

JANAÍNA MOLINARI VELOSO FONSECA

**O GENERALISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA – UM HÉRCULES ENTRE A  
ROTATIVIDADE E A UTOPIA**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa,  
como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em  
Ciência da Nutrição, para obtenção  
do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2011

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e  
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

F676g  
2011

Fonseca, Janaína Molinari Veloso,  
O generalista na estratégia de saúde da família: um Hércules  
entre a rotatividade e a utopia / Janaína Molinari Veloso  
Fonseca. – Viçosa, MG, 2011.  
xiv, 122f. : il. (algumas col.) ; 29cm.

Inclui anexos.

Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Sistema Único de  
Saúde (Brasil). 3. Médicos. 4. Rotatividade pessoal. 5. Estilo  
de vida. 6. Trabalho - Aspectos econômicos. 7. Trabalho -  
Aspectos sociais. I. Universidade Federal de Viçosa.  
II. Título.

CDD 22. ed. 363.820981

JANAÍNA MOLINARI VELOSO FONSECA

**O GENERALISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA – UM HÉRCULES ENTRE A ROTATIVIDADE  
E A UTOPIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

---

Prof<sup>ª</sup>. Adriana Maria de Figueiredo

---

Prof<sup>ª</sup> Cristina Maria Ganns Chaves Dias

---

Prof. José Norberto Muniz  
(Co-orientador)

---

Prof. Rodrigo Siqueira Batista  
(Co-orientador)

---

Prof<sup>ª</sup>. Rosângela Minardi Mitre Cotta  
(Orientadora)

*Dedico este trabalho*

*aos meus pais que me fizeram acreditar em igualdade e justiça para todos;*

*ao Gustavo que alimenta esta chama, fazendo do discurso realidade;*

*ao Pedro, para quem quero deixar um mundo melhor.*

*E a todos que contribuem para que o SUS e o PSF sejam efetivamente instrumentos  
de justiça social...*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde e Gerência de Assistência à Saúde pela colaboração. Aos gerentes das UAPS e em especial aos colegas voluntários, que mesmo sobrecarregados não se eximiram de contribuir para meu estudo.

À Faculdade de Medicina da UFMG, onde fiz bons amigos e tive magníficos mestres que me propiciaram não só formação profissional, mas humana e social, com sensibilidade para ver, ouvir, tocar e, por que não, sentir a dor do outro, sem nenhum prejuízo à técnica ou à ciência. Meu carinho e gratidão aos mestres Ênio Pietra Pedroso, André Cabral e Edgar Nunes de Moraes.

À DSA/UFV, em especial à Profa. Sylvia Franceschini, que com sensibilidade compreendeu e me apoiou desde o início desta empreitada. À Cristina, por toda a força.

Aos amigos, que permanecem, e entendem minhas angústias e ausências neste período. Andréa, Karine e Roberta pelo apoio nos momentos de “alegria e tristeza, de saúde e doença”, numa amizade sincera, fraterna e gratuita que levarei por onde for.

À minha mãe que esteve de braços e portas abertas, sempre. Ao Augusto, por todo carinho, compreensão, apoio, imagens e traduções...

Ao Gustavo, companheiro leal, que com generosidade soube respeitar minhas angústias e ausências, além de cuidar com carinho do Pedro e de mim...

Ao Pedro, que ainda não compreende tanto trabalho, mas que com seu sorriso recarrega minhas energias para continuar.

Em especial agradeço à mestra, Professora Rosângela Minardi Mitre Cotta, companheira desde o início desta jornada, por acreditar em mim e comigo neste projeto; pela paciência e presença, sendo porto seguro, ventania e céu estrelado a me guiar neste mar de novidades, com sua sabedoria e sua arte.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	xi
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 REFERÊNCIAS.....	8
2. OBJETIVOS.....	13
3. MÉTODOS.....	14
3.1. Revisão de literatura.....	14
3.2. Caracterização da área do estudo: o PSF de Belo Horizonte.....	14
3.3. Sujeitos e definição da amostra.....	18
3.4. Desenho do Estudo Coleta e Análise dos Dados.....	19
3.5. Estudo piloto.....	21
3.6. Aspectos éticos.....	22
3.7. REFERÊNCIAS.....	22
4. RESULTADOS.....	24
4.1. ARTIGO 1 – REVISÃO – O generalista na estratégia de saúde da família - a rotatividade e seus reflexos.....	24
<i>Resumo</i> .....	24
<i>Introdução</i> .....	25
<i>Métodos</i> .....	27
<i>O médico e sua práxis laboral: (re)visitando a lacuna entre a utopia e o cotidiano do trabalho</i> .....	28

<i>O ideal de trabalho e de formação médica pensado para o programa de saúde da família.....</i>	30
<i>A rotatividade - causas e repercussões no processo de reforma sanitária.....</i>	32
<i>A formação do médico: formar, (re)formar, mudar, ativar, (trans)formar.....</i>	36
<i>Considerações finais.....</i>	43
<i>Referências.....</i>	45
4.2. ARTIGO 2 – ORIGINAL – A rotatividade do médico na estratégia de saúde da família de Belo Horizonte, Minas Gerais – o que o move?.....	52
<i>Resumo.....</i>	52
<i>Introdução.....</i>	53
<i>Métodos.....</i>	55
<i>Resultados e discussão.....</i>	59
<i>Perfil socioeconômico: caracterização dos entrevistados.....</i>	59
<i>Condições de trabalho.....</i>	61
<i>O que motiva e o que desmotiva o médico a trabalhar em PSF?.....</i>	63
<i>O que motiva o médico a trabalhar em PSF?.....</i>	63
<i>O que desmotiva o médico a trabalhar em PSF?.....</i>	67
<i>Considerações finais.....</i>	80
<i>Referências.....</i>	81
4.3. ARTIGO 3 – ORIGINAL – Reflexos das condições de trabalho e estilo de vida na rotatividade dos generalistas do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais .....	85
<i>Resumo.....</i>	85
<i>Introdução.....</i>	86
<i>Métodos.....</i>	88

<i>Resultados e discussão.....</i>	92
<i>Perfil socioeconômico: quem são os entrevistados?.....</i>	92
<i>Condições de trabalho e estilo de vida.....</i>	93
<i>Hábitos alimentares referidos como adequados – alimentação saudável.....</i>	95
<i>Hábitos alimentares referidos como adequados por recomendação médica.....</i>	96
<i>Alimentação inadequada – hábito adquirido ao longo da vida.....</i>	97
<i>Hábitos alimentares inadequados – falta tempo, sobra trabalho.....</i>	99
<i>Hábitos alimentares inadequados – faltam locais adequados para refeições.....</i>	101
<i>Hábitos alimentares referidos como adequados – facilidade de acesso entre UAPS e a casa ou restaurantes.....</i>	103
<i>Considerações finais.....</i>	104
<i>Referências.....</i>	105
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
6. ANEXOS.....	115
6.1. ANEXO 1. Questionário para entrevistas semiestruturadas.....	115
6.2. ANEXO 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Refere-se ao grupo unidades de saúde de Alta Rotatividade de médicos
BR	Refere-se ao grupo unidades de saúde de Baixa Rotatividade de médicos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
GEAS	Gerência de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF/BH	Refere-se ao Programa <i>BH-Vida: Saúde Integral</i>
PSF	Programa Saúde da Família
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>MÉTODOS. Caracterização da área de estudo</b>		<b>Página</b>
Figura 1	Índice de Vulnerabilidade à Saúde por Áreas Administrativas Regionais, Distritos Sanitários e Centros de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	15
<b>ARTIGO 2. ORIGINAL.O médico na saúde da família: condições de trabalho e seus reflexos sobre a rotatividade.</b>		
Figura 1	Índice de Vulnerabilidade à Saúde por Áreas Administrativas Regionais, Distritos Sanitários e Centros de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	56
Figura 2	Distribuição do perfil de atuação em equipes de PSF dos entrevistados.....	60
Quadro 1	Quadro-síntese dos fatores que motivam a rotatividade, conforme o relato dos médicos em atividade no PSF/BH, MG (2010).....	63
<b>ARTIGO 3. ORIGINAL. Reflexos das condições de trabalho e estilo de vida na rotatividade dos generalistas do programa de saúde da família de Belo Horizonte, Minas Gerais.</b>		
Figura 1	Índice de Vulnerabilidade à Saúde por Áreas Administrativas Regionais, Distritos Sanitários e Centros de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	89
Quadro 1	Quadro-síntese dos hábitos alimentares, conforme o relato dos médicos em atividade no PSF/BH, MG (2010).....	95

## RESUMO

FONSECA, Janaína Molinari Veloso. M.Sc. Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2011. **O generalista na estratégia de saúde da família: um Hércules entre a rotatividade e a utopia.** Orientadora: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Coorientadores: José Norberto Muniz, Rodrigo Siqueira Batista e Sylvia do Carmo Castro Franceschini.

O Programa de Saúde da Família (PSF) configura-se como principal instrumento de implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) e estratégia chave para reformulação do sistema sanitário no Brasil - o Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF tem enfrentado a rotatividade do médico generalista como um dos maiores entraves para sua implementação. Fundamentado no vínculo entre profissionais da equipe e população, a alta rotatividade dos médicos apresenta-se como importante desafio à sua efetividade. São implicadas como causas da rotatividade: carência de médicos para atuar no PSF, formas de contratação, infraestrutura material, dinâmica da assistência e condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho. Este estudo apresenta, por meio da metáfora entre a condição do generalista no PSF e o mito de Hércules, alguns dos desafios que este profissional enfrenta e tem como objetivos: 1) caracterizar quais seriam as implicações do perfil socioeconômico, profissional, de formação, hábitos de vida e condições de trabalho dos médicos no PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais (PSF/BH) entre as causas de rotatividade deste profissional; 2) caracterizar as percepções dos profissionais médicos do PSF/ BH, quanto aos fatores que motivam ou não sua atuação no PSF e seus reflexos sobre a rotatividade e 3) caracterizar as condições de trabalho e estilo de vida, bem como as percepções quanto aos próprios hábitos alimentares, dos profissionais médicos em atuação no PSF/BH, e suas influências na rotatividade destes profissionais. Para tanto foi utilizado como método a pesquisa quali-quantitativa. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas a 18 médicos do PSF/BH, em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de maior e menor rotatividade nos nove distritos sanitários da

cidade. O *corpus* de análise dos dados qualitativos ocorreu por meio do método de análise de conteúdo. Como resultados ressalta-se que o PSF vem ao encontro dos anseios de uma gama de profissionais que tem como motivações a possibilidade de trabalho humanizado, longitudinal e integral que o PSF oferece, associado à atuação em saúde pública, a formação de vínculo, a educação permanente e a preferência por uma rotina de trabalho com horários bem definidos são fatores que melhoram a fixação destes profissionais ao PSF. A rotatividade dos médicos do PSF em estudo associa-se às condições de trabalho precárias, em especial à sobrecarga de trabalho, bem como às dificuldades relacionadas tanto à falta de um lugar adequado para realizar as refeições no local de trabalho, como a impossibilidade de deslocamento a casa ou restaurantes, devido ao tempo gasto. Os prejuízos aos hábitos de vida saudáveis são elementos que influem na rotatividade. Dificuldades com a infraestrutura, a sobrecarga de trabalho, a organização precária do serviço, problemas com a equipe de trabalho e com a gerência, bem como os relacionados a referência e contra referência, agravados pela violência, são fatores apontados como causas da rotatividade do médico, em busca de um melhor ambiente de trabalho. À semelhança de Hércules, ao carregar o mundo nas costas, o generalista no estudo entende que é necessária motivação – não apenas ideologia, mas remuneração condizente para o trabalho em PSF, educação permanente, rotina de horários e de fluxo de atendimento, infraestrutura e organização do serviço. É preciso promover saúde, prevenir doenças e agravos, mas também é imprescindível contar com o trabalho em equipe, em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde. Só assim, homens – e não são semideuses – estariam aptos e motivados a realizar tão desafiadora tarefa.

## ABSTRACT

FONSECA, Janaína Molinari Veloso. M.Sc. Universidade Federal de Viçosa, February, 2011. **The generalist strategy on family health: a Hercules between a turnover and utopia.** Adviser: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Co-advisers: José Norberto Muniz, Rodrigo Siqueira Batista and Sylvia do Carmo Castro Franceschini.

The Family Health Program (FHP) is configured as the primary instrument for implementing the Primary Health Care (PHC) strategy and key to reshaping the health system in Brazil - the Unified Health System (UHS). The FHP has dealt with turnover of general practitioners as one of the greatest obstacles to its implementation. Based on the relationship between health professionals and the population, the high turnover of physicians presents an important challenge to its effectiveness. Are implicated as causes of turnover: lack of doctors working in the FHP, hiring methods, material infrastructure, the dynamics of care and socio-political conditions for development work. This study presents through the metaphor of the general condition of the FHP and the myth of Hercules, some of the challenges these professionals to act in such a huge task and aims to: 1) to characterize what are the implications of socioeconomic profile, professional training, lifestyle and working conditions of medical FHP in Belo Horizonte, Minas Gerais among the causes of this professional turnover, 2) characterize the perceptions of medical professionals FHP of Belo Horizonte, Minas Gerais, about the factors that motivate or not his performance in the FHP and its impact on the turnover and 3) characterize the working conditions and lifestyle, as well as perceptions regarding their own eating habits, from professionals doctors in action in the FHP of Belo Horizonte, Minas Gerais, reflecting on its influence on turnover of these professionals. For this was used as the qualitative and quantitative research. Data collection was done through structured interviews of 18 doctors from FHP / BH in Units of Primary Health Care (UPHC) with lower and higher turnover for the city health district. The *corpus* of qualitative data analysis was performed by a method of content analysis. As a result it is

noteworthy that the turnover of doctors in the study of the FHP, is associated with poor working conditions, particularly the work overload, and the difficulties related both to the lack of a suitable place to make meals at local work, such as inability to shift the home or restaurants because of the time spent. The damage to healthy lifestyles are all factors that influence the turnover. Although the FHP come and meet the aspirations of a range of professionals whose work motivated by the possibility of humanized, longitudinal and that the program provides comprehensive, linked to performance in public health, bonding, education and preference for permanent a routine work schedules with well-defined difficulties with infrastructure, work overload, poor organization of the service, problems with team work and management, issues related to reference and counter reference, aggravated by violence, are factors identified as causes of turnover doctor, seeking a better work environment. Like Hercules, to carry the world on the back, in the general study finds it necessary motivation - not just ideology, but remuneration for work in the FHP, continuing education, routine schedules and flow of care, infrastructure and organization service. We have to promote health, prevent disease and injury, but is also essential to have the team work, either within the Family Health Strategy (FHS), the UPHC or other levels of complexity of health care. Only then, men - and are not demigods - would be able and motivated to accomplish such a challenging task.

## **APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO**

Esta dissertação se apresenta em forma de artigos, sendo composta por um artigo de revisão, de caráter crítico-reflexivo, e dois artigos originais sobre a rotatividade do profissional médico no PSF/BH, conforme se descreve a seguir:

### **Artigo de Revisão**

Artigo 1. O generalista na estratégia de saúde da família – a rotatividade e seus reflexos

### **Artigos Originais**

Artigo 2. A rotatividade do médico na Estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais – o que o move?

Artigo 3. Reflexos das condições de trabalho e estilo de vida na rotatividade dos generalistas do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## **1. INTRODUÇÃO GERAL**

O mito de Hércules tornou-se lendário por narrar seus 12 trabalhos. Entre suas desafiadoras tarefas estava o extermínio de monstros, captura de animais fantásticos, limpeza de gigantescos montes e lagos e até mesmo segurar o mundo em suas costas enquanto contava com o auxílio de Atlas para o cumprimento de mais uma de suas tarefas (Wilkinson e Philip, 2008).

O meio-homem, meio-deus inspira a metáfora da condição do médico generalista de quem se espera que seja capaz não só de curar, mas também promover saúde e prevenir doenças, enfrentando os monstros da violência urbana e microrganismos tenebrosos, imbuindo-se do cuidado ambiental e dos problemas sociais. Espera-se ainda que saiba trabalhar em equipe para enfrentar as doenças do mundo moderno convivendo com antigas mazelas na mesma arena onde este ator diariamente se digladiava entre seus ensinamentos e valores buscando alcançar a saúde em sua mais ampla definição.

O surgimento de novos desafios epidemiológicos exige a evolução da Atenção Primária à Saúde (APS) para enfrentá-los. Corrigir os pontos fracos e inconsistências presentes em algumas das abordagens divergentes da APS, desenvolver novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas, com mais eficácia e reconhecendo que a APS é uma importante ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde fazem-se mais necessários do que nunca (OMS, 2008 e OPAS, 2008).

Apesar dos avanços alcançados com o movimento da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado em 1988, a APS no Brasil ainda carece de maiores avanços para alcançar os princípios preconizados de equidade, integralidade e universalidade. Para tanto, em 1994, foi instituído pelo Ministério da



Saúde (MS) o Programa de Saúde da Família (PSF<sup>1</sup>), que devido a suas características estruturantes é considerado como principal estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil (Brasil, 2006a; Conil, 2008; Costa *et al.*, 2009) e tem sido visto por alguns segmentos da saúde pública como a Reforma dentro da Reforma representada pela construção do SUS (Viana e Dal Poz, 1998).

Apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, o PSF logo em seguida, passou a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais, incorporando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001; Conil, 2008; Costa *et al.*, 2009).

Com a institucionalização legal e prática do SUS, quatro questões sobre a gestão têm sido reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e a (4) política de recursos humanos – esta última considerada a mais complexa (Brasil, 2005).

São apontados pela literatura vários fatores dificultadores de uma efetiva implementação desta estratégia destacando-se: 1) a carência de médicos para atuar no PSF; 2) a contratação de muitos recém-formados ou aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho proposto pelo PSF, associado à 3) precárias formas de contrato, 4) infraestrutura material, 5) a dinâmica da assistência e 6) condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho. Tudo isto tem contribuído para os altos índices de rotatividade (Girardi e Carvalho, 2003; Escorel *et al.*, 2005; Campos, 2005; Junqueira *et al.*, 2009, Costa *et al.*, 2008). De fato, a rotatividade constitui-se importante problema, não só em função dos custos para o empregador, ou pela necessidade de extensivos treinamentos, capacitações aos profissionais, mas em especial

---

<sup>1</sup>Este trabalho tem por opção manter a sigla PSF, assim como é utilizada na rotina dos serviços de saúde, a despeito de sua posterior adoção como estratégia, enquanto as equipes de saúde da família serão referidas como ESF.

devido à característica necessária ao PSF, que preconiza o vínculo do generalista com a população de sua área de abrangência como diretriz primordial (Escorel *et al.*, 2005; Campos e Malik, 2008).

Já no 2º Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, em 2004, cuja organização foi realizada de forma compartilhada pelo Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do RJ, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde, pela Associação de Prefeitos da Região, pelas Universidades Federal do Rio de Janeiro e Universidade Estadual do Rio de Janeiro junto ao Ministério da Saúde, com o objetivo de oferecer informação e conhecimento que auxiliem a população na formulação de políticas públicas, definindo prioridades e metas sociais em saúde para a região, e assim contribuir para canalizar investimentos e organizar os meios para atingi-los, foram evidenciados como desafios do PSF a regulamentação do vínculo, a capacitação e educação permanente, a satisfação com a clínica (resolubilidade; integralidade; continuidade da atenção), qualificação, acreditação e monitoramento e avaliação da APS (Brasil, 2005).

Apesar da rotatividade dos profissionais ser considerada um fator relevante para a sustentação do PSF poucos dados sobre isso são encontrados. Algumas hipóteses têm sido formuladas quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF, que podem ser agrupadas em: formas de contratação, perfil do médico, condições de trabalho (Campos, 2005; Giovanella, 2009; Perpétua *et al.*, 2009; Rodrigues, 2009).

A rotatividade constitui um problema para as organizações, em função dos custos para o empregador, particularmente nos trabalhos que requerem extensivo treinamento aos seus profissionais (Campos e Malik, 2008). Para o PSF é ainda um problema maior, visto que, além da capacitação e dos custos empregatícios que oneram os municípios, há

ainda o rompimento do vínculo, o que repercute negativamente na população atendida, precariza o atendimento e a longitudinalidade do cuidado, gerando descrédito.

Campos e Malik (2008) apontam alguns fatores que justificam porque os profissionais permanecem numa organização ou a deixam, mas a satisfação no trabalho talvez seja um dos fatores mais pesquisados em sua correlação com a rotatividade. Sobre a visão dos gestores a respeito da satisfação no trabalho de médicos generalistas, a OMS, em 1997, já afirmava que para conseguir que os profissionais ampliem suas competências e seus resultados é preciso que estejam motivados. A motivação, por sua vez, foi relacionada ao *status* profissional, à satisfação no trabalho e aos salários (OMS, 1997).

Vista como saída para melhorar o desempenho profissional no que diz respeito tanto à produtividade quanto a satisfação dos trabalhadores, a motivação<sup>2</sup> é definida por Casado (2002) como um impulso à ação. Segundo Nakamura e colaboradores (2005), em tudo o que se faz na vida (trabalho, escola, lar...), é necessário uma energia para realizar as atividades a que se propõe, ou seja, é necessário estar motivado. Para Fiorelli (2004, p. 118, *apud* Nakamura *et al.*, 2005), *“motivação é uma força, uma energia que nos impulsiona na direção de alguma coisa que nasce de nossas necessidades interiores. Quando ela acontece, as pessoas tornam-se mais produtivas, atuam com maior satisfação e produzem efeitos multiplicadores. Despertá-la, mantê-la e canalizá-la para os objetivos da organização tem sido preocupação constante...”*.

Destarte, assegurar que trabalhadores do PSF estejam motivados e satisfeitos com o processo e o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na

---

<sup>2</sup> Casado (2002) discorre sobre a motivação como fator intrínseco e deslocamento da energia psíquica, apresentando a evolução histórica do conceito, e as principais teorias sob a perspectiva da psicologia organizacional e gestão de pessoas. Não é pretensão deste estudo analisar a motivação sob estas perspectivas, mas tão somente entender o que move o médico que trabalha no PSF/BH a ficar em determinada equipe ou buscar novo posto de trabalho.

implementação de um sistema realmente democrático, que contemple as diretrizes do SUS (Junqueira *et al.*, 2009).

Apesar da rotatividade dos profissionais ser considerada um fator relevante para a sustentação do PSF, poucos são os estudos presentes na literatura que abordam esta problemática.

Pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que um dos fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos era a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonavam o emprego para cursar residência médica. Na mesma pesquisa os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou mais velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade (OMS, 1997; Brasil, 2002; Girardi e Carvalho, 2003). Grande parte dos médicos do PSF têm contratos temporários e, segundo Machado (2000), a flexibilização nas formas de contratação, associada à existência de vagas em outros locais com salários diferenciados, levaria à alta rotatividade, o que é visto também em Junqueira (2008).

Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos (Capozzolo, 2003).

A proposta do PSF é que o seu médico seja generalista ou médico de família, mas o que se observa é que há grande número de profissionais com baixa qualificação e muitas atribuições. Em pesquisa sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil constatou-se que, em 1999, apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF

havia concluído algum programa de residência médica. Essa média foi considerada baixa, quando comparada à média nacional para outras especialidades, em torno de 75% (Machado, 2000).

A necessidade de tornar o programa atraente para os médicos tem levado gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação desses profissionais no trabalho, algumas delas representadas em melhorias salariais e capacitações dos profissionais. O salário dos profissionais do PSF tem sido, em média, superior à remuneração das demais especialidades médicas, nos mercados público e privado o que, ainda assim, não tem garantido sua fixação (Brasil, 2002a; Girardi e Carvalho, 2003).

Sobre as capacitações, a percepção de que os médicos não têm formação adequada para atuar na atenção integral à saúde e responder às demandas de resolutividade do PSF impulsionou o MS a considerar a educação permanente dos profissionais do PSF como um dos desafios para o êxito da proposta (Brasil, 2002b).

Em relação aos médicos e seu mercado de trabalho, em 1995 e 2003, realizaram-se amplas pesquisas de âmbito nacional retratando suas principais características, com estudos semelhantes realizados em 2002 em São Paulo e em 2006 em Campo Grande, Cuiabá, Goiânia e Palmas (Machado, 2000; Brasil, 2006b; Girardi *et al.*, 2002; Santana *et al.*, 2008).

Muitos estudos com esta população referem-se ao estresse, transtornos mentais, abuso de substâncias e suicídio (Aguiar *et al.*, 2009; Loureiro *et al.*, 2009; Fidalgo e Silveira, 2008; Cabana *et al.*, 2007; Camelo e Angerami, 2004; Meleiro, 1993), mas pouco se estuda sobre as condições de saúde dos médicos no Brasil, em especial seu estilo de vida.

Siqueira e colaboradores(2009) observaram uma baixa prevalência de comportamento saudável em relação à atividade física entre os profissionais de saúde, o

que pode resultar em pouca orientação aos pacientes e, conseqüentemente, oportunidades perdidas nas unidades básicas. Estes autores defendem que profissionais de saúde deveriam manter hábitos de vida saudáveis para exercer a função de estimular a prática de atividade física no dia-a-dia profissional. Boog (1999) aborda as dificuldades que médicos e enfermeiros têm enfrentado na abordagem da questão do estilo de vida saudável no nível da atenção básica, em virtude de fatores relacionados à sua formação acadêmica e a sua prática vivencial.

Destarte, este estudo tem como cenário Belo Horizonte, Minas Gerais, devido a suas características em relação à Atenção à Saúde e ao PSF. Como capital com a maior cobertura populacional (76%) (PBH, 2009a), apresenta importantes avanços em relação às principais hipóteses de causas da rotatividade: formas de contratação, condições de trabalho e perfil do profissional. Muitos dos médicos empregados no PSF/BH foram selecionados por meio de concurso público, com estabilidade do vínculo empregatício; cursaram Especialização em Saúde da Família e mantêm a educação continuada com treinamentos frequentes promovidos por ambas as instituições; contam com melhorias nas unidades de saúde e sistema de atendimento secundário e terciário. Ademais, segundo dados do Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2009, é objetivo geral do município a estabilização das equipes de saúde da família e redução da rotatividade dos profissionais, em especial os médicos (PBH, 2009b).

A mitificação do generalista, metaforizada na comparação com o herói Hércules, apresenta-se como um contraponto à ênfase dada à limitação humana, ilustrando a necessidade do homem de instrumentalizar-se para realizar suas tarefas. Ao contrário do semideus, o generalista precisa apoiar-se em formação adequada, boas condições de trabalho, assim como uma boa equipe e motivação suficiente para auxiliá-lo em suas tarefas. Assim, homens ou semideuses, estariam aptos a superar desafios.

Diante desta perspectiva, pretende-se conhecer o perfil do profissional que atua no PSF/BH, determinado por seu perfil socioeconômico, de formação, condições de trabalho e hábitos de vida, buscando entre outros determinantes, auxiliar a compreensão de sua melhor ou pior adaptação às exigências de tão ampla função. Considerando-se a dificuldade em estabilizar o médico vinculado às equipes de saúde da família, neste estudo busca-se conhecer a relação entre este perfil e a rotatividade do profissional médico no PSF, com o intuito de contribuir para a reflexão sobre possíveis estratégias de fixação deste profissional, tendo como desafio as grandes cidades.

#### 1.1. REFERÊNCIAS

1. Aguiar, S. M.; Vieira, A. P. G. F.; Vieira, K. M. F.; Aguiar, S. M.; Nóbrega, J. O.. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina J. bras. psiquiatr. 58(1): 34-38, TAB. 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
3. \_\_\_\_\_. 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: MS, 2002a.
4. \_\_\_\_\_. *A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: etapa 3*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
5. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Participativa. *Saúde da família: panorama, avaliação e desafios* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

6. \_\_\_\_\_. Cadernos RH Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
7. \_\_\_\_\_. Desprecarização do trabalho no SUS. Perguntas e Respostas. Comitê interinstitucional de desprecarização do trabalho no SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
8. Boog, M. C.. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Revista de Nutrição da PUCCAMP*, 12:261-272. 1999.
9. Cabana, M.C.F.L.; Ludermir, A.B.; Silva, É.R.; Ferreira, M.L.L.; Pinto, M.E.R. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J. bras. psiquiatr.* 56(1): 33-40. 2007
10. Camelo, S.H.H. e Angerami, E.L.S.. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):14-21.
11. 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, São Paulo, 2005 (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas).
12. Campos, C.V.A.; Malik, A.M.. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v.42 n.2, p.347-368. Rio de Janeiro, mar./abr., 2008.



13. Capozollo, 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.
14. Conill, E.M.. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(supl. 1):7-27.
15. Costa, G.D.; Cotta, R.M.M.; Franceschini, S.C.C.; Siqueira Batista, R.; Gomes, A.P.; Martins, P.C.; Ferreira, M.L.S.M.. “Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 705-726, 2008.
16. Costa, G.D.; Cotta, R.M.M.; Ferreira, M.L.S.; Reis, J.R.; Franceschini, S.C.C.. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras. de Enfermagem* 2009; Brasília, 62(1):113-8.
17. Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M.H.M.; Magalhães R.; Senna, M.C. M.. “Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados”. Segunda edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAB; 2005.
18. Fidalgo, T.M.; Silveira, D.X.. Uso indevido de drogas entre médicos: problema ainda negligenciado . *J. bras. psiquiatr.* 57(4): 267-269, GRA, TAB. 2008
19. Girardi, S. N. (Coord). Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Minas Gerais, 2002. 69 p

20. 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, 2003b. p. 157-190.
21. Junqueira, T.S. Organização do trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no programa de saúde da família e reorientação da atenção básica. Viçosa, Minas Gerais, 2008. Disertação de mestrado.
22. Junqueira, T.S.; Cotta, R.M.M.; Gomes, R.C.; Silveira, S.F.R.; Siqueira-Batista, R.; Pinheiro, T.M.M.; Melo, E.M.. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. V.33 (1): 122 – 133; 2009.
23. Loureiro, E.M.F.; McIntyre, T.M.; Mota-Cardoso, R.; Ferreira, M. A.. Inventário de Fontes de Estresse Acadêmico no Curso de Medicina (IFSAM) *Rev. bras. educ. med.* 33(2): 191-197, TAB. 2009 Jun.
24. Machado, M.H.. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000. Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/o\\_perfil.html](http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html)., acesso em 05/09/09.
25. Meleiro, A.M.A.S.. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Ass Med Brasil* 1998; 44(2): 135-40.
26. OMS. Family Practice Development Strategies. *Report on the Third WHO Meeting of Expert Network*. Turkey: WHO/EURO, 1997.
27. \_\_\_\_\_. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Switzerland: WHO/EURO, 2008.
28. OPAS. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2 Washington D.C: OPAS, 2008. 71 págs.

29. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte em números. Administração Pública com Responsabilidade Social, 2008. PBH, 2009a. [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt\\_BR&pg=5922&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt_BR&pg=5922&taxp=0&)., acesso em 23/10/2009.
30. \_\_\_\_\_. Planilha do Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005- 2009 (revisado) - Relatórios da Secretaria Municipal de Saúde. PBH, 2009b. [http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/planilha\\_do\\_PMS\\_BH\\_2005\\_2009\\_revisa\\_do\\_FINAL.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/planilha_do_PMS_BH_2005_2009_revisa_do_FINAL.pdf)., acesso em 25/10/2009
31. Santana, J.P.(Coord.) Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico nos municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO. José Paranaguá de Santana *et. al.* – Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2008.