propostas em estudos realizados no contexto da atração e retenção de médicos.

Na literatura sobre recursos humanos, a discussão sobre a rotatividade, ou turnover, de profissionais, seus determinantes e consequências fornece base teórica para a pesquisa dos subsistemas de atração e retenção.

Borrelli (2004) afirma que para se entender a rotatividade é necessário estabelecer o conceito de retenção, uma vez que, estabelecidas as razões pelas quais um profissional se fixa por um período de tempo em determinado local, podem-se obter informações sobre aqueles que não o fazem, e vice-versa. A retenção não significa prática profissional indefinida em um local, mas um tempo mínimo de permanência que permita o retorno do investimento em treinamento e recrutamento, e que gere resultados positivos (HUMPHREYS⁷ apud. BORRELLI, 2004).

Para Mobley (1992, p. 30), o turnover pode ser definido como “suspensão da condição de membro de uma organização por parte de um indivíduo que recebia compensação monetária desta”. O autor apresenta uma perspectiva gerencial do fenômeno. Segundo ele, é necessário gerir a rotatividade por meio do diagnóstico de seus possíveis determinantes, da estimativa das prováveis consequências organizacionais e do desenho e implementação de políticas, práticas e programas para tratamento do fenômeno, avaliando a efetividade das mudanças realizadas.

Mobley (1992) identifica algumas das principais consequências do turnover, além de apresentar um conjunto de possíveis causas e correlatos para o fenômeno a partir de levantamento em pesquisas anteriores sobre o tema.

Entre as consequências negativas do turnover para a organização, destaca a questão dos elevados custos de substituição dos recursos humanos, que envolvem, dentre outros, gastos com recrutamento, admissão e treinamento, além dos gastos com o próprio desligamento. A queda do desempenho por perda de indivíduos de alto nível de desempenho é também destacada pelo autor.

O conjunto de possíveis causas apresentado ressalta variáveis pesquisadas que apresentaram ou não relação direta com o turnover, estando ligadas às questões individuais, tanto profissionais como pessoais, àquelas relativas à organização e àquelas vinculadas ao mercado de trabalho.

Em relação às variáveis individuais, aquelas que apresentam relação comprovada com o turnover são: idade, tempo de serviço e satisfação com o conteúdo do cargo. Satisfação geral, intenção de sair e comprometimento organizacional estão também relacionados com este fenômeno (MOBLEY, 1992).

Quanto às variáveis organizacionais, Mobley (1992) destaca que os níveis salariais constituem variável que possui relação consistente com a rotatividade, enquanto outras, como estilo de supervisão, rotinização das atividades e grau de autonomia e responsabilidade, apresentam uma relação moderada. Em relação ao ambiente econômico, destaca a relação inversa entre os níveis de desemprego e as taxas de turnover.

Para Mobley (1992), o turnover constitui, em última instância, um comportamento individual, e por isso, a preocu-

⁷ HUMPHREYS, J. & ROLLEY, F. A modified framework for rural General Practice: the importance of recruitment and retention. *Social Science & Medicine* (46), p.939-945. Austrália, 1998.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

pação gerencial deve ser com a maneira pela qual o trabalhador percebe e avalia a situação econômica e os fatores organizacionais e com o modo como ele integra elementos ligados ou não ao seu trabalho.

Apesar de listar um conjunto de possíveis causas, o autor ressalta a escassez de pesquisas sobre o tema e a falha dos estudos em integrar variáveis organizacionais, individuais e de mercado de trabalho que, segundo ele, devem ser analisadas de forma conjunta.

Considerando o tema no contexto da saúde, Anselmi et alii (1997) investigaram a rotatividade na categoria dos enfermeiros. Eles afirmam que a maior parte das pesquisas desenvolvidas ao longo das últimas décadas sobre rotatividade tem foco no setor hospitalar, apresentando como preocupação a viabilidade financeira das instituições. Esta perspectiva caracteriza a rotatividade como uma questão predominantemente econômica, uma vez que parcelas significativas dos orçamentos precisam ser destinadas ao processo de reposição de pessoal. Assim, segundo os autores, os estudos têm como finalidade controlar e manter ou elevar a produtividade. Eles utilizaram a mensuração da rotatividade como um dos indicadores para tais objetivos.

Holanda e Cunha (2005) relacionam em seu estudo a rotatividade com o custo do processo admissional. Segundo as autoras, a curta permanência do profissional na instituição implica duplicidade da ação de treinamento, além de novos processos de admissão, desligamento e nova admissão, com o consumo de horas/salário dos serviços de recursos humanos envolvidos.

Pode-se dizer que a perspectiva econômica é predominante na literatura de recursos humanos a respeito da rotatividade, o que é decorrência de seu enfoque predominantemente ligado a organizações industriais. Mobley (1992) explica que a perspectiva da organização sobre o fenômeno passa pela mensuração de todos os custos envolvidos na admissão, instrução e desligamento de pessoal.

Ressalta-se a necessária adaptação desta perspectiva quando o assunto é transferido para o âmbito da administração do setor público, notadamente no setor de saúde. Sabe-se que a falta de profissionais, neste caso, gera consequências diretas sobre o atendimento prestado ao usuário, indo além das dimensões financeiras.

As escolhas profissionais da categoria dos médicos são discutidas em estudos sobre a migração destes profissionais e seus determinantes.

Póvoa e Andrade (2006) constroem um modelo para explicar a escolha locacional dos médicos. Apontam que os médicos mais jovens são mais propensos a mudar e que a estrutura de ensino médico de uma localidade atrai os profissionais em busca de aperfeiçoamento, notadamente a oferta de vagas em programas de residência médica.

Os mesmos autores afirmam, ainda, que as localidades com PIB per capita mais elevado apresentam maior número de médicos que não nasceram no local, o que sugere a atração destes profissionais pelo fator econômico. A área de atuação e o local de nascimento do cônjuge também aparecem como parte do conjunto de determinantes da escolha locacional dos médicos. Por fim, evidenciam que o deslocamento de médicos é influenciado pela competição. Ou seja, os médicos evitam locais que já alcançaram certo nível de densidade de profissionais, procurando regiões menos aglomeradas.

Segundo Pinto (1999, p. 57), os médicos formam “movimentos migratórios de correntes e contracorrentes diferenciados por especialidade, faixa etária e gênero”.

A busca por formação profissional e a necessidade de atualização e aperfeiçoamento também aparecem como elementos que interferem na escolha dos médicos por determinadas localidades. Os grandes centros urbanos onde se concentram as escolas atraem pela oferta, além de bons salários, de especialização e de alta tecnologia (PINTO, 1999; SEIXAS e STELLA, 2002). Seixas e Stella (2002) também destacam a concentração da maior parte dos serviços de alta complexidade, unidades hospitalares e planos privados de saúde.

Machado (2002) aponta como causas da mudança de médicos entre municípios: forma de contratação mais flexível;

instalação do PSF em outros municípios, ampliando a oferta de empregos com salários mais elevados; suspensão do projeto no município em que o médico atuava; e convite da gestão para assessorar a aplicação de outras experiências.

As considerações expostas acerca dos movimentos de migração dos médicos demonstram a complexidade do tema, proveniente dos inúmeros fatores que podem interferir nesta movimentação. Conhecer seus determinantes e as interações entre eles mostra-se essencial para reflexão sobre políticas públicas de saúde que possam intervir na dinâmica destes movimentos.

Outros trabalhos apontam diretamente algumas possíveis causas da rotatividade dos médicos na atenção primária.

Pesquisa da Estação ObservaRHSP (2006) acerca da rotatividade de profissionais efetivos (contratados por concurso público) na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo sugere que a localização da unidade de saúde e o modo como a instituição gerencia o quadro profissional e os processos de reposição de trabalhadores que se desligam podem ser determinantes da rotatividade.

Estudo realizado com médicos da APS da cidade de São Paulo analisa as motivações dos profissionais para a prática médica e para a prática da APS. A pesquisa aponta a existência de dois grupos principais de motivações para a escolha da medicina: a natureza humanitária da prática – ou seja, a possibilidade de servir a população e intervir socialmente – e o interesse suscitado via atividades escolares regulares e convivência com profissionais da área (SEIXAS, 2006).

A atuação na APS, geralmente, é motivada pela identificação com a proposta e com a abordagem integral do cuidado à saúde. O salário fixo, a carteira assinada e a relativa estabilidade são também valorizados por parte dos profissionais pesquisados. O PSF também representa, para alguns, uma possibilidade de aperfeiçoamento, uma nova etapa na carreira ou um desafio de lidar com uma nova proposta (SEIXAS, 2006).

A questão do tipo de contrato de trabalho, evidenciada por Seixas (2006), é também abordada por Machado (2002), que afirma que a precarização do trabalho, com perdas das garantias trabalhistas, é fortemente observada no PSF, sendo considerada fator de desgaste no trabalho. A autora destaca a gravidade deste fato por se tratar de um programa governamental que deveria garantir a mudança de um modelo assistencial, mas que não assegura àqueles que produzirão essas mudanças garantias de continuidade, segurança e confiança no futuro.

Para Meneses e Rocha e Trad (2005, p. 310), “a instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que isto provoca no profissional têm sido apontadas como uns dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do PSF”.

Uma tipologia de perfis de médicos do PSF pôde ser construída a partir de estudo realizado na cidade de São Paulo⁸, segundo a qual no PSF há profissionais identificados como oportunistas, para os quais o trabalho no PSF é provisório – ou seja, ele está lá esperando outra condição, outra oportunidade. Outro grupo é identificado como profissionais que dizem que foram para o PSF porque estavam insatisfeitos com a sua prática anterior e queriam mudar a sua prática. Um terceiro grupo, identificado como altruístas, seria formado por profissionais, mais idosos, que diziam que já tinham feito muitas coisas interessantes e agora queriam se dedicar a um projeto que era positivo, importante. Por fim, haviam aqueles que tinham como projeto de vida fazer o Saúde da Família, identificados como vocacionados.

A influência da satisfação no trabalho na decisão de ficar ou sair de uma organização – já comprovada pela literatura sobre recursos humanos – é abordada por Seixas (2006), que descreve os elementos do trabalho no PSF que influenciam a satisfação dos profissionais. Destaca, dentre estes elementos: capacitação oferecida na área; desenvolvimento de ações de educação, promoção e prevenção perante a população; e autonomia para elaborar o planejamento e a agenda, baseando-se na avaliação das necessidades da comunidade pela equipe.

O fator que aparece mais fortemente ligado à satisfação no PSF diz respeito às relações que se estabelecem entre os membros de equipe, e desta com os pacientes e a comunidade. A possível explicação atribuída a esta importância dada à equipe se refere ao tipo de trabalho no programa, considerado o mais desprotegido em termos de proximidade da comunidade e do paciente, de disponibilidade de tecnologia e de continuidade na relação (SEIXAS, 2006).

⁷ Apresentação realizada por Paulo Seixas no Seminário Nacional Gestão de Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde, em Belo Horizonte, em abril de 2007.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

Quanto aos motivos de insatisfação, a mesma pesquisa revela que a estrutura física e a falta de material de trabalho são as principais causas. Além disso, a sobrecarga de atendimento é citada, em decorrência da expansão do programa, não acompanhada pela ampliação das equipes e pelo redimensionamento dos postos de atendimento. A insuficiência de capacitação e as equipes incompletas, em decorrência da dificuldade de contratar médicos e da escassez de profissionais de outras áreas para complementar a equipe também aparecem como fatores de insatisfação.

A relação entre a satisfação no trabalho e a rotatividade no contexto do PSF é também investigada e confirmada por Campos (2005), para o caso dos médicos de São Paulo. A autora procura, ainda, explicitar os fatores de satisfação que apresentam maior correlação com a rotatividade. Encontra como resultado a capacitação, a distância da unidade e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Segundo a autora, os fatores que melhor explicaram a rotatividade foram: ambiente físico, materiais, estresse, confiança nas relações de equipe e reuniões intraequipes.

Destaca-se também em seu trabalho a indicação de que o salário dos médicos do PSF atrai os profissionais, mas não os fixa. A autora encontrou uma correlação positiva entre salário e rotatividade. Ou seja, quanto maior o salário, maior a rotatividade dos médicos pesquisados. Como explicação para este dado apresenta a hipótese de que o salário mais alto esteja sendo utilizado com mecanismo de fixação, mas que não está sendo efetivo neste propósito.

Campos (2005) coloca em questão a afirmação de que o principal motivo de saída dos médicos do PSF é a residência médica. Ou seja, os médicos trabalham no programa enquanto aguardam a oportunidade de fazer residência. Os dados de sua pesquisa não confirmam esta afirmativa, embora os gestores pesquisados a tenham citado como motivo mais frequente de saída dos médicos.

Alguns elementos são vistos como desorganizadores do sistema, impedindo uma prática mais planejada e com maior qualidade, conforme afirmam os médicos. O número excessivo de famílias por equipe, fator que gera excesso de trabalho, é considerado como desgastante no trabalho (MACHADO, 2002; MENESES e ROCHA e TRAD, 2005; SEIXAS, 2006). A demanda excessiva por atividades de pronto-atendimento é considerada um obstáculo para a prática efetiva do PSF, por reduzir o tempo para a realização dos grupos, das visitas domiciliares e demais ações preventivas, de vigilância, educacionais e de integração com a equipe (CAPOZZOLO, 2003; SEIXAS, 2006).

A estruturação de um sistema de referência e contra-referência adequado é outro fator recorrente nas pesquisas, sendo colocado como obstáculo a uma prática resolutiva (MACHADO, 2002; SEIXAS, 2006).

A melhoria das condições objetivas de trabalho – salário, benefícios, infraestrutura, disponibilidade de materiais e medicamentos, e carga horária – são destacadas como essenciais para o trabalho médico no âmbito do PSF, estando sempre entre as principais queixas dos profissionais quanto ao seu trabalho (MACHADO, 2002; CAPOZZOLO, 2003; CAMPOS, 2005; MENESES e ROCHA e TRAD, 2005; SEIXAS, 2006).

A ampliação do treinamento dos mais variados temas e cursos de especialização e a possibilidade de estabelecer uma rede de troca com outros profissionais ou equipes, especialmente o conhecimento tácito decorrente da prática cotidiana, são colocadas como sugestões para melhoria do programa (SEIXAS, 2006).

O conjunto das soluções apresentadas pelos profissionais aponta para uma tensão entre o projeto idealizado e a realidade profissional. Para solucionar o descompasso percebido entre o projeto inicial e a situação real do PSF, são propostos três grupos de sugestões: reafirmação da necessidade de resgate da filosofia da proposta, associada à expansão do número de equipes; melhor financiamento, organização e planejamento das atividades e melhor seleção dos profissionais e estabelecimento de protocolos de práticas; e sensibilização da população quanto ao programa e seus princípios (SEIXAS, 2006).

Seixas (2006) também relata que os médicos que alegam desejo de sair da PSF apontam como causas a busca por aperfeiçoamento profissional e a melhoria de desempenho fora do âmbito do programa. Ou seja, buscam um conhecimento formal consolidado e reconhecido entre os pares realizando cursos de especialização, residência médica e cursos de mestrado e doutorado.

Esta última evidência chama atenção novamente para a importância da formação e atualização profissional, que interfere fortemente na decisão dos médicos quanto à sua atuação e quanto à escolha de local de trabalho.

Este aspecto levanta a questão da formação oferecida aos médicos tendo em vista o trabalho a ser desenvolvido no programa. A formação oferecida pelas escolas médicas parece ainda estar distante do modelo de saúde proposto pelo PSF, sendo ainda tradicionalmente organizada segundo disciplinas desarticuladas, ciclos básico e clínico separados, centrada na doença e no atendimento hospitalar, contrariamente ao modelo de assistência voltado à proteção e promoção da saúde (PADILHA, 2002; SEIXAS e STELLA, 2002).

Seixas e Stella (2002, p. 348) destacam também que

[...] a formação médica pós-graduada [...] se volta prioritariamente para especialidades e subespecialidades, habilitadas para ações de média e alta complexidade. Tal tendência tem sustentado a grande carência de profissionais capacitados a solucionar não só problemas prevalentes, mas também a desenvolver ações voltadas à proteção e à promoção da saúde.

Os cursos de formação geralmente atraem os alunos para estágios e residências em áreas superespecializadas, que passam a ver na especialização a possibilidade de obter um padrão de vida elevado e de ter como objetivo a fixação em grandes centros urbanos, onde exista a possibilidade de formação, aperfeiçoamento profissional, tecnologias e acesso a uma sociedade de consumo (GUGLIEMI, 2006).

Meneses e Rocha e Trad (2005) afirmam que a experiência de formação do médico, na qual os conhecimentos da saúde pública são tocados de forma marginal, não contribuiu para o desenvolvimento de habilidades requisitadas para o trabalho no PSF. Dessa forma, pontuam as autoras, torna-se necessário aprender a trabalhar sob outra ótica, com os critérios de territorialização, enfoque epidemiológico e população adscrita.

Essa configuração cria um conjunto de expectativas sobre o exercício profissional, tanto dos médicos quanto da própria população, em relação às possibilidades oferecidas pelo acesso à tecnologia, pelo processo de formação atual desse profissional e pela sua condição de atuação no mercado de trabalho (SEIXAS e STELLA, 2002).

Essa divergência entre as características do perfil do profissional médico e o que é esperado dele tendo em vista o modelo PSF gera um descompasso entre as expectativas do profissional em relação ao trabalho e as dos gestores em relação ao desempenho dos médicos (GUGLIEMI, 2006).

A essa incompatibilidade entre a formação recebida pelos médicos e as necessidades do PSF soma-se o problema da desigualdade de distribuição dos profissionais médicos no Brasil, concentrados na região Sudeste e nas capitais do país (SEIXAS e STELLA, 2002).

O reconhecimento destas questões como desafios a serem enfrentados para melhorar a oferta de serviços resultou na criação de algumas iniciativas no sentido de promover mudanças na formação e fixação de profissionais em regiões fora dos grandes centros urbanos. Tais iniciativas se expressam no Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) e no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

O PROMED, estabelecido em regime de parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a OPAS, lançado em 2001, tem o objetivo de reorientar a formação médica, dando ênfase às mudanças do modelo de atenção à saúde, voltadas para o fortalecimento da atenção primária. O programa se apóia em três eixos principais, visando à transformação das práticas educativas e profissionais: orientação teórica, para a produção de conhecimento segundo necessidades do SUS; abordagem pedagógica, com a integração dos ciclos básico e profissional; e cenário de práticas, para a compreensão da prática do processo de formação (PADILHA, 2002).

O PITS foi concebido para lotar e fixar médicos em municípios com precários serviços médico-sanitários, mediante a oferta de incentivos financeiros e estímulo à formação profissional. A proposta envolveria aulas práticas e teóricas, atividades de qualificação acompanhadas por tutores e um além de permanente sistema de avaliação e monitoramento, discutido pelos avaliadores e avaliados, compreendendo a análise de relatórios dos coordenadores, a avaliação da

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

implantação do programa nos municípios e um programa de avaliação dos cursos de especialização (SEIXAS e STELLA, 2002).

A literatura internacional apresenta algumas experiências sobre programas voltados para a fixação de médicos em áreas rurais. Nos Estados Unidos, várias universidades realizam programas dirigidos aos jovens estudantes de medicina, principalmente aqueles oriundos da zona rural, com o objetivo de fixá-los nestes locais após o término de sua formação. Tais programas oferecem ajuda financeira aos estudantes, aconselhamento específico por um professor especializado em medicina da família e oportunidades de estágios nas localidades onde se espera que eles façam residência e terminem por se fixar (RABINOWITZ et alii, 2001).

O grau de sucesso dos programas varia. De acordo com estudo realizado na Jefferson Medical College, em 2001, que analisou 19 variáveis como possíveis preditores de atração e retenção para a prática da atenção primária, os fatores mais importantes foram: a origem do jovem na própria zona rural e planejamento de carreira pessoal anterior à formação (declarado no momento da matrícula na universidade), especificamente o de ser um médico da família (RABINOWITZ et alii, 2001).

Seixas e Stella (2002) realizaram uma revisão de estudos internacionais (Barley, 2001; Rabinowitz, 2001; Easterbrook, 1999; Szafran, 2001; Rabinowitz, 1999; Ramsey, 2001; Lynch, 2001; Stearns, 2000; Bacon, 2000; Sinay, 2001; Page, 1992) sobre determinantes da fixação de médicos em áreas rurais. Destacaram também o fato de o profissional ser proveniente de área rural e, portanto, ter experiência com a vida e os recursos disponíveis fora dos centros urbanos, o que é analisado em conjunto com a disponibilidade do cônjuge e a possibilidade de emprego para o parceiro.

A exposição precoce e de forma constante e tutoriada a experiências ou estágios de medicina rural durante a formação é também um elemento importante de análise. Outro ponto diz respeito à grande preocupação com a aquisição de competências específicas relacionadas a este tipo de atuação, voltada à promoção, integralidade de atendimento e proximidade com a comunidade. Em termos práticos, destacam-se a importância da oferta de recursos materiais e a disponibilidade de especialistas a quem encaminhar caso necessário (STEARNS, 2000; BACON, 2000 apud. SEIXAS e STELLA, 2002).

Nos Estados Unidos, a falta de médicos está relacionada a vários fatores. Um deles é a falta de interesse dos jovens profissionais em se fixar em locais precários ou com poucas facilidades. Menos de 3% dos formandos em medicina expressam desejo de ir para a zona rural ou cidades pequenas (RABINOWITZ et alii, 2001).

Outros autores apontam as próprias características da atenção primária e da saúde da família como dificultadores para a atração e retenção dos médicos. Embora as residências na atenção primária tenham aumentado nos EUA no início dos anos de 1990, hoje a área da atenção primária, integrando medicina, parece ter perdido o apelo para os jovens formandos, em função de salários mais baixos e de menor valorização na carreira. Em 2002, por exemplo, apenas 79,1% das vagas para residência em saúde da família foram preenchidas, enquanto houve uma ocupação de 98% das vagas para programas de residência em emergência e 94,4% para residência em cirurgia (MOORE e SHOWSTACK, 2003).

Observa-se que a literatura e as experiências com programas de governo centram-se nos fatores que atraem os profissionais para fora das grandes cidades, onde há maior escassez de médicos para a prestação de cuidados primários de saúde. Os fatores levantados nesta literatura, no entanto, fornecem importantes elementos para a análise do que é valorizado pelos profissionais e do tipo de incentivo de que as políticas públicas de recursos humanos podem lançar mão para promover a oferta de serviços de saúde adequada às necessidades da população e ao modelo de assistência adotado, tanto nos municípios pequenos quanto nos grandes centros urbanos.

A formação recebida pelos profissionais e a pouca atratividade dos municípios de menor porte e sem estrutura econômica e social são relacionadas por meio da distribuição das escolas de medicina e enfermagem, concentradas nas regiões Sul e Sudeste. “Esta concentração tende a atrair alunos que têm como imagem-objetivo a especialização, alta tecnologia, salários atrativos e sociedade de consumo, circunstâncias que favorecem seu distanciamento das áreas rurais e mais pobres do país” (SEIXAS e STELLA, 2002, p. 346).

Assim, pode-se perceber que a formação recebida, além de influenciar do ponto de vista da prática médica, interfere também em questões relativas ao modelo de profissional buscado pelos estudantes.

Gugliemi (2006) reconhece uma segregação por parte dos médicos especialistas em relação aos atuantes do PSF, sendo que estes últimos são pouco valorizados. Segundo a autora, futuros profissionais veem o PSF como uma boa oportunidade de renda em início de carreira, enquanto profissionais já atuantes reclamam dos baixos salários, do trabalho humilhante e das péssimas condições. Por vezes, o PSF é visto como trabalho para profissionais em fim de carreira ou para quem “está precisando mesmo”.

Sobre o trabalho fora das grandes cidades, Gugliemi (2006) constata, a partir do depoimento dos futuros profissionais do PSF da cidade do Rio de Janeiro, que eles veem o trabalho no interior como a oportunidade de adquirir uma boa renda para depois voltar aos centros urbanos e atuar em consultórios.

A discussão sobre a imagem do profissional traz à tona a necessidade de discutir aspectos relativos à profissão médica, à qual tradicionalmente são relacionados elementos como prestígio, autonomia e autoridade.

2.3.2 Médicos: características de uma profissão

A opção pelo estudo da categoria dos médicos se justifica pela centralidade de seu papel na assistência à saúde e na dificuldade observada na atração e retenção destes profissionais por parte do modelo de prestação de serviços de atenção primária à saúde, o PSF. O estudo desta categoria, no entanto, envolve uma temática que vai além da discussão apresentada até aqui e refere-se aos elementos sociais e simbólicos da profissão. Para abordar essas dimensões, utilizou-se a literatura que discute a sociologia das profissões.

Barbosa (2003) explica que os fatores considerados clássicos dos estudos sobre a sociologia das profissões são: carreira, construção das identidades segundo os diferentes nichos de trabalho, constituição do ethos profissional e lutas pela instituição do profissionalismo.

Observa-se também a preocupação de alguns autores da sociologia das profissões (Wilensky, Moore e Goode apud Pereira-Neto, 1995) em distinguir os conceitos de profissão e ocupação. Segundo eles, uma profissão se caracteriza por dois elementos principais: o domínio de certo conhecimento e o controle do mercado de trabalho. A ocupação serve para designar as mais diversas atividades do mundo do trabalho.

Os mesmos autores afirmam que o conhecimento em uma profissão, por definição, deve ser complexo, sistematizado, institucionalizado, aplicável por poucos e de utilidade reconhecida pela clientela, o que a torna capaz de estabelecer estratégias para conquistar o monopólio do exercício de sua atividade no mercado de trabalho. A autonomia é também considerada parte integrante do processo de conquista de hegemonia da profissão e se consolida quando o profissional se torna capaz de decidir as necessidades de seu cliente, não permitindo que ele imponha seu próprio julgamento (PEREIRA-NETO, 1995).

Moore apud Machado (1995) define profissionalismo a partir de uma escala de atributos. Segundo o autor, um profissional é aquele que pratica uma ocupação em tempo integral e vive da remuneração oriunda da atividade exercida. Caracteriza-se também pela presença de indivíduos que se destacam pela vocação; ou seja, aceitam normas e modelos apropriados, identificam-se com seus pares e têm forte noção de coletividade. O profissionalismo também se caracteriza pela organização a partir da mútua identificação de interesses, usando controle de acesso, seleção, projeção e regulamentação de participantes e adotando um código de ética que formalizará as normas de conduta profissional. A orientação para o serviço – ou seja, a necessidade de ter uma praticidade social, servir aos interesses da coletividade – é outro atributo de uma categoria profissional.

Para Coelho (1999) o que distingue as profissões é, primeiramente, sua capacidade de autorregulação coletiva; em seguida, sua capacidade de regular o mercado de prestação de serviços profissionais, sobretudo pelo lado da oferta. O autor, no entanto, faz uma ressalva sobre essa tentativa dos sociólogos de construir um conceito de profissão que

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

pretende ser genérico, pois afirma tratar-se de um conceito historicamente contingente e que tem raízes em instituições inglesas e norte-americanas, sendo um entendimento particular daquelas sociedades. Defende, entretanto, que teria sido importante o uso do termo profissão para se fazer a distinção entre as ocupações de nível superior e as demais ocupações, pelo fato de que um profissional produz com seu trabalho algo de natureza intangível, que é sempre vinculado à pessoa e à personalidade do produtor.

Coelho (1999) aborda as construções de relações sociais que fornecem as bases institucionais para a definição da posição dos grupos profissionais. O autor destaca o papel do aparelho estatal para garantir os monopólios profissionais e das profissões na própria formação do Estado brasileiro. Defende, assim, que não há antinomia entre a autonomia profissional e a regulação estatal, e sim um processo histórico de relações no qual elas se influenciam de forma determinante. Coelho (1999) apresenta sua visão a respeito do processo de constituição do que chama de “profissões tradicionais”: medicina, advocacia e engenharia ao longo do século XX e das primeiras décadas do século seguinte.

Ao tratar sobre a medicina, apresenta estudos que tentam desvendar a origem de elementos ligados à profissão, como remuneração e prestígio. Essas diferenças, no entanto, pouco se relacionavam com a competência técnica. “Os critérios que distribuíam renda, prestígio e poder eram todos de natureza extraprofissional: hábitos culturais, extração social da clientela, relações sociais e outros assemelhados” (COELHO, 1999, p. 76).

O mesmo autor cita aspectos da relação médico-paciente que demonstram que o prestígio da profissão era precário neste momento histórico. O cliente ocupava uma posição superior nesta relação, muitas vezes, determinando seu próprio tratamento, autorizando ou não os procedimentos médicos. Isso significa que

[...] o inegável prestígio deste ou daquele médico de elite não provinha dos resultados práticos de suas terapias, de uma estrita avaliação de sua competência profissional, mas de um conjunto de outros fatores: domínio de uma língua estrangeira (principalmente o francês), conhecimento das teorias médicas mais em voga na Europa, adequada proveniência social, uma certa cultura humanística, apropriadas referências sociais (de outros clientes notáveis) e, certamente, posse de um diploma em medicina (COELHO, 1999, p. 90)

No Brasil, a regulação da profissão por parte do Estado surge como um obstáculo que irá determinar, em grande medida, o perfil dos profissionais, sobretudo dos médicos. Os impostos cobrados pelo governo para o exercício da profissão somavam-se às despesas com a formação profissional, constituindo um grande limitador para o exercício da profissão. Impostos eram pagos para que a Coroa portuguesa garantisse o monopólio da consulta e da prescrição de medicamentos, examinasse candidatos para o exercício dos ofícios curativos e penalizasse aqueles que exercessem a profissão indevidamente.

Profissionais que concluíam o curso e não contavam com a ajuda de parentes ou amigos influentes logo se davam conta de que o investimento não garantia retorno compensador, pois, além de escassa, a clientela era pobre. Essa configuração teve o papel de bloquear as oportunidades de acesso dos brasileiros mais pobres às oportunidades de uma carreira profissional, fazendo delas monopólio de uma pequena elite (COELHO, 1999).

Esse resgate histórico feito pelo autor mostra-se relevante para a discussão que se apresenta no âmbito da Sociologia das Profissões sobre os aspectos constitutivos da profissão médica.

Freidson apud Machado (1995) argumenta que a profissão médica se diferencia das demais da área da saúde pelo grau de autonomia, prestígio, autoridade e responsabilidade que detém. Machado (1997) afirma que esta profissão é estereótipo de alto grau de autonomia técnica e econômica, ou seja, com elevado e complexo corpo de conhecimento científico e controle sobre o processo de trabalho.

A mesma autora afirma que a categoria médica possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões. Assim como Coelho (1999), destaca que a medicina tem um projeto profissional que, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado e com a elite. O primeiro lhe concedeu direitos legais para seu exercício exclusivo, enquanto a segunda concordou em pagar serviços particulares a preço de mercado. Assim, os médicos adquiriram o monopólio da prática da medicina e a liberdade de trabalhar segundo seus próprios critérios.

Advém daí a autonomia técnica e econômica, fundamento da prática liberal. Ter liberdade de pensar, de agir e de estipular o valor monetário de seus serviços é o preceito fundamental de uma típica atividade liberal. E a medicina se enquadra nesse tipo ideal-liberal. Da mesma forma, a autoridade profissional acaba por definir a relação produtor-consumidor (MACHADO, 1997, p. 22).

A aquisição desse status diferenciado tem dois fundamentos principais: primeiro, o convencimento da sociedade de que aquele trabalho profissional é imprescindível e deve ser controlado por quem entende do assunto; e segundo, um processo político e social de concessão legal da autonomia profissional por parte da sociedade, sendo legitimada e protegida pelo Estado (ALMEIDA, 1999; MACHADO, 1997).

O conhecimento desses aspectos constitutivos da profissão médica é essencial, tendo em vista o grande nível de diferenciação desta perante as demais. Tais aspectos compõem uma parte relevante do estudo, que pretende abordar a perspectiva do próprio profissional a respeito de determinado campo de atuação, pois certamente estarão presentes na visão, na percepção e nas expectativas destes a respeito do seu mercado de trabalho e da atuação profissional.

2.3.3 Mercado de trabalho

Na categoria médica, especificamente, o mercado de trabalho é determinado, de um lado, pelo sistema de ensino, que determina a oferta de profissionais tendo em vista demandas de ordem social, demográfica e político-ideológica; e, de outro, pelo modelo de atenção à saúde, que atua sobre a demanda dessa força de trabalho, refletindo as formas de organizar a assistência à saúde conforme o direcionamento das políticas sociais (GIRARDI, 1986; MACIEL FILHO e PIERANTONI, 2004).

A tendência observada a respeito do trabalho médico, desde o início do século XX, pode ser analisada a partir duas dimensões em que ocorreram as mudanças mais críticas. Primeiramente, em termos de conhecimento, observa-se a crescente dependência da tecnologia nos campos de diagnóstico, bacteriologia e medicina experimental, com maiores investimentos em máquinas e equipamentos. Ao mesmo tempo, observam-se as alterações no mercado de trabalho, com uma transição do modelo de prática baseada no trabalho autônomo para um modelo com relações mais complexas de mercado, o que inclui o crescimento do trabalho assalariado (MACIEL FILHO e PIERANTONI, 2004; PEREIRA-NETO, 1995).

Sobre as transformações no mercado, destacam-se ainda a expansão dos postos de trabalho a predominância do emprego privado até meados da década de 1980, quando o setor público amplia a sua participação como empregador. As ações de descentralização desencadeadas pela implantação do SUS foram responsáveis pelo expressivo incremento dos postos de trabalho na atenção ambulatorial (GIRARDI, 1986; MACIEL FILHO e PIERANTONI, 2004). Machado (1997) destaca a grande dependência do médico em relação ao setor público, sendo que em 1996 69,7% deles mantinham pelo menos um vínculo com este setor.

As alterações observadas no plano macroeconômico a partir da década de 1990 afetaram o mercado de trabalho médico. Silva e Costa (2002) destacam: aumento da precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, flexibilização das condições de uso da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção ao trabalhador. A desestruturação e desregulamentação observadas neste período impactaram a qualidade do emprego também na saúde, sendo que no caso dos médicos se refletiram na queda da renda e na adoção de múltiplos empregos. Observam-se, ainda, a diminuição da atuação exclusiva em consultório privado e o crescimento da atuação em empregos assalariados e em convênios e planos privados de medicina complementar (CFM, 2004; GIRARDI e CARVALHO, 2003; MACHADO, 1997; 2003; MACIEL FILHO e PIERANTONI, 2004; PEREIRA-NETO, 1995; SILVA e COSTA, 2002).

O PSF é apontado como um campo de oferta de emprego em expansão. Girardi e Carvalho (2003) apontam que o programa era responsável por 9,5% do estoque de emprego formal e 5,5% da oferta de médicos em 2001. Os autores fazem a ressalva de que o grande percentual de municípios com formas de contratação precárias e informais pode interferir neste número, subestimando a participação real do PSF no mercado de trabalho em saúde.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

2.3.4 Prática médica no PSF

Outro importante componente desta análise relaciona-se à característica da prática médica desenvolvida no programa. A mudança de paradigma ocorrida na saúde, que dá origem a um modelo centrado na atenção primária e baliza os princípios do PSF, implica uma prática diferenciada por parte dos médicos.

Para Capozzolo (2003), o trabalho médico no PSF possui uma especificidade que decore tanto das características da demanda quanto da finalidade do trabalho nesses serviços. Segundo a autora, deve ser uma prática incorporadora de outros saberes, articulada com outras atividades e trabalhos, para responder às necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas.

Menezes e Rocha e Trad (2005) afirmam que aos velhos saberes como a clínica e a obstetrícia, agregam-se os novos, como o planejamento, a epidemiologia e a educação em saúde, e tornam-se necessários o conhecimento clínico, conhecimento sobre epidemiologia e a priorização da dimensão coletiva.

Campos (1996) apud Capozzolo (2003) define o conceito de clínica ampliada como a prática necessária nesses serviços, que consiste em abordar e intervir nos aspectos biológicos, subjetivos e sociais do sujeito enfermo ou com possibilidades de adoecer e, também, no coletivo: nos grupos sociais, famílias e instituições. Inclui, assim, além da doença, o sujeito e seu contexto e a responsabilização com a saúde individual e também coletiva. Por tanto, a prática de uma clínica ampliada implica

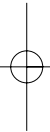
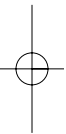
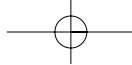
[...] incorporar outros saberes e recursos tecnológicos no processo diagnóstico-terapêutico, ampliar os meios, as ações terapêuticas, trabalhar em equipe. Utilizar-se assim de várias técnicas, da educação em saúde, de atividades de grupo, de visitas domiciliares, projetos de intervenção em outras instituições (escolas, creches) e no território [...] uma prática clínica ampliada exige competência dos profissionais em lidar com esse vínculo, com os aspectos relacionais que ocorrem no momento do encontro com o usuário (CAMPOS, 1996 apud. CAPOZZOLO, 2003, p. 67)

Capozzolo (2003) destaca as mudanças que o modelo PSF impõe à organização do trabalho do médico: define suas atividades semanais, o atendimento de consultas na unidade, as atividades educativas de grupo, as reuniões de equipe e o atendimento domiciliar; a própria vinculação a uma equipe, o que não acontece no modelo tradicional de atenção primária, com responsabilização pela assistência integral à população adscrita e por desenvolver ações de vigilância à saúde, promoção e prevenção; e, por fim, a incorporação de instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais.

A reorganização do trabalho também é observada no trabalho em tempo integral, na incorporação na equipe de agentes da comunidade e na redução das intermediações entre médico e comunidade atendida, pela simplificação radical da equipe assistencial (SEIXAS, 2006).

Para Seixas (2006), os aspectos que o PSF apresenta para a atuação dos médicos podem ser analisados em três grupos: no plano individual, a partir da reintegração da prática clínica, da recuperação do vínculo com a clientela e das dimensões psicoafetiva e social da prática; no plano coletivo, a partir do objeto de ação sobre a comunidade e sobre a família, da incorporação da epidemiologia e do planejamento, e da normatização de práticas; e, no plano institucional do trabalho, a partir da ação conjunta com outros agentes e da dimensão do trabalho em equipe. Assim, este profissional se depara, nesse modelo de atenção, com um rearranjo de práticas e de objetos de trabalho e com a incorporação de novos conhecimentos, atitudes e habilidades.

Neste contexto, destaca-se a amplitude da questão da fixação de médicos que passa por todas as questões relativas a motivação e vocação do profissional, sua formação e imaginário da profissão construído a partir dela e condições objetivas de trabalho. E que levam em conta, ainda, as características desta profissão analisada sob um enfoque sociológico, e a natureza da atividade desenvolvida. A descrição aqui realizada sobre estas temáticas lança luzes sobre questões essenciais envolvidas nesta problemática.



CAPÍTULO - 03

CAPÍTULO 03

METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Considerando o objetivo proposto para o estudo, adotou-se a pesquisa de natureza qualitativa descritiva. A estratégia qualitativa mostrou-se mais adequada, uma vez que é neste tipo de investigação que o pesquisador procura entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situa sua interpretação sobre ela (NEVES, 1996).

Flick (2004) explica que a mudança social acelerada e a conseqüente diversificação de esferas de vida fazem com que os pesquisadores sociais defrontem-se cada vez mais com novos contextos e perspectivas sociais. Assim, o autor lembra que o fato de a maioria dos fenômenos da realidade não poder ser explicada de forma isolada resulta da complexidade da realidade e dos fenômenos, o que impede a análise de objetos complexos em nítidas relações de causa e efeito.

Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa é colocada pelo autor como alternativa de investigação que permite

[...] planejar métodos tão abertos que façam justiça a complexidade do objeto em estudo. Aqui, o objeto em estudo é o fator determinante para a escolha de um método e não o contrário. Os objetos não são reduzidos a variáveis únicas, mas são estudados em sua complexidade e totalidade em seu contexto diário (FLICK, 2004).

Quanto ao estudo descritivo, Triviños (1987) afirma que este pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Seltiz et alii (1965) enfatizam que os estudos descritivos têm a finalidade de representar com exatidão as características de um especial indivíduo, situação ou grupo, enquanto Yin (2005) destaca que uma abordagem descritiva pode ajudar a identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas.

Gil (2006) lembra que algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre as variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Neste caso, a pesquisa descritiva se aproxima da explicativa. Por outro lado, algumas pesquisas, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, aproximando-se das pesquisas exploratórias.

Assim, considera-se que a abordagem qualitativa descritiva mostra-se como a mais adequada ao propósito do estudo, que pretende identificar e descrever os condicionantes da atração e retenção de profissionais médicos em um

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

contexto específico, segundo a perspectiva dos próprios profissionais.

3.2 Universo e amostra

O universo da pesquisa inclui os médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde na cidade de Belo Horizonte, cuja escolha se justifica por alguns fatores que tornam o contexto do município bastante rico para a realização do estudo.

Primeiramente, pode-se destacar a existência de um diferencial na formação dos profissionais de saúde para a atuação do PSF. O Curso de Especialização em Saúde da Família foi resultado de parceria do Ministério da Saúde com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/Nescon da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e com a Prefeitura de Belo Horizonte. Formou, em sua primeira turma, 358 médicos e enfermeiros para atuar no Programa Saúde da Família (PSF) – BH Vida e contou com investimento de R\$ 1,3 milhão do Ministério da Saúde.⁹

Para Sousa (2002), a implantação do PSF em grandes centros urbanos representa um dos desafios a serem cumpridos por esta estratégia, no intuito de substituir o modelo vigente de atenção à saúde. Segundo a autora, existe uma contradição nestes locais no que diz respeito à saúde: ao mesmo tempo em que oferecem atendimentos de alta tecnologia e concentram recursos humanos especializados e subspecializados, a população fica excluída quanto ao acesso aos serviços.

De fato, a cobertura do PSF em municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes apresenta-se bem inferior em relação aos municípios menores. Em novembro de 2007, a cobertura populacional era igual a 28,19% nestes municípios.¹⁰

Algumas causas são apontadas para explicar essa contradição. Primeiramente, a mudança no paradigma sanitário, ainda não consolidada, predominando o modelo centrado na doença e no atendimento hospitalar. Além disso, ocorre a centralização de poder nas corporações empresariais e profissionais, que decidem sobre como e onde atuar, concentrando os serviços em determinados espaços e gerando distorções no modelo educacional, que oferece vagas sem levar em conta fatores determinantes da construção de um novo modelo como transição demográfica, acumulação epidemiológica e reorganização das práticas profissionais. Por fim, considera-se a baixa capacidade de responder às reais necessidades de saúde da população, gerada pelo investimento e valorização de tecnologias de ponta em detrimento das reais necessidades do processo saúde-doença (SOUSA, 2002).

Outro ponto a ser destacado é que em Belo Horizonte a gestão municipal optou pela adesão espontânea dos profissionais ao PSF. Mas, a partir de agosto de 2003, todos os profissionais da atenção primária foram incluídos no processo de implantação do PSF. Assim, os médicos das Unidades Básicas de Saúde que não aderiram ao modelo PSF passaram a ser médicos de apoio à equipe de PSF.

A idéia dessa configuração é que eles constituam referência para a Unidade de Saúde, realizando o atendimento de casos comunicados pelas Equipes de Saúde da Família, mas que estão além de sua capacidade clínica. Estes profissionais ficaram, ainda, com a função de realizar a educação continuada dos profissionais generalistas, por meio da discussão de casos, da realização de interconsultas e seminários, e da construção de fluxos e protocolos de encaminhamentos.¹¹

Neste contexto, encontra-se na rede municipal um número significativo de médicos (pouco mais de 50%) que atuam na Atenção Primária à Saúde, mas que optaram por não trabalhar no modelo PSF. Este aspecto torna a realidade deste município propícia para o estudo dos fatores de atração e retenção do programa, pois permite ter acesso àqueles profissionais que não se sentiram atraídos pelo trabalho no PSF, possibilitando a formação de um contraponto à percepção do médico que está no modelo.

Para tentar apreender aspectos dessa realidade, a amostra contempla médicos que atuam no PSF e também no apoio à equipe de PSF da cidade de Belo Horizonte. Assim, busca-se obter visões diversas a respeito do problema pesquisado

⁹ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=24145>

¹⁰ Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>> visitado em: 10/03/2008, 10:16.

¹¹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA. Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal. Belo Horizonte, 2003.

a partir da visão de profissionais que estão neste momento atuando no programa e daqueles que se recusaram a compor as Equipes de Saúde da Família. A partir da trajetória destes profissionais e da sua visão do trabalho no PSF hoje, é possível interpretar que fatores condicionam a sua atração ou a sua “não atração” pelo programa.

Considerando a viabilidade de realização da pesquisa, a amostragem foi feita por acessibilidade ou por conveniência. Neste método, o pesquisador seleciona elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo (GIL, 2006). Autores como Triviños (1987) e Flick (2004) afirmam que a pesquisa qualitativa pode usar recursos estatísticos para fixar uma amostra aleatória. No entanto, esta pode ser definida considerando uma série de condições como a existência de sujeitos que, do ponto de vista do pesquisador são essenciais para o esclarecimento do assunto em foco ou, mesmo, a facilidade para se encontrar as pessoas.

Belo Horizonte atualmente encontra-se dividida do ponto de vista da saúde em nove regiões identificadas como “Distritos Sanitários”, com o total de 142 Unidades Básicas de Saúde.¹² Os distritos têm definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Em geral, cada Distrito possui de 15 a 20 Unidades Ambulatoriais, incluindo atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Em julho de 2007 existiam distribuídos nestas Unidades 450 médicos atuando no PSF e 458 no apoio à equipe de PSF, conforme mostra a Tabela 1. Assim, a pesquisa diz respeito a um universo de 908 médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte.

TABELA 1
Número de médicos do PSF e do apoio à equipe de PSF em Belo Horizonte, por distrito sanitário, em julho de 2007.

Distrito Sanitário	Número de médicos PSF	Número de médicos de apoio à equipe de PSF
Barreiro	72	58
Centro Sul	24	59
Leste	45	55
Nordeste	61	54
Noroeste	64	61
Norte	51	48
Oeste	53	60
Pampulha	21	27
Venda Nova	59	36
TOTAL	450	458

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Os médicos entrevistados foram escolhidos a partir da lista de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, da qual algumas foram selecionadas para um primeiro contato.¹³ Para a escolha dos médicos, acreditando que as regiões de trabalho dentro do próprio município poderiam influenciar as respostas dadas, procurou-se escolher médicos em diferentes distritos sanitários. O contato inicial com as Unidades foi feito sempre com o gerente para explicar a pesquisa e solicitar autorização para entrevistar os médicos. Nasquelas unidades em que houve abertura para a realização da pesquisa, foram entrevistados aqueles profissionais que estavam disponíveis e que concordaram em participar. As entrevistas aconteceram em dia e horário agendados pelos próprios profissionais.

¹² Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH). Disponível em:

«http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?jsessionid=1f9f6d9c2d980f3eb58ae61a416fb327?id_conteudo=4338&id_nivel1=-1»

¹³ A escolha deste tipo de amostragem levou em consideração a realização de um amplo levantamento realizado por amostragem aleatória e representativa do estado de Minas Gerais. Este levantamento teve por objetivo caracterizar o profissional médico da Atenção Primária e compreender, de forma semelhante a este trabalho, os condicionantes da atração e retenção do profissional médico da Atenção Primária e utilizou a aplicação de questionários. A crença de que apenas o questionário não daria elementos suficientes para o completo entendimento destes condicionantes faz surgir a proposta deste estudo, com a aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de fornecer evidências mais completas e que pudessem evidenciar algumas possíveis relações entre as variáveis a fim de auxiliar e complementar a análise estatística do estudo amostral. A escolha das unidades foi aleatória, seguindo um único critério de excluir aquelas que haviam sido sorteadas para fazer parte do estudo amostral, bem como do pré-teste realizado. O referido projeto foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte).

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

A amostra de profissionais contempla 21 médicos de diversos Distritos Sanitários, sendo 15 médicos do PSF e 6 médicos do apoio à equipe de PSF. Essa diferença foi intencional, uma vez que o foco do estudo eram os condicionantes da atração e retenção dos médicos do PSF, sendo as entrevistas com os médicos de apoio apenas uma forma de auxiliar a análise, a partir de uma visão que pudesse fornecer elementos de não atração pelo programa.

TABELA 2
Número de médicos na amostra

Distrito Sanitário	Número de entrevistados	
	PSF	Apoio à equipe de PSF
Barreiro	3	0
Centro Sul	2	0
Leste	0	0
Nordeste	1	2
Noroeste	1	1
Norte	0	0
Oeste	2	1
Pampulha	1	2
Venda Nova	5	0
TOTAL	15	6

Fonte: a partir dos dados da pesquisa

Segundo Albarello et alii (1997), é possível tomar a decisão sobre o tamanho da amostra quando a investigação está em curso, logo que se destaque alguma coerência na análise e que as novas informações não mais façam do que confirmar as anteriores, podendo-se considerar o alcance de certo nível de saturação das informações.

Para este trabalho, considerou-se que a quantidade de informações obtidas com este número de entrevistas seria suficiente para a análise proposta, mesmo não sendo entrevistados médicos em dois dos nove Distritos Sanitários.

Glaser e Strauss (1967) apud Flick (2004) afirmam, da mesma forma, que o critério para julgamento de quando interromper a amostragem está ligado à saturação teórica da categoria. Ou seja, não está sendo encontrado nenhum dado adicional por meio do qual se possa desenvolver propriedades da categoria.

Outro fator decisivo para a escolha da amostragem é a oscilação entre o objetivo de cobrir a maior dimensão possível de um campo e o de realizar análises com a máxima profundidade. “Considerando os recursos limitados (mão de obra, dinheiro, tempo, etc.) esses objetivos devem ser vistos como alternativas, e não como projetos a combinar” (FLICK, 2004, p. 84).

Este trabalho procurou aprofundar o entendimento das motivações para as decisões profissionais dos médicos ao longo de sua trajetória, a fim de conseguir extrair os fatores de atração e fixação. Ao mesmo tempo, procurou-se compreender a percepção dos profissionais acerca de fatores que a literatura apresenta como relacionados ao tema.

3.3 Dimensões e categorias de análise

A revisão de literatura permitiu listar vários fatores envolvidos na problemática da atração e retenção, a partir da perspectiva de recursos humanos e considerando pesquisas anteriores sobre a categoria médica especificamente. Para possibilitar uma visão mais sistematizada desses fatores, eles foram agrupados conforme o tema a que se referiam. Este primeiro agrupamento deu origem às categorias de análise do trabalho. Estas, novamente agrupadas conforme o tema, formaram as grandes dimensões utilizadas no estudo. No Apêndice B é apresentado um quadro no qual este agrupamento é explicitado, até chegar às dimensões do estudo: fatores individuais, organização do trabalho,

gestão, condições de trabalho e cultura e identidade. Este quadro serviu como um “mapa” de referência da pesquisa, balizando a construção do instrumento de coleta de dados e da descrição e análise de dados, conforme colocado no item seguinte desta seção.

O Quadro 1 as dimensões e categorias apresentadas no Apêndice B e apresenta uma definição para cada dimensão estudada.

QUADRO 1
Definições das dimensões de análise e categorias associadas

Dimensão	Definição	Categoria
Fatores individuais	São as características relativas ao profissional. Dados pessoais e também sobre sua origem e trajetória profissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Atributos pessoais • Formação profissional • Trajetória/Experiência profissional
Organização do trabalho	Diz respeito às características do trabalho no PSF. Todos os aspectos que tornam o processo de trabalho no PSF diferente do trabalho em outros campos de atuação, inclusive na atenção primária convencional.	<ul style="list-style-type: none"> • Plano individual (dimensões da atuação no PSF que afetam diretamente o profissional) • Plano coletivo (dimensões que se referem à interação com a comunidade) • Plano institucional (dimensões que se referem a interação com outros agentes na Equipe de Saúde da Família)
Gestão	Envolve os subsistemas de gestão de recursos humanos relativos à gestão municipal e também aspectos da gestão da própria Unidade de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de seleção/contratação • Capacitação • Remuneração • Coordenação
Cultura e identidade	Refere-se à uma dimensão simbólica do trabalho, que envolve questões ligadas à identificação com o trabalho, satisfação com a profissão, valorização e reconhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação com o trabalho • Significado de ser médico do PSF • Formação <i>versus</i> trabalho no PSF
Condições de trabalho	O contexto que envolve o trabalho no PSF, nas Unidades Básicas de Saúde e o trabalho do médico em geral.	<ul style="list-style-type: none"> • Condições físicas e materiais • Localidade • Mercado de trabalho

Fonte: elaborado pela autora

3.4 Coleta de dados: fontes e instrumentos

Quanto à coleta de dados, segundo Albarello et alii (1997), existem três fontes quando se considera a pesquisa qualitativa: fontes não escritas, como objetos, fontes orais e imagens; fontes escritas, que incluem documentos oficiais e não oficiais; e fontes numéricas ou estatísticas.

É importante ressaltar que os instrumentos metodológicos não podem ser escolhidos independentemente das referências teóricas da investigação. O método de coleta de dados deve ser adaptado ao tipo de dados a investigar (ALBARELLO et alii., 1997).

A pesquisa realizada envolve fontes escritas e não escritas. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com médicos do PSF e de apoio à equipe de PSF. Segundo Marconi e Lakatos (1996), o entrevistador, quando utiliza a entrevista semi-estruturada tem liberdade de fazer as perguntas que quiser, sondar razões e motivos, e fornecer esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, a uma estrutura formal.

Essa técnica, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante tenha a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1987).

O roteiro de entrevista foi elaborado considerando o alinhamento com o quadro de referência construído. Encontra-

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

se no Apêndice A. Houve o intuito de traduzir no instrumento as dimensões e categorias de análise definidas a partir dos fatores encontrados na revisão de literatura.

Nem todos os fatores considerados no quadro de referência foram traduzidos em questões. Isso ocorre, em parte, porque muitos destes fatores constituem elementos de análise das entrevistas, que surgirão a partir do relato dos médicos sobre suas escolhas e motivações profissionais, e por isso não poderiam ser traduzidos em perguntas diretas. Ao mesmo tempo, essa diferença é justificada pelo grande número de fatores levantados, que fez com que alguns deles não fossem abordados diretamente. Assim, procurou-se com as perguntas do roteiro coletar dados suficientes para compor o sentido principal de cada categoria.

3.5 Análise de dados

Maroy (1997) afirma que a operação básica de uma análise qualitativa de materiais de entrevistas consiste essencialmente em descobrir categorias ou classes pertinentes de objetos, de ações, de pessoas ou de acontecimentos e definir as suas propriedades, a partir das quais se constrói um sistema ou um conjunto de relações entre essas classes.

Esta operação pode, evidentemente, assumir aspectos diferentes, consoante os objetivos atribuídos à análise. A gênese das categorias e a importância do estabelecimento de relações entre elas variam segundo se trata de chegar a uma descrição simples, a uma descrição analítica ou, finalmente, a um esquema teórico (L. SHATZMAN e A. STRAUSS apud MAROY, 1997).

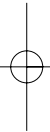
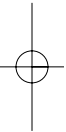
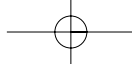
Na descrição simples, o investigador utiliza uma teoria para construir um esquema de análise que lhe permita classificar os dados coletados. Destaca segmentos que correspondem aos conceitos e às categorias utilizadas na teoria e tende a articulá-los numa lógica sugerida pela teoria (L. SHATZMAN e A. STRAUSS apud MAROY, 1997).

Na pesquisa realizada, as evidências já existentes sobre a atração e retenção, do ponto de vista da literatura sobre recursos humanos e das pesquisas realizadas com médicos, foram organizadas em categorias e dimensões. Essa composição serviu como esquema para a apresentação e posterior análise dos dados.

Maroy (1997) também distingue três atividades cognitivas em uma análise qualitativa: a redução dos dados; a apresentação/organização dos dados; e sua interpretação/verificação. A redução dos dados envolve os processos de seleção, simplificação, abstração e transformação do material. A apresentação/organização dos dados é a etapa em que se planeja a forma como os dados serão dispostos, para permitir a interpretação dos mesmos. A etapa de interpretação/verificação envolve a atribuição de sentido aos dados coletados e organizados.

Segundo Flick (2004), em estudos de entrevistas o processo de amostragem continua durante a interpretação dos dados, após a decisão sobre quais pessoas entrevistar e sobre quais dados devem ser transcritos e interpretados. Inclui a decisão sobre as partes do texto que devem ser selecionadas para a apresentação em geral ou para interpretações particulares detalhadas. Assim, a apresentação dos resultados ressalta alguns trechos selecionados das transcrições de entrevistas que procuram ilustrar o que foi colocado de forma mais frequente, bem como o que se destaca pela diferença.

Considerando os dados da pesquisa, a apresentação foi estruturada em dois eixos: a) percepção dos profissionais a respeito de cada dimensão; b) fatores de atração e retenção dos profissionais durante sua trajetória. Assim, na análise de dados, foi possível traçar um paralelo entre estes eixos e ressaltar pontos convergentes e divergentes encontrados.



CAPÍTULO - 04

CAPÍTULO 04

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com uma breve consideração sobre o PSF em Belo Horizonte, para, a partir daí, focalizar os dados obtidos nas entrevistas. Primeiramente, são expostos os fatores individuais que compõem a caracterização dos indivíduos e, em seguida, os dados sobre a percepção dos profissionais a respeito de cada dimensão do estudo.

4.1 O PSF em Belo Horizonte

Belo Horizonte foi a primeira grande cidade a municipalizar as Unidades Básicas de gestão estadual, em 1991, e as unidades secundárias do antigo INAMPS, em 1992. Em 1994, deu início à construção efetiva do sistema municipal de saúde, sob o comando único da gestão municipal. A partir daí, desenvolveu-se um processo de expansão da rede básica, das unidades especializadas de apoio diagnóstico, da rede de urgência e de saúde mental e das estruturas necessárias ao controle da rede contratada e conveniada (BELO HORIZONTE, 2005).

Em 2002, iniciou-se a mudança do modelo de Atenção Primária, com a contratação de profissionais para a montagem das Equipes de Saúde da Família, configurando a primeira versão de uma ação geral de saúde na cidade, denominada *Programa BH Vida*. Na implantação do PSF em Belo Horizonte, a composição das áreas de equipes levou em consideração a quantidade de habitantes e o índice de vulnerabilidade à saúde na área (op. cit.).

A formulação do *BH Vida: Saúde Integral*, em 2003, foi estabelecida a partir de quatro linhas fundamentais, assim resumidas no Plano Municipal de Saúde 2005-2008 (BELO HORIZONTE, 2005):

- Eixo Assistencial – rearticulação do processo assistencial no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, lembrando os pressupostos: projeto usuário centrado, acesso resolutivo, acolhimento, vinculação responsabilizadora, busca da autonomia do usuário, impacto da produção de saúde também no âmbito coletivo, integralidade e qualidade da atenção prestada.
- Eixo das Redes Especializadas – construção das redes especializadas de referência.
- Eixo Vigilância em Saúde – articulação entre as ações centradas nos indivíduos e as ações no âmbito coletivo.
- Eixo da Gestão e Controle Social – ações gestoras para garantir o provimento de recursos humanos, mate-

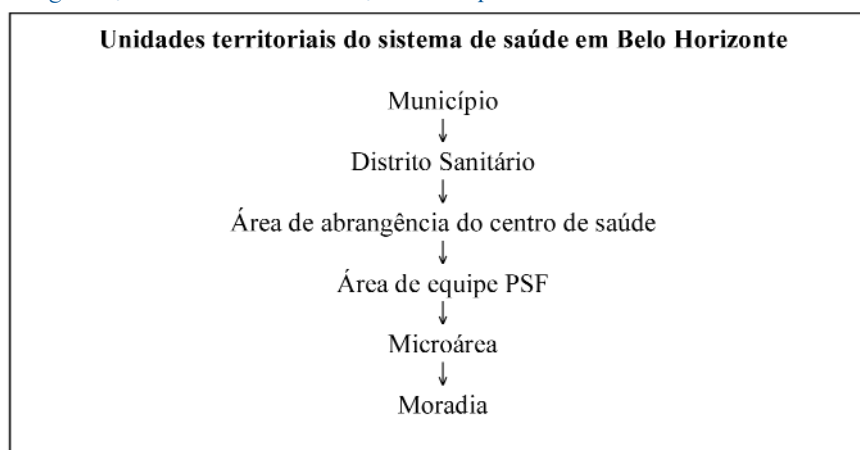
ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

riais e financeiros para o funcionamento da rede assistencial e as atividades do controle social.

A organização territorial da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte apresenta uma estrutura hierarquizada, com diferentes níveis de poder decisório e de responsabilização sanitária:

FIGURA 1

Organização territorial dos serviços municipais de saúde em Belo Horizonte



Fonte: Belo Horizonte, 2003.

Os Distritos Sanitários seguem a delimitação das Administrações Regionais e correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. As definições territoriais das áreas de abrangência foram estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo IBGE, sendo constituídas por um agrupamento de setores contíguos, respeitando-se os seus limites.

A definição dos setores censitários que formam determinada área foi feita por meio de avaliação pelas equipes locais e distritais, considerando a demanda atendida, o perfil epidemiológico da região, o acesso à Unidade de Saúde, a existência de barreiras geográficas, o tamanho populacional e o fluxo de transporte, dentre outros aspectos. Dessa forma, é possível fazer a quantificação e a classificação socioeconômica da população adscrita, das condições de infraestrutura e das demais informações, disponibilizadas de modo agregado por setor censitário nos censos populacionais feitos pelo IBGE.

A descrição da organização da saúde e da Atenção Primária em Belo Horizonte serve como pano de fundo para a apresentação dos dados da pesquisa.

A apresentação dos dados está organizada em dois eixos principais, que constituem a base para o estudo. Tal organização foi feita de forma a evidenciar, primeiramente, os resultados encontrados em cada uma das dimensões propostas para o estudo, segundo a percepção dos profissionais da Atenção Primária em Belo Horizonte: fatores individuais; organização do trabalho; gestão; condições de trabalho; e cultura e identidade. Nesta etapa, são também apresentados, levando em conta a divisão de categorias, aqueles fatores colocados como principais vantagens e desvantagens (ou pontos positivos e pontos negativos) de ser um médico do PSF.

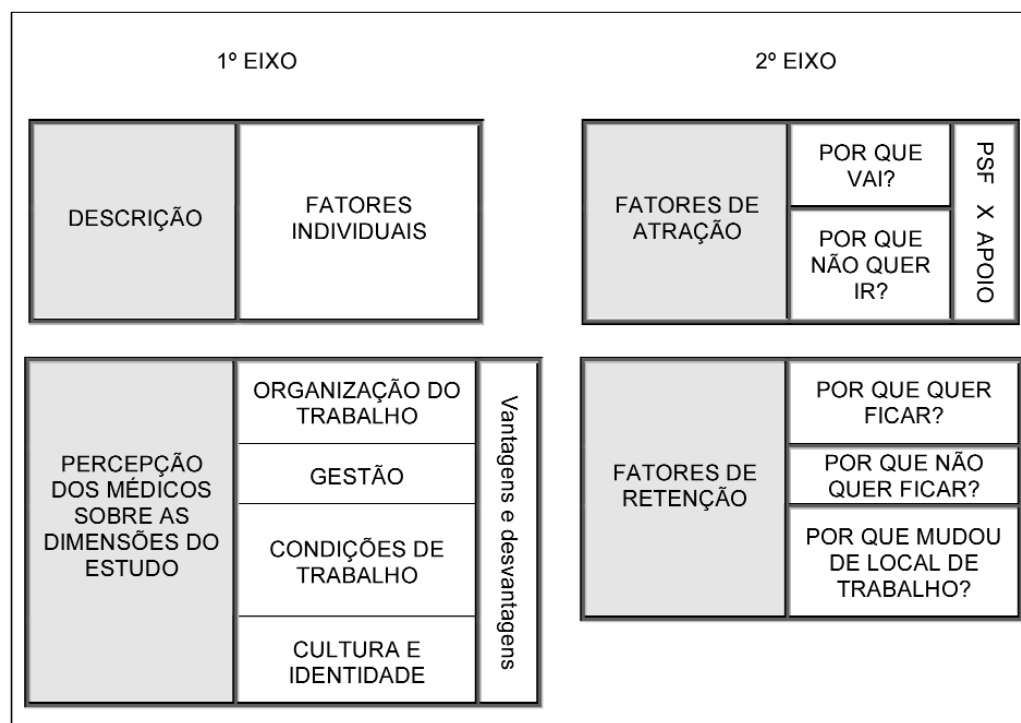
Em algumas das dimensões da análise, foram observadas diferenças marcantes de percepção entre médicos do PSF e médicos de apoio à Equipe de PSF. Neste caso, essas especificidades foram destacadas na descrição dos resultados. Em geral, no entanto, a descrição esteve centrada na percepção do médico do PSF, foco do estudo.

É necessário destacar que os resultados apresentados neste eixo dizem respeito à visão do profissional sobre este tema, o que não necessariamente reflete como cada uma das dimensões pode ser descrita de fato. No entanto, serve como base para a discussão sobre a forma como as dimensões que são de domínio da gestão interferem na atração e retenção de profissionais.

No segundo eixo, apresenta-se a descrição, a partir dos relatos dos entrevistados, das motivações dos profissionais em relação a: a) atração e “não atração” pelo PSF, considerando um contraponto entre médicos de PSF versus médicos de apoio; b) fatores que motivam os médicos do PSF a continuar no programa ou que, ao contrário, os faz desejar sair; e c) motivos que explicam as escolhas profissionais anteriores ao PSF, durante sua trajetória.

A Figura 2 ilustra o esquema da apresentação.

FIGURA 2
Esquema de apresentação dos dados



Fonte: Elaborado pela autora

4.2 Fatores individuais: caracterização dos entrevistados

Nesta dimensão estão contempladas as questões referentes a: atributos pessoais, formação e trajetória profissional do médico até o momento de seu ingresso no PSF.

Essa apresentação tem o intuito de caracterizar os profissionais entrevistados, a fim de contribuir para o entendimento e a contextualização das percepções apresentadas acerca das dimensões abordadas no estudo.

Nas Tabelas 1, 2 e 3 são apresentados os dados referentes aos atributos pessoais: sexo, idade e local de nascimento, diferenciando-se os médicos de PSF e apoio.

TABELA 3
Caracterização dos entrevistados, segundo o sexo

Sexo	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Masculino	4	1	5
Feminino	11	5	16

Fonte: Dados da pesquisa

**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

TABELA 4
Caracterização dos entrevistados, segundo a faixa etária

Idade	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Menos de 30 anos	4	0	4
Entre 31 e 40 anos	6	2	8
Entre 41 e 50 anos	2	3	5
Mais de 50 anos	3	1	4

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 5
Caracterização dos entrevistados, segundo o local de nascimento

Local em que nasceu	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Belo Horizonte	13	4	17
Interior de Minas Gerais	0	1	1
Outros estados	2	1	3

Fonte: Dados da pesquisa

A maior parte dos entrevistados é constituída de mulheres. A idade, considerando ambos os grupos variou entre 26 e 60 anos e a maior parte era de profissionais nascidos em Belo Horizonte. Nas Tabelas 6 e 7 são apresentados os dados sobre local em que concluiu o ensino médio e o tipo de escola em que cursou o ensino médio. Observa-se que a maior parte deles cursou o ensino médio na própria Capital, em escolas particulares.

TABELA 6
Caracterização dos entrevistados, segundo local de conclusão do ensino médio

Local em que concluiu o ensino médio	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Belo Horizonte	12	5	17
Interior de Minas Gerais	1	0	1
Outros estados	1	1	2
Outros países	1	0	1

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 7
Caracterização dos entrevistados, segundo tipo de escola em que concluiu ensino médio

Tipo de escola em que concluiu o ensino médio	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Pública	5	2	7
Particular	10	4	14

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à formação profissional, os dados apresentados nas Tabelas 8 e 9 mostram que a maior parte dos entrevistados cursou medicina em uma universidade pública, sendo que a quase totalidade deles formou-se na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

TABELA 8
Caracterização dos entrevistados, segundo universidade em se formou

Universidade em que se formou	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
UFMG	10	5	15
FCMMG	2	0	2
Faculdade de Medicina de Pouso Alegre	1	0	1
UFJF	1	0	1
UFRJ	0	1	1
Universidade Severino Sombra (RJ)	1	0	1

Fonte: Dados da pesquisa

O ano de formação apresentou grande variação dentre os entrevistados, existindo médicos formados desde 1970 até 2007. A seguir, são apresentados os dados sobre especializações e residências.

TABELA 9
Caracterização dos entrevistados, segundo ano de formação

Ano de Formação em Medicina	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Entre 1970 e 1980	3	1	4
Entre 1981 e 1990	1	1	2
Entre 1991 e 2000	6	3	9
Entre 2001 e 2007	5	1	6

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 10
Caracterização dos entrevistados, segundo especialização/residência

Especialização/Residência	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Clínica Médica	2	1	3
Pediatria	5	4	9
Ginecologia-obstetrícia	1	1	2
Saúde da Família	8	0	8
Outras	5	1	
Não tem especialização	3	0	

Fonte: Dados da pesquisa

Quase a totalidade dos médicos entrevistados cursou residência ou especialização nas áreas da Atenção Primária – pediatria, ginecologia-obstetrícia e clínica médica –, sendo alguns deles especialistas também em Saúde da Família. Dentre aqueles que se especializaram em Saúde da Família, somente uma médica do PSF tem esta como sua única especialidade. Os demais se especializaram em outra área.¹⁴

Quanto à trajetória profissional, foram coletados dados sobre o tempo de trabalho do profissional na Unidade Básica de Saúde em que foi entrevistado e o tempo de trabalho no PSF em Belo Horizonte (ou na Atenção Primária, no caso dos médicos de apoio).¹⁵

TABELA 11
Caracterização dos entrevistados, segundo tempo de trabalho no PSF/APS

Tempo de trabalho (t) em anos	Na UBS		No PSF/APS	
	PSF	Apoio à equipe de PSF	PSF	Apoio à equipe de PSF
t ≤ 1	8	2	5	1
1 < t ≤ 2	1	0	1	0
2 < t ≤ 5	3	1	2	1
5 < t ≤ 10	0	1	7	0
10 < t ≤ 15	3	2	0	2
t > 15	0	0	0	2
Total	15	6	15	6

Fonte: Dados da pesquisa

Aproximadamente a metade dos profissionais tem tempo de trabalho no PSF em Belo Horizonte entre 5 e 10 anos. Vale lembrar que a implantação do PSF em Belo Horizonte iniciou-se em 2002.

Foi possível, ainda, montar uma trajetória da experiência profissional a partir dos relatos dos entrevistados, englobando os locais e os tipos de atuação profissional anteriores ou concomitantes ao trabalho no PSF/Atenção Primária. Os profissionais entrevistados relataram experiências profissionais de natureza diversa anteriores ao trabalho no PSF/APS.

Em geral, no entanto, é possível destacar um grupo predominante de médicos que já atuavam nas Unidades Básicas e que aderiram ao PSF quando ele foi implantado, após fazer o curso de especialização oferecido pela Prefeitura de Belo Horizonte, em parceria com a UFMG. Puderam ser identificados também alguns profissionais recém-forma-

¹⁴ Por causa disso, o número de médicos no quadro é maior que o número de entrevistado. Aqueles que fizeram alguma residência e especialização em Saúde da Família aparecem duas vezes na tabela.

¹⁵ Nesta tabela, está sendo considerado o tempo ininterrupto em que está no PSF em Belo Horizonte.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

dos que foram trabalhar no PSF logo após o término da faculdade e que não trabalham em outros locais. Estes dois grupos somados correspondem a mais da metade dos entrevistados do PSF.

TABELA 12
Caracterização dos entrevistados, segundo locais de trabalho

Locais de trabalho	PSF	Apoio à equipe de PSF	Total
Somente na UBS em que foi entrevistado	7	0	7
Em outras UBS	0	1	1
Hospitais	5	3	8
Consultório próprio/Ambulatório particular	3	2	5

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 12 mostra que maior parte dos profissionais trabalha em outras atividades paralelamente ao PSF, sejam elas no campo da Atenção Primária ou não. A totalidade dos médicos que trabalham apenas em um local é do PSF.

Os dados sobre os fatores individuais dos entrevistados permitem caracterizar os médicos pesquisados em termos de alguns dos elementos que são considerados, tendo em vista a literatura, importantes para a análise das motivações dos profissionais que os fazem optar por determinada atuação profissional.

Em resumo, observa-se que a maior parte dos entrevistados é natural de Belo Horizonte, onde também concluíram o ensino médio. Predominam os profissionais formados pela UFMG, entre os anos de 1991 e 2000, e que possuem especialização ou residência em clínicas básicas. Foi identificado, dentre a diversidade de características relativas à trajetória profissional, um grupo de médicos que já trabalhavam na Atenção Primária e que aderiram ao PSF no momento de sua implantação em Belo Horizonte. Pouco mais da metade deles está há menos de 5 anos no PSF e trabalha em outro local além da Unidade Básica, principalmente em hospitais.

4.3 Percepção dos profissionais

4.3.1 Organização do trabalho

No aspecto da organização do trabalho, foram abordados três níveis de discussão: individual, coletivo e institucional.

- *Plano individual*

No plano individual, os aspectos referem-se aos pontos da prática do PSF que afetam o profissional diretamente. Nesta categoria, os profissionais destacaram algumas atividades que o modelo de atenção exige que sejam realizadas pelos médicos, fazendo que com a organização do trabalho no contexto do programa seja bastante diferente do que é feito em uma Atenção Primária convencional.

Quando questionados sobre a organização do trabalho específica do PSF, os profissionais destacaram o atendimento a pacientes dentro das três especialidades da Atenção Primária – ginecologia-obstetrícia, pediatria e clínica médica – e, ainda, as atividades que somente são desenvolvidas no âmbito do PSF, como as atividades de acompanhamento com grupos de hipertensos e diabéticos, e as visitas domiciliares a pacientes acamados.

As atividades de grupo que geralmente são feitas pelo médico generalista, as atividades educativas de grupo de hipertensos, diabéticos, grupo de puericultura normalmente são feitas pelos profissionais do PSF. As atividades de visita domiciliar com os pacientes acamados ou, mesmo, se você não ta conseguindo

resolver, você parte para a visita para saber o que tá acontecendo naquela casa para poder tentar esclarecer, e isto é feito pelo médico de PSF. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Nesta categoria, especificamente em Belo Horizonte, é importante considerar a interação entre os médicos das equipes e os médicos de apoio no desenvolvimento das atividades. Neste ponto, é destacada a distância entre a situação ideal da prática e o que ocorre na realidade. Em uma situação ideal, os médicos do PSF teriam acesso a especialistas nas clínicas básicas para referenciar os casos mais complexos que a equipe não pudesse resolver ou, ainda, os casos mais agudos.

No entanto, o que ocorre é que os médicos de apoio acabam atendendo aqueles pacientes que excedem a demanda da equipe, independente de sua queixa.

O apoio, como o próprio nome diz, ele fica mais para ajudar, para apoiar. Mas este fluxo depende muito de quem tá trabalhando nas equipes. Eu já vi situações, por exemplo, o médico do PSF tá lá no acolhimento e aquele tanto de gente para atender. Ele pega aleatoriamente uns 6 casos e joga lá na agenda do apoio ou ele olha lá os que são mais difíceis e joga na agenda do apoio. Esse apoio é um clínico geral com mais experiência. (Entrevistada 18 - Médica do PSF)

De forma geral, o vínculo com os pacientes é colocado como principal fator que interfere na prática do médico do PSF na medida em que o profissional se torna responsável pelos pacientes de determinadas áreas, tornando-se referência para a população. É responsável tanto pelo acompanhamento quanto pelo atendimento à demanda espontânea.

Na época que eu trabalhava como clínica na prefeitura. Eu vou lá, atendo meus doze pacientes e casco fora. Não tenho compromisso com nada. Aqui, não: eu tenho que conhecer os meus pacientes; eu vou na casa do paciente que precisa de uma visita domiciliar; eu tenho que programar isso; eu tenho que programar outras ações, como puericultura; eu tenho que ter um conhecimento, uma gama de conhecimento muito maior; eu tenho que pensar: “esse paciente meu tá adoecendo muito. Por que que é?” Eu tenho que pedir o ACS; eu tenho que ir ver. Tem que ter trabalho de equipe; tem que ver o que que tá acontecendo na casa dele, né? [...] E a carga de pacientes, o número de pacientes continua alto do mesmo jeito. É muito paciente por dia, a demanda é muito alta. Então, não é simplesmente... encheu minhas vagas, acabou, pronto. [...] (Entrevistada 12 – Médica do PSF)

O vínculo do profissional com a população é visto pelos médicos sob duas perspectivas. É colocado, de um lado positivo, como responsável pela prestação de um serviço mais efetivo à comunidade, por propiciar ao médico maior capacidade de diagnóstico e tratamento adequados; e, de outro, por trazer satisfação ao médico, tanto pela possibilidade de acompanhar o paciente quanto pelos resultados alcançados.

Você conhecer o paciente. Muito importante. Às vezes, a gente fica falando assim: “Ah, tem paciente que vem todo dia”. Mas esse paciente a gente já conhece. Então, tem uma facilidade, em comparação com, por exemplo, você tá num pronto atendimento, nunca viu o paciente, não sabe nada sobre ele. É muito mais complicado você tratar uma pessoa que tá vindo pela primeira vez. Isso eu acho um ponto positivo do PSF. Você já conhece a história, já conhece tudo. Quase, né, do paciente. Isso ajuda muito. (Entrevistada 9 – Médica do PSF)

Então, dentro daquele núcleo, você sabe, por exemplo, que a avó é hipertensa, aí, desde de criança você começa a olhar aquela criança com outros olhos. E se você só atendesse a criança seria diferente. Você participa mesmo da casa, você conhece, você faz a visita domiciliar, você acaba criando um vínculo com essas famílias, e isso ajuda muito a gente a trabalhar. (Entrevistada 5 – médica do PSF)

E a vantagem do PSF é que você pode nesse médio e longo prazo melhorar muito, interferir na qualidade de vida da população, ter um indivíduo mais satisfeito, mais feliz [...]. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

[...]o retorno que você tem de ver o paciente melhorando. Você tem o acompanhamento. A relação médico-paciente

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

muito boa. Você fica amigo do paciente, acho que essas são as vantagens. (Entrevistado 17 – médico do PSF)

É relevante observar que o vínculo com os pacientes assume, ao mesmo tempo, um caráter de desvantagem para o profissional, por acabar colocando-o em contato íntimo com a realidade do paciente e com os problemas que vão além da atuação do médico e, até mesmo, do serviço de saúde. O contato com essa realidade acaba sendo visto como uma desvantagem, porque eles tomam conhecimento dos problemas, mas em alguns casos não podem ajudar. Esta face dupla da vinculação, do contato longitudinal, é vista, inclusive, por aqueles profissionais que o citaram como ponto positivo do trabalho.

Vantagem que é uma desvantagem, porque você acaba tendo um contato muito íntimo com o paciente, porque você sabe sobre os problemas deles. Quando você consegue resolver você fica aliviada. É bom isto, mas, às vezes, intimidade demais com o paciente não é bom. (Entrevistada 6 – Médica do PSF)

Isto, de certo modo, facilita e dificulta o atendimento. Facilita porque os tranquiliza ao saber que não é um problema físico, orgânico, médico específico. Por outro lado dificulta porque nós não temos uma interação em rede, com o serviço social, com a questão de emprego, de moradia, de educação, que permitisse a gente na intervenção dos muitos problemas que a gente detecta quando você conhece, trabalha com a família. Então, esse conhecimento, que ao mesmo tempo tem aspecto positivo, tem esse aspecto negativo de a gente se sentir de mãos atadas, porque escapa da nossa governabilidade a capacidade de resolver ou de tentar resolver com a família aqueles problemas. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

Os profissionais destacaram como ponto negativo da prática médica no programa a dificuldade em mudar o modelo curativo de prestação dos serviços. Ressaltaram que ainda necessitam permanecer realizando consultas a maior parte do tempo, ficando mais difícil realizar as atividades de prevenção e acompanhamento que o PSF exige, o que impede que o programa seja efetivamente colocado em prática.

Uma que o programa não é cumprido, né? Eu acho que aquilo que é a proposta do programa eu acho que ainda não tá... tá engatinhando, na verdade, em termos de promoção, de prevenção. Eu acho que ainda tá muito aquém daquilo que a gente quer, daquilo que a gente... daquilo que proposto no papel, tá? (Entrevistada 11 – Médica do PSF)

De negativo, acho que o grande desafio de quebrar o modelo curativo. Educar uma população grande para cuidar da saúde, não da doença. A questão da prevenção, da profilaxia. Aqui entra também a questão social: hábitos de vida, ambiente ao qual ele pertence, o que ele traz e o que a gente propõe. É também uma questão cultural. É difícil modificar isso da noite pro dia. É um trabalho de médio a longo prazo, no mínimo. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

• Plano coletivo

No plano coletivo, que engloba os aspectos associados à relação entre profissionais e comunidade, aqueles consideram que é, em geral, positiva. No entanto, destacam que parte dos pacientes sempre se queixa, o que é considerado comum. Os longos períodos de espera para atendimento é que constitui a causa da maior parte dessa queixa. Por vezes, a insatisfação com o atendimento prestado pela equipe gera manifestações de violência e agressão aos profissionais, que atribuem tal reação a falta de compreensão dos pacientes, que não percebem que a responsabilidade, muitas vezes, é da própria estrutura e não dos profissionais, e que a demora é para que eles possam prestar um atendimento melhor.

Em geral ela é muito boa. É lógico que a gente sabe que, às vezes, tem as exceções, uma meia dúzia de usuários que, às vezes, cria uma certa agitação. Mas, em geral, é uma relação boa. (Entrevistada 1 – médica do PSF)

Por enquanto tá ótima, não tive problema com paciente nenhum. Claro que às vezes chega um ou outro e:

“Ah, tem quatro horas que estou esperando!”. Aí eu explico, peço desculpas, explico que tem muitos pacientes e estou atendendo por ordem de chegada (Entrevistada 21 – médica do PSF)

A demanda excessiva é o fator que os profissionais consideram como o que mais afeta a organização do trabalho nos moldes do PSF, interferindo na articulação de sua atuação com os médicos de apoio e também no próprio cumprimento do modelo, por impedir a realização plena de todos os tipos de atividades e por reduzir a disponibilidade da equipe para as atividades programadas, essenciais para o cumprimento do objetivo do modelo.

Sobre as causas do excesso de demanda, os médicos apontam: definição de um número de famílias por equipe maior do que o preconizado; postura da população, voltada ainda para o modelo curativo de oferta de serviços; e aumento de pacientes de classe média que estão usando o serviço da Unidade Básica de Saúde.

[a população adscrita] é definida conforme o grau de risco da área. Só que a gente trabalha com a população real maior que a estimada, e o cálculo é feito pela estimativa. Então, de acordo com o Censo, só que o Censo só é feito de 10 em 10 anos, e a população não fica estagnada 10 anos. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Eu acho que a maior dificuldade é preservar o modelo antigo centrado no médico: atendimento médico-paciente [...] Com isso, a sobrecarga é grande porque além de você fazer isso, você tem o que você gostaria de estar fazendo, que é a prevenção, que é a visita domiciliar, que é o cuidado com os pacientes em outros aspectos. Eu acho que o pior é isso. (Entrevistada 11 – Médica do PSF)

O que atrapalha muito é [...] falta de cooperação. O brasileiro tem muito essa tendência de medicalização. Eles não ouvem as orientações, não seguem as orientações. Eles querem só remédios, tem essa idéia fixa do curativo. Esta questão do preventivo não chegou muito pra o brasileiro não. (Entrevistada 18 – Médica do PSF)

A sobrecarga de trabalho é das questões mais citadas como desvantagem da atuação no PSF. Essa sobrecarga é vista tanto em termos do número de famílias pelas quais uma equipe é responsável quanto pelo número de consultas de urgência que são necessárias.

A minha grande dificuldade é que eu tenho seis mil pacientes lá dentro. Não são 1.600 famílias [...] tem muita gente morando na minha área, então tem uma carga de trabalho muito grande. Então estou ficando realmente cansada. Atendo uma média de trinta ou mais pacientes por dia. Eu saio daqui até com a cabeça fervendo, porque eu trabalho muito mesmo. (Entrevistada 3 – Médica do PSF)

A grande população. Nós temos uma área de abrangência muito grande, e a maioria dos moradores são usuários do serviço. Então, diante desse tempo que a gente tem de quarenta horas semanais, é muito difícil a gente dar conta ao longo de um ano atender essa população na área de abrangência. Quando eu era só ginecologista a população era mais restrita, então era mais fácil eu dar conta da população. Como agora abrangeram crianças, adultos, homens, então ficou mais complicado. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

[...] a gente fica muito exposto. O centro de saúde, como todo mundo fala, ele é a porta de entrada do paciente para o SUS. Mas, por exemplo, já chegou paciente com a gente aqui enfartando. Não tem a medicação apropriada, não tem o eletrocardiograma para realmente saber se esta enfartando ou se é qualquer tipo de coisa. (Entrevistada 6 – Médica do PSF)

Os profissionais destacam, ainda, que em certas situações sua atuação próxima à comunidade revela problemas que fogem ao âmbito da saúde e passam por questões de condição social e econômica das famílias. Ressaltam que para o efetivo resultados das ações de saúde existe a necessidade de ações intersetoriais, que englobem também questões de assistência social.

A equipe do PSF, ela de algum modo ela recebeu [...] ela está um pouco sobrecarregada, porque questões que envolvem saúde mental, saúde social, vêm procurar por nós pra você tentar resolver o problema deles. Esta é uma coisa que o PSF tem de árduo. E, muitas vezes, não temos a resposta e não estamos capacitados

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

e aparmantados pra fazer isso. É o que a gente rotula como “questão social”: tem um problema financeiro, entra num estado tal que vem aqui e vem procurar uma resposta. Não é diretamente um problema de saúde. É um porto que ele procura por problemas socioeconômicos. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

E PSF implica em intersetorialidade. Eu teria que estar indo atrás. Por exemplo, tem um barracão caindo, uma casa que tá mofada, todo mundo com asma na casa. Eu teria que tá indo atrás de outros setores pra tá intervindo ali. Quando o paciente não tem condição, como eu faço? (Entrevistada 12 – Médica do PSF)

- *Plano institucional*

No plano institucional, no qual são consideradas as relações entre profissionais dentro e fora da equipe, destaca-se a afirmação de que há uma boa relação entre os médicos das equipes e os demais médicos, bem como com os profissionais de enfermagem, auxiliares e agentes comunitários de saúde.

Existem, no entanto, alguns pontos de divergência no que se refere à articulação do trabalho dos médicos do PSF e aqueles de apoio no atendimento à população. Ambos reconhecem que os especialistas deveriam atuar de forma mais próxima e mais aliada ao trabalho da equipe, inclusive orientando, ensinando os generalistas os procedimentos específicos de sua especialidade, no sentido de melhorar o atendimento, o que nem sempre acontece.

[...] mas a médica clínica, que é de apoio, às vezes fala assim: “Você marca lá com sua médica, porque eu não sou sua médica”. Então ela fala assim, que ele tem que consultar comigo, porque eu que sou a médica. “Ela que te conhece e eu não te conheço”. Então, ela manda de volta para mim. E, na verdade, ela é um apoio. E como eu tô com excesso de família, com muitos pacientes, eu não dou conta de atender todo mundo. Eu já atendo demais. Então ela teria que priorizar. Às vezes, paciente chega lá e ela devolve falando que não é para ela. Então a gente tenta mudar essa parte. (Entrevistada 3 – Médica do PSF)

[...] eu teria que estar dando aulas pro pessoal, né, pros médicos do PSF: orientando, acompanhando. E eu não faço nada disso. A minha agenda são 15 meninos. Hoje não vieram alguns. Tem alguns pra chegar ainda. (Entrevistada 7 – Médica apoio à equipe de PSF)

Sobre os profissionais que atuam como apoio às equipes, destaca-se ainda o atendimento convencional de consultas dentro da sua especialidade, geralmente os casos mais agudos, mas com pouca interação com o planejamento das equipes.

Existe o pessoal da Saúde da Família, e nós, que somos apoio – a gente é considerado apoio – nós daríamos apoio ao pessoal da Saúde da Família. Na realidade, isso não funciona como tal. Eu sou clínico, faço quatro horas. Atendo só o pessoal clínico, só adulto, e só faço clínica médica. [...] Eu, neste posto, quase não atuo como apoio: atuo mais como clínico médico. Atendo clínico convencional. Algumas coisas que, às vezes, passam pra mim, como, por exemplo, um procedimento cirúrgico, que o pessoal da Saúde da Família não é obrigado a fazer, eu faço. A não ser isso, atendimento comum, convencional, clínica médica. (Entrevistada 16 – Médica Apoio à equipe de PSF)

Então, o que que eu sou hoje aqui? Eu sou uma médica de urgência. Então, você vê, eu atendo menino tossindo, nariz escorrendo, diarréia, febre, né, sem a retaguarda nenhuma de uma urgência. [...] Mas aqui, como pediatra, eu só atendo urgência. Alguns casos, por exemplo, asmáticos, os meninos que demandam mais, diabéticos, cardiopatas. Mas a minha grande é [...] que eu atendo mais é isso aí. É uma unidade de pronto atendimento aqui, entendeu? (Entrevistada 7 – Médica Apoio à equipe de PSF)

Eu atendo cinco horas por dia, de segunda-feira a quinta. [...] mas quando o PSF precisa, né, eles mandam pra mim também, porque eu atendo baixo risco e os casos especiais que eles mandam pra mim, entendeu? [...] (Entrevistada 15 - Médica Apoio à equipe de PSF)

Ele é um médico de apoio que, na verdade, atende consulta de urgência médica. Ou seja, ele não está preocupado

com a equipe; ele não está preocupado com o trabalho de equipe. Ele não está preocupado em planejar as ações para aquela área dele. Ele simplesmente atende a consulta dele e passa para as equipes algumas necessidades que tiver que acompanhar. (Entrevistada 20 – Médica do PSF)

4.3.2 Gestão

Para os aspectos da gestão, serão descritos separadamente os dados referentes a cada categoria desta dimensão: forma de seleção/contratação; capacitação; remuneração; e coordenação.

- *Forma de seleção/contratação*

Todos os profissionais entrevistados prestaram concurso público para trabalhar na rede municipal de saúde. Parte deles, que já trabalhava em Unidades Básicas, mudou a forma de atuação e a carga horária ao aderirem ao PSF por meio de um mecanismo de extensão da jornada de trabalho. Outro grupo de profissionais que ingressaram na prefeitura mais recentemente prestaram concurso específico para médico do PSF. Alguns profissionais estavam, na época da entrevista, sob vínculo por meio de contrato administrativo apenas enquanto aguardam a homologação do concurso no qual já tinham sido aprovados.

Considerando este perfil, o tipo de contrato de trabalho foi avaliado como um fator de muita importância para o profissional. Os entrevistados destacaram principalmente a segurança financeira, a garantia às licenças em caso de problemas de saúde e as férias remuneradas como vantagens importantes do emprego público.

[...] chega um médico efetivo, passou no concurso, aí ele quer a vaga do contrato. O contrato sai a hora que for, sem aviso prévio, sem direito a nada. E aí a primeira oportunidade que eu tive quis passar para o outro lado. Não dá para ficar no contrato. É muito diferente. [...]. Na verdade, o que acontece? Todo mundo que eu conheço que tem contrato pela prefeitura quer ser efetivado, porque é muita instabilidade no emprego. [...] porque não é uma coisa fixa, apesar de ser mais fácil para você sair [...]. Acho que todo mundo quer um vínculo. (Entrevistada 6 – Médica do PSF)

Eu sou autônoma. Então eu nunca tive vínculo. Então ter um vínculo para mim hoje em dia é muito importante: segurança. Eu tenho filho e tudo, então tenho que ter um pouco desta segurança, desta visão de previdência, mais neste sentido mesmo. (Entrevistada 8 – Médica do apoio à equipe de PSF)

A questão do médico é o seguinte, porque a gente quase nunca consegue um trabalho como a maioria dos trabalhadores comuns, que é registro CLT [...] Então pra gente que é médica – apesar de ter estudado muito, são seis anos de formação mais dois anos de especialização ou mais – a gente trabalha mais ou menos como se fosse um peão de luxo. A verdade é esta: se eu for trabalhar em um consultório particular, dificilmente eu vou ter clientela, porque hoje em dia os convênios acabaram com todo mundo. Se eu for trabalhar num hospital público eu vou ter um contrato, sem direito a férias, atestado médico, sem direito a várias coisas. Até licença a maternidade, às vezes. Contrato que pode ser rescindido a qualquer momento. Não tem estabilidade nenhuma. Então, é muito importante a pessoa ter um regime de trabalho que lhe dê tranquilidade para poder trabalhar, para poder planejar. Porque a gente trabalha para levar a vida tranquila. Para isto a gente precisa de uma certa tranquilidade nas relações de trabalho. Então, essa importância é total, o mais importante que pode existir no trabalho é isto. (Entrevistada 18 – médica do PSF)

A forma de contratação aparece também ligada à fixação do profissional no local de trabalho e, conseqüentemente, como um fator que auxilia a criação de vínculos entre médico e população.

Eu acho que a contratação via concurso te dá uma estabilidade. E, a partir do momento que você tem esta estabilidade, você se fixa no local de trabalho, você vai criando também vínculo com os pacientes da área de abrangência. Então, eu acho que isto é importante para o PSF. A gente já teve experiência de médicos

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

contratados aqui neste Centro de Saúde que deixavam uma certa insegurança nos pacientes, porque não sabia quanto tempo ia ficar. O médico entrava, não se adaptava e saía. Então eu acho que o fato de ser concursado ajuda. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Sobre as desvantagens de ser um profissional contratado, destacou-se, além da falta de garantias trabalhistas, a insegurança gerada pela duração limitada do contrato administrativo.

Olha, eu particularmente acho muito importante. Você tem uma vinculação você tem uma segurança. [...] Então, é assim: o contrato eles podem rescindir comigo a qualquer momento. Não dá estabilidade nenhuma. Não dá uma tranquilidade a nível de uma doença. A gente com contrato, a gente tem dois dias só de atestado. [...] Então, é uma coisa que é completamente fora do que é o ideal e do que é o normal e o certo. E então eu acho que o contrato deixa muito a desejar neste sentido. Até porque a medicina não vai mudar muito, não. Mas é mais a questão da segurança. Ninguém pode tirar aquilo ali. É uma questão de você estar mais efetiva, a tranquilidade que você tem de saber que você pode seguir a sua vida sem a preocupação de amanhã vem alguém tomar o meu lugar. Eu só tenho dois anos. Depois de dois anos tem que remanejar. Eu acho que é mais a tranquilidade da segurança, de você poder construir a vida sem muito percalço, de uma forma mais. (Entrevistada 19 – Médica do PSF)

Dos médicos entrevistados, três afirmaram que o vínculo ou tipo de o contrato de trabalho não era importante, por diferentes motivos.

Pra mim hoje não faz mais, não. Porque eu estou, como se diz, com um pé dentro e um pé fora. Então não faz mais diferença. Faria diferença se aqui fosse uma cidade pequena, como foi o caso que, por exemplo, aconteceu em [nome do município], que, quando o prefeito perdeu a eleição, ele simplesmente demitiu todos os médicos e deixou a população sem atendimento médico desde o final da eleição até quando ele passou o cargo, porque ele tinha o compromisso de entregar o caixa organizado [...]. Uma outra coisa que poderia estar fazendo alguma pessoa se preocupar mais seria a aposentadoria, né, porque é um vínculo estatutário. Mas eu acho que recebendo o que a gente ganha aqui, a gente consegue ganhar muito mais trabalhando muito menos fora daqui. E com isso dá pra fazer um pé de meia na previdência privada e não há necessidade obrigatoria de estar trabalhando com o PSF, não. (Entrevistado 14 – Médico do PSF)

[...] pelo menos na minha experiência de trabalhadora enquanto médica de PSF eu não estou preocupada com isto, não. [...] Não estava preocupada do ponto de vista de direitos, quais eram, o que é que eu poderia ter se eu fosse isto ou aquilo e quanto eu recebo. Se eu sou contratado, eu recebo tanto ou se eu sou vínculo de concurso, eu recebo x mais y. Eu acho que [...] existem profissionais que são muito ligados a questão. Eu particularmente não sou. (Entrevistada 20 – Médica do PSF)

Olha, eu, neste aspecto técnico, técnico administrativo eu não sou muito bom, não (risos). Eu não me atenho muito a essas coisas não, sabe? (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

Em resumo, a forma de contratação é apresentada como fator de muita importância no contexto do trabalho do médico e do trabalho no PSF, estando esta importância ligada principalmente a segurança financeira, garantias trabalhistas (sobretudo direito à licenças médicas) e criação de vínculos com a população.

• Capacitação

A capacitação oferecida aos profissionais pela gestão municipal, em geral, é percebida como atividade essencial para a atuação no PSF, por garantir que os profissionais se mantenham atualizados e estejam preparados para atender com qualidade em todas as áreas que o PSF abrange. É vista também como uma oportunidade de conhecer e de rever os protocolos de procedimentos definidos para o atendimento, obtendo maior segurança para a realização dos procedimentos manter-se em contato com outros profissionais.

Fundamental. Não tem como fazer estratégia da saúde da família sem capacitação. [...]. O projeto da saúde

da família é um projeto difícil de ser cumprido, sim, porque tem muita particularidade na saúde da criança, na saúde da mulher, na saúde do adulto, do idoso, do adolescente. Então, isto é fundamental. Se não tiver este investimento, o serviço fica desqualificado, e você fica realmente à mercê daquela coisa de estar aqui para não deixar o povo. Mas para dar um atendimento de qualidade isto é fundamental. Fundamental. (Entrevistada 20 – Médica do PSF)

É uma reciclagem, tentando relembrar os pontos importantes, revisando os protocolos novos, como agora o protocolo da saúde da mulher, passando pontos importantes [...]. Eu acho muito bom, muito bom mesmo. (Entrevistada 3 – Médica do PSF)

É o aprimoramento profissional. Ele melhora o atendimento. Você tem uma visão melhor, tem atualizações com especialistas da prefeitura. São muito boas, e na prática o resultado vem. (Entrevistado 17 – Médico do PSF)

Eu acho importante porque nos deixa mais à vontade no atendimento. Você tem uma atualização dos métodos de diagnóstico, tratamento, tem a possibilidade de interar com outros colegas, saber como outros serviços estão funcionando dentro da rede. Então, eu acho que é importante e necessário. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Uma das questões recorrentes nos relatos sobre este tema refere-se à disponibilidade dos médicos para comparecer aos cursos ofertados. Os profissionais ressaltam que, muitas vezes, não podem deixar o trabalho na Unidade para dedicar-se a este tipo de atividade e, ainda, que a própria gerência pode não comunicar sobre os cursos ofertados ou não permitir que eles compareçam para evitar problemas decorrentes da falta de profissionais para o atendimento.

[...] a gente não tem nunca profissional sobrando pra que um possa sair, né? [...] Aqui eu não posso sair porque não tem médico. (Entrevistada 11 – médica do PSF)

[...] os cursos que eles oferecem de atualizações é muito difícil de participar, uma vez porque a gente não tem acesso de que eles vão acontecer; outras vezes, por sobreposição com a grande demanda de serviços que existe. Então, muitas vezes não tem a permissão de fazer o curso, porque não tem como sair da Unidade. (Entrevistada 1 – médica do PSF)

Participei de muitas [atividades de capacitação] já, mas quando estava no outro posto [...]. Aqui, participei de uma só. Isso tem a ver também com a gerência. A gerente de lá, tudo que tinha, ela mandava a gente. Aqui não. Acho que neste ponto ela fica um pouco a desejar, sabe? Ela não manda, não sei por quê. Aliás, eu sei por quê. É pro posto não ficar vazio. (Entrevistada 9 – médica do PSF)

[...] muitos gerentes, eles não avisam porque eles não querem abrir mão do profissional para não perder a assistência. (Entrevistada 19 – médica do PSF)

Assim, os médicos entendem que as atividades de formação e capacitação deveriam ser inseridas na programação das atividades da mesma forma que as demais atividades de atendimento à população, tornando-se, assim, menos esporádicas e mais acessíveis a todos os profissionais.

[...]. Eu participei de alguns sim, mas eu acho que eles deveriam fazer uma coisa mais continuada, uma coisa mais consistente mesmo. Toda semana, tal dia, ter um dia para aquele tipo de coisa, e a gente fazer. Eu acho que deveria ser, e isto aí a gente até fez um seminário outro dia, e eu coloquei isto como idéia. Você teria o que? Oito horas diárias, 40 horas, mas um pouco destas 40 horas serem revertidas num dia específico só para educação. Então naquele dia seria o dia de seminário. Então, você teria aquele dia na sua agenda e aquele dia não seria para você atender; era para você realmente estar melhorando, para estar capacitando. (Entrevistada 19 – Médica do PSF)

[...] só que eu acho que ele tinha que ser feito dentro de uma programação que coubesse dentro do período de trabalho da gente, e não uma coisa eventual ou de sorteio, calhar de coincidir com uma agenda mais

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

livre. Porque, muitas vezes, a gente deixa de ter a oportunidade de fazer o curso em função disto. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Em geral, as percepções sobre as atividades de capacitação são positivas. Destacou-se, no entanto, um relato que apresenta uma ressalva quanto a estas atividades. Uma das entrevistadas apresentou uma perspectiva um pouco diferente dos demais entrevistados, ressaltando que quando o profissional responsável pelo curso não está bem preparado ele agrega muito pouco conhecimento aos participantes.

Eu acho assim, algumas vezes, quando tem algum profissional que realmente está disposto a passar alguma coisa, a gente aprende bastante. Mas, na maioria das vezes, não faz tanta diferença, não, porque, às vezes, colocam pessoas que são pouco preparadas ou que não gostam de dar as aulas. Estão ali só por um motivo político, foram indicadas por alguém para subir na carreira, para ganhar um cargo. Então, às vezes, a pessoa não tem muito preparo e nem muita vontade. Mas quando tem é muito bom, faz muita falta para o profissional. Faz falta para a equipe, faz falta para a população. A gente tem sempre que tá atualizando. (Entrevistada 18 – Médica do PSF)

Assim, sobre a capacitação, pode-se observar que se destacou a importância desta atividade para a atuação no PSF, pelo fato de o médico precisar estar apto a prestar atendimento a pacientes em diferentes faixas etárias e com problemas de natureza muito diversa. Por outro lado, existem barreiras que dificultam o acesso destes profissionais a este tipo de atividade, como: escassez de médicos, que impede que os profissionais possam deixar a Unidade por um período; falta de divulgação por parte do gerente; e demanda nas unidades, que força o profissional a priorizar o atendimento em detrimento das atividades voltadas à formação e capacitação.

• Remuneração

O valor da remuneração recebida é analisado pelos médicos sempre em relação ao trabalho realizado. Os profissionais afirmam que, em valores absolutos ou em comparação aos profissionais de outras categorias, o valor recebido não pode ser considerado baixo. No entanto, destacam que, considerando o trabalho desenvolvido no âmbito do programa, ela fica aquém do que seria adequado.

O principal argumento neste sentido é a exigência do cumprimento de jornada de oito horas diárias, o que para muitos dificulta ou impede o trabalho em outros locais e, portanto, limita a renda do profissional ao salário recebido no PSF. Aqueles que mantêm outras atividades ressaltam o desgaste gerado por uma carga horária de trabalho que se soma à do PSF.

[...] ainda tá longe de ser o ideal para a gente trabalhar com dedicação exclusiva, como é o meu caso. [...] a maioria dos colegas dão plantão em outros serviços, têm consultório que complementa essa renda. Mas também você passa a fazer uma jornada muito maior de trabalho, chegando, às vezes, a 72 horas, e é algo assim sobre-humano. Trabalhar 40, 44 horas é coisa bastante razoável. Agora, trabalhar 72 horas, vir de um plantão, trabalhar 8 horas, ficar com a cabeça boa para fazer planejamento, atendimento domiciliar, para tentar fazer avaliação de condição social e familiar, é pesado. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Olha, eu acho que ela é razoável em relação ao que se paga, pagam as outras prefeituras pelo PSF. Mas eu acho aquém do trabalho que a gente realiza. É muito pesado, muito desgastante, e é quase que dedicação exclusiva. Meu consultório fica restrito ao finalzinho da tarde. E é muito cansativo, né? É muito cansativo. [...] Porque é quase que dedicação exclusiva, entendeu? Então, eu acho que deveria remunerar mais. (Entrevistada 12 – Médica do PSF)

Para avaliar as condições de remuneração, os profissionais mencionam algumas questões relacionadas ao volume de trabalho expresso no número de atendimentos diários e ao tipo de trabalho desenvolvido no âmbito do programa, considerado de grande complexidade pela amplitude de atividades. Estes fatores, segundo os médicos, impactam a percepção sobre a remuneração recebida, fazendo-os considerar que deveria ser maior.

Não acho que é a remuneração adequada. Médico antigamente ficava rico; hoje, a gente não fica rica. Aliás, nem de longe a gente tá rico, mas é uma remuneração boa se você for olhar todo o Brasil. Você vai viver bem, mas não é a remuneração adequada, não para as condições que a gente trabalha. A gente trabalha muito. Teoricamente o CRM fala que um médico de PSF tem que atender doze pacientes. Quando tem só doze pacientes eu atendo sorrindo, porque tem dia que são dezoito, vinte. Hoje, se eu contar todas as equipes que eu tive que olhar um paciente, foram uns cinquenta [...].(Entrevistada 6 – Médica do PSF)

[...] implica muito mais do que você chegar aqui, eu ouvir suas queixas, pedir seus exames, fazer o diagnóstico, te dar um remédio. Muito mais do que isso. Não é só isso. [...] Chegou um paciente meu, da minha equipe, que me conhece, que eu conheço, passando mal, eu posso ter atendido 25, eu tenho que atender o paciente. Não vou deixar ele ir embora passando mal, eu sou a médica dele. É um laço, entendeu? (Entrevistada 12 – Médica do PSF)

[...] então é uma dedicação mesmo. Então tem que ser bem remunerado. Eu nunca deixo um paciente sem atendimento. É um trabalho muito complexo. É protocolo para preencher, é um trabalho muito desgastante. Chego em casa com a cabeça pesando. Então tem que ser bem remunerado mesmo. (Entrevistada 3 – Médica do PSF)

Vale ressaltar que, no que se refere aos médicos do apoio à equipe de PSF, a remuneração é avaliada pela quase totalidade dos médicos como muito abaixo do que seria ideal. Estes profissionais, no entanto, não analisam o valor em comparação ao trabalho realizado, mas em função do mercado de trabalho.

Insuficiente, mal remunerado. Está bem abaixo. Muito pouco, assim, pra médico, entendeu? [...] Muito abaixo. Tem empresas de motorista ou de vários outros aí que ganham quase igual a gente, sabe? Então, é muito pouco mesmo. É muito mal remunerado. (Entrevistada 15 – Médica apoio à equipe de PSF)

Sobre esta categoria, portanto, observa-se que os profissionais levam em conta para a avaliação da remuneração três pontos principais: a dedicação exclusiva, que não é exigida, mas para muitos é uma consequência da carga horária cumprida no PSF; a carga de trabalho, traduzida na quantidade de atendimentos; e a complexidade do trabalho desenvolvido, mais amplo que o atendimento a consultas.

• Coordenação

Nesta categoria, pode-se dizer que três pontos se destacam a partir dos dados: a forma de planejamento das atividades das equipes de PSF; o papel da gerência da Unidade Básica; e os problemas percebidos pelos médicos relativos à coordenação do trabalho. É importante destacar que a coordenação descrita se refere ao nível da Unidade Básica de Saúde.

A noção apresentada sobre o planejamento das atividades diz respeito à definição de uma programação ou de uma agenda da equipe que contemple o atendimento de todas as ações previstas pelo PSF. Geralmente esta definição fica a cargo da própria equipe, que distribui as atividades de atendimento à demanda espontânea, grupos de acompanhamento de pacientes crônicos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, atendimento programado às crianças, mulheres, gestantes e idosos, dentre outras.

Em função das demandas, a gente conseguiu traçar o perfil da população da área de abrangência e, em função deste perfil, estabelecer dias e horários próprios para cada atendimento. Então nós temos em dez horários de segunda a sexta, manhã e tarde, um horário de reunião de equipe, onde é o horário também que a gente faz grupos operativos com hipertensos, diabéticos e visitas domiciliares. E os outros nove horários é atendimento médico em consultório e divididos entre consultas de pré-natal, consultas de ginecologia, consultas de clínica, pediatria e consultas individuais que ficam em aberto, podendo ser clínica, pediatria, retorno. (Entrevistado 1 - Médica do PSF)

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

A gente que faz o PSF, a gente tem autonomia, cada equipe, para programar sua agenda. A gente tem um planejamento. Você tem aquelas coisas, que você tem que apresentar no mês, que tem que dar conta, que são os programas básicos: puericultura, acompanhamento de hipertensos, diabetes, os acamados e as crianças desnutridas. Aqui nesta Unidade a gente tem a vantagem de ter os pediatras. Então a gente faz a puericultura, e os pediatras dão muito apoio nos casos agudos [...]. Então de manhã a gente fica mais com essas atividades de demanda, que chama de procura espontânea por consulta, e à tarde a gente planeja as outras atividades, os grupos, as consultas de retorno, puericultura e as visitas [...]. (Entrevistada 5 – Médica do PSF)

Apesar de a programação ficar sob a responsabilidade das equipes, a gerência tem o papel de dar orientações gerais sobre as atividades desenvolvidas, especialmente quando há algum problema no seu andamento, e de articular o trabalho das equipes com os outros profissionais e as outras áreas da Unidade de Saúde.

Ainda sobre o papel da gerência na UBS, destaca-se a influência de sua atuação na condução do trabalho das equipes e dos profissionais no sentido de exigir a realização das atividades estabelecidas pela proposta do PSF. Dessa forma, a coordenação da Unidade interfere no cumprimento do programa conforme suas diretrizes na área de abrangência da Unidade. Além disso, sua atuação também abrange o gerenciamento de recursos físicos, como uso de salas, consultórios e carro para visitas.

Olha, a gerente, ela tenta dar direcionamento. Às vezes, ela intervém diretamente; às vezes, não, ela deixa em aberto: “olha, gente, tá dando problema no acolhimento em tal horário, tentam ver se vocês mudam, fazem outra coisa”. Ou então ela fala que o paciente tá reclamando, que a consulta não está sendo feita do jeito por causa disto, disto e disto. Então ela tenta dar o direcionamento. Mas quando é necessário ela inter vem de forma direta. (Entrevistada 18 – Médica do PSF)

A questão da agenda, eu tenho generalista que não faz todas as atividades mínimas do médico da família porque não gosta. Então não gosta de trabalhar com isto. Olha, nós temos médicos e enfermeiros que não estão cumprindo a agenda mínima. O que é que é a agenda mínima? A puericultura, a coleta de citológico, o pré-natal, o atendimento a desnutridos, a diabetes, a hipertensão, a gestante, o planejamento familiar, a tuberculose e a hanseníase, a visita domiciliar e do idoso. Todo mundo tem que fazer isto tudo. E nós não estamos privilegiando a agenda em todas as ações. Nós temos que consertar a agenda. (Entrevistada 20 – Médica do PSF)

E toda aquela atividade que esteja supra-equipe como carro, oferta de vacinação, medicamentos na farmácia, sugestões de grupos operativos, de linhas a seguir, a organização das quatro equipes dentro do Centro de Saúde, questões de espaço. Em tudo isso ela dá sugestões a seguir. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

Alguns problemas levantados pelos médicos como pontos negativos ou desvantagens de se trabalhar no PSF estão relacionados à coordenação. Dentre eles, citam-se: pouco tempo para as consultas, necessidade de atender pacientes de outras equipes quando os profissionais faltam ou mesmo deixam aquela unidade, gerando sobrecarga de atendimentos e a necessidade de atender pacientes fora de um contexto de acompanhamento que o médico geralmente tem.

A questão agora [...] é o tempo de consulta, no consultório, né, que eu tenho pra cada um deles, que é curto. É muito pouco. São quinze minutos, né? Então, dentro do que a gente já conseguiu direcionar em termos de, principalmente, tratamento, muitos objetivos já foram alcançados. Então, esse quinze minutos aqui eles se tornam é... eles são suficientes, né? Mas para se estabelecer uma nova e uma primeira relação, quinze minutos é um tempo curto. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

Mas seria você, às vezes, ter que fazer coisas, você ter que atuar em áreas que não é da sua equipe. Tem uma demanda espontânea que não pertence a sua área de abrangência. Ao invés de você ficar concentrado na sua atuação, você tem que desdobrar para atender outros casos que não são da sua área. Mas nestes casos você tem que atender, porque às vezes falta um colega. Ou [...] existe uma desvinculação profissional. (Entrevistado 4 – Médico do PSF)

4.3.3 Condições de trabalho

Nesta dimensão foram analisadas as categorias: condições físicas e materiais; localização; e mercado de trabalho, entendidas como fatores ligados ao contexto da realização do trabalho dos médicos.

- *Condições físicas e materiais*

Nesta categoria são abordados os temas ligados à estrutura da Unidade Básica de Saúde e de funcionamento da rede municipal de saúde.

O aspecto mais recorrente no relato dos médicos diz respeito ao espaço físico das Unidades, considerado insuficiente, tendo em vista o número de usuários que são atendidos, além do número de consultórios, inferior ao necessário, e a inadequação da estrutura da Unidade para o atendimento – de forma geral e também considerando a lógica do PSF.

A gente tem um problema grande aqui de infraestrutura. O posto de saúde funciona em dois andares. O segundo acesso é por escada. Isto dificulta. Nós não temos um consultório completo para cada equipe. Então, por isto, a gente tem que adequar a agenda de ginecologia, de pré-natal, de puericultura, ao consultório que você tem disponível. Então talvez a gente precise de mais ginecologia. Mas não temos acesso ao consultório. Então temos que ficar com o que tem. (Entrevistada 1 – médica do PSF)

[...] o espaço físico. Mais consultórios, mais computadores. Não tem acolhimento suficiente por causa do espaço. (Entrevistado 2 – médico do PSF)

[...] espaço é uma coisa que emperra muito o nosso trabalho. Aqui você tem uma casa adaptada. É uma casa bem antiga adaptada. (Entrevistado 4 – médico do PSF)

[...] uma Unidade que foi construída com a lógica de saúde da família. Ela é completamente diferente. É um sucesso. Todo mundo que coloca no sentido da saúde da família coloca isto no sentido físico e no sentido de processo. (Entrevistada 20 – médica do PSF)

A falta de medicamentos, de materiais de consumo e também de veículos para que a equipe faça visitas domiciliares surge como aspecto desfavorável em relação às condições de trabalho.

Já teve dia que não tinha gaze pra fazer curativo [...]. Medicamento, tem épocas que faltam muitos medicamentos. Por exemplo, anti-hipertensivo, insulina. Insulina tá em falta, por exemplo, no momento. (Entrevistada 9 – médica do PSF)

[...] sobre as visitas, tem a limitação do carro. Não está disponível pra nossa equipe o tempo todo. Temos que dividi-lo com as outras equipes que também têm que fazer visitas. E aqui tem muita gente que nasceu com o bairro, [...] são muitos idosos na nossa área de abrangência. Muito idoso pra pouco tempo de visita, para esses acamados. (Entrevistada 2 – médica do PSF)

A gente faz visitas de duas a três casas quando dá tempo, porque era para o carro chegar às 13:30 e ir às 16 horas embora, só que ele chegou ontem às 14:30. Aí eu tenho que fazer duas visitas domiciliares em uma hora e meia. Então é meio corrido quando ele chega atrasado e ele sempre chega atrasado. [...] Tem horas que a gente vê que o paciente está precisando de uma visita e o carro não está aqui. Então eu vou no meu carro, então muita das vezes a gente tem que gastar a nossa gasolina para fazer visita domiciliar, porque a visita aqui no Centro de Saúde é feita de 15 em 15 dias. (Entrevistada 6 – médica do PSF)

É interessante observar uma diferença existente na avaliação entre os médicos do PSF e os médicos de apoio. Estes últimos, em geral, tendem a perceber uma melhora nas condições de trabalho. Observando-se dois relatos sobre a mesma Unidade, percebe-se que o médico de apoio caracteriza como adequada uma estrutura considerada deficiente por um médico do PSF.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

Eu acho que as condições do Centro de Saúde tão até... tá tudo bem, sabe? Tá dando pra atender bem. Não falta, assim, material. O posto aqui tem as condições, né? Instalações físicas boas. Agora tem lugar que o pessoal reclama muito assim, muito próximo de favela, violência, as instalações não são boas... quer dizer... é casa adaptada... porque esse aqui foi construído pra posto. [...] esse pessoal tem tido reclamação, sabe? Assim, as condições do local, local apertado, mal instalado, violência próxima. Aqui não. Aqui tá tudo bem. As condições de trabalho aqui são boas. (Entrevistado 10 – Médico apoio à equipe de PSF)

Acho que a falta de material e de medicamentos. Outro dia chegou uma menina aqui passando mal. A gente colocou ela no soro, e não tinha um Plasil pra dar pra menina. Então assim... e uma coisa que é baratinha. Tivemos que pedir pro pai dela ir comprar. (Entrevistada 9 – médica do PSF)

Com relação à estrutura da rede municipal, os profissionais destacam a dificuldade de encaminhar pacientes para atendimento de urgência. Alegam que as Unidades de Urgência/Emergência, muitas vezes, não recebem os pacientes e, ainda, que a unidade básica precisa recebê-los, mas não conta com uma estrutura adequada para este fim. São também citadas as dificuldades encontradas para referência e contra-referência de pacientes.

Quando tem que encaminhar paciente, é uma dificuldade. Outro dia, tinha uma menina que eu tinha que encaminhar e a UPA não queria receber. Já tava de noite, e eles só aceitaram porque eu ameacei chamar a televisão. Falei: “olha, eu vou deixar a paciente na calçada e vou chamar a Rede Globo pra mostrar”. Aí eles aceitaram. O SAMU demora pra atender a gente. As consultas com especialistas demoram. Então é mesmo esta dificuldade de referência. (Entrevistada 9 – Médica do PSF)

A questão da contra-referência. Tem que melhorar muito a oferta de médicos especialistas. E nós não recebemos por escrito a impressão, o diagnóstico por escrito, o que ele pretende fazer. Raramente acontece. O paciente é que nos fala e, muitas vezes, ele não entende; muitas vezes ele não sabe, né? (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

• Localização

Sobre a importância da localização da Unidade, pode-se dizer que é um fator que os profissionais alegam ser determinante ao considerar uma proposta de trabalho. A esta localização eles associam questões como a violência na região e o tempo gasto para chegar ao trabalho. É um fator considerado prioritário para que o profissional aceite e permaneça no emprego. Muitas vezes, este é o fator responsável pela troca de Centros de Saúde e, consequentemente, de Equipes de PSF. O local de trabalho é associado com a qualidade de vida.

Com certeza, hoje em dia em Belo Horizonte a localização significa qualidade de vida. Igual o trânsito, o congestionamento. Tem que pensar nisto na escolha dele, localização, segurança, porque a violência só está aumentando, e a gente sabe que tem Unidade de Saúde localizada em favelas, onde a segurança fica a desejar. Mas eu acredito que é importante, sim. (Entrevistado 17 – médico do PSF)

Lógico. Uma coisa é você trabalhar lá na periferia, lá a vinte ou trinta quilômetros da sua casa, e a outra coisa é você trabalhar próximo a sua residência. Tem uma diferença muito grande. Uma coisa é você ter que enfrentar o anel rodoviário, pegar um trânsito violento, sujeito a acidentes, todo dia ida e volta, e a outra coisa é você trabalhar próximo a sua casa, em que você não precisa nem pegar o carro para chegar até o seu local de trabalho. É uma diferença muito grande. O custo de manutenção do carro, o estresse, a despesa, o risco de vida que você está correndo, isto é fundamental. Eu acho que o profissional tinha que ser alocado de preferência próximo ao local de trabalho. Seria o ideal. Então melhora a qualidade de vida. É outra coisa. Não tem nem que ver. Eu prefiro ganhar aqui x do que ganhar 2x para trabalhar em Betim. Ir todo dia a Betim. (Entrevistado 4 – médico do PSF)

A violência da região está associada, além do risco existente fora do âmbito do trabalho, à postura da própria população adscrita em relação ao atendimento dos profissionais da Unidade e do médico. Os profissionais citam situ-

ações de ameaças, agressão e intimidação a que estão sujeitos em áreas de risco elevado.

Ninguém quer trabalhar no meio da favela. Eu saí do meu outro Centro de Saúde pela distância. Mas muitos médicos não querem trabalhar no meio da favela. Quem quer ir para a Pedreira? Ninguém quer. Então o médico quer um lugar descente, mínimo de segurança, porque se você briga com a população, dependendo de onde você briga, você é ameaçado de morte [...] quando a população entender que a gente tá ali para ajudar, que a gente tá aqui trabalhando, mas tentando ajudar, e que gritar com a gente, xingar a gente não vai resolver nada, só vai piorar a situação, porque o médico só fica estressado e começa a pegar atestado porque está muito estafado e só vai diminuindo. Na hora que a população entender isto, vai melhorar muito a situação para os dois lados. (Entrevistada 6 – médica do PSF)

[...] não assume também porque, às vezes, os lugares são de alto risco. São lugares [...] difíceis e a pessoa não quer correr risco, não quer. Natural. Todo ser humano quer sobreviver, né? (risos) o lugar onde você tá correndo o risco de ser atacado [...] tem lugar que eles já depredaram carro de médico, já ameaçaram médico. O médico teve que sair correndo do lugar, né? É complicado. Se a prefeitura não te oferece um outro local. (Entrevistada 12 – médica do PSF)

• Mercado de trabalho

No que se refere ao mercado de trabalho, o que mais se destacou entre os profissionais, tanto do modelo PSF quanto do modelo apoio, foi uma preocupação com a recente abertura de escolas de medicina. Neste tema, revelam ter receio quanto à saturação do mercado, especialmente nos grandes centros e, ainda, à qualidade da formação recebida por estes profissionais, vista como responsável pela desvalorização do trabalho do médico e pela conseqüente perda de rendimentos.

Acho que está cada vez se fechando mais. Estão surgindo mais faculdades, algumas sem credenciamento. Tem que ver como é que vai ficar isso aí, o que o MEC e o Conselho de Medicina vão fazer porque estão pensando até em fazer uma prova, igual tem para os advogados, igual à OAB. [...] Mais médicos e de instituições que nem sempre tem qualidade. Porque residência cada hora tem mais gente querendo fazer. Tem residência que dá cem por vaga. Residência em dermatologia, por exemplo, tá impossível. Então, o que as pessoas fazem? Fazem especialização, que tem aula um fim de semana por mês, não residência. Então todo mundo faz especialização, porque residência ganha uma mixaria e trabalha igual escravo. Quem quer trabalhar muito e ganhar... sei lá... 1.500, 2.000 reais? Aí faz especialização, que tem aula um fim de semana por mês durante dois anos...só. Ele não vai sair de lá sabendo tudo que precisa, não vai. (Entrevistada 9 – médica do PSF)

Me preocupa muito. Com tantas novas faculdades de medicina e, infelizmente, formações que, às vezes, deixam a desejar, né? [...] Então, em termos de mercado de trabalho, me preocupa muito, porque nós estaremos juntos com... daqui a... o quê? Não sei quantos anos, não sei fazer essa previsão, mas com estas últimas escolas, de cinco anos pra cá que a gente, né? Lendo os jornais do Conselho Federal de Medicina, do próprio CRM, a gente sabe, por exemplo, que não vão ser instituições capazes de formar bons profissionais, mas eles estarão no mercado de trabalho competindo de igual pra igual com a gente. Então realmente eu não vejo uma perspectiva muito boa não. E nos grandes centros a gente sabe que existe muitos mais... muito mais médicos do que o prescrito, né? Pela OMS por habitante. Em determinadas áreas de interior, não, né? Essa relação se inverte, mas nos grandes centros existem muito mais médicos de oferta do que o necessário pra um...pra um grupo x de habitantes. Então eu vejo até com uma certa descrença. Porque nós vamos estar competindo com, as vezes, profissionais que não vão ter a mesma formação, mas em termos de mercado de trabalho, né, de capital...isso vai balizar por baixo e aí a gente é prejudicado, infelizmente. Por exemplo, são profissionais que vão se sujeitar a trabalhar por salários menores ou mesmo piores condições de trabalho. (Entrevistada 13 – médica de apoio à equipe de PSF)

Quanto à atuação no setor privado, observa-se uma perspectiva também negativa do ponto de vista dos rendimentos ao apontarem a dependência dos convênios como um obstáculo à prática exclusivamente no âmbito privado.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

[...] os convênios foram verdadeiros desastres da profissão. Eles acabaram com a profissão, porque eles extorquem o paciente, não repassa para o profissional. Por exemplo, a UNIMED paga em torno de treze reais por consulta. Você nunca foi em um médico particular que pagasse treze reais. E eu não acho que o meu trabalho de me responsabilizar pela sua vida valha treze reais. Também não acho que valha 100. Acho que é muito, mas eu acho que pelo menos uns quarenta, cinquenta reais eles deveriam pagar. Então eles extorquem a população e não repassam para o profissional. [...] e não convênio não deixa o profissional entrar, porque são muito fechados. Por exemplo, não sei se você sabe, para entrar na UNIMED é feita uma prova aqui em Belo Horizonte, uma prova que é difícil, que, muitas vezes, é uma prova que se entra por 'Q.I.'. Eu sei, todo mundo sabe e além disso você tem que pagar 15 mil para poder virar conveniado da UNIMED, eu tenho que dar quase o preço de um carro praticamente para poder entrar, e isso se eu passar na prova, que é quase impossível. (Entrevistada 18 – médica do PSF)

Reconhecem, ainda, que o profissional não enfrenta uma situação de desemprego, mas que necessita acumular muitos empregos para obter um rendimento satisfatório, o que inclui o regime de plantões, nem sempre desejados pelos profissionais.

A medicina é uma profissão que você não fica desempregado. Acredito que não. Mas o rendimento você vai depender muito do mercado. O mercado vai da demanda. O mercado fica demandando profissional. Tem interior aí que está tendo uma demanda. Existe uma concentração nos grandes centros e no interior que precisam de médicos realmente. E aí tem que haver um equilíbrio neste aspecto aí. Está havendo uma demanda. Locais que existem demanda são locais onde se oferece melhores pagamentos. O pessoal que está nos grandes centros está meio complicado. Quem está começando agora. Mesmo o salário do pessoal que está começando agora, trabalhando no pronto socorro, porque o que dá mais dinheiro é trabalhar como plantonista no pronto socorro. (Entrevistado 4 – médico do PSF)

O médico, eu acho que é uma das profissões que tem a vantagem de não ter desemprego né, você pode ter que ficar pulando de um subemprego, pra outro, mas assim, você não vê médico desempregado. Então, é um mercado muito aberto tanto em Belo Horizonte quanto no interior. (Entrevistada 5 – médica do PSF)

O médico, infelizmente, está tendo muitas vezes que aceitar alguns empregos que o pessoal fala: “este médico trabalha em vários lugares”. Claro. Até porque financeiramente é bem pago. A maioria das vezes não é. Então tem que trabalhar em vários lugares mesmo. Então até a margem de erro é muito maior, porque você fica muito exausto, cansa muito mais. Mas mesmo assim é claro que não acho que o mercado de trabalho está ruim para os médicos não. Está bom. Mas também tem muitos subempregos e muitas pessoas que se sujeitam a aceitar, até por facilidade de horário e tal, e às vezes a questão financeira, porque dá um retorno bom. Mas, muitas vezes, nem é coisa séria. (Entrevistada 19 – médica do PSF)

4.3.4 Cultura e Identidade

Nesta dimensão, foram abordados três pontos principais: a identificação com o PSF enquanto modelo de oferta de serviços primários de saúde; o significado de ser um médico do PSF; e a relação entre a atuação profissional no programa e a formação recebida.

- *Identificação com o PSF*

Quanto à identificação com o programa, procurou-se saber se os médicos acreditavam na proposta do PSF enquanto modelo ideal; ou seja, se acreditavam que ele é capaz, da forma como está colocado, de reorganizar o sistema de saúde.

Em geral, a visão do PSF enquanto modelo foi positiva, ou seja, os profissionais acreditam que é a melhor forma de se organizar o sistema para prestar atenção primária. No entanto, essa crença veio sempre acompanhada por ressalvas

sobre o que de fato ocorre na realidade dos Centros de Saúde.

Então, o modelo tinha tudo para dar certo. Mas não é aquilo que foi proposto no começo, não é verdade. A gente faz PSF? Faz. A gente faz PSF no grupo de hipertenso para ver se estão controlando a pressão; quando a gente tá fazendo o pré-natal a gente tá fazendo o PSF; quando a gente tá fazendo a puericultura a gente tá fazendo o PSF; quando a gente tá olhando, controlando aquela criança para vê se ela não tá chiando na casa dela, isto é PSF. Mas o que a gente faz aqui de manhã não é PSF, isso é atendimento de urgência, é atendimento de dor, atendimento de dor de cabeça, é atendimento de gente vomitando. Isto não é PSF. Isto é atendimento. De manhã a gente não faz não, a tarde a gente faz, visita domiciliar, ver se tá cuidadoso, falar para tomar cuidado senão vai infeccionar, vai infectar, isto é PSF. Agora de manhã isto aqui não é PSF não, isto é atendimento. Atendimento ao público, e aí da gente se reclamarmos. (Entrevistada 6 – Médica do PSF)

O modelo do PSF é um modelo que acredito que seja o modelo ideal, o modelo adequado. [...] É um modelo que realmente veio para ficar, porque é um modelo que eleva em consideração a realidade da população que você está lidando. [...] Ele pode ser melhorado. Mas esta coisa é que este modelo veio para ficar. (Entrevistado 4 – Médico do PSF)

Eu acredito muito no PSF, na sua teoria, de como ele é. A idéia de trabalhar mais a prevenção, a promoção, de vincular mais os profissionais de saúde às famílias, ficar uma coisa mais humanizada. Por isso que eu vesti essa camisa, porque é a medicina que eu sempre quis fazer. O PSF, na prática, ainda não está funcionando como deveria, e isso gera, às vezes, uma certa insatisfação na gente porque, apesar de pôr a equipe, trabalhar junto, ainda existe aquela cultura de consulta, consulta. Ainda não tem aquele espaço pra se trabalhar com promoção e prevenção. Ainda é uma medicina muito curativa, muito individual. Então assim, alguns profissionais, igual eu, sempre tento estar vendo a família, conhecendo aquele meio, mas se eu quiser ficar só no consultório, fazendo consulta, consulta, eu vou ter isso o dia inteiro, que é esse o caminho que eles forçam a gente a fazer – a população e própria administração. (Entrevistada 5 – Médica do PSF)

Foram identificadas diferenças entre a visão dos médicos que estão no PSF e a dos que atuam como apoio a respeito deste ponto. Dentre os primeiros, predominou uma avaliação positiva do programa enquanto modelo de atenção primária, mas entre os especialistas predomina uma postura de discordância ou de dúvida a respeito da eficácia do modelo para melhorar as condições de saúde da população.

Para os primeiros, o PSF representa uma proposta com potencial para oferecer um serviço melhor à população por meio da descentralização da atenção à saúde, do planejamento, com busca ativa de pacientes e do acompanhamento, promoção e prevenção em geral.

Acho muito interessante. [...] Você imagina a gente aqui ter um controle real de quantas tuberculosas a gente tem ou de quantas crianças com asma a gente tem? E a gente consegue isto. É uma maravilha. Tem até o programa da criança que chia. Eles conseguiram reduzir a internação, e a qualidade, então, é enormemente depois que foi colocado. São coisas que, de fato, a gente tem algumas estatísticas, da gente ir lá na casa chamar. Muitas vezes, você pensa, você vai ao médico e esquece de ir numa marcação, ou deixa de ir. E nesta brincadeira a sua pressão está aumentando, você está esquecendo de tomar a medicação. Se a gente pode atuar neste sentido e a coisa funcionar, e a coisa dar certo, é muito interessante. (Entrevistada 19 – Médica do PSF)

Quanto aos médicos do apoio, além dos questionamentos sobre a efetividade do programa, destacam os pontos negativos que os levam a considerar que o PSF não é o modelo mais adequado.

Eu acho, sinceramente, que para o interior o Programa de Saúde da Família é bom. [...] Agora eu acho que na cidade grande... a Prefeitura fala que pegou. Eu acho que não pegou. O Saúde da Família é um negócio complicado, porque eu já vi muito médico chorando. Ele trabalha um absurdo, ele não dá conta. Ele não satisfaz o paciente, porque o paciente é seletivo, ele já chega no consultório pedindo um dermatologista, um oftalmologista, e ele não está satisfeito, às vezes, com o profissional da Saúde da Família, porque, por melhor, por mais que ele faça, o paciente não fica satisfeito. Na cidade grande, tendo outros recursos, o

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

paciente quer outros recursos. [...] é aquele pai que está acostumado a levar o paciente no pediatra e agora leva no generalista. E ele acha que teria que ser no pediatra. É aquela paciente que ia no ginecologista e vai no generalista, e ela quer ir ao ginecologista. [...] E isso gera insatisfação do profissional também. Acho que o modelo foi feito para baratear a saúde. Eu não sei de pesquisas, mas já ouvi dizer, o pessoal da pediatria costuma falar que os casos de asma, principalmente em crianças, têm aumentado, pois tinha um programa bom e parece que o programa retrocedeu. Eu não sei de estatística nenhuma, mas isso aí eu não sei. Eu acho que o objetivo maior foi mesmo baratear a saúde. E eu não sei se isso foi bom para a cidade grande. Eu questiono, eu fico em dúvida. (Entrevistada 16 – Médica apoio à equipe de PSF)

Olha, eu particularmente não gosto não. Devia ter mais clínico, mais pediatras, mais ginecologistas e não ser médicos generalistas. Eu, pelo menos, não gosto. Eu acho que cada um tem a sua especialidade, né, a medicina avança muito, e pra pessoa manter uma especialização de todos os níveis de saúde é meio complicado. Então o pediatra pra pediatria né? Ginecologista a ginecologia. Então você vai avançando em tudo que tiver de novo. Fica muito difícil generalista tá por dentro de tudo e acompanhar os avanços da medicina. Eu acho muito complicado. (Entrevistada 15 – Médica apoio à equipe de PSF)

Eu acho o PSF horrível. Posso falar os pontos? Primeiro: eu acho cruel. Antes a população tinha direito a escolher, [...] se ela gostasse daquele profissional ela podia, ela podia continuar com aquele profissional o resto da vida. Hoje não. Se o médico do PSF, ela não for com a cara ou se ela não tem empatia, ela é obrigada a aceitar e ser atendida por aquele profissional que é o dela. Então ela não tem opção. Segunda coisa: eu acho que quando esse médico do PSF precisa encaminhar este paciente pra uma atenção terciária, pra um especialista, ele não consegue. [...] Ele é limitado, ele não dá conta de tudo, né? Não vejo o PSF com bons olhos [...]. Eu acho que é uma carga muito pesada pro médico do PSF ver a miséria que o paciente, tá lá, entrar na casa, ver que não pode fazer nada. Todos se deprimem. Olha pra você ver como é o perfil daqui. Já teve médico internado em hospital psiquiátrico, já teve médico, assim, querendo abandonar a medicina, já teve médico aqui com depressão grave, já teve médico aqui largando o PSF. A grande maioria aqui vai para as outras especialidades, né? [...] Todos são insatisfeitos também. Apesar de ser um pouquinho melhor remunerado que a gente, todos são insatisfeitos. Ninguém aguenta muito tempo não (Entrevistada 7 – Médica apoio à equipe de PSF)

[...] talvez nem sempre funcione esse sistema de atendimento, e acaba que desvaloriza muito o especialista. Você meio que banaliza alguns atendimentos. [...] A impressão que dá é que querem acabar com os especialistas e manter os generalistas sempre, e aí eu não sei se em longo prazo isto é bom ou não. [...] aqui os médicos são muito bons, mas em outros lugares pode estar subdiagnosticando, subtratando, não estar otimizando, às vezes, um cuidado. Não sei se alongo prazo é bom ou ruim, não sei se vai ter mais gente diabética cega ou não. Agora, é bom porque massifica o atendimento, um médico só atendendo todos os problemas. Massifica o atendimento e barateia [...]. (Entrevistada 8 – Médica apoio à equipe de PSF)

Existem, ainda, médicos do PSF que, após algum tempo de prática no âmbito do programa, deixaram de acreditar que a proposta do modelo seria capaz, de fato, de trazer uma mudança para a saúde no sentido de reorganizar a rede de serviços.

Olha, eu acreditei, tá? [...] Hoje eu já acho que não. É uma... é um pouco de mentira, sabe? Foi uma forma assim de... de... de dar uma satisfação pro povo em relação à saúde. (Entrevistada 11 – Médica do PSF)

[...] eu acho que eu me iludi diante da idéia de que se conseguiria fazer PSF numa cidade grande, hoje eu não acredito que se consiga fazer PSF numa cidade grande. [...] E eu acho que ele foi visto muito mais do ponto de vista administrativo do que do ponto de vista da saúde, [...] como é que nós vamos conseguir mais verbas do Ministério da Saúde usando as coisas e os recursos que a gente já tem? Fantasiando isso como se fosse um programa de saúde da família, pra gente poder investir mais dinheiro na saúde e investir menos o dinheiro do município na saúde. Essa é a visão que eu tenho. Eu já tinha essa visão antes, mas eu acreditava que havia um propósito de uma implantação séria de um trabalho com a idéia de prevenção. Hoje eu percebo que tem muita gente séria que imagina fazer isso, mas que, ao mesmo tempo, tem muita gente, muita gente,

demais, que não está nem um pouquinho, envolvida nessa filosofia, com esse projeto e com essa forma de trabalho. (Entrevistado 14 – Médico do PSF)

Alguns dos profissionais entrevistados acreditam que o PSF é um modelo adequado para se organizar a atenção primária e que trouxe melhorias para os serviços de saúde, mas que precisaria de maior apoio de médicos especialistas das áreas básicas. Eles alegam que faltam profissionais para que eles possam encaminhar caso percebam qualquer alteração no estado do paciente.

Eu acho que falta apoio, por exemplo, da ginecologia. Aqui não tem ginecologista, apoio de especialista, que pudessem dar uma qualidade melhor no atendimento para gente. Nós temos duas generalistas que são ginecologistas, mas elas atendem em outra equipe, só eu e outro, e eu não tenho informação de distúrbio hormonal, essas coisas. Então a gente passa muito aperto. (Entrevistado 3 – Médico do PSF)

Eu acredito no PSF. Eu acho que o modelo não tá adequado para uma grande metrópole como Belo Horizonte, como eu coloquei, você não aproveita o potencial maior dos profissionais em função de tornar um ginecologista, por exemplo, no meu caso, um generalista [...] talvez tivesse um pouco que repensar esse modelo ao invés de ter quatro equipes, cada uma com um generalista, ter duas grandes atendendo uma área maior com uns 3 três especialistas das cadeiras básicas. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Outro aspecto ressaltado sobre o PSF é da necessidade de que a população esteja consciente do que significa a proposta do programa, de que sua postura com relação à própria saúde é crucial para os resultados do PSF. Os profissionais ressaltam a grande valorização que as pessoas dão à medicalização para tratamento das doenças e a pouca importância dada às orientações de prevenção. Este fato é também atribuído às condições gerais de vida e de educação da população.

[...] a população, ela vem e quer o medicamento, e quer o exame. A orientação de prevenção ainda não tá assim. Acho que deveria fazer um programa contra o tabagismo, obesidade, ainda falta um pouco isto, a população, os usuários, eles tem que se conscientizar [...] (Entrevistado 17 – Médico do PSF)

Acho que a proposta é muito boa porque você se propõe a incluir. Atua na mudança de vida da pessoa, considerando um modelo de universalização, de biopsicossocial mesmo. Por isso, inclusive, que eu vim para o PSF. Acho que tá muito ligado à questão social, da pessoa ter dignidade, ser cidadão, ter casa, trabalho, comida, falando de uma forma bem simples. E aí vem a saúde no conjunto. Se ele consegue administrar a família dele... esse é o meu modelo de família, cidadania mesmo. Acho que o PSF tá incluído nisso. E, muitas vezes, ele é cobrado para resolver estas questões. Se resolvido isso, acho que o PSF tem condições de trabalhar o que ele propõe. Se você tem uma pessoa formada e educada, o PSF teria muito mais condições de ser eficaz. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

• O significado de ser médico do PSF

Sobre qual o significado de sua atuação no PSF do ponto de vista profissional, os médicos associam o trabalho no PSF com uma satisfação pessoal, algo ligado ao seu perfil, à vontade de trabalhar no âmbito da saúde pública. Ressaltam que este tipo de trabalho permite enxergar os resultados de suas intervenções na melhoria das condições de vida da população, o que traz gratificação aos profissionais.

Eu me sinto realizada, porque realmente eu gosto do atendimento da área de ambulatório, de Centro de Saúde. Eu me sinto útil, eu sinto que o que eu estou fazendo tem um retorno satisfatório para os pacientes. Eu vejo a melhora de vários deles, a mudança de hábito de vida, então eu me sinto gratificada com esta função. (Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Mas eu me sinto muito bem, sabe, assim com...com esse envolvimento com a família. Então, assim, eu acho, o que significa é isso, é esse vínculo com os pacientes, é você conhecer, é você saber, é você poder

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

direcionar o caminho, a trajetória da família, as doenças existentes naquela família, sabe? Eu acho isso muito, muito interessante porque que aquelas pessoas adoecem daquela forma, né? (Entrevistada 11 – Médica do PSF)

Citam, porém, certo desgaste por ter que lidar com pobreza, a miséria e frustração e uma frustração decorrente da falta de resultados no trabalho quando este depende da obediência orientações que as pessoas não seguem por não serem bem educadas ou por não terem condições sociais e econômicas para se co-responsabilizar pela sua saúde.

[...] lidar com a miséria, com a pobreza... é muito difícil você lidar com estas questões e não se sentir sensibilizado com o sofrimento ali. É muito difícil você lidar com esta questão e não ter um sentimento de... É um desgaste natural de lidar com as questões difíceis da relação médico paciente. [...] você vê situações muito difíceis aí em que você se sente sem poder fazer muito pela pessoa. É frustrante porque, às vezes, você não consegue atender todas as necessidades das pessoas naquilo que você pode oferecer [...]. (Entrevistado 4 – Médico do PSF)

Destacam também que o profissional da área ainda é desvalorizado entre os colegas, enfrentando algum preconceito por trabalhar como generalista ou por trabalhar na Unidade Básica de Saúde.

Significa enfrentar muitos colegas que, às vezes, até hoje não valorizam o PSF. A gente tenta mostrar que a gente não é picareta. Porque no começo teve muita gente que vinha só para ganhar dinheiro mesmo. Mas hoje em dia já não é mais assim. Então significa, primeiro, mostrar aos colegas, tentar mostrar, tentar valorizar nosso trabalho. Segundo, significa ter oportunidade de fazer uma coisa que a gente acredita, com muita dificuldade, mas a gente ainda acredita que é possível ainda fazer um trabalho preventivo e melhorar a saúde do todo a longo prazo. E, terceiro, é sempre um desafio, não é fácil você atender de tudo. Na escola a gente sempre tende a gostar mais de alguma coisa, [...] só que aqui a gente faz tudo: a gente é plantonista de emergência; a gente faz pré-natal; a gente é ginecologista atendendo intercorrência; a gente é auxiliar de enfermagem, às vezes; a gente é médico geriatra, pediatra, um pouco fisioterapeuta; é enfermeiro. A gente é tudo. Tenta fazer de tudo. Então não é fácil, mas é bom. Tem que tá sempre estudando. (Entrevistada 18 – Médica do PSF)

É um preconceito de achar que o médico da família não sabe e faz coisas sem saber. Como a estratégia vem do SUS, vem do médico que era o médico de posto que sempre foi um bico, posto. O médico que atendia em posto sempre foi para fazer o bico financeiro. [...] o médico da saúde da família ele não tem status. É um médico... não na família, um status na sociedade. Então se você está numa roda: “qual é a sua especialidade?” Eu sou médica de família. As pessoas falam: “nossa, que coisa boa”. É diferente de você falar: “o que é que você faz?” Eu faço neurocirurgia. Neurocirurgia. Eu faço cirurgia cardioráxica ou cardiovascular. Isto dá status socialmente. As pessoas buscam muito esta vaidade. E o médico de família, quando tem o preconceito é porque ele está dentro do SUS, ou seja, ele não tem clínica particular. Ele cuida só do posto. Eu sou médico só do posto. (Entrevistada 20 – Médica do PSF)

Me criticavam muito. Falavam que eu não tinha formação de tudo. Mas quando você se torna médica, você tem formação de tudo. [...] acho que vai da adaptação de cada um. (Entrevistada 3 – Médica do PSF)

Ah não sei. Acho que médico de PSF é visto com maus olhos. Maus olhos que eu digo não aos olhos da população, [mas] aos olhos dos outros profissionais especializados, porque eles veem como: “aquilo ali é clínico, não sabe de nada não”. [...] Então, às vezes, a gente tem umas divergências. E mesmo sabendo que a conduta dele está errada, não podemos questionar. Ele que é o especialista. Então é complicado. (Entrevistada 6 – Médica do PSF)

• Formação versus trabalho no PSF

Sobre a relação da formação profissional com a atuação no programa, não houve um grupo de respostas predominantes. Alguns profissionais consideraram que a formação que receberam os encaminhou para a busca de uma especialidade, que demonstrou não ser suficiente para atuação prática, o que somente se torna possível depois da residência. Por outro lado, alguns profissionais consideraram que receberam uma formação generalista e suficiente para atuar

como médicos de saúde da família. Houve o reconhecimento de que o currículo das escolas médicas hoje está se adaptando no sentido de fornecer uma formação mais voltada para a saúde pública e PSF.

A gente forma muito pra ser especialista. Essa faculdade de medicina é fraca. A gente forma e, na verdade, a gente vai aprender mesmo da área depois da residência, sabe? Então eu acho muito complicado.
(Entrevistada 15 – Médica apoio à equipe de PSF)

Desde a faculdade? Pois é, muito fraca, porque é médico generalista pra tudo, porque a gente aprende mais na residência específica da área do que dentro da própria faculdade, entendeu? A pessoa sai formada e não sabe fazer nem um parto. Quem vai fazer ginecologia obstetrícia, por exemplo, entendeu? Muito fraca.
(Entrevistada 13 – Médica apoio à equipe de PSF)

A formação que eu tive na UFMG é uma formação generalista. Eu não me sentia na época obrigada a fazer uma especialidade, eu fiz ginecologia porque era uma área que me interessava mais. Mas eu tive uma formação que me dava uma visão geral, então eu acho que a formação que a UFMG deu para mim, quando estudei lá, foi uma formação generalista. Eu não me sentia obrigada em me tornar especialista em alguma coisa.
(Entrevistada 1 – Médica do PSF)

Até a época que eu estava na escola, eu formei em 90, apesar de já existir essa história de PSF, o médico ainda muito era formado para ser especialista. Ainda não tinha essa visão de PSF, de trabalhar como um conjunto. Agora tem mudado. Eu tenho acompanhado e já existe essa preocupação em formar generalista, e não só futuros especialistas. Quando você estava na escola e você queria fazer pediatria, você direcionava seu curso todo para aquele, e não fazia aquele geral mesmo. Hoje tem mudado, pelo que eu estou sabendo.
(Entrevistada 5 – Médica do PSF)

Alguns profissionais acreditam que a escolha da especialidade não está relacionada à universidade, sendo uma cultura da própria classe médica e que há um interesse dos alunos direcionado para as especialidades, inclusive fora do âmbito da Atenção Primária. Eles consideram também a possibilidade de auferir ganhos financeiros e de trabalhar sem que ter que atuar em regime de plantão.

A universidade não é culpada disso, não. Eu acho que a própria mentalidade da pessoa, a cultura mesmo... Todo mundo quer ser especialista. (Entrevistada 11 – Médica do PSF)

Atualmente, o pessoal já entra na faculdade e pergunta: "Você vai especializar em quê?" Todo mundo já entra pensando na especialização. Não quer sair sem se especializar em nada. E o pessoal, assim, quer uma área que não tenha muito plantão, que tenha uma remuneração boa, porque a remuneração pesa muito. Pode ter áreas, se ganha em um exame o que eu ganho num dia inteiro de trabalho. Dermatologia... Tem muita área que tem uma procura muito maior. (Entrevistada 3 – Médica do PSF)

Eu vejo a meninada que está estudando com a minha filha, e eles falam que não vão fazer internato em tal lugar porque é Saúde da Família. Não é uma coisa que está atraindo jovem, não. Até a clínica médica está faltando profissional, e faltando muito profissional, na clínica médica, na pediatria, porque o pessoal tá tendo uma tendência a buscar especialidades médicas. (Entrevistada 16 – Médica apoio à equipe de PSF)

Uma síntese dos principais resultados encontrados em cada dimensão e cada categoria é apresentada no Quadro 2, o qual segue a mesma orientação da apresentação dos dados, que foca nos resultados a respeito dos médicos do PSF e resalta o que mais se destaca nos relatos dos médicos de apoio e que se opõe de forma muito clara à percepção dos primeiros.

**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

QUADRO 2
Síntese dos resultados encontrados em cada dimensão

Dimensões	Categorias	Resultados
Fatores individuais	Atributos pessoais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maior parte dos entrevistados é de mulheres. ▪ O local de nascimento mais frequente foi Belo Horizonte. ▪ Ensino médio cursado também em Belo Horizonte, em escolas particulares.
	Formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissionais formados pela UFMG. ▪ A maior parte formada entre os anos de 1991 e 2000. ▪ Possuem especialização ou residência em clínicas básicas (pediatria, ginecologia-obstetria e clínica médica). ▪ Metade dos entrevistados cursou especialização em Saúde da Família.
Organização do Trabalho	Experiência/trajetória profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diversidade de trajetórias. ▪ Foi identificado um grupo de médicos que já trabalhavam na atenção primária e aderiram ao PSF no momento de sua implantação em Belo Horizonte. ▪ Pouco mais da metade deles está há menos de 5 anos no PSF. ▪ A maior parte trabalha há menos de 5 anos na mesma UBS. ▪ A maior parte dos médicos de apoio entrevistados trabalha há mais de 10 anos na atenção primária. ▪ Geralmente, os profissionais trabalham em mais de um local, principalmente em hospitais.
	Plano individual (dimensões da atuação no PSF que afetam diretamente a prática profissional)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atender pacientes nas três clínicas básicas. ▪ Acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos por meio de grupos operativos. ▪ Visitas domiciliares. ▪ Vínculo com a população adscrita: <ul style="list-style-type: none"> ○ lado positivo: possibilita ao médico melhor capacidade de diagnóstico e tratamento adequados por conhecer o contexto e a história do paciente, pelo foco na família; permite o acompanhamento dos pacientes, a continuidade do cuidado, que aumenta a capacidade de intervir na melhoria das suas condições de vida; ○ lado negativo: a proximidade com os pacientes coloca o profissional em contato com problemas que as famílias sofrem, mas que fogem do campo de ação do médico, gerando frustração no profissional. ▪ O não rompimento, de fato, com o modelo curativo é apontado como ponto negativo do trabalho no PSF, impedindo a prática médica voltada para o que o PSF propõe.

<p>Plano coletivo (dimensões que se referem à interação com a comunidade)</p>	<p>Plano institucional (dimensões que se referem a interação com outros agentes na equipe de saúde da família e na UBS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em geral, a relação com a população adscrita é considerada muito boa, com poucas exceções de pacientes que se queixam do tempo de espera pelo atendimento; ▪ Casos de agressões aos profissionais foram pouco citados. ▪ Alguns fatores ligados à organização do trabalho no plano coletivo são apontados como desvantagens do trabalho no PSF: <ul style="list-style-type: none"> ○ grande demanda por consultas e a necessidade de atender urgências como muita frequência, que diminui a realização de atividades de prevenção e promoção da saúde; ○ grande quantidade de famílias pela qual uma equipe é responsável. ▪ A relação intraequipe é cooperativa; os médicos e enfermeiros dividem atividades. ▪ A relação com os demais profissionais da UBS é também considerada de cooperação e auxílio. ▪ Existem deficiências, no entanto, na articulação entre médico da equipe e médico de apoio no que se refere ao atendimento.
<p>Forma de seleção/contratação</p>	<p>Forma de seleção/contratação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O vínculo estável (concurso público) é importante porque oferece segurança financeira e pelas garantias trabalhistas, sobretudo o direito à licença médica. ▪ O concurso público é um fator que auxilia fixação do médico no local de trabalho e, conseqüentemente, facilita a vinculação entre médico e comunidade. ▪ Os contratos administrativos significam insegurança quanto à permanência na mesma unidade de saúde.
<p>Gestão</p>	<p>Capacitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As atividades são essenciais para o bom desempenho no PSF. Garantem atualização e preparação necessária para atender pacientes em diferentes faixas etárias. ▪ Propiciam o conhecimento e a atualização sobre os protocolos de atendimento. ▪ O acesso às atividades, no entanto, é dificultado pela falta de divulgação e/ou pela não autorização por parte da gerência, justificada pela grande demanda por atendimentos que leva os profissionais a priorizar o trabalho na unidade básica. ▪ O médicos entendem que as atividades de capacitação deveriam acontecer de forma mais sistematizada e serem incluídas em sua agenda da mesma forma que as demais atividades desenvolvidas no PSF.

**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

<p>Remuneração</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O valor da remuneração é alto tendo como referência o mercado. ▪ No entanto, a remuneração está aquém do que é considerado adequado para um médico do PSF tendo em vista: <ul style="list-style-type: none"> ○ carga horária, que impede ou dificulta o trabalho em outros locais e, portanto, a obtenção de um renda maior do que o salário no PSF; ○ complexidade do trabalho desempenhado, que vai além do atendimento a consultas, envolvendo planejamento e co-responsabilização pela saúde da população adscrita; ○ carga de trabalho decorrente do grande número de pacientes que a equipe deve atender.
<p>Coordenação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O planejamento de atividades é expresso na programação da própria equipe para o cumprimento da agenda mínima proposta pelo PSF. ▪ A equipe tem autonomia para programar suas atividades. ▪ A gerência interfere apenas com orientações gerais e na observação do cumprimento desta agenda mínima. ▪ A gerência também administra o uso do espaço e recursos físicos.
<p>Condições físicas e materiais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quanto à estrutura da UBS, destacam-se os problemas de espaço físico, considerado insuficiente ou inadequado a uma unidade básica que atende no modelo PSF. ▪ A falta de carros para as visitas domiciliares é também considerada um fator negativo no que se refere às condições de trabalho. ▪ A necessidade de atender urgências sem a devida estrutura. ▪ Número insuficiente de especialistas na rede, que faz com que o tempo de espera seja muito grande. ▪ A falta de apoio da rede nos outros níveis de atenção à saúde é colocada como um fator negativo ou uma desvantagem de se trabalhar no PSF em relação às condições de trabalho.
<p>Localidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A localidade é associada diretamente à violência da região. Os profissionais acreditam que este é um fator decisivo na escolha do médico. ▪ A distância da UBS em relação à residência é um fator também muito importante para o profissional, considerado importante para sua qualidade de vida. ▪ A falta de segurança na região em que a unidade se localiza é colocada como ponto negativo de ser um médico do PSF.

	<p>Mercado de trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recente aumento do número de escolas de medicina vai interferir no mercado de trabalho, desvalorizando o trabalho do médico. ▪ Há muita oferta de vagas para médicos. ▪ A atuação no âmbito privado, como autônomo, é dificultada pelo elevado custo de um consultório e pela dependência dos convênios, que diminui os rendimentos.
	<p>Identificação com o programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão positiva quanto ao PSF enquanto modelo de atenção primária, mas com ressalvas sobre distância entre o modelo e a prática como ocorre atualmente. ▪ Os desvios observados entre o ideal e o real causam decepção em alguns profissionais, que deixam de acreditar que a proposta chegará a ser colocada em prática da maneira como foi pensada. ▪ Os médicos do PSF precisam do apoio de especialistas nas áreas básicas. ▪ A necessidade de conscientização da população a respeito da sua postura quanto aos cuidados de saúde e quanto à utilização dos serviços dentro da lógica do programa. ▪ Os médicos de apoio à Equipe de PSF não consideram que o programa é o mais adequado para a oferta de serviços de Atenção Primária, e questionam a sua efetividade em termos de capacidade de melhorar as condições de saúde da população.
<p>Cultura e Identidade</p>	<p>Significado de ser médico do PSF</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está ligado ao perfil do profissional, que gosta do tipo de prática desenvolvida no PSF. É uma escolha pessoal. ▪ Sentimento de gratificação pela possibilidade de ver os resultados do trabalho. ▪ Desgaste por lidar com problemas sociais das famílias e com a frustração nos casos em que tais problemas interferem nos resultados do trabalho do médico, mas não está ao seu alcance resolvê-los. ▪ Lidar com preconceito por parte de médicos especialistas, que consideram que um médico do PSF não tem conhecimentos suficientes para prestar atendimento em diferentes áreas.
	<p>Relação entre formação x atuação do PSF</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não há consenso sobre a interferência da formação na opção pela área de atuação: parte dos profissionais acredita que a formação é insuficiente para atuação prática, e por isso leva os alunos a cursarem residências; parte considera que a formação em medicina é suficiente para atuação no PSF. ▪ Alguns médicos acreditam que o desejo dos alunos em termos de especialização não é causado pela formação. É um desejo pessoal. ▪ A busca pela especialização também está relacionada à busca por uma atuação com maior possibilidade de ganhos financeiros e na qual não seja necessário trabalhar em plantões.

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Fatores de atração e retenção

4.4.1 Atração

Dentre os motivos que levaram os médicos entrevistados a optarem pelo trabalho no PSF, a identificação dos profissionais com a proposta do programa é o que aparece de forma mais frequente. Essa identificação é expressa em relação a diferentes pontos da proposta. Foram citados: abordagem integral da saúde que considera aspectos sociais e da família; vinculação com uma população adscrita que melhora a qualidade do atendimento prestado; e foco na educação e na prevenção para impedir que a doença apareça.

Porque eu gosto de trabalhar com a saúde pública e porque eu achei que tinha a ver a questão da visão do todo, de você olhar o lado social, o lado cultural, né, familiar, tem a ver... A situação de vida do sujeito influencia na saúde dele. Eu não acredito na doença só como uma coisa que apareceu aqui e você trata e cura, né? Eu, toda vida na minha prática, desde a época da faculdade, eu observo que existem fatores emocionais por trás. E, depois, nem só emocionais como socioculturais, né, a situação de vida da pessoa influencia na saúde dela. (Entrevistada 12 – médica do PSF)

Pela proposta. Diante da filosofia que o PSF apresentava. Eu sempre atendia meu paciente de uma maneira holística, não só olhando a parte da ginecologia e obstetrícia. Então, eu sempre fazia o atendimento de clínica. Atendia meninas, crianças na ginecologia e obstetrícia. E aí, diante da filosofia que o PSF propunha de um atendimento global, olhando a parte social, a família, eu optei por aderir e ver o que ia acontecer. E até agora não tenho nenhum motivo para deixar o Programa de Saúde da Família não, porque eu gosto deste atendimento. (Entrevistada 1 – médica do PSF)

[...] eu achei que a proposta era interessante, porque visava trabalhar com uma população já conhecida em que você poderia restringir... Não restringir, mas você poderia melhorar a qualidade do seu atendimento. (Entrevistado 4 – médico do PSF)

Eu gosto muito do Saúde da Família. Esta proposta eu acho muito boa de você poder pegar o paciente na atenção primária dele, no primeiro zelo e fazer uma história diferente. Você marcar a histórica desta pessoa por uma questão de orientação, de mudança de proposta, que isto vai gerar resultado em dez anos, em quinze anos. Isto é uma coisa que eu acho que a Estratégia da Saúde da Família é muito valoroso por causa disto. (Entrevistada 20 – médica do PSF)

A possibilidade que o PSF oferece de atuação em mais de uma área da medicina também foi um dos motivos citados para a escolha do PSF, considerada, sob este ponto de vista, uma oportunidade de atuação interessante, por ser mais diversificada, propiciar aprendizado e ser desafiadora do ponto de vista profissional. O trabalho no PSF também foi considerado por recém-formados uma oportunidade para auxiliar a escolha pela área de atuação.

Olha, eu... uma das coisas desde que eu... primeira vez que eu fiz PSF, que me interessou muito é a capacidade de você estar fazendo várias coisas, atendendo clínica, ginecologia, pediatria, tudo dentro do Programa Saúde da Família. Isso é interessante. [...]. Agora, eu não consigo imaginar eu fazendo uma... Uma coisa que eu adoro, por exemplo, ginecologia, e ficar só fazendo ginecologia. Eu acho que ia ser meio chato. Então, por isso que eu escolhi fazer saúde pública, porque a gente mexe com tudo um pouco. Meio por aí que eu escolhi. (Entrevistada 9 – médica do PSF)

Eu já fazia extensão de jornada. Eu ficava no posto de saúde o dia inteiro, oito horas. Quando apareceu a oportunidade de fazer PSF eu achei que seria um desafio profissional muito bom pra sair daquela mesmice de ficar só com a pediatria. Eu gosto de estudar e acredito no PSF como um programa que vai resolver, que vai ajudar bastante a saúde, tanto por acreditar no programa quanto por já estar no posto e o desafio. Quem trabalhava só com criança por doze anos tem que atender adulto, criança, idoso foi um desafio muito bom. (Entrevistada 5 – médica do PSF)

[...] o PSF dá para você aprender muita coisa. Você vê de uma forma bem ampla, Você consegue ver clínica, pediatria, ginecologia. Você faz pré-natal, faz exame patológico. É uma área bacana. Eu gosto de PSF. (Entrevistado 17 – médico do PSF)

Bom, quando eu formei eu não tinha uma idéia muito assim do que eu quero fazer agora em medicina. Então eu pensei em fazer PSF como uma coisa para eu poder decidir o que eu vou querer fazer da minha vida: se eu vou querer fazer uma especialidade [...]. (Entrevistada 21 – médica do PSF)

Pode-se dizer, no entanto, que nem todos os profissionais que demonstram essa identificação foram para o programa devido a ela, devendo considerar a intervenção da gestão municipal, que impôs aos médicos que já trabalhavam na Atenção Primária a conversão ao modelo ou, mesmo, o fato de ser a melhor oportunidade de emprego disponível em determinado momento de sua trajetória profissional, como é o caso dos recém-formados. Estes médicos, apesar de afirmarem possuir perfil para o trabalho no PSF, foram impulsionados não por este motivo, mas por questões que podem ser consideradas externas.

Não foi uma escolha, não. Eles ameaçaram que quem não aderisse iria ser mandado para um lugar mais distante, porque aqui já é muito longe. Então, foi quase uma ameaça mesmo e então todo mundo foi entrando. Na verdade, pelo meu perfil quando estudante, [...] eu gostava muito de tudo, e neste Centro de Saúde não tinha clínico praticamente durante cinco, seis anos. Só tinha pediatra, dois pediatras e nenhum clínico. Então acho que eu já tinha um pouco do perfil para atender à família mesmo. (Entrevistada 3 – Médica do PSF)

Então, a principio até pela oportunidade de vaga mesmo, tinha vaga disponível [...] Ai vim para o PSF. Mas eu até gosto. Mas não é só por isto que estou aqui. A gente opta no principio para ganhar um dinheirinho. Acho que a maioria dos médicos que estão no PSF, não fazem porque gostam: fazem porque precisam, porque a remuneração é boa ou porque é inicio de carreira. O PSF é muito escola. A gente acaba aprendendo muito com os médicos, com todo mundo que trabalha. Aqui é um lugar muito gostoso. A minha equipe é muito boa, eu gosto de trabalhar aqui. (Entrevistada 6 – médica do PSF)

Bem, na realidade, eu estava há muito tempo afastada [...] fato é que o PSF tinha necessidade de pessoal mesmo. Então, foi até mais fácil para entrar. (Entrevistada 19 – médica do PSF)

O atendimento do tipo ambulatorial é também colocado como motivo para escolha do PSF. No entanto, não aparece como motivação única, e sim associada a outros fatores. Este tipo de atendimento é considerado menos estressante do que plantões em hospitais, tanto pelo horário regular de trabalho quanto pelo tipo de trabalho.

[...] eu não tenho muito o perfil de plantão, aquelas correrias. Eu queria uma vida mais tranquila, sem ter que perder noite de sono. (Entrevistada 6 – médica do PSF)

[...] atendimento ambulatorial não é tão estressante quanto um trabalho em um pronto socorro, por exemplo. Não sei se você já teve a possibilidade de entrar num pronto socorro. Não é igual ao "Plantão Médico", que passa na televisão, não. É terrível, é muito estresse mesmo, a pessoa envelhece em um plantão que ela dá à noite... Eu gosto, eu até prefiro trabalhar no hospital. Mas para a minha própria saúde, eu tento não trabalhar. (Entrevistada 18 – médica do PSF)

[...] sou recém-formada e aí fica aquela coisa meio insegura ainda. Isto é outra coisa que eu escolhi PSF. Querendo ou não, a gente tá na Atenção Primária. Então a gente não vai pegar paciente morrendo ou uma coisa muito séria [...] é mais tranquilo do que você pegar de cara um plantão. (Entrevistada 21 – médica do PSF)

Os médicos que tiveram a oportunidade de estar no PSF, mas optaram por permanecer na Unidade Básica como médicos de apoio às equipes citam como motivo principal o fato de não se sentirem capazes de atender na área de pediatria, ginecologia-obstetrícia e clínica geral. Pelo fato de já terem feito residência em uma destas áreas, dizem

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

não se sentirem preparados para um atendimento generalista. Há, ainda, aqueles que ressaltam não uma falta de preparo, mas uma falta de interesse ou de vontade de atender pacientes em áreas diferentes daquela na qual se especializou.

[...] não sei mais como é atender um adulto. Já faz muito tempo que eu saí da faculdade. Não saberia atender uma grávida, um preventivo. Não saberia fazer isto. Incompetência. Eu acho que é incompetência neste sentido. Eu sou especialista. Agora eu atendo pediatria e gastropediatria. Então tá longe de eu atender adulto, diabetes, gestante, preventivo. Não ia dar conta. (Entrevistada 7 – médica apoio à equipe de PSF)

Não, de jeito nenhum, porque eu acho... Há quantos anos eu deixei a medicina? Pra eu recomeçar a fazer pediatria essas coisas, eu não sou credenciada pra isso. Eu sei fazer o que eu sei fazer. Então, eu teria que reciclar, e muito. [...] Acho que eu tenho que trabalhar gostando. E uma área que eu não sou capaz de resolver bem com tranquilidade. Eu não ficaria muito bem. (Entrevistada 16 – médica de apoio à equipe de PSF)

Não, não. Eu detesto adulto. Eu adoro criança (risos). Então, eu realmente, eu não tenho vontade de voltar a atender adulto. E atendi muito enquanto estudante, né? Atendi muito clínica médica. Eu tenho uma formação razoável em clínica médica, mas não é uma especialidade que me atrai, apesar de trabalhar também com saúde básica, mas só infantil. Não me atrai nem um pouco. Ai é pessoal. (Entrevistada 13 - médica apoio à equipe de PSF)

Não. Pra ser generalista, fazer tudo, eu não quero, não. Atender ginecologia, pediatria, clínica, fazer pré-natal, não. Eu quero só na pediatria mesmo. (Entrevistado 10 – médico de apoio à equipe de PSF)

Não, justamente porque... ainda mais que eu tenho 15 anos de formada, entendeu? É um absurdo eu agora começar a atender pediatria, clínica médica, entendeu? Quinze anos estudando só ginecologia-obstetrícia, eu acho que fica muito complicado, muito mesmo. Eu acho que entra muito mais na família, e eu não teria condição. (Entrevistada 15 – médica de apoio à equipe de PSF)

Uma das entrevistadas cita, ainda, a carga horária do PSF como um empecilho à conciliação do trabalho com a vida familiar e o fato de não acreditar na proposta, principalmente por achar que o desgaste do profissional do PSF é grande. Estes motivos combinados a fizeram não aderir ao programa, mesmo tendo sofrido pressão por parte da gestão.

No caso, no meu caso, a gente foi, é... nós fomos coagidos. Foi assim: chegava o pessoal e falava...aqui no posto e falava: “ou você assume o PSF ou você pode ir lá pro caixa prego se você não assumir”. “Nós não te damos... se você não assumir o PSF nós não te damos certeza de que você vai continuar aqui”. Então não foi convite; foi uma coação. Na época, eu não assumi e eu falei assim: “Não, me manda pra caixa prego”. Por que eu não assumi o PSF? Primeiro, que eu tenho filho pequeno. Então, oito horas por dia não dá. Segundo, porque você tem que ter disponibilidade pra... Eu sei pediatria, não sei clínica e nem ginecologia. Então, eu teria que ter disponibilidade de tá sentando e estudando as outras...outras matérias, né? Com filho pequeno não tenho muita. Então... e também porque tem estas ressalvas, né? Eu acho que eu nunca vesti muito a camisa, não. Acho bonito, acho legal, mas acho muito... é um peso muito grande, né? Você tem que ter muita estrutura pra aguentar. (Entrevistada 7 – médica de apoio à equipe de PSF)

Observa-se que os relatos dos médicos de apoio foram bastante homogêneos. Nenhum deles apresentou interesse em atuar no PSF, com justificativas sempre ligadas à característica do trabalho no PSF de um atendimento generalista.

A seguir, descrevem-se os principais fatores associados ao desejo dos médicos de permanecer ou não no PSF. Essa descrição permitirá, posteriormente, a construção de um paralelo entre fatores de atração e fatores de retenção dos entrevistados.

4.4.2 Retenção

Foi identificada na maior parte dos médicos estudados a intenção de permanecer atuando no PSF. No entanto, quando questionados sobre por quanto tempo ainda pretendiam continuar, nenhum deles soube precisar. Apenas dois entrevistados manifestaram claramente o desejo de deixar de ser médico do PSF em um futuro breve. A seguir, apresentam-se os motivos relatados.

Dentre os motivos apresentados para o desejo de ficar, destacam-se os sentimentos de gratificação e de satisfação gerados pelos resultados do trabalho com a população e pela formação do vínculo entre equipe e comunidade, que, ao mesmo tempo, também propicia o acompanhamento desses resultados.

Os profissionais reconhecem a importância da fixação para a formação deste vínculo e, conseqüentemente, o alcance de resultados, e desejam permanecer.

Até mesmo porque agora que eu acho que eu tô criando mais vínculo com os pacientes aqui e assim... porque quando você chega, ninguém te conhece, né? Tem três anos que tô aqui. Então, agora que eu tô formando mais aquele contato gostoso com as pessoas. Então, eu acho que pretendo, pelo menos um tempo eu acho que eu ainda fico. (Entrevistada 11 – Médica do PSF)

[...] o PSF me deu a chance de melhorar o meu atendimento. É uma outra visão da situação. [...] De poder fazer um trabalho mais digno de melhor resolução, atender as pessoas com mais humanidade, com mais atenção, procurar. Facilitou o trabalho com o ACS, porque antes era só aquele atendimento clínico, clínico, e você não tinha resposta. Os pacientes sumiam, e você não sabia para onde ia. Você não tinha o acompanhamento do paciente, você não tinha um projeto de trabalho. Hoje você tem a possibilidade de fazer projeto. (Entrevistado 4 – Médico do PSF)

Eu tenho muita coisa para fazer. Quatro anos só é muito pouco. Agora que eu tô começando a colher frutos... e foram quatro anos. (Entrevistado 2 – Médico do PSF)

Outros motivos foram citados por alguns médicos, mas de maneira menos frequente e considerados em conjunto com outros fatores, por exemplo: a qualidade de vida, decorrente de um trabalho com horários regulares e fins de semana livres; e falta de perfil para atuação em plantões e uma boa remuneração.

[...] muitos profissionais cansam. Trabalhar em posto é muito cansativo, mas é aquela coisa, tem que gostar. Então, enquanto eu estiver gostando, tendo qualidade de vida e a remuneração boa, vou continuar. [...] Qualidade de vida é família, sono, dormir bem, alimentação, atividade física, ter tempo para fazer as coisas que a gente gosta. (Entrevistado 17 – médico do PSF)

[...] prefiro mil vezes ficar no PSF a dar um plantão toda sexta à noite até o fim da minha vida. Então, enquanto puder, eu vou ficar. (Entrevistada 18 – médica do PSF)

[...] eu gosto de coisa organizada. Esse perfil de plantão que você não sabe quantos você vai atender, quando você vai atender não combina comigo. Por isto eu deixei a cirurgia e o plantão. Essa forma de atendimento organizado, isto me atrai mais. Eu acho que eu rendo mais, eu trabalho mais satisfeita. (Entrevistada 1 – médica do PSF)

Eu estou aqui e fico aqui as minhas 8 horas, [...] e saio, e tenho o meu salário. [...] Tem o final de semana livre, e até se eu quiser fazer um outro trabalho eu posso fazer. [...] E para a gente que é médico tem muito aquela questão de plantão, plantão. É muito desgastante. E aí eu tenho filho, e é muito difícil. Você não tem um final de semana, você não tem um feriado. E aqui não, não tem isto. O fato de você trabalhar com o PSF, você trabalha durante a semana e tem o final de semana ali fechadinho. Isto eu acho que é legal. E o salário também eu não vou te falar que é um salário ruim, não. (Entrevistada 19 – médica do PSF)

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

Dos médicos do PSF entrevistados, dois profissionais declararam o desejo de sair do programa em um futuro próximo, por motivos diferentes. Uma entrevistada era recém-formada e pretendia sair para fazer residência. O outro era um profissional com sete anos de experiência no PSF, que argumenta que não é possível colocar em prática o proposta do PSF no contexto de um grande centro.

No máximo, mais um ano. É só até passar na residência mesmo. Posso até voltar depois, mas como especialista, como ginecologista. (Entrevistada 6 – Médica do PSF)

Dessa forma, nessas condições, de jeito nenhum. Existe o fator econômico, né? Então não dá pra ter uma previsão de tempo. O mais breve possível. [...] Eu me sinto como um pediatra fazendo um desvio de função. Eu trabalho aqui como clínico. Eu sou clínico. Atendo as urgências. E, às vezes, a urgência é na casa da pessoa. Pra mim, resumidamente, é isso. O engodo do PSF aqui em Belo Horizonte é esse. Ou seja, a gente não consegue trabalhar com prevenção. A gente não tem a oportunidade, não te oferecem ferramentas de trabalho pra isso. Antes mesmo dessa entrevista, eu já atendi cinco pacientes. A proposta de trabalho é que seria um trabalho pra adolescentes na quinta-feira de manhã, e eu tenho certeza que o único paciente mais próximo de adolescente que eu atendi é uma estudante de Direito. Então, dentro do conceito de adolescência estendida até os 25 anos, ela se encaixa. Fora isso, é 70 anos, 77 anos, 65 anos, né? (Entrevistado 14 – Médico do PSF)

Foram também investigados fatores que levaram os profissionais a saírem de outros locais de trabalho pelos quais já passaram durante sua trajetória, como uma tentativa de apreender o que, de fato, os médicos consideram no momento de optar por um emprego. Assim, são considerados os motivos para mudança: de Unidade Básica de Saúde dentro do mesmo município; entre PSF de municípios diferentes; e de tipo de serviços de saúde (ou seja, ambulatório, consultório e hospital, entre outros).

Dentre os motivos para mudança entre Unidades de Saúde, destaca-se a distância em relação à residência. Também foi apresentado um caso de problemas com a comunidade atendida pela Unidade como causa de mudança.

É, eu pude ter escolha [...] e esse Centro de Saúde era mais próximo da minha casa. Porque a Norte é muito distante, pra mim era muito longe. Então a opção foi por localização, proximidade do domicílio. (Entrevistada 11 – Médica do PSF)

Na verdade, eu pedi porque, como eu já estava há cinco anos no Taquaril, a distância da minha casa era muito grande. Eram doze quilômetros todo dia, pra ir e pra voltar. Então eu queria algo mais próximo. Então, como surgiu esta oportunidade, são mais ou menos seis quilômetros da minha casa, eu achei que já seria uma vantagem, né? Eu já cheguei um pouco mais próximo, porque o desgaste com o trânsito e a perda de tempo no trânsito, eu acho que é um fator importante no dia a dia do trabalhador. Então o motivo foi esse. (Entrevistada 13 – médica do PSF)

[...] o motivo para eu mudar para o Centro de Saúde [...] foi porque eu estou construindo aqui perto e eu imaginei estar podendo trabalhar com menos traslados, com menos transporte. Foi por isso. (Entrevistado 14 – médico do PSF)

Porque estava difícil a relação com a população. Eu achava muito difícil. Lá era um estresse muito grande. Eu cheguei aqui armada, sabe, assim, assustada. Custei a desarmar, sabe? Hoje eu tô bem mais tranquila, mas lá era muito estresse, muito estresse, era muito demanda, muito alta, altíssima, e a população muito... Cobra demais, muito difícil e... Não, a questão não é só cobrar. A questão é que nada satisfaz, sabe? E cobranças injustas... Inventam as coisas, sabe? E acha que tem direito porque tem direito, sabe? Então, uma população muito difícil. (Entrevistada 12 – médica do PSF)

Sobre a mudança entre municípios, mas mantendo-se no PSF, os profissionais apresentaram como motivos a falta de estrutura da rede de urgência e emergência, que dificulta o encaminhamento de pacientes e também as condições do contrato de trabalho.

Lá você não tem apoio da rede. Você não tem pra onde encaminhar o paciente. Lá [...] quando você tem um paciente grave, passando mal, que você precisa encaminhar, você não consegue, às vezes, encaminhar. Você não pode pôr no carro e levar, porque se o paciente morrer no seu carro, você é responsabilizado e você não tem como encaminhar. Às vezes, não consegue ambulância pra levar. As urgências tão... na época que eu tava lá, ainda não tava tão ruim quanto tá agora. Acho que agora tá pior. Pelas notícias que eu tenho tá pior. Falta médico na urgência, né? E falta médicos nos PSF também, nos postos de PSF. (Entrevistada 12 – médica do PSF)

Fiquei lá mais uns três meses, mais ou menos... Três, quatro meses... Só que o contrato administrativo da prefeitura é muito ruim. Aí assim, você fica doente, você não pode...

Não tem direito aos dias e tudo. E eu fiquei doente, com conjuntivite, com 15 dias de atestado. [...] quando eu não recebi estes dias por causa do contrato, falei: “eu não vou trabalhar mais” [...] (Entrevistada 9 – médica do PSF)

Lá não tinha nenhuma condição de trabalho. Não quero voltar a trabalhar assim de jeito nenhum. Nas cidades pequenas, geralmente, não tem referência. O hospital mais próximo fica a uma hora do lugar. Quando eu trabalhava lá, cheguei a fazer um parto dentro da ambulância. A mulher chegou passando mal, e fomos levá-la pro hospital... O neném nasceu antes de chegar, dentro da ambulância. Então, assim... É muito sem condições. Não dá. (Entrevistada 9 – médica do PSF, sobre os motivos de ter saído de dois dos municípios em que trabalhou)

[...] outro motivo que eu já passei, serviço de urgência que não serve para te dar a retaguarda. Você pega paciente com convulsão, aborta a convulsão dele no posto e aí ele tá, sei lá, sangrando pelo nariz com pressão de 20 por 14. Você tenta encaminhar para o hospital, mas nem sempre esse fluxo existe, sabia? Às vezes, o hospital público mesmo recusa, a UPA recusa ou não tem ambulância para levar e você tem mais vinte para atender no posto, e você fica com aquela bomba. O paciente pode morrer a qualquer momento e não tem para onde ir. (Entrevistada 18 – médica do PSF)

Na decisão sobre a mudança do tipo de local de trabalho, a motivação apresentada com maior frequência foi a opção por um trabalho sem plantões, seja por desejo de conciliar a vida profissional com a vida familiar ou por considerar que não possui o perfil compatível.

Eu entrei no concurso para a UPA da Pampulha. Aí eu não quis ficar lá por causa de horário, porque eu tô com filho pequeno. (Entrevistada 8 – médica de apoio à equipe de PSF)

Porque é muito cansativo dar plantão, não ter um horário pra família, e aí eu tive filhos, meus filhos pequenos. Aí eu fiz a opção de ficar mais em casa com eles e não trabalhar a noite. (Entrevistada 5 – médica do PSF)

Depois, por questão mesmo de conforto, eu preferi optar por não dar mais plantão, e foi então que eu larguei o [hospital] e ingressei, então, na rede pública, na prefeitura. (Entrevistada 13 – médica de apoio à equipe de PSF)

Porque o meu perfil não combina com plantão, principalmente de obstetrícia. Eu gosto mais do atendimento ambulatorial. (Entrevistada 6 – médica do PSF)

Alguns profissionais desistiram de atuar em consultórios particulares devido aos custos altos e à necessidade de estar disponível fora do horário do atendimento, reforçando a importância dada a um horário de trabalho regular.

Eu fechei o consultório porque era muito trabalho e a remuneração era muito baixa. Não dava para pagar as despesas e o pessoal exigia muito como pediatra. Era de madrugada, fim de semana. Queria que atendesse. Então, eu tive muita dificuldade. A minha qualidade de vida estava muito ruim. (Entrevistada 3 – médica do PSF)

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

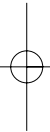
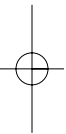
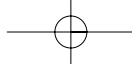
[...] eu comecei com , com os meus irmãos, mas era... Não tinha Unimed, né? Que é grande, né? É o grande movimento. Então eu achei que não valia a pena em termos financeiros. E quando a gente assume uma pediatria particular você tem que ter disponibilidade 24h por dia. Mães te ligam à noite, de madrugada, né? E você tem que tá disponível, né? Então, como eu não podia dar este retorno e também não queria deixar muito o consultório, eu parei com o consultório particular e continuei só com o emprego público. (Entrevistada 7 – Médica apoio à equipe de PSF)

A partir desta descrição, considerando todos os motivos apresentados pelos profissionais, foi construído um quadro-síntese que recupera os fatores relatados em relação à atração e retenção no PSF de Belo Horizonte e às decisões de mudança de local de trabalho. Vale ressaltar que foram considerados todos os fatores apresentados pelos entrevistados, com maior ou menor frequência. A área hachurada corresponde àqueles fatores que motivaram a mudança de local de trabalho, conforme descrito anteriormente.

QUADRO 3
Síntese dos fatores de atração e retenção relatados

Atração		Retenção	
Por que foi para o PSF?	Por que não quer ir para o PSF?	Por que quer ficar no PSF?	Por que não quer ficar no PSF?/Por que saiu? (da UBS, do município, do local de trabalho)
Identificação com a proposta do PSF: abordagem integral do paciente; vinculação do profissional com a comunidade; e foco na prevenção.	Não acredita que a proposta do PSF é a forma ideal de oferta de atenção primária.	Satisfação pelo vínculo estabelecido com a comunidade.	A proposta do PSF não se concretizou; não consegue trabalhar com prevenção e ações programadas.
Oportunidade de atuar em diferentes áreas: desafio profissional; aprendizado; e auxílio na escolha da especialidade.	Atuar como generalista, seja por falta de preparo ou de interesse.	Sentimento de gratificação pelos resultados alcançados com a população.	Desejo de especializar-se.
Preferência pelo atendimento ambulatorial em detrimento do atendimento de urgências.	Carga horária muito alta.	A qualidade de vida, decorrente de um trabalho ambulatorial, com horários regulares e fins de semana livres.	Não tem desejo de atuar em plantões e de estar disponível fora do horário de atendimento.
Grande oferta de vagas, que torna mais fácil a entrada no mercado de trabalho.		Satisfação com o trabalho realizado.	Altos custos de manutenção de consultório.
Boa remuneração.		Boa remuneração.	Contrato de trabalho sem garantias.
Conversão para o modelo por determinação da gestão municipal.			Distância da UBS.
			Falta de apoio da rede de urgência e emergência.
			Dificuldades na relação com a população adscrita.

Fonte: Dados da pesquisa



CAPÍTULO - 05

CAPÍTULO 05

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando o que foi apresentado na descrição dos dados, a análise procura estabelecer uma relação entre os eixos 1 e 2, construídos para a descrição dos dados (Figura 2). Assim, a análise se dá a partir da comparação entre a descrição de cada dimensão, construída a partir da percepção dos profissionais (Quadro 2), e os motivos apresentados por eles como determinantes de suas escolhas profissionais (Quadro 3).

Essa comparação permite, em cada dimensão de análise, destacar os pontos convergentes e divergentes. Em outras palavras, ressaltar o que de fato, a partir do que foi relatado nas categorias, interferiu ou motivou os profissionais a optar ou não pelo trabalho no PSF e a querer ficar ou sair do programa.

Ao mesmo tempo, busca-se construir uma ligação entre os dados encontrados e o que é apontado pela literatura.

5.1 Fatores individuais

Embora não seja possível que estes dados sejam expandidos para todo o universo de médicos da Atenção Primária de Belo Horizonte, eles permitem caracterizar os entrevistados e montar o perfil deles, o que é importante para contextualizar os dados obtidos em cada dimensão estudada.

Estudos sobre a rotatividade no campo de recursos humanos e pesquisas que buscaram compreender os padrões de migração de médicos ressaltam a influência de fatores individuais como idade, sexo, tempo de serviço e especialização profissional na determinação desses fenômenos (MOBLEY, 1999; PINTO, 1999; PÓVOA e ANDRADE, 2006).

A maior parte dos médicos entrevistados para esta pesquisa é constituída de mulheres. Estudo realizado pelo CFM (2005) constata que apesar de a medicina continuar sendo exercida, em sua grande maioria, por profissionais do sexo masculino, existe a tendência de aumento do número de profissionais do sexo feminino, especialmente nas faixas etárias mais jovens. Esse padrão seria observado tanto na região Sudeste quanto em todo o Brasil.

Em 2005, o percentual de médicas na região Sudeste era de 29,4%, crescendo para 42,1% quando considerada a idade inferior a 27 anos. Em todo o Brasil, médicas até 27 anos representam 40,2%, em comparação a 26,3% levando-se em conta todas as faixas etárias (op. cit.). O percentual de mulheres trabalhando no PSF no estado de Minas Gerais em 2006 era de 37,4% e no apoio à equipe de PSF, de 44,2% (BARBOSA e RODRIGUES, 2006).

No que se refere à idade, os entrevistados situam-se dentro do padrão do estado de Minas Gerais, em que 40,9%

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

dos médicos do PSF e 55,3% dos médicos de apoio têm ente 30 e 49 anos. A segunda faixa com maior número de entrevistados é aquela que concentra os profissionais recém-formados, com até 30 anos.

A presença de recém-formados no PSF remete ao estudo de Seixas (2007), que afirma que no PSF há um grupo de profissionais identificados como “oportunistas”, para os quais o trabalho no PSF é provisório, durando somente enquanto aguardam outra oportunidade. Gugliemi (2006) relata os futuros profissionais de medicina veem o PSF como uma boa oportunidade de renda no início de carreira. Considerando o perfil dos médicos estudados, analisados em conjunto com os relatos sobre os motivos que os fizeram ir para o PSF e se pretendem continuar, é possível situar duas entrevistadas neste perfil.

Uma delas formou-se no final de 2007 e relata que não se candidatou a nenhuma residência por não ter certeza da área que deseja. Assim, optou por trabalhar no PSF como forma de ganhar experiência e poder trabalhar enquanto decide sua área de especialização. Ressalta que esta também é uma opção por um atendimento na Atenção Primária, na qual se sente mais segura para atuar, porque “não vai pegar paciente morrendo ou uma coisa muito séria”.¹⁶

Outra médica recém-formada declarou o desejo que tinha de cursar especialização em ginecologia-obstetrícia, o que a faz pensar em ficar no PSF somente até que consiga ser aprovada. Sua trajetória mostra que ela se mudou de sua cidade no interior do Rio de Janeiro para fazer residência em Belo Horizonte atraída por questões familiares e por um curso preparatório para residência. Já havia feito provas em alguns locais e aguardava o resultado. Enquanto se preparava, optou por trabalhar no PSF por uma combinação de fatores que fez dele uma boa opção neste contexto: disponibilidade de vagas, bom salário e horário de trabalho regular. Acha que a maioria dos médicos que optam pelo PSF não o faz por gostar, mas pela remuneração ou pelo aprendizado necessário no início da carreira.

Esse perfil, no entanto, apesar de compatível com o que foi apontado por Seixas (2007) e Gugliemi (2006), não foi predominante entre os médicos pesquisados e não foi unânime dentre os recém-formados entrevistados.

O fato de a maior parte dos médicos pesquisados ser natural de Belo Horizonte ou ter vindo para a Capital para terminar o ensino médio e prestar o vestibular reforça o que Seixas e Stella (2002) afirmam sobre determinantes da fixação de médicos. Dentre os determinantes da retenção está o local de origem do médico, onde ele tende a permanecer trabalhando.

Os dados sobre o tempo de trabalho dos médicos no PSF refletem o que ocorreu na trajetória de parte deles que, com a implantação do PSF em Belo Horizonte, em 2002, foi convidada – ou mesmo pressionados, segundo relatos – a aderir ao programa. Este grupo cursou neste período a especialização em Saúde da Família, oferecida pela Prefeitura de Belo Horizonte em parceria com a UFMG, e passou a atuar como médico do PSF. Tais profissionais, assim, possuem tempo de trabalho um pouco maior do que cinco anos, o que contribui para que esta faixa de tempo de trabalho seja a de maior frequência.

Pouco mais da metade dos entrevistados, no entanto, trabalha há menos de cinco anos no PSF em Belo Horizonte. Dados de Minas Gerais mostram que o percentual de médicos do PSF dos municípios com mais de 500 mil habitantes (como é o caso de Belo Horizonte) que têm até cinco anos de trabalho no mesmo município é de 43,2%.

O tempo de permanência da mesma Unidade Básica foi bem inferior ao tempo de trabalho no PSF em Belo Horizonte, demonstrando que a mudança entre Unidades é mais frequente. Os motivos para essas mudanças foram também abordados na pesquisa, relevando outros fatores que também são levados em consideração pelos médicos em suas opções profissionais, conforme mostra o Quadro 3.

5.2 Organização do trabalho

Sobre a organização do trabalho, a análise permite observar alguns pontos convergentes na comparação com o que se propõe. O vínculo entre os profissionais e a população, considerando a perspectiva positiva que o vê como uma vantagem para o médico, de fato, é um dos condicionantes para a escolha do PSF segundo o que foi considerado no

Quadro-resumo 3: a identificação com a proposta do PSF. Como pode ser observado, essa identificação é expressa de forma geral e em relação a alguns se seus pontos específicos: abordagem integral do paciente, vínculo com a população e foco nas ações de prevenção.

Ao mesmo tempo, a vinculação do médico com a população também aparece entre os motivos que fazem os médicos declararem o desejo de permanecer no PSF.

Seixas (2006) já havia constatado em pesquisa com médicos de São Paulo que a opção pela atuação no PSF é motivada, frequentemente, por essa identificação com a proposta e a abordagem integral do cuidado à saúde. O autor ressalta, ainda, que as relações estabelecidas entre equipe e comunidade, e o desenvolvimento de ações de educação, promoção e prevenção perante a população são fatores de satisfação para os profissionais.

Portanto, observa-se que a formação e a manutenção e vínculo com a população – reconhecida pelo médico como algo positivo no âmbito de sua prática, por auxiliar sua capacidade de diagnosticar problemas e ajudar o paciente – desempenha, de fato, o papel de aspecto de atração e retenção de profissionais.

Um outro ponto que pode ser destacado em relação à organização do trabalho é a atuação como generalista, identificada como principal característica que distingue o trabalho do médico do PSF.¹⁷ Este fator se apresenta de forma diferente para médicos do PSF e médico do apoio. Para os primeiros, o fato de atender pacientes nas áreas de pediatria, ginecologia e clínica médica representa um dos fatores de atração. Eles encaram essa característica como um desafio profissional, como oportunidade de diversificação de atividades que torna o trabalho mais interessante. Para os recém-formados, é também uma oportunidade de aprendizado.

Para os médicos de apoio, no entanto, este fator foi citado por todos os entrevistados como justificativa para a não adesão ao modelo. O argumento é que não se sentem capazes de prestar atendimento nas três áreas básicas por terem se especializado e trabalhado por algum tempo somente em uma especialidade. Alguns ainda reconhecem que poderiam se capacitar para um atendimento generalista, mas não têm interesse, porque gostam da sua área de atuação e não pretendem mudar.

A essa postura pode estar associado o fato de os profissionais de apoio questionarem o PSF enquanto modelo de Atenção Primária, apresentando uma postura contrária ou de dúvida sobre a capacidade do programa de melhorar a oferta de serviços de saúde no nível primário.

No plano coletivo, o fator no qual a visão dos profissionais converge para os condicionantes de sua decisão de sair/ ficar é o excesso de demanda por consultas e de atendimentos a urgências, o que dificulta a realização de atividades de prevenção e promoção da saúde. Este fator é ressaltado com frequência nos relatos dos médicos e é o motivo pelo qual um dos profissionais do PSF pretende sair.

Neste caso, especificamente, o profissional foi atraído para o PSF por acreditar na proposta que estava sendo implantada, principalmente por ser um projeto do Governo Federal que estava sendo expandido para todo o País. Observou, no entanto, um descompasso entre o que estava sendo proposto e o que acontecia na realidade da prática do PSF, expresso principalmente pela falta de oportunidade para desenvolver ações programadas e de prevenção, atribuída, em grande parte, a esta demanda.

Estudos realizados por Capozzolo (2003) e Seixas (2006) apontam que os médicos, de fato, vivem uma tensão entre a necessidade de atendimento às demandas de urgência e a de realização das atividades programadas, por ser a primeira considerada excessiva e imprevisível. Assim, há uma redução do tempo para a realização dos grupos operativos, das visitas domiciliares e demais ações preventivas, de vigilância, educacionais e de integração com a equipe.

No que se refere à relação estabelecida com a comunidade, outro ponto do plano coletivo, em geral, foram relatadas boas experiências, sem problemas mais graves ou marcantes de conflitos considerando o local de trabalho atual. Um dos relatos, no entanto, atribui a uma difícil relação com a comunidade a decisão de mudar para outra UBS.

¹⁷ Embora Saúde da Família seja uma especialidade, o médico do PSF é visto como um profissional que atua, ao mesmo tempo, como pediatra, ginecologista e clínico geral. Neste sentido, quando o texto estiver se referindo aos relatos dos médicos entrevistados será esta a visão apresentada.

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

A preferência por um trabalho com horários regulares, sem plantões, surge como um fator relacionado à dimensão organização do trabalho, mas que não foi considerado inicialmente no quadro descritivo. Entretanto destaca-se por ser citado como um dos pontos que ao mesmo tempo atrai e retém os profissionais.

Observa-se que parte dos aspectos apresentados nos relatos dos médicos a respeito dos temas ligados à organização do trabalho não foi considerada como motivador para a escolha do PSF ou para o abandono do programa. Isso pode indicar que os fatores não mencionados podem ter menor peso nas escolhas, considerando a amostra pesquisada.

O Quadro 4 recupera os principais pontos abordados nesta categoria, destacando aqueles que apresentaram relação direta com a atração e retenção no estudo.

QUADRO 4
Organização do Trabalho versus atração e retenção

Dimensão	Categoria	Fatores
Organização do trabalho	Plano individual (dimensões da atuação no PSF que afetam diretamente a prática profissional)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atender pacientes nas três clínicas básicas. ▪ Carga horária de 40 horas semanais. ▪ Vínculo com a população adscrita: <ul style="list-style-type: none"> ○ lado positivo: possibilita ao médico melhor capacidade de diagnóstico e tratamento adequados por conhecer o contexto e a história do paciente, pelo foco na família; permite o acompanhamento dos pacientes, a continuidade do cuidado, que aumenta a capacidade de intervir na melhoria das suas condições de vida;
	Plano coletivo (dimensões que se referem à interação com a comunidade)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em geral, a relação com a população adscrita é considerada muito boa, como poucas exceções de pacientes que se queixam do tempo de espera pelo atendimento. ▪ Alguns fatores ligados à organização do trabalho no plano coletivo são apontados como desvantagens do trabalho no PSF: <ul style="list-style-type: none"> ○ A grande demanda por consultas e a necessidade de atender urgências como muita frequência, que diminui a realização de atividades de prevenção e promoção da saúde.
	Plano institucional (dimensões que se referem a interação com outros agentes na equipe de saúde da família e na UBS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existem deficiências, no entanto, na articulação entre médico da equipe e médico de apoio no que se refere ao atendimento.

Fonte: Dados da pesquisa

5.3 Gestão

Os aspectos da gestão observados estão ligados diretamente à atração e à retenção os fatores relacionados à forma de contratação e à remuneração.

Quanto à forma de contratação, os relatos ressaltam que a importância que os médicos atribuem ao concurso público está ligada à estabilidade financeira e às garantias trabalhistas, especialmente o direito às licenças médicas. Foi também apontado como fator que auxilia a fixação no local de trabalho, favorecendo a criação de vínculo com a comunidade.

Foram observados relatos de mudança para o PSF de outro município estimulada pelo tipo de contrato de trabalho. Neste caso, sugere-se que o concurso público poderia ser um fator de atração, na medida em que se observa insatisfação com um contrato sem garantias trabalhistas que influencia o profissional a mudar de emprego.

No entanto, a contratação por meio de concurso público não se confirma como um fator de retenção. De um lado,

não está colocado dentre os motivos que fazem com que o profissional queira permanecer; de outro, observa-se que profissionais que manifestam o desejo de sair possuem vínculo de trabalho estável, mesmo no caso daqueles identificados como oportunistas, e já revelaram o seu intuito de permanecer temporariamente no programa.

Nesse sentido, observa-se certa divergência entre o que é colocado como muito importante para os profissionais e o que de fato contribui para sua atração e fixação. Esses resultados sugerem que o vínculo é um fator importante para o profissional, conforme se observa nos relatos, mas parece não ser determinante para decisão do médico de ficar.

Outro ponto ressaltado pelos entrevistados diz respeito a remuneração. Ficou latente nos relatos que o salário recebido atualmente está aquém das atribuições do médico do PSF. No entanto, a remuneração foi considerada um fator capaz de atrair e reter profissionais, por ser reconhecidamente superior aos patamares do mercado.

Mobley (1992) destaca que os níveis salariais constituem variável que possui relação consistente com a rotatividade, embora Campos (2005) destaque que o salário atrai os profissionais para o PSF, mas não os fixa. Vale ressaltar que, assim como os outros fatores, remuneração não aparece como determinante único, mas para os médicos estudados esteve relacionada com a opção pelo programa e com o desejo de permanecer.

O Quadro 5 destaca os fatores comuns e também os divergentes envolvendo a gestão e a atração e fixação, como forma de sintetizar a análise.

QUADRO 5
Gestão versus atração e retenção

Dimensão	Categorias	Fatores
Gestão	Forma de seleção/contratação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O vínculo estável (concurso público) é importante porque oferece segurança financeira e garantias trabalhistas, sobretudo o direito à licença médica. ▪ O concurso público é um fator que auxilia fixação do médico no local de trabalho e, conseqüentemente, facilita a vinculação entre médico e comunidade.
	Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O valor da remuneração é alto tendo como referência o mercado. ▪ A remuneração está aquém do que é considerado adequado, tendo em vista: <ul style="list-style-type: none"> ○ carga horária, que impede ou dificulta o trabalho em outros locais e, portanto, a obtenção de um renda maior do que o salário no PSF; ○ complexidade do trabalho desempenhado, que vai além do atendimento a consultas, envolvendo planejamento e co-responsabilização pela saúde da população adscrita; e ○ carga de trabalho decorrente do grande número de pacientes que a equipe deve atender.

Fonte: Dados da pesquisa

5.4 Condições de trabalho

Alguns fatores relatados sobre as condições de trabalho foram associados pelos profissionais a: mudança para o PSF de outro município; mudança entre unidades básicas; e mudança de emprego ou tipo de trabalho.

No primeiro caso, destacou-se a falta de retaguarda da rede de saúde, expressa pela dificuldade de encaminhamento de pacientes para atendimento de urgência/emergência para os outros níveis de atenção à saúde. Nos relatos dos profissionais, este tema foi muito destacado como fator de desvantagem do trabalho no PSF. De fato, alguns profissionais mudaram de município por este motivo, inclusive de municípios menores, no interior do estado.

Dentre os determinantes da mudança entre as Unidades Básicas, frequentemente, foi indicada a questão da distân-

ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

cia da Unidade. Muito deles mudaram de UBS para ficarem mais próximos de sua residência, o que reafirma seus relatos a respeito da importância deste fator para suas escolhas.

Esse dado corrobora o que a Pesquisa da Estação ObservaRHSP (2006) concluiu acerca da rotatividade de profissionais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, segundo o qual a localização da unidade de saúde é um dos fatores determinantes da rotatividade dos profissionais.

Quanto à mudança de emprego ou de tipo de trabalho, destaca-se o alinhamento entre o modo como os profissionais percebem o mercado de trabalho para os médicos e suas decisões profissionais. A possibilidade de trabalhar como autônomo em consultório particular é considerada muito difícil, devido à dependência dos convênios, que, segundo os médicos, remuneram mal o profissional, e aos custos de manutenção do consultório. Assim, muitos deles alegaram que deixaram esta atividade porque ela deixou de ser lucrativa.

As condições de trabalho são, com muita frequência, abordadas por estudos sobre a categoria médica no PSF. Questões como salário, infraestrutura, disponibilidade de materiais e medicamentos são consideradas motivos de insatisfação para os profissionais (MACHADO, 2002; CAPOZZOLO, 2003; CAMPOS, 2005; MENEZES e ROCHA e TRAD, 2005; SEIXAS, 2006). No entanto, segundo os dados, não se pode destacar muita convergência entre as queixas dos profissionais a respeito dessas condições e aqueles fatores que, de fato, contribuem para a decisão de deixar o PSF propriamente.

Em relação ao mercado de trabalho, a percepção é de que, em geral, existe muita oferta de vagas para médicos. O PSF é visto como um campo de destaque nesta oferta, fator que atraiu alguns dos profissionais entrevistados, notadamente os recém formados.

CFM (2004) destaca que em Minas Gerais, em 2003, o PSF contava com 6,8% dos médicos do estado, percentual superior ao da região Sudeste (3,3%) e do país (4,9%). O Quadro 6 representa os fatores descritos, destacando o que foi analisado nesta seção.

QUADRO 6
Condições de trabalho versus atração e retenção

Dimensão	Categorias	Fatores
Condições de Trabalho	Condições físicas e materiais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A falta de apoio da rede nos outros níveis de atenção à saúde é colocada como um fator negativo ou uma desvantagem de se trabalhar no PSF em relação às condições de trabalho.
	Localidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A distância da UBS em relação à residência é um fator também muito importante para o profissional, para sua qualidade de vida.
	Mercado de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Há muita oferta de vagas para médicos, mas nem sempre as condições de trabalho são ideais. Destacam-se as vagas no PSF e para plantões em emergências. ▪ A atuação no âmbito privado, como autônomo, é dificultada pelo elevado custo de um consultório e pela dependência dos convênios, que diminui os rendimentos.

Fonte: Dados da pesquisa

5.5 Cultura e Identidade

Os dados a respeito dos temas identificados na dimensão Cultura e identidade demonstraram que os médicos do PSF têm uma visão positiva a respeito do programa enquanto modelo de Atenção Primária. Essa identificação, de fato, foi o fator mais frequente nos relatos sobre as motivações para trabalhar no programa, demonstrando uma convergência entre a percepção e o fator de atração.

De maneira oposta, a visão dos médicos de apoio a respeito do PSF, que alegam não acreditar ou não poder afirmar que o modelo é capaz de melhorar o atendimento à população, aparece como um dos motivos que os levam a não

aderir à proposta.

Assim, há uma convergência entre a visão sobre o modelo de atenção e a atração dos profissionais.

Meneses e Rocha e Trad (2005) afirmam que a adesão ao PSF pode ser facilitada quando os médicos são seduzidos pelos seus princípios e estes vêm ao encontro do desejo de ruptura com a racionalidade médica tradicional.

A satisfação pelo tipo de trabalho desempenhado e o sentimento de gratificação por ver os resultados deste trabalho refletidos nas melhorias de condições de saúde da população, fatores associados ao significado de ser um médico do PSF, destacaram-se como motivos para retenção dos profissionais.

QUADRO 7
Cultura e identidade versus atração e retenção

Dimensão	Categorias	Fatores
Cultura e Identidade	Identificação com o programa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão positiva quanto ao PSF enquanto modelo de Atenção Primária. ▪ Há ressalvas sobre distância entre o modelo e a prática como ocorre atualmente. ▪ Os desvios observados entre o ideal e o real causam decepção em alguns profissionais, que deixam de acreditar que a proposta chegará a ser colocada em prática da maneira como foi pensada. ▪ Os médicos de apoio à Equipe de PSF não consideram que o programa é o mais adequado para oferta de serviços de Atenção Primária e questionam a sua efetividade em termos de capacidade de melhorar as condições de saúde da população.
	Significado de ser médico do PSF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está ligado ao perfil do profissional, que gosta do tipo de prática desenvolvida no PSF. É uma escolha pessoal. ▪ Sentimento de gratificação pela possibilidade de ver os resultados do trabalho.

Fonte: Dados da pesquisa

CAPÍTULO - 06

CAPÍTULO 06

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos determinantes da atração e fixação dos profissionais no PSF mostrou-se, desde o início do trabalho, uma tarefa que envolveria um olhar ampliado, por considerar temas diversos. A revisão da literatura, que revelou algumas pesquisas já existentes a respeito do problema, mostrou a impossibilidade de se determinar causas isoladas para a rotatividade dos profissionais médicos.

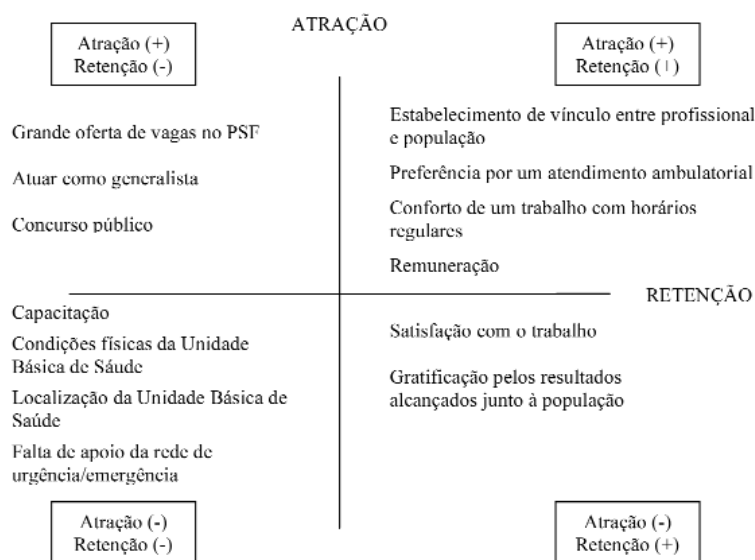
Alguns estudos buscaram analisar esta questão focando determinantes como a satisfação ou a busca por formação profissional como motivadores para a mobilidade dos médicos. Neste estudo, optou-se pela tentativa de apreender a percepção dos profissionais sobre os elementos cuja relação com a rotatividade já havia sido comprovada e estabelecer, a partir daí, uma comparação entre essa percepção e o que de fato foi relatado como um condicionante de atração e de retenção.

Considerando o objetivo do trabalho – identificar e discutir os fatores associados à atração e retenção de profissionais médicos no Programa Saúde da Família (PSF) em Belo Horizonte – três pontos principais podem ser depreendidos do estudo realizado.

O primeiro ponto é que os fatores de atração para o PSF não necessariamente coincidem com aqueles de retenção. O Quadro 3 sintetiza o que foi relatado pelos médicos como os motivos que levaram a optar pelo PSF e os motivos que os levaram a permanecer no programa. A Figura 3 situa todos os fatores apresentados pelos entrevistados, buscando explicitar essa comparação.

**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

FIGURA 3
Atração versus retenção



Fonte: Elaborado pela autora

Dentre aqueles fatores que atraem, mas não retêm está a grande oferta de vagas no PSF, que facilita o ingresso no mercado de trabalho, seja para recém-formados, seja para aqueles que, por algum motivo, se afastaram da medicina e desejavam voltar. Neste quadrante está também a atuação como generalista, que representa para os médicos do PSF um desafio profissional, uma oportunidade de diversificar suas atividades, tornando-as mais interessantes. Para os recém-formados significa também uma oportunidade de aprendizado importante no início da carreira.

Dentre aqueles fatores que, de forma oposta, não atraem diretamente o profissional, mas são ligados à retenção está o fator satisfação com o trabalho, que traduz o que os médicos relatam como gostar da prática, gostar do tipo de trabalho que desenvolvem dentro do PSF. Da mesma forma se coloca a gratificação com os resultados obtidos junto à população, que se torna mais evidente na prática do PSF por sua característica de promover o vínculo entre os profissionais e a população, bem como o acompanhamento de pacientes.

Os fatores que foram considerados neste modelo como aqueles que não atraem e não retêm correspondem aos que foram frequentemente destacados como de extrema importância para o trabalho do médico, mas que, no entanto, não foram citados como motivos diretos para optar pelo PSF, para permanecer ou, mesmo, para deixar de ser um médico do PSF.

Assim, neste quadrante foi incluída a capacitação, a qual é descrita de forma quase unânime pelos médicos como de extrema importância para o trabalho no PSF, por possibilitar a atualização necessária para a atuação nas três áreas básicas. No entanto, não é apresentada dentre os fatores que diretamente atraem ou retêm. Uma possível explicação para essa contradição talvez seja a baixa frequência com que os profissionais têm acesso a estas atividades. Por outro lado, observa-se que a falta de atividades de capacitação também não é relatada como motivo para fazer o médico deixar o programa e nem mesmo é colocada como um ponto negativo da atuação no PSF. Por esses motivos, foi mantida neste quadrante.

Da mesma forma, as condições físicas da Unidade Básica de Saúde, sempre relatadas como um aspecto importante das condições de trabalho do médico, não aparecem como motivos para saída e/ou mudança de local de trabalho.

No mesmo quadrante estão também os fatores de não retenção, ou seja, que naturalmente não atraem por serem fatores negativos do trabalho, por expressarem a falta de boas condições de trabalho e que são de fato motivos para saída do médico. Assim, este quadrante expressa tanto a aparente "indiferença" daquele fator para a decisão do médi-

co quanto os aspectos que são responsáveis pela saída do profissional. Neste segundo caso, são destacadas a localização da Unidade Básica de Saúde e a falta de apoio da rede de urgência/emergência.

Por fim, no quadrante superior direito encontram-se aqueles fatores que, segundo a pesquisa realizada, interferem tanto na atração quanto na retenção dos profissionais. O estabelecimento de vínculo entre profissional e população aparece como um fator que atrai os médicos por uma identificação com o que o modelo prega para a atenção à saúde em seus diversos pontos (abordagem integral do paciente, vínculo com a comunidade e foco em ações de prevenção). Da mesma forma, aparece como um dos pontos que faz com o que médico decida permanecer no programa.

A remuneração, embora seja considerada aquém do ideal para um médico do PSF, tendo em vista suas atribuições, é reconhecida como um elemento que atrai e retém. A opção por um emprego fixo com horários regulares e que seja exclusivamente ambulatorial também é um aspecto que atrai médicos para o PSF e os motiva a desejarem permanecer.

Vale destacar que a Figura 3 traz uma simplificação da realidade, uma vez que os fatores não são colocados de forma isolada, e sim em uma combinação que converge para a atração e retenção do profissional.

A Figura 3 retrata, assim, a forma como estes fatores se apresentaram no contexto específico de Belo Horizonte. É provável que este “modelo” se configure de forma diferente se considerada outra realidade.

O segundo ponto que se destaca é o alinhamento observado entre os dados obtidos e os estudos sobre o tema descritos na revisão de literatura. Em grande medida, o que foi relatado pelos médicos a respeito de cada dimensão estudada reforça o que já foi reconhecido como relacionado à atração e retenção.

Finalmente, o terceiro ponto que pode ser depreendido da análise realizada é que nem todos os fatores considerados relevantes pelos médicos para seu trabalho no PSF são de fato condicionantes de suas escolhas profissionais e de sua opção pelo PSF. Ou seja, existem divergências entre o que eles consideram importante e o que de fato os atrai e retém. Essa configuração pode sugerir, de certa forma, o peso de cada fator para a decisão dos médicos, ou do que é considerado prioritário por eles.

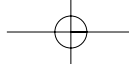
No entanto, é importante ressaltar – o que pode ser considerado uma das limitações do estudo – que os dados se referem à percepção dos médicos a respeito de temáticas que a literatura considera como relacionadas à atração e retenção. Portanto, os dados apresentam uma perspectiva única: a dos profissionais. Este fato torna-se um complicador, na medida em que muito dos fatores ligados às escolhas profissionais podem ter caráter subjetivo, o que os torna de difícil apreensão.

Assim, são observadas posturas contrárias a respeito do mesmo fator. Ou seja, o que atrai um profissional não atrai outro. Neste sentido é também válido mencionar que o processo de escolha dos médicos é marcado por muitas incertezas, pois “as aspirações e projetos individuais dos sujeitos são definidos e redefinidos em função das oportunidades e da avaliação das condições concretas que se lhes apresentam” (MENESES e ROCHA e TRAD, 2005, p. 315).

Este componente subjetivo, de certa forma, dificulta a ação da gestão de recursos humanos em termos de formulação de políticas que estimulem a atração e a fixação dos profissionais. Com base nos dados do estudo, é possível, no entanto, sinalizar alguns caminhos para as ações da gestão.

Tendo em vista os fatores que atraem e retêm os profissionais, observa-se que é possível interferir em algumas condições mais objetivas, como a remuneração. Para aqueles fatores que se relacionam à identificação do profissional com a proposta, é possível propor ações no sentido de aproximar a prática do PSF de seu modelo ideal. Neste sentido, poderiam ser pensadas ações voltadas para a gerência da Unidade Básica de Saúde, uma vez que ela se mostrou importante para a efetividade da prática do PSF na área de abrangência da Unidade e para soluções voltadas a um equilíbrio na relação profissional/população como uma tentativa de minimizar as distorções percebidas entre o modelo e a prática.

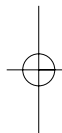
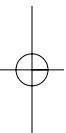
Este trabalho contribuiu para o entendimento dos condicionantes da atração e da retenção dos médicos do PSF em

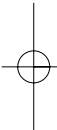
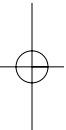
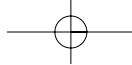


ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

Belo Horizonte ao evidenciar as relações entre as escolhas dos profissionais e a percepção deles sobre diversos temas ligados ao seu trabalho.

Por fim, algumas questões que surgiram no contexto deste estudo podem ser colocadas como sugestão para pesquisas futuras capazes de contribuir para o entendimento do tema: a) Qual é o tempo ideal de permanência do médico no PSF? e b) Existem outras formas de assegurar o vínculo com a população que não necessariamente passem pela permanência do médico?





ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

7. REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. EN: Hacia nuevos enfoques de gestión pública – Caracas: CLAD, 1997 – Anales 3, p. 21-49.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; FONSECA, Claudio Duarte da; HARZHEIM, Erno. A Estratégia Saúde da Família. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
- ALBARELLO, Luc. et alii. Práticas de Investigação em Ciências Sociais: trajectos. Lisboa: Gradiva, 1997.
- ALBUQUERQUE, L.G. O papel estratégico de Recursos Humanos. São Paulo: FEA/USP. 1987 (tese de livre docência).
- ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina, Rio de Janeiro: UEL/ABEM; 1999.
- ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E.L.S.; GOMES, E.L.R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2(1), 1997.
- BARBOSA, A.C.Q. Relações de trabalho e recursos humanos em busca de identidade. ERA, Edição Especial Minas Gerais. Volume 45, 2005.
- BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; RODRIGUES, Júnia Marçal (organizadores). 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do estado de Minas Gerais. OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Belo Horizonte, 2006.
- BARBOSA, M. L. As profissões no Brasil e sua sociologia. Dados, 2003. vol. 46, nº 3, pp. 593-608.
- BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Secretaria de coordenação das políticas sociais. BH Vida - Saúde Integral. Diretrizes para o avanço e articulação do processo assistencial na SMSA para o período 2003-2004. Documento de circulação interna. Belo Horizonte, 2003.
- _____. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008. Belo Horizonte, 2005.
- BORRELLI, F.R.G. A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado. (dissertação) Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.
- _____. Portaria 648 de 5 de dezembro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.
- _____. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Ministério da Saúde. 1997
- _____. Portaria 399 de 22 de Fevereiro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2006.
- Campos, Claudia Valentina de Arruda. Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos

do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2005.

CAPOZZOLO, A. A. No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. O médico e o seu trabalho. CARNEIRO, M.B.; GOUVEIA, V.V. (coord.). Brasília: CFM, 2004.

COELHO, E.C. As profissões imperiais: Advocacia, medicina e engenharia no Rio de Janeiro, 1822-1930. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999.

CONASS. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS): Princípios e Diretrizes. Brasília, 2006a.

_____. Nota técnica 06/ 2006. Para entender o pacto pela saúde. Brasília: Conass, 2006b.

_____. Nota técnica 24/ 2006. Proposta das diretrizes para o PCCS/SUS. Brasília: Conass, 2006c.

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 157-181.

COSTA, J.S.M. Assistência humanizada e estrutura organizativa. A necessária interface: a experiência do grupo de trabalho de humanização em um hospital de Belo Horizonte. (dissertação) Faculdade de Ciências Econômicas. Belo Horizonte, 2004.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Curitiba, Rev. Sociol. Política, 18, p. 49-71, jun. 2002.

DAL POZ, Mário Roberto; STILWELL, Bárbara; MERCER, Hugo; ADAMS, Orvill. Agenda das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde: Novos Problemas e Soluções. In: Barjas Negri; Regina Faria; Ana Luiza D'Ávila Viana. (Org.). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. 1ª ed. Campinas: UNICAMP/NEPP, 2002, p. 323-342.

FISCHER, A. L.; ALBUQUERQUE, L.G. Delphi RH 2010 – Tendências em gestão de pessoas nas empresas brasileiras. São Paulo: FEA/USP, 2004.

FISCHER, A.L. “A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil – um estudo sobre as empresas consideradas exemplares”. São Paulo: FEA/USP, 1998 (tese de doutorado).

FLICK, Uwe. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, Cláudio Duarte da; SEIXAS, Paulo Henrique D'Angelo. Agenda Nacional de Recursos Humanos em saúde: diretrizes prioridades In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. p.289-322.

FREIDSON, E., 1998. Renascimento do Profissionalismo. São Paulo: Edusp.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2006.

GIRARDI, S.N. O perfil do emprego em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2, p.423-439, 1986.

**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: IN: NEGRI, B; FARIA R.; D'ÁVILA, A.L. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, 2002.

GUGLIEMI, Maria Cristina. A Política Pública "Saúde da Família" e a Permanência – Fixação – Do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde, Rio de Janeiro.

HOLANDA, F.L.; CUNHA, Isabel.Cristina.K.O. Tempo de permanência de enfermeiros em um hospital-escola e valores monetários despendidos nos processos de admissão, desligamento e provimento de novo profissional. Revista Latinoam. Enfermagem 13(5): 642-647, set.-out. 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.6, no.2, 2001.

MACHADO, M. H. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz., 1995.

_____. et al., 1997. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MACIEL FILHO, R; PIERANTONI, C.R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. IN: Barros, A.F.R. (org.) et alii Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MAROY, Christian. A análise qualitativa de entrevistas. In: ALBARELLO, Luc. et alii. Práticas de Investigação em Ciências Sociais: trajetórias. Lisboa: Gradiva, 1997.

MENDES E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde e a estratégia de implantação do saúde em casa em minas gerais: o plano diretor da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Comitê de Assuntos Estratégicos, nota técnica, 2007.

MENESES E ROCHA, A.A. R.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.303-16, mar/ago 2005.

MOBLEY, William H. Turnover: causas, conseqüências e controle. Porto Alegre: ED. Ortiz, 1992.

MOORE, Gordon e SHOWSTACK, Jonathan. Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. Ann Intern Med. 2003;138:244-247. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. Disponível em: www.annals.org

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Cadernos de pesquisa em Administração. São Paulo, v.1, n.3 2º sem.1996.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DE SÃO PAULO – OBSERVARHSP. Recursos Humanos em Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família: cidade de São Paulo: 10 anos de Saúde da Família. 2006. Disponível em: <http://www.observerhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html> acessado em 20/03.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

OPAS, Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Observatório de recursos humanos em saúde nas Américas, 1999-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro. IN: Barros, A.F.R. (org.) et.alii. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

PADILHA, Roberto Q. PROMED: programa de incentivo a mudanças curriculares nas escolas médicas. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Políticas de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PEREIRA-NETO, A. F. a profissão médica em questão (1922) dimensão histórica e sociológica. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (4): 600-615, Oct/Dec, 1995.

PIERANTONI, C. R. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2001 v.6, n.2.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. IN: Barros, A.F.R. (org.) et.al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

PINTO, L. F. Médicos e migração: a residência em foco. (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1555-1564, ago, 2006.

PUSTAI, O. D. O Sistema de Saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliano ERJ. Medicina ambulatorial. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2004. 1600 p. p. 69-75.

RABINOWITZ, Howard K; DIAMOND, James J., MARKHAM, Fred W.e PAYNTER, Nina P. Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. American Medical Association. JAMA. September 5, 2001 – Vol 286, No 9 p 1041-1048. Disponível em <<http://www.jama.com>>

SEIXAS, P.H. Médicos em saúde da família na cidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.observerhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html> acessado em 20/03.

SEIXAS, P.H.; STELLA, R.C.R. Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. IN: NEGRI, B; FARIA R.; VIANA, A.L.D. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp, 2002, p.354-371.

SELTIZ, C. et alii. Métodos de Pesquisa das Relações Sociais. São Paulo: Herder, 1965.

Sousa, Maria Fátima de, 2002. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In Os Sinais Vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC. p.23-36.

SILVA, P.B.L.; COSTA, N R. Características do mercado de trabalho no setor de saúde na década de 1990: reflexões. In NEGRI, B; FARIA R.; D'ÁVILA, A.L. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, 2002.

**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

SOUZA, H.M. et alli. Pólos de capacitação, formação e educação permanente para o programa saúde da família. In: BRASIL, Ministério da saúde. Políticas de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, Sílvia Maristela Pasa. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p. 76-87.

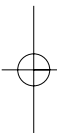
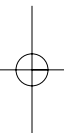
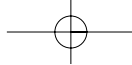
TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas 1987.

ULRICH, Dave. Os campeões de recursos humanos: inovando para obter melhores resultados. São Paulo: Futura, 1998.

VIANA, A. L. D.; DAL PÓZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005.

VIEIRA, Mônica. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.99-116.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.



8. APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro de entrevista

Parte I: Fatores individuais

1. O Sr.(a) poderia me falar sobre sua formação profissional? Desde a sua formação no ensino médio, o curso de medicina até as residências e especializações feitas?
2. Em que município nasceu e cursou o segundo grau? Cursou em escola pública ou particular?
3. O Sr.(a) saberia dizer por que escolheu cursar medicina? Ou qual o motivo que mais se aproxima do que o levou a fazer medicina?
4. Quais foram os principais locais ou tipos de serviço em que o Sr já trabalhou até hoje, desde que se formou? (hospital, posto de saúde, ambulatorios/consultorios particulares). É possível montar esta trajetória? (por que saiu de cada um deles/motivos para mudança)
5. E atualmente trabalha em quais outros locais?
6. Há quanto tempo está no PSF/na APS? Há quanto tempo no PSF/APS de Belo Horizonte? Há quanto tempo nesta unidade de saúde?
7. Por que escolheu ir trabalhar no PSF/na APS?

Parte II: Gestão

8. Qual é o seu tipo de contrato de trabalho atual?
9. Qual a importância da forma de contratação ou do vínculo de trabalho para o médico?
10. O Sr participa/participou de atividades de capacitação em APS oferecidas pela secretaria de saúde?
11. Qual a importância dessas capacitações?
12. Como é feito o planejamento do trabalho na unidade de saúde? O planejamento dos atendimentos, das atividades, agenda?
13. Como é a atuação da gerência nestas atividades? (em que atividades da equipe interfere, o que define)
14. Como é a relação da gerência com os profissionais de saúde?

Parte III: Organização do trabalho

15. Quais são, para o Sr.(a), as principais vantagens de se trabalhar no PSF/na APS? E as principais desvantagens?
16. E do ponto de vista da sua atuação como profissional médico? (ou seja, tendo em vista a sua carreira)
17. Em que as atividades de um médico do modelo PSF difere de um médico de apoio? Pensando no cotidiano do trabalho
18. Pensando neste cotidiano, o que acha que está funcionando bem, que está fluindo e o que acha que poderia ou deveria mudar? (pensando nas atividades desenvolvidas por ambos, que tipo de dificuldades são encontradas)
19. Como acha que deveria ser?
20. Como é a relação com os outros profissionais da equipe e com os profissionais de outras especialidades?
21. Como é a relação dos médicos desta unidade com a comunidade, com a população adscrita? Fazem visitas?

Parte IV: Condições de trabalho

22. O que considera bom e o que acha que poderia melhorar em termos de condições de trabalho dos médicos do PSF/da APS? (Pensando em :a) unidade de saúde e b) rede municipal)
23. Em que medida acredita que as condições de localização (da unidade de saúde e do município) influenciam a escolha do médico no momento de aceitar ou não uma proposta de trabalho?
24. (somente para médicos PSF) O que o Sr(a) acha da remuneração que um médico recebe hoje no PSF?

Parte V: Cultura e Identidade

25. O PSF foi adotado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para alcançar a mudança do modelo assistencial, reorganizando da rede de serviços, inclusive a rede hospitalar. O que o Sr. pensa a respeito do modelo?
26. Em termos profissionais, o que significa para o Sr ser um médico do PSF/da APS?
27. Está satisfeito profissionalmente?
28. (somente médicos do PSF) O que acha da formação profissional que recebeu tendo em vista o trabalho desenvolvido no PSF?
29. Acha que as universidades formam um tipo específico de profissional?

Parte VI: Fatores individuais - projeto futuro e mercado de trabalho

30. Por quanto tempo pretende ainda continuar trabalhando no PSF/na APS? Por que quer ficar?
31. (Somente para médicos do Apoio) O Sr. já trabalhou no PSF? Por que saiu do PSF? Trabalharia no PSF? Por que?
32. Como o Sr vê o mercado de trabalho para médicos hoje?

**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

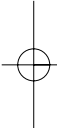
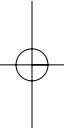
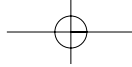
**APÊNDICE B
QUADRO DE REFERÊNCIA DOS FATORES, CATEGORIAS E DIMENSÕES**

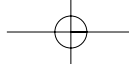
Dimensões	Categorias	Fatores
	Atributos pessoais	Idade Sexo Local de nascimento estado civil naturalidade do cônjuge profissão do cônjuge tem filhos/idade dos filhos tipo de escola de medicina (pública/privada) cidade em que se localiza a escola cursos de pós-graduação (tipo, área de especialidade, local, ano de conclusão) cursos de capacitação em SF / APS primeiro emprego (o que, onde, quando) emprego anterior (o que, onde, quando)/experiência com a vida e os recursos fora dos centros urbanos empregos atuais: tipo de serviço (hospital, ambulatório, posto de saúde, consultório, etc....); tipo de vínculo, carga horária
	Trajatória Profissional	tempo no emprego atual/tempo de permanência na APS/na UBS/no município projeção de carreira/desejo de permanecer no PSF/desejo de permanecer na profissão busca por especialização/desejo de especializar-se desejo de permanecer no município busca de estabilidade financeira planejamento de carreira anterior à formação Inexistência de plano de carreira no PSF/insatisfação com promoção busca de melhores oportunidades profissionais e econômicas
Fatores individuais	Projeto Futuro	autonomia do profissional em relação ao próprio trabalho Uso de capacidades e habilidades/nível de complexidade da função variedade de tarefas realizadas/rotinização identidade da tarefa (ter noção do seu trabalho perante todo o processo) profissionais não se sentem preparados para responder demanda generalista fadiga física e mental ao terminar a jornada de trabalho/incapacidade por doença relacionada com tensão ou fadiga/ estresse carga horária semanal de 40 horas
	Plano Individual	
Organização do trabalho		

	flexibilidade de horário de trabalho/falta de disponibilidade para cursar especializações fora do programa estabelecimento de protocolos e práticas sensibilização da população para a APS e seus princípios resolutividade dos atendimentos para diferentes grupos populacionais satisfação pelas relações estabelecidas com a comunidade grande demanda de atendimentos de urgência demanda de cobertura proposta para equipe é excessiva/ não atendimento de demandas/sobrecarga de atendimento demandas reprimidas por consultas individuais e exames relações de poder entre diferentes categorias profissionais na equipe rede de troca com outros profissionais ou equipes/solidação e isolamento dos profissionais/comunicação integração da equipe trabalho realizado em equipe satisfação pelas relações estabelecidas com a equipe de trabalho excesso de burocracia falta de hierarquia falha de planejamento subestimação do número de famílias a serem atendidas (cadastro de famílias desatualizado) reduzido número de auxiliares para atividades administrativas Inexistência de gerents conflitos com a gerência da unidade Tipo de gerência/estilo de supervisão integração e comunicação entre profissionais nas unidades baixos salários/valor do salário incentivo de remuneração variável ou por resultados Competitividade externa da remuneração/regulada pelo mercado/diferença de ganhos entre as regiões alinhamento interno da remuneração (equilíbrio entre os profissionais da equipe) outros fatores de compensação (promoções, aumentos, benefícios) pouca oportunidade de desenvolvimento profissional no PSFS formação acadêmica dos médicos (ênfase na especialidade)/currículos das escolas médicas oferta de capacitação no PSF educação continuada/educação permanente como componente intangível de valorização do profissional mudanças nas residências médicas precarização e diversidade de vínculos Diversidade entre os municípios quanto ao modo de seleção escassez de concursos públicos
Gestão	
Plano Coletivo	
Plano Institucional	
Coordenação	
Remuneração	
Capacitação	
Forma de seleção/contratação	

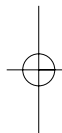
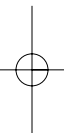
**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**

	<p>Instituições parceiras para contratação de profissionais limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal desligamento por iniciativa da empresa/influência da questão política falta de segurança condições de espaço/ventilação/higiene/ruído/possíveis causadores de acidentes disponibilidade de material/falta de medicamentos/descontinuidade de suprimento das unidades equipes incompletas e escassez de profissionais Dificuldade de encaminhar pacientes (exames e serviços de outra complexidade)/sistema de referência e contra-referência locais precários ou com poucas facilidades/precariedade do território de atuação Localização da UBS/distância/zona urbana ou zona rural demandas sociais da comunidade são direcionadas aos profissionais/lidar com realidade social de pobreza e violência visão, percepção e expectativa sobre mercado de trabalho e atuação profissional/oferta de postos de trabalho (privado x público)/(generalista x especialista)/Alternativas ao emprego atual/opportunidades no PSF x outras oportunidades Concentração de profissionais médicos no município Sentimento de incompetência frente aos desafios no PSF</p>
<p>Condições de Trabalho</p>	<p>Condições físicas e materiais</p> <p>Localidade</p> <p>Mercado de Trabalho</p>
<p>Cultura e Identidade</p>	<p>realização profissional/sentimento de felicidade e conquista/trabalho compensador generalista x especialista (imaginário da profissão) identificação com a proposta do PSF e abordagem integral do cuidado à saúde pouca valorização dos profissionais na APS motivação com prática de natureza humanitária/possibilidade de intervir socialmente motivação pela convivência com profissionais de outras áreas motivação pelo desafio de lidar com nova proposta de atenção à saúde prestígio, auto-estima e sensação de conforto carreira na APS e no PSF é menos valorizada ausência de profissional modelo de referência na área comprometimento/sentimento de pertencimento características da formação recebida e imaginário da profissão construído a partir dela</p>





**ATRAÇÃO, RETENÇÃO E A LÓGICA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE OS MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE**





REALIZAÇÃO:

