

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PATRÍCIA GORDIN PANNI

**MOTIVOS PARA A ROTATIVIDADE DOS MÉDICOS NA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA/RS**

Porto Alegre

2012

PATRÍCIA GORDIN PANNI

**MOTIVOS PARA A ROTATIVIDADE DOS MÉDICOS NA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA/RS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Cristianne Famer Rocha

Porto Alegre

2012

RESUMO

A rotatividade do na Estratégia da Saúde da Família é um problema que acomete todas as regiões do país. A alta rotatividade dos médicos na Atenção Básica traz prejuízos importantes à população. O atendimento médico fica com baixa resolutividade e eficácia, pois não há tempo para estabelecer uma vinculação com a população assistida. Gera grande gasto de recursos públicos para contratação e exoneração destes profissionais, o que poderia ser investido de forma mais eficiente na saúde. O objetivo deste trabalho é identificar os motivos da rotatividade de profissionais médicos em Cachoeirinha/RS, segundo a avaliação de médicos com contratos ativos, contratos inativos e gestores. Métodos: aplicou-se um questionário com 10 questões a fim de identificar as razões que levaram ou que pudessem levar o desligamento dos médicos na ESF. Resultados: gestores consideraram importante para a rotatividade dos médicos principalmente a questão salarial e infraestrutura das unidades de saúde, médicos ativos, infraestrutura e suporte de atenção terciária e médicos inativos, o suporte de exames diagnósticos como da atenção terciária. Concluiu-se que, para os médicos deste município, o que faz a diferença em sua decisão de permanência é o suporte técnico oferecido, a infraestrutura das unidades, os recursos diagnósticos e o acesso à atenção secundária e terciária à saúde.

Palavras-chave: Rotatividade dos Médicos, Estratégia da Saúde da Família.

ABSTRACT

The turnover in the Family Health Strategy is a problem that affects all regions of the country. The high turnover of doctors in primary care brings significant losses to the population. Medical care is low resolution and efficiency, because there is no time to establish a link with the population served. It creates great expenditure of public funds for hiring and dismissal of these professionals, which could be invested more effectively in health. The objective of this study is to identify the reasons for the turnover of medical professionals in Cachoeirinha/RS based on the evaluation of physicians with active contracts, and managers dormant contracts. Methods: we applied a questionnaire with 10 questions to identify the reasons that led or could lead to shutdown of the doctors in the FHS. Results: managers considered important for the turnover of doctors especially the issue of salaries and infrastructure of health facilities, medical assets, infrastructure and support for tertiary care and medical inactive, supported by diagnostic tests such as the tertiary care. It was concluded that for physicians in this city, which makes a difference in their decision to stay is the technical support provided, the infrastructure of the units, diagnostic resources and access to secondary and tertiary care health.

Keywords: Turnover of Physicians, Family Health Strategy.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, me auxiliaram a chegar ao final deste trabalho.

Agradeço em especial a minha filha Sophia e ao meu marido Gustavo, que sempre me confortaram com seu carinho e amor nos momentos mais difíceis, nunca deixando de estarem ao meu lado, acreditando que este momento seria possível.

Agradeço as minhas irmãs de coração Karine Vanzetto e Carolina Pauliquevis pela paciência e carinho com que me ajudaram quando solicitadas.

Agradeço a minha orientadora, Cristianne Famer Rocha, pelo apoio e pela atenção nesta etapa final do curso.

Agradeço a Ana Cláudia Meira, pela ajuda, pelo acolhimento e pelo incentivo. Você fez, junto com minha família, com que este trabalho fosse construído com tanto carinho e dedicação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	Erro! Indicador não definido.2
2.1 A HISTÓRIA PRECURSORA DO SUS: A SAÚDE NO MUNDO.....	12
2.2 A SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.3 A SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL.....	16
2.3 A SAÚDE EM CACHOEIRINHA.....	16
3 METODOLOGIA.....	20
4 RESULTADOS.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	Erro! Indicador não definido.7
REFERÊNCIAS.....	Er ro! Indicador não definido.8
ANEXOS.....	33
APÊNDICES.....	38

1 INTRODUÇÃO

O Programa da Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, com o objetivo de modificar o modelo assistencial existente, anterior à criação do Sistema Único de saúde (SUS) em 1988. O modelo assistencial anterior estava centrado no sistema médico/hospitalar, de caráter unicamente curativo (SCHRAIBER, 2002; SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

A sua implantação destinou-se a realizar um trabalho voltado à promoção e prevenção da saúde, atendendo ao usuário de maneira integral dentro de seu contexto de vida (familiar, cultural e social) (SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2009). Estava entrelaçada às diretrizes e aos princípios do SUS (VIANA; DAL POZ, 2005; MANFREDINI, 2005).

A partir de 2006, o Programa passou a ser chamado de *Estratégia*, com a intenção de fortalecer a atenção básica voltada para a saúde da família. A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

De acordo com documento elaborado pelo Ministério da Saúde, a fim de organizar o PSF no Brasil, as Unidades de PSF servem de porta de entrada ao usuário que, a partir da hierarquização do sistema, poderia ser atendido de forma integral, conforme sua necessidade, por meio de redes entrelaçadas e hierarquizadas de atenção. A unidade também está vinculada a um determinado território, no qual a equipe seria responsável pelo cadastramento e acompanhamento desses usuários de, no máximo, 4000 pessoas, sendo que a média recomendada pela Portaria nº 648/GM é de 3000 habitantes (BRASIL, 2006).

Para a realização deste trabalho, seria necessária uma equipe multiprofissional composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), de acordo com o número de pessoas acompanhadas pela equipe, atuando em tempo integral de 40 horas semanais.

A equipe de saúde fica responsável pelo cuidado de um determinado número de pessoas, criando vínculos, servindo de referência a esta comunidade e promovendo ações intersetoriais (BRASIL, 1997; FRANCO; MERHY, 1999; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O médico se insere neste contexto, com uma função diferente daquela exercida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) até então, função simplesmente embasada na relação doença e cura. Agora, o médico generalista tem como objetivo o atendimento de forma integral do indivíduo, de diferentes idades, além de ter a visão de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Ele passa a ter funções que vão além do aspecto doença/cura. Logo, é necessário ter condições de fazer o diagnóstico de sua comunidade e traçar estratégias para controle dos problemas e doenças prevalentes através do trabalho em equipe (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; BRASIL, 2002, 2004a).

No entanto, apesar de a Estratégia da Saúde da Família (ESF) ser considerada o alicerce e a porta de entrada do SUS, ainda nos dias de hoje, a sua implantação e operacionalização continuam sendo um grande desafio para os gestores, profissionais da saúde e sociedade em geral (GONÇALVES et al., 2009).

Existem hoje, no Brasil, diferenças importantes no perfil das equipes de ESF, como aquelas centradas no usuário (o que justifica o novo modelo de atenção), e outras ainda centradas no médico. Esta diferença ocorre conforme a gestão, a organização e o desenvolvimento local (FRANCO; MERHY, 1999; CAMARGO et al., 2008).

Uma das maiores dificuldades para a efetiva implantação da ESF está relacionada à política de recursos humanos, embora iniciativas do Ministério – como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – tentem resolver esta situação (GUGLIELMI, 2006). Esta dificuldade se deve principalmente pela intensa rotatividade dos médicos, impossibilitando um dos requisitos mais importantes para o sucesso do Programa, que é exatamente a vinculação do profissional com a comunidade em que trabalha (CAMPOS; MALIK, 2008).

Segundo Chiavenato (2000), a rotatividade não é causa, mas sim a consequência de fenômenos que se localizam interna ou externamente à organização. Ele considera como fenômenos externos a questão da oferta e procura de recursos humanos no mercado, as oportunidades de emprego e a situação econômica. Dentre os fenômenos

internos, estão a questão salarial, os benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização e as condições físicas ambientais de trabalho.

Várias hipóteses são levantadas quando se tenta esclarecer os motivos que causam a alta rotatividade dos médicos ou a ausência deles. Entre elas, estão os contratos temporários que acarretam na grande troca de profissionais (BRASIL, 2002; DAL POZ, 2002; GIRARDI; CARVALHO, 2003). Outra hipótese seria a ausência de médicos com perfil adequado para atuar no Programa. Constata-se que muitos dos profissionais que trabalham no Programa são recém-formados, inexperientes para o tipo de função que devem exercer, ou são médicos já aposentados de difícil adaptação (BRASIL, 2002).

Questões como o excesso de carga horária e de trabalho, as dificuldades diagnósticas e de infraestrutura e o suporte de outros níveis de atenção também são mencionados (MOROMIZATO, 1992; CAPOZZOLO, 2003).

O salário é apontado com fator de atração dos profissionais. Entretanto, não está atrelado à sua fixação, principalmente porque salários mais altos acabam aderidos a vínculos empregatícios precários, o que torna mais suscetível à troca de emprego por outro que lhe ofereça estabilidade (BRASIL, 2002; DAL POZ, 2002; GIRARDI; CARVALHO, 2003).

Também é indicado na literatura que o grande número de oportunidade de empregos, salários mais atrativos e a possibilidade de trabalho como profissional liberal aumentam a chance de maior rotatividade dos profissionais (PIERANTONI, 2001).

Para os gestores, uma das hipóteses que poderia influenciar na alta rotatividade seria o fato de os médicos buscarem especialização/residência médica, visto que, na maioria das vezes, o trabalho no PSF é seu primeiro emprego após a formatura na graduação (BRASIL, 2002).

Embora sejam muitas as razões para a não-fixação do médico, autores como Souza Júnior e Lucena (2005) sugerem que o processo de municipalização pode estar facilitando a fixação de profissionais de saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Pernambuco, particularmente médicos. Já Guglielmi (2006), em seu estudo, sugere que, para reverter esta realidade, é necessário a construção de uma nova proposta

curricular para a formação em nível de graduação e de pós-graduação, a valorização profissional dos médicos, além da ampliação do número de médicos na assistência à população.

A problemática de falta de médicos e da elevada rotatividade está presente na grande maioria dos municípios que aderiram à ESF, e a realidade do município de Cachoeirinha/RS não difere da apresentada.

Por trabalhar neste município desde 2003, como médica estatutária e de, desde 2009, fazer parte da gestão municipal da saúde como Coordenadora Médica, tenho percebido a intensa rotatividade dos médicos, mesmo com algumas medidas para reverter esta situação como aumento salarial.

Cachoeirinha é uma cidade localizada na região metropolitana de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Atualmente, o município possui aproximadamente 118 mil habitantes, distribuídos em 44km² de área territorial, e faz parte da 1º Coordenadoria Regional juntamente com outros 23 municípios (IBGE, 2012).

A municipalização iniciou na década de 80. Conta com um número significativo de unidades da saúde: oito equipes de ESF (outras sete em processo de implantação), nove UBS, um Centro de Especialidades e um Posto de Urgência e Emergência 24h. Apesar disto, ainda não consegue fornecer atendimento médico adequado a sua população.

Desde a implantação do PSF, em 2005, com cinco equipes, a dificuldade em fixar os médicos nesta modalidade de trabalho permanece. Os contratos de médicos para a ESF iniciaram em 2005, através de contrato emergencial, quando o município implantou as primeiras cinco equipes. Em 2007, foi realizado o primeiro concurso público no município, agora com vínculo Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), a fim de regularizar, então, as oito equipes existentes.

Neste concurso, houve a efetivação dos oito médicos necessários. Porém, já no decorrer do primeiro ano, houve necessidade de chamamento do cadastro reserva por demissão espontânea destes profissionais.

Em 2009 e 2011, foram realizados outros concursos, com a finalidade de regularizar a situação, entretanto novamente sem sucesso, mantendo a necessidade

continua por parte dos gestores de prover editais para contratação emergencial de médicos para atuação na ESF.

Este trabalho tem como objetivo geral identificar os motivos para a não-fixação de médicos na ESF no município de Cachoeirinha/RS.

Os objetivos são: avaliar os motivos que levam os profissionais médicos a não se fixarem na ESF; avaliar a importância, para os profissionais médicos, de condições de trabalho, tais como: o salário, a infraestrutura das unidades e suporte de atenção secundária e terciária e de exames diagnósticos; e criar subsídios para formular estratégias com a intenção de reduzir a rotatividade dos médicos no município de Cachoeirinha/RS.

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, centrado na ESF de Cachoeirinha/RS. A coleta de informações foi realizada através de questionários, com médicos atuantes, com médicos com contratos inativos e com os gestores da Secretaria Municipal da Saúde de Cachoeirinha. Este questionário abordava dez questões que poderiam influenciar na fixação do profissional. Nele, os entrevistados deveriam fornecer uma nota de 0 a 10, conforme grau de importância. Foram abordadas questões como salário, jornada de trabalho, infraestrutura das unidades, possibilidades de referenciamento para outras especialidades e outros níveis de atenção, suporte de exames diagnóstico, melhor proposta de trabalho em outro município, possibilidade de fazer residência médica/especialização.

Após a análise dos resultados e com as devidas conclusões, talvez seja possível formular estratégias com a intenção de reduzir a rotatividade dos médicos no município de Cachoeirinha/RS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A HISTÓRIA PRECURSORA DO SUS: A SAÚDE NO MUNDO

A primeira vez que foi levantada uma ideia de política voltada à assistência à saúde foi em 1601, na Inglaterra, através da assim chamada *Lei dos Pobres*. Ela tinha como objetivo permitir que a “pobreza” tivesse acesso ao cuidado médico, além também de defender a economia e a política da sociedade (DONNANGELO, 1976, p. 64).

Em 1920, igualmente na Inglaterra, o “Relatório de Dowson” lançou pela primeira vez a ideia de Atenção Primária à Saúde (APS), propondo a organização dos sistemas de saúde, por meio da descentralização geográfica, da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, tornando-se um marco na Saúde Pública. Este documento não só contrapôs o modelo flexneriano americano (curativo e individual) vigente na época, como também propôs a organização do sistema como meio de reduzir custos e aumentar a resolutividade da saúde (STARFIELD, 1998; MATTOS, 2000).

Nas propostas apresentadas, estava a implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa, e a hierarquização das ações primárias, secundárias e terciárias, de forma que a atenção primária – através do médico com formação em clínica geral – ficava responsável por solucionar a maior parte dos problemas. Somente se esgotadas as possibilidades de suporte naquele nível, é que o paciente seria encaminhado para o próximo nível de atenção, no qual teria assistência de médicos especialistas em diversas áreas e recursos técnicos de maior complexidade (GUIMARÃES, 1983; STARFIELD, 1998).

As propostas de Dowson não só tornaram-se a base do sistema nacional de saúde britânico criado em 1948, como também acabaram por orientar a reorganização da saúde de vários países, definindo duas características básicas da APS: a regionalização e a integralidade das ações de saúde (MATTOS, 2000; MATTA, 2005).

Entretanto, foi a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, que a APS ganhou relevância internacional, sendo considerada como a estratégia mais importante para que fosse atingida a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (OPAS/OMS, 1978).

Na Conferência de Alma-Ata, participavam 134 países e 67 organismos internacionais, e foi nela que a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a definir a APS como o “primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema 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” (OPAS/OMS, 1978).

Na Declaração de Alma-Ata também está disposta a organização da APS através da implantação de serviços de saúde locais voltados às necessidades de saúde da população. Define que o trabalho é realizado por uma equipe interdisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como haverá a participação social na gestão e no controle de suas atividades. Ações mínimas para o adequado desenvolvimento da APS também são descritos neste documento, tais como: educação voltada à prevenção e proteção de doenças, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, entre outras (OPAS/OMS, 1978).

Concomitantemente às mudanças sociopolíticas relacionadas ao acesso à saúde e sua eficácia frente ao sistema, desde a Lei dos Pobres, em 1601, até a Declaração de Alma-Ata, em 1978, vários países passaram a investir no “médico generalista”. Isto se fez necessário porque o crescimento exponencial das especializações no século XX não trouxe de forma alguma uma melhora dos sistemas de saúde, piorando ainda mais a crise que neles já se instalava, por gastos excessivos e pouca resolutividade, evidenciando a necessidade de reavaliar este modelo (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

Países como a Holanda, Inglaterra, Portugal, Canadá e Cuba têm investido cada vez mais na APS. Eles contam com médicos generalistas como primeiro contato do usuário do sistema de saúde, e estão apresentando excelentes resultados (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2012)

Entretanto, alguns países desvirtuaram o real significado de APS proposta pela OMS, adotando uma política de saúde de baixa complexidade voltada à população de

baixa renda como forma de minimizar a exclusão social e econômica, que nada tinham de semelhante à ideia de universalidade e de defesa da saúde como um direito destacada na Declaração de Alma-Ata (MATTOS, 2000).

A APS vem, então, com a proposta de mudar o acesso, de melhorar a resolutividade e de organizar o sistema de saúde. Nela, o médico generalista encontra-se como ponto-chave para realmente resolver as questões de saúde (cerca de 85% destas questões) e, se necessário, encaminhar para outras especialidades. Ele é, então, responsável pela coordenação da atenção médica à pessoa em todos os níveis (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

2.2 A SAÚDE NO BRASIL

O Brasil também tem procurado organizar intensamente o seu Sistema de Saúde. As primeiras experiências de APS ocorreram de forma discreta no século XX. Embora ainda não tivessem uma visão de integralidade, os chamados centros de saúde, em 1924, estavam organizados a partir de um território e abordavam a educação sanitária. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1940, realizava ações curativas e preventivas. Eram, porém, restritas às doenças infecciosas e carenciais (MENDES, 2002).

No Brasil, somente em 1963, através do Dr. Mário Magalhães Silveira, na III Conferência Nacional de Saúde, é que foi sugerida uma proposta semelhante àquela apresentada por Dowson em 1920 (VASCONCELLOS, 1997).

Na década de 1970, surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), caracterizado por ações médicas simplificadas, de baixa resolutividade e sem integralidade de atenção, embora ele tenha sido criado com o objetivo de fornecer acesso à saúde a populações excluídas (MENDES, 2002).

Também na década de 1970, se inicia no Brasil um movimento com objetivo de modificar o sistema de saúde existente, a Reforma Sanitária, que propunha a universalização e a promoção da equidade e serviram de alicerce para a criação do Sistema Único de Saúde em 1988 (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994; CORDEIRO, 1996).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 e regulamentado em 1990, nasce com a intenção de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos e alicerçado nos princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde, descentralização (caracterizada pela municipalização), regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (PEREIRA, 1995; CORDEIRO, 1996). A partir deste momento, a APS passa a ser chamada no Brasil de Atenção Básica à Saúde por influência da Reforma Sanitária, mas possuindo as mesmas características de universalidade e integralidade de atenção (BRASIL, 2006).

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Agentes Comunitários que serviu, por seu sucesso, para a criação, em 1994, do Programa da Saúde da Família (PSF) que, posteriormente, tornou-se Estratégia da Saúde da Família (ESF) (VIANA; DAL POZ, 2005).

Para a implantação do PSF no Brasil, o Governo buscou inspiração nas experiências bem sucedidas de países como Cuba, Inglaterra e Canadá, os quais foram os pioneiros na década de 1980 em modificar o modelo de saúde, observando sua resolutividade e impactos positivos, tendo o médico generalista como porta de entrada para o sistema (SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

Assim, adaptado para a realidade brasileira, o PSF veio com uma proposta de reorientação do modelo assistencial, dando ênfase à atenção primária e não mais ao modelo hospitalocêntrico, centrada no médico e na cura, existente até então. Agora, a proposta apresentava como principal eixo a família, analisando não só o contexto de doença individual, mas sim onde ela estava inserida, seu aspecto cultural, de higiene, de trabalho, de estudo, entre outros (ROSA; LABATE, 2005).

Desde a sua implantação, a ESF tem aumentado consideravelmente a sua área de cobertura populacional. Isto é facilmente visualizado através dos gráficos ilustrados no Anexo A.

Em 2003, o número de equipes implantadas da ESF era de 19 mil, instaladas em 4,4 mil municípios e com uma cobertura populacional de 35,7% da população brasileira, aproximadamente 62,3 milhões de pessoas (BRASIL, 2012). Já em 2011, o número de equipes implantadas passou a ser de 31.981, atuando em 5.279 municípios, praticamente em quase a totalidade das cidades brasileiras (5.565).

2.3 A SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

O Estado do Rio Grande do Sul (RS) também acompanhou este crescimento na área da saúde e vem investindo fortemente na ampliação das equipes da ESF.

O RS é constituído por 496 municípios, que estão agrupados em 19 Regiões de saúde, compondo as sete macrorregiões de saúde que foram estabelecidas pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em setembro de 2002 (IBGE, 2012).

No Anexo B, encontra-se a evolução da cobertura populacional de equipes de ESF no RS.

Até o final do ano de 2008, Equipes de Saúde da Família estavam implantadas em 408 municípios do RS, proporcionando uma cobertura territorial de 84,68%, com 1.348.075 famílias cadastradas, totalizando 4.402.940 pessoas, conforme dados do SIAB de 2008. Estes dados são melhor compreendidos com a observação do mapa que mostra a cobertura territorial de ESF no Rio Grande do Sul em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (Anexo C).

Entretanto, apesar de ter uma cobertura territorial importante, onde as equipes existentes estão distribuídas por quase todo o Estado – faltando serem implantadas em apenas 15% dos municípios gaúchos – menos de 50% da população gaúcha é atendida por equipes de ESF (Anexo D).

2.4 A SAÚDE EM CACHOEIRINHA

Segundo Sampaio e Lima (2004), as Secretarias Municipais de Saúde são as responsáveis pela operacionalização da ESF, cabendo a ela inseri-la em sua rede de serviços, a fim de organizar o SUS de forma descentralizada. Embora seja necessário seguir as diretrizes dispostas pelo Ministério da Saúde, cada município deve considerar e adaptar a organização conforme a sua realidade e suas características.

Cachoeirinha faz parte da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS juntamente com outros 22 municípios: Alvorada, Araricá, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos,

Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Viamão.

A municipalização iniciou em Cachoeirinha na década de 1980, e a implantação do PSF começou em 2005 com cinco equipes. Atualmente, possui oito equipes de ESF credenciadas pelo Ministério da Saúde distribuídas pelo município em áreas de maior pobreza. Possui uma cobertura de aproximadamente 20,5% da população (BRASIL, 2012).

Projeta-se que, até o segundo semestre de 2013, sejam implantadas outras sete equipes com o objetivo de obter uma cobertura de 50% da população do município atendida. Entretanto, enfrenta dificuldades importantes para efetivar as equipes já existentes pela falta do profissional médico, que apresenta grande rotatividade no município, deixando a população sem atendimento médico, implicando pontualmente a eficácia da ESF.

Para que ESF obtenha o resultado esperado, com resolutividade, eficiência e eficácia, além de um número mais elevado de equipes implantadas, é necessário que os trabalhadores da área da saúde envolvidos (técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, agentes de saúde, enfermeiros, odontólogos) comecem a trabalhar com um novo perfil, uma nova cultura acima de tudo, que é o trabalho em equipe. É onde se incorporam novos conhecimentos, além de obter um compromisso diferenciado com a gestão pública, pela qual o paciente se faz o centro do enfoque, priorizando sempre a promoção da saúde e não somente o cuidado curativo (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Isto diz respeito a mudar a forma de cuidado com o paciente, tornando-se mais humanizado e acolhedor (CAMPOS, 1994).

Ainda que a ESF seja o modelo de atenção escolhida para mudar o padrão da assistência, existe uma dificuldade real para sua efetiva implantação. Uma das causas está na falta de profissionais para atender neste modelo (CAMPOS; BELISÁRIO, 2006). Isto porque estes profissionais são diferenciados e devem ter uma visão de trabalho que os permita trabalhar em equipe, compreender a organização e a gestão do processo de trabalho em saúde, manter um pensamento estratégico, perceber problemas da comunidade na qual atuam, para poder atuar pontual e estrategicamente, além de ter senso crítico quanto à efetividade do trabalho (PAIM; ALMEIDA, 2000).

Pela importância da ESF, como política de saúde pública para reorganização da atenção básica, existe uma grande necessidade de fixação dos profissionais, visto a necessidade de vínculo com a população. No entanto, a grande maioria dos municípios encontra dificuldades na contratação e permanência dos médicos, principalmente. Estudos realizados mostram que não existe apenas *um* motivo de atração e desligamento destes profissionais em determinado local e que, muitas vezes, o que os atrai não é o que lhe faz sair (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

A motivação foi considerada pela Organização Mundial da Saúde em 1997 como um fator de maior comprometimento e menor rotatividade para médicos da atenção primária. Esta motivação está principalmente relacionada à valorização da profissão, satisfação com o trabalho, com a equipe e salário adequado (WHO, 1997).

Rodrigues e Barbosa (2009) separaram em seu trabalho cinco dimensões para relacionar motivos ligados à atração e fixação destes profissionais – fatores individuais; organização do trabalho; gestão; condições de trabalho; cultura e identidade.

A questão salarial aparece como importante atrativo, mas não é o que faz o profissional fixar-se. Ao contrário, estudos mostram que salários elevados aumentam a probabilidade de maior rotatividade. Pode igualmente influenciar na maior rotatividade a distância da unidade onde se vai atuar, a infraestrutura das unidades, tanto em espaço físico como de material, e confiança na equipe de trabalho. Gestores pesquisados argumentam que aumentam o salário dos médicos, tentando, desta forma, aumentar sua fixação, o que, como dito anteriormente, não tem tido sucesso (CAMPOS, 2005). Quando os gestores são questionados sobre os motivos prováveis da saída destes profissionais, eles citam a saída para realização de residência médica ou especialização. Todavia, este argumento ainda é controverso (CAMPOS, 2005; SEIXAS, 2006).

Existem elementos que aumentam a satisfação do médico e diminuem a sua rotatividade, como apoio da gestão, possibilidades de educação continuada, desenvolvimento de ações de educação, promoção e prevenção, além de autonomia para gerenciar a agenda com base da análise da população da região (SEIXAS, 2006).

São queixas frequentes dos profissionais médicos – e que são determinantes no momento da decisão de desligamento da função – a falta de suporte de referenciamento e conseguir a regulação de casos mais graves, salário e jornada de trabalho, benefícios,

além daqueles já mencionados, como infraestrutura e disponibilidade de material (CAPOZZOLO, 2003; CAMPOS, 2005; SEIXAS, 2006).

A grande rotatividade de profissionais traz grandes prejuízos, não só à população – que fica carente do atendimento e acaba por desacreditar no sistema, tornando o vínculo cada vez mais difícil – como também ao setor público, que perde recursos financeiros importantes a cada contrato e demissão dos novos recursos humanos (BORRELLI, 2004).

Em 2011, a OMS divulgou que existem aproximadamente 9.171.817 médicos distribuídos desigualmente entre 193 países do mundo (OMS, 2011).

Concomitante, o Conselho Federal de Medicina divulgou que existem, no Brasil, um número de 371.788 médicos ativos. Destes, 204.563 são médicos especialistas (55,1%) e 167.225 são médicos generalistas (44,9%). Neste contexto do CFM, o médico generalista foi considerado aquele que não possui nenhum tipo de especialização.

A especialidade de Medicina de Família e Comunidade contribui com 2.632 (1,29%) médicos, e está distribuído no Brasil Anexo E.

No RS, o número total de médicos em 2011 foi de 24.716, equivalendo a 6,65% dos médicos do Brasil. Deste total de médicos, apenas 659 são especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

O RS possuía, em 2011, 1400 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde para apenas 659 médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade. Isto significa que os médicos que estão ocupando este mercado de trabalho, ou são especialistas em outras áreas ou, mais possivelmente, são médicos sem especialização. São aqueles que, conforme mencionado anteriormente, visualizam no trabalho na ESF uma maneira de obter um bom salário enquanto aguardam outras propostas de salário, a medida que adquirem experiência ou até o momento de fazer a especialização, aumentando, com isso, a rotatividade.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, centrado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Cachoeirinha/RS.

De acordo com Minayo (2004), a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o pesquisador e com os atores sociais envolvidos.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário. Destacam-se também na pesquisa descritiva aquelas que visam descrever características de um processo em uma organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população, entre outros.

Para o mesmo autor, a pesquisa exploratória tem por objetivo principal proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito, bem como para a construção de hipóteses e aprimoramento de ideias (GIL, 2002).

Os sujeitos que compuseram a presente pesquisa foram os gestores da Secretaria Municipal da Saúde (O Coordenador do Departamento de Atenção Básica, o Coordenador do Departamento de Atenção à Saúde, o Secretário e o Secretário Adjunto da Saúde), médicos da ESF com contrato ativo e médicos com contrato inativo.

O grupo estudado foi de 11 pessoas, sendo quatro gestores, três médicos com contrato ativo e três médicos com contrato inativo. Este número de sujeitos está em consonância com a proposta da abordagem qualitativa, que não visa à generalização – tal como na pesquisa quantitativa – mas, antes, ocupa-se de poder compreender a qualidade dos fenômenos estudados.

A fim de responder aos objetivos deste trabalho – quais sejam, as razões que podem influenciar na fixação dos médicos na ESF na cidade de Cachoeirinha/RS – foi aplicado – como instrumento de coleta de dados – um questionário para os participantes. Neste, foi solicitado que dessem uma nota de 0 a 10 para as questões,

avaliando o que consideravam importante para a possível vinculação ao Município. O questionário avalia a importância do salário, jornada de trabalho, infraestrutura das unidades, facilidade de referenciar para especialidades e outros níveis de atenção, suporte diagnóstico, melhor proposta de trabalho em outro município, na ESF ou outro; e possibilidade de fazer residência médica/especialização, na MFC ou outra área.

Para os gestores e médicos com contrato ativo, o questionário foi entregue em mãos, para que pudessem responder. Para os médicos com contrato inativo, o questionário foi enviado via e-mail por dificuldades logísticas de contato pessoal.

As respostas foram analisadas a partir de sua organização em uma tabela, apresentada no item de Resultados. Foram apresentadas as médias para cada resposta e para cada grupo separadamente, com a intenção de uma visualização mais didática pelo leitor. Também se teve o objetivo de compará-los por meio de um gráfico e definir que fatores são considerados mais importantes pelos profissionais para evitar a rotatividade de médicos no município de Cachoeirinha/RS.

Estes resultados foram, posteriormente, analisados à luz do referencial teórico que fundamenta esta pesquisa.

4 RESULTADOS

Dos quatro médicos atuantes no município de Cachoeirinha/RS, dois estão trabalhando desde 2007, quando do primeiro concurso para médicos da ESF. Os outros dois estão no município há cinco meses. Dois deles possuem especialização, um em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e o outro em Pneumologia. Entretanto, apenas três deles responderam ao questionário, porque um estava de férias no momento da pesquisa.

Dos quatro médicos com contrato inativo que responderam ao questionário, três saíram para fazer especialização médica que não MFC. O outro já era médico especialista e saiu por uma melhor proposta salarial e por menor distância entre seu local de trabalho e sua residência.

A Tabela 1 dispõe as médias obtidas por parte de cada grupo em cada uma das dez perguntas do questionário:

Médicos: Pontue de 0 a 10 em grau de importância os motivos que o levaram ou que poderiam levá-lo a não mais trabalhar na ESF no município de Cachoeirinha/RS.

Gestores: Pontue de 0 a 10 em grau de importância os motivos que podem levar o médico a não se fixar na ESF do município de Cachoeirinha/RS.

Tabela 1 – Motivos que levam ou podem levar os médicos a não se fixarem na ESF

	<i>GESTORES</i>	<i>MÉDICOS ATIVOS</i>	<i>MÉDICOS INATIVOS</i>
<i>Salário</i>	9,2	7,6	7,2
<i>Infraestruturura</i>	8,3	8,6	6,6
<i>Referência Especialidades/ Hospitalização</i>	6,6	8,6	8,5
<i>Exames Diagnósticos</i>	7,6	7,6	8,1
<i>Melhor Proposta de Trabalho ESF</i>	6,6	4,6	4,1

<i>Melhor Proposta de Trabalho Outra Modalidade</i>	6,6	5,6	5,8
<i>Fazer Especialização em MFC</i>	6,7	0	1,8
<i>Fazer Especialização em Outra Área</i>	5,5	0	6,5
<i>Jornada de Trabalho de 40h/semanais</i>	5,8	7,0	6,0
<i>Distância da Unidade</i>	4,1	7,3	5,5

Na avaliação dos resultados, nota-se que, na opinião dos gestores, o valor salarial ainda prevalece como forma de fixação do profissional médico (9,2) seguido da infraestrutura das unidades de saúde (8,3), que também foi considerada importante para médicos ativos no município (8,6).

Também aparece como fator de importância a possibilidade de obter exames diagnósticos (7,6), média semelhante à encontrada para os médicos ativos, e pouco inferior quando comparada à opinião dos médicos inativos, cuja média de importância foi de 8,1.

Tanto os médicos ativos quanto os inativos julgaram relevante o acesso a especialidades e a outros níveis de atenção (8,6 e 8,5 respectivamente), enquanto para os gestores este aspecto não pareceu tão significativo (6,6).

Quanto a melhores propostas de trabalho em ESF em outros municípios, o grau de importância foi baixo (4,3) em ambos os grupos de médicos, assim como melhores propostas de trabalho em outras modalidades que não ESF, que, apesar de ter uma média superior (5,4) ainda assim, não parece ser fator determinante. Isso pressupõe que estes não seriam fatores determinantes para o desligamento dos médicos no município, embora propostas em outras áreas pareçam ser mais atrativas. Para gestores, a melhor proposta de trabalho, indiferente se em ESF ou não, parece ter uma importância um pouco superior (6,6) quando comparada aos médicos, mas também foi menos expressiva.

Desligar-se do município para fazer especialização em Saúde da Família ou em outra área foi insignificante para médicos ativos (0). Para os médicos inativos, o índice de sair para fazer especialização em outra área foi de 6,5; e para fazer especialização em

Saúde da Família foi de 1,8. Isso nos faz pensar que não existe uma identidade de trabalho do profissional com esta modalidade de trabalho. Os gestores, ao contrário dos médicos inativos, acham que se desligar do município para fazer especialização em Medicina da Família ainda é mais significativo que em outra área de atuação (6,7 e 5,5, respectivamente).

A jornada de trabalho de 40 horas por semana apresentou grau de importância nos três grupos, sendo um pouco maior para médicos em atividade (5,8, 6,0 e 7,0).

Já a distância da unidade de saúde apareceu com certo grau de relevância para médicos ativos, entretanto, pouco expressivo tanto para médicos inativos quanto para gestores (5,5 e 4,1, respectivamente).

Tanto a jornada de trabalho como a distância das unidades de saúde pareceu importante para o médico ativo como motivos que poderiam levá-lo a não mais trabalhar em Cachoeirinha/RS, mas não para médicos já desligados. Estes dados podem nos fazer pensar que não foi principalmente por algum destes dois aspectos que os profissionais saíram do município.

Com base na literatura, podemos concluir que os achados da presente pesquisa não diferem daqueles encontrados por outros autores.

Campos e Malik (2008), Camargo et al. (2008) e Gonçalves et al. (2009) constataram, em suas pesquisas, que a estrutura física da unidade e o suporte de material foram considerados importantes na satisfação do médico e relacionados à menor rotatividade.

Ideia semelhante é colocada por Anderson et al. (2005), o que corrobora os achados desta pesquisa, pois os médicos do município de Cachoeirinha/RS também consideraram que uma melhor infraestrutura das unidades e o suporte técnico na atenção secundária e terciária podem evitar que eles se desvinculem do município.

Moromizato (1992) evidenciou que os motivos da rotatividade dos médicos no interior de São Paulo, no período de 1987 a 1990, estavam relacionados à insatisfação dos profissionais principalmente com a baixa remuneração, pouca possibilidade de aperfeiçoamento profissional, inexistência de um adequado plano de carreira e insuficiência de recursos técnicos. Valla (1999) também cita, em seu trabalho, que

desmotivação e desinteresse dos profissionais podem estar relacionados aos baixos salários e às precárias condições de trabalho.

O salário se apresentou como fator igualmente importante para médicos (ativos e inativos) de Cachoeirinha/RS embora não de forma tão expressiva como a questão de suporte técnico (condições de trabalho). Talvez isso se deva ao intervalo de tempo entre as pesquisas, visto que os salários já estão melhor ajustados frente às questões de mercado.

A melhora salarial para médicos que atuam na ESF também tem sido citada em trabalhos como de Viana e Dal Poz (2005), que colocam que a remuneração diferenciada para médicos pode atraí-los especificamente para a ESF, mas, muitas vezes, desconsidera o perfil do profissional para trabalhar nesta modalidade de serviço, em que o médico deve ter uma visão muito mais ampla do indivíduo que simplesmente da doença. Este relato leva-nos à avaliação dos médicos que deixaram o município de Cachoeirinha/RS, que consideraram mais determinante, em sua saída, a possibilidade de especialização em outra área quando comparada à possibilidade de especialização em MSF.

O difícil acesso ao local de trabalho também foi fator relacionado à rotatividade dos médicos no Vale do Taquari para (MEDEIROS et al., 2010), assim como foi fator importante citados pelos médicos ativos no município de Cachoeirinha/RS. Entretanto, não se apresentou tão importante para os médicos que já não trabalham mais no município, assim como para os gestores.

Segundo Pinto (2008), a rotatividade dos médicos também está vinculada à jornada de trabalho e a ofertas de outros empregos no mercado, possibilitando que o profissional escolha melhores salários. Achados semelhantes foi constatados por Medeiros et al. (2010) que também associaram um maior rotatividade relacionada à jornada de trabalho e à remuneração.

Em Cachoeirinha/RS, a jornada de trabalho de 40 horas semanais não foi considerada importante na decisão de se desvincular do município para médicos inativos. Todavia, para médicos que ainda trabalham na ESF neste município, ela apareceu com grau de relevância maior, fazendo-nos refletir que, em algum momento, este pode ser um fator de desistência em permanecer na ESF.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 2027/11, flexibilizou a jornada de trabalho dos médicos da ESF, podendo ser 40, 30 ou 20 horas semanais, como forma de tentar melhorar a aderência do profissional a ESF.

Pesquisa realizada em 2002 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) junto a gestores municipais, evidenciou que a alta rotatividade dos médicos se devia à contratação de médicos recém-formados, que acabavam por abandonar o emprego para cursar residência médica.

Já o Observatório de Recursos Humanos da UFMG, em pesquisa realizada em 2009, evidenciou que apenas 19% dos médicos em início de profissão aderiram à ESF, por ser um bom emprego enquanto aguardavam a residência ou outra oportunidade de trabalho (PERPÉTUO et al., 2009).

Nenhum dos médicos ativos em Cachoeirinha/RS considerou a ideia de sair de seu trabalho para fazer residência. Já para os médicos que saíram, foi relativamente importante, sendo, contudo, para se especializar em outra área que não Saúde da Família. Isso corrobora a ideia anterior de que estes profissionais não se identificam com a medicina de família e comunidade. Para os gestores da SMS de Cachoeirinha/RS, este aspecto não seria o determinante para a alta rotatividade de médicos no município.

Pode-se concluir que, para os médicos de Cachoeirinha/RS (em atividade ou não), os aspectos que são relevantes para possíveis tomadas de decisão em se fixar ou não no município são a infraestrutura das unidades, a possibilidade de referenciar para outros níveis de atenção e a disponibilidade de exames diagnósticos. O salário foi considerado importante, mas, como mostra a literatura, não é o maior motivo da rotatividade dos médicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos como referencial que a ESF é o modelo de atenção escolhido pelo Governo para servir como porta de entrada à atenção primária em saúde, assim como possibilidade de acesso a outros níveis de atenção. Esta estratégia atende aos princípios e às diretrizes do SUS, tais como a integralidade do cuidado. Logo, podemos concluir que ainda existe muito a ser feito para que esta estratégia realmente seja implantada adequadamente.

Este trabalho objetivou avaliar fatores considerados importantes de rotatividade dos médicos no município de Cachoeirinha/RS. A partir disso, fornece subsídios para construir estratégias, a fim de manter a vinculação dos médicos ao município, deixando a população realmente assistida de atendimento médico e seguindo aquilo que é preconizado nas diretrizes da ESF e do SUS.

Contudo, para isso, é necessário que sejam criadas políticas, a fim de valorizar o trabalho médico, não só financeiramente, mas principalmente de suporte técnico (infraestrutura das unidades, disponibilidades de exames diagnósticos, acesso à atenção secundária e terciária), para que estes profissionais consigam trabalhar com segurança e de forma eficaz.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P., MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, p. 150-153, ago. 2001.
- ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, jan./jun. 2005.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.
- BORRELLI, F. R. G. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe**: um problema a ser enfrentado. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2004.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Emenda constitucional nº 29. Altera os art. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 e acrescenta artigo Ato das Disposições Constitucionais Transitórias à Constituição Federal, que dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/emenda29/emenda29-2002.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre a organização da estrutura organizativa do SUS e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2027/11**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 23 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 8 jun. 2012.

BRASIL. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, C. V. A. **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. Disponível em:
<<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2438/42290.PDF.txt?sequence=2>> Acesso em: 10 fev. 2012.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, abr. 2008.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte da ciência da mudança: revolução de coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

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

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 7-27, 2008.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**, v. 1, n. 1, p. 13-18, 1996.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gaceta Sanitária**, v. 16, n. 1, p. 82-88, fev. 2002.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FRANCO, T., MERTHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. [documento na internet]. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito>. Acesso em: 27 out. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). **Observatório de recursos humanos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. A.; TROLL, T.; CYRINO, E. G. Ser médico no Programa de Saúde da Família: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009.

GUGLIELMI, M. C. **A política pública “Saúde da Família” e a permanência fixação do profissional em medicina**: um estudo de campo em Pernambuco. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

GUIMARÃES, M. **Os impasses da modernização em saúde**: O caso da regionalização. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, 1983.

IBGE. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=430310>). Acesso em: 6 fev. 2012

MANFREDINI, M. **Saúde bucal coletiva**: metodologia do trabalho e práticas. [S.l.]: Santos, 2005.

MARCONDES, E. A Conferência de Alma-Ata e as Ações Básicas de Saúde. In: ISSLER, H.; LEONE C.; MARCONDES, C. **Pediatria na Atenção Primária**. São Paulo: Savier, 2002.

MATTA, G. C. A Organização Mundial de Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e ofertando ideias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial, 2000. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, jun. 2010.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, M. H. M.; MENDONÇA, M. I. C.; GIOVANELLA, L. Formação dos trabalhadores para o SUS: olhar sobre a atenção básica. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 48, p. 37-40, nov. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOROMIZATO, J. H. Y. **Contribuição à política de fixação dos profissionais da saúde na região de Itapeverica da Serra**. Estudo das causas da evasão dos

profissionais de nível universitário. Dissertação (Mestrado) – Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar. São Paulo, 1992.

NORONHA, J.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES R. (Orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global Health ObservatoryData Repository, 2011.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 12 nov. 2004.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise na saúde pública e utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PEREIRA, L. C. B. **Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Conferência Nacional da Saúde on-line. Buenos Aires, out. 1995. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/MARE.htm>>. Acesso em: 23 dez. 2011.

PERPÉTUO, I. H. O. et al. **A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFGM, 2009.

PIERANTONI, C. R. As reformas de Estado, da saúde e recursos humanos: limites possibilidades. ABRASCO. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.341-360, 2001.

PINTO, E. S. G. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

PLANO Diretor de Regionalização da Saúde. Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em setembro de 2002. (Resolução CES/RS 05/2002, de 05/09/2002). Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde (SES/RS) Coordenadorias Regionais de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wsa/portal/index/jsp?menu=organograma&cod=1336>>. Acesso em: 3 jan. 2012.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2009-2011. Coordenação e Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN publicada no D.O.E. em 23 jan. 2009, página 17.

RODRIGUES, R. B.; BARBOSA, A. C. Q. **Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos: um estudo sobre os médicos da saúde da família em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFGM, 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005.

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. (Orgs.). **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20020522_7. Acesso em: 23 jan. 2012.

SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. **A História do PSF no Brasil e no RS: Apoio ao Programa Saúde da Família**, 2004. Disponível em: http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_10. Acesso em: 8 maio 2012.

SANTOS, I. S.; SANTOS, S. A.; OLIVEIRA, R. C. **Os avanços do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil**. Webartigos. Brasil: 11 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/os-avancos-do-programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/21277/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. (Orgs.). **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SCHRAIBER, L. B. O Centro de Saúde. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, C. **Pediatria na Atenção Primária**. São Paulo: Savier, 2002.

SEIXAS, P. H. **Médicos em Saúde da Família na cidade de São Paulo**. 2006. Disponível em: <http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html>. Acesso em: 31 dez. 2011.

SOUZA JÚNIOR, J. C. A.; LUCENA, R. M. **Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização**. Monografia (Especialização) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2005.

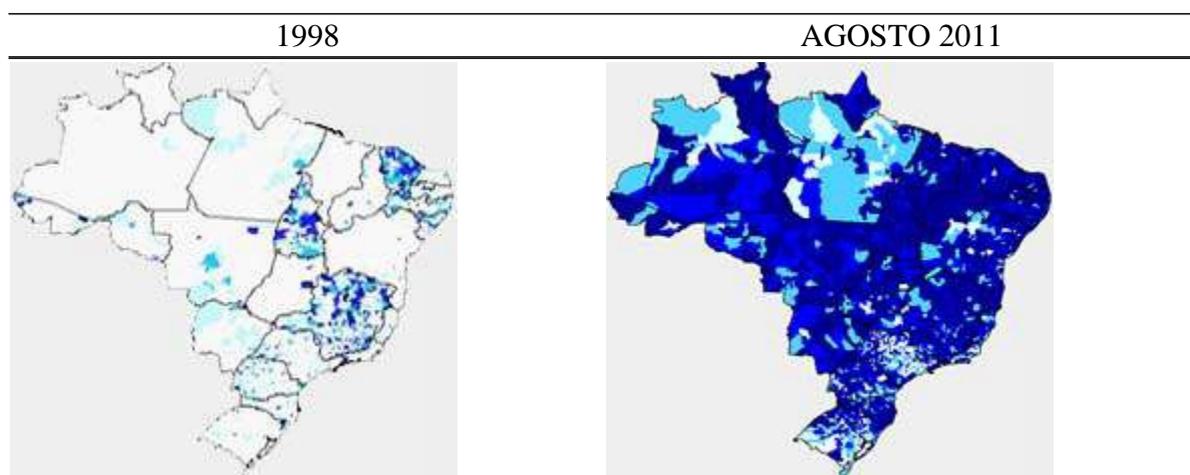
STARFIELD, B. **Primary care: Balancing health needs, services, and technology**. New York: Oxford University Press, 1998.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 7-14, 1999.

VASCONCELLOS, M. **Modelos de localização e sistemas de informações geográficas na assistência materna e perinatal: uma aplicação no município do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ. Rio de Janeiro, 1997.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 225-264, 2005.

WHO. **Family practice development strategies**. Report on the third WHO meeting of expert network. Turkey: WHO/Euro, 1997.

ANEXOS**ANEXO A – Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família
BRASIL, de 1998 a agosto de 2011**

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>

**ANEXO B – Cobertura Populacional de Equipes
da Estratégia da Saúde da Família, RS (1988-2009)**

ANO	Nº ESF Credenciadas	Cobertura Credenciadas*	Nº ESF Em Atividade	Cobertura Em Atividade*
2009**	1.323	43%	1.202	39%
2008	1.311	42%	1.184	38%
2007	1.196	38%	1.092	35%
2006	1.154	37%	1.062	34%
2005	1.045	34%	958	31%
2004	944	30%	860****	27%
2003***	673	21%	615	19%
2002	497	16%	470	14%
2001	350	11%	303	9%
2000	228	7%	206	7%
1999	96	3%	84	3%
1998	66	2%	66	2%

Fonte: Ministério da Saúde; ESF/DAS/SES-RS

Legenda:

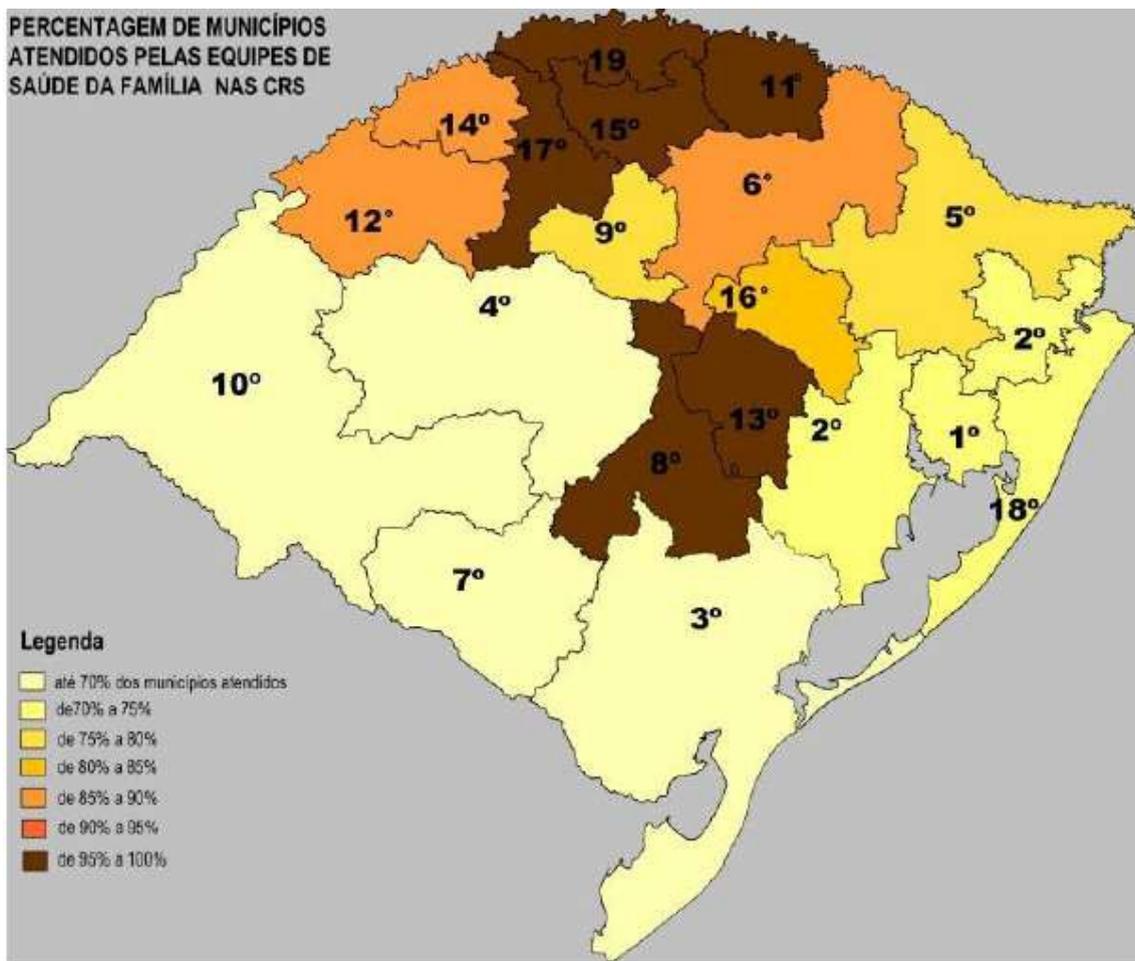
*: % em relação à população total do estado

** : Em 2009 os dados são apenas do mês de janeiro, e não de todo ano, como os outros relatados;

***: A partir de 2003 institui-se o Incentivo Estadual;

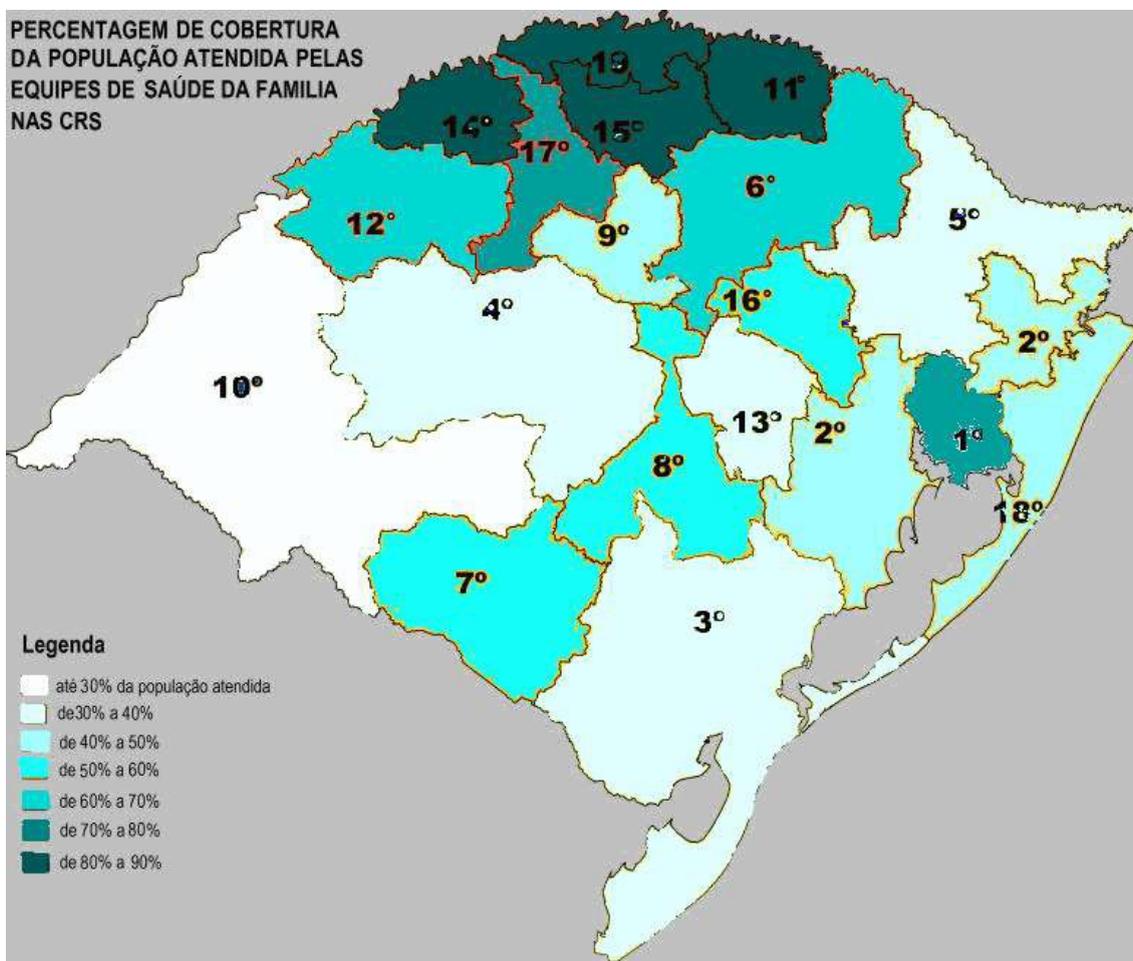
****: A partir de 2004 inclui-se no cálculo a ESF indígena.

ANEXO C – Mapa da Cobertura Territorial da ESF no RS
por Coordenadoria Regional de Saúde



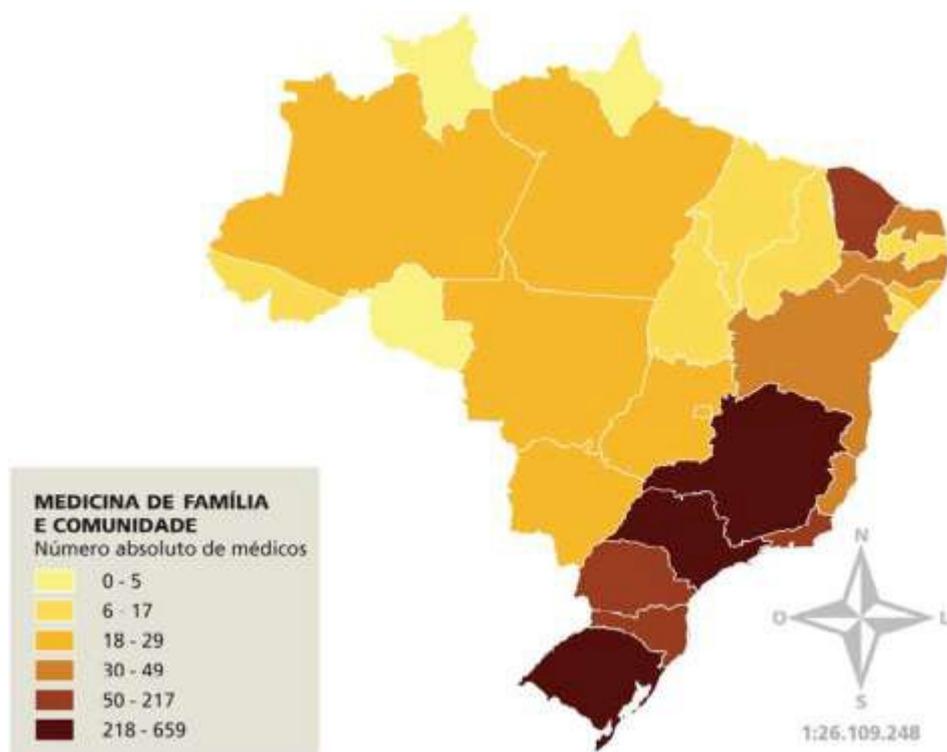
Fonte: ESF/DAS/SES-RS

ANEXO D – Cobertura Populacional da ESF no RS
por Coordenadoria Regional de Saúde (Dezembro de 2008)



Fonte: ESF/DAS/SES – RS

**ANEXO E – Distribuição de Especialistas em Medicina de Família e Comunidade,
segundo Unidades da Federação (Brasil, 2011)**



Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA OS GESTORES

1. Função:

O que o Senhor(a) considera importante para a não-fixação dos médicos na ESF?

Pontue de 0 a 10.

0: não é/não foi importante

5: é/foi indiferente

10: é/foi o mais importante

1. Questão salarial:

2. Infraestrutura das unidades:

3. Dificuldade do médico em referenciar para especialidades/internações:

4. Dificuldade do médico em conseguir exames diagnósticos:

5. Melhor proposta de trabalho em outro local na ESF:

6. Melhor proposta de trabalho em outro local sem ser na ESF:

7. Médico saiu/pretende sair porque quer fazer residência médica/especialização na área de saúde coletiva/da família.

8. Médico saiu/pretende sair porque vai fazer residência médica em outra área que não de saúde coletiva/da família.

9. Carga horária de 40h semanais:

10. Distância ou dificuldade de acesso à unidade de saúde:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA OS MÉDICOS

Ano de Formatura:

Residência Médica/Especialização: () SIM () NÃO

Qual:

Ano que trabalhou no município de Cachoeirinha:

Período aproximado em meses:

Pontue de 0 a 10 os motivos que o levaram ou que poderiam levá-lo a não mais trabalhar na ESF no município de Cachoeirinha/RS.

0: não é/não foi importante

5: é/foi indiferente

10: é/foi o mais importante

1. Questão salarial:
2. Infraestrutura da unidade que trabalha/trabalhou:
3. Dificuldade em referenciar para especialidades/internações:
4. Dificuldade em conseguir exames diagnósticos:
5. Melhor proposta de trabalho em outro local na ESF:
6. Melhor proposta de trabalho em outro local sem ser na ESF:
7. Saiu/ pretende sair porque quer vai fazer residência médica/especialização na área de saúde coletiva/da família.
8. Saiu/prende sair porque vai fazer residência médica em outra área que não a de saúde coletiva/da família.
9. Carga horária de 40h semanais:
10. Distância ou dificuldade de acesso à unidade de saúde: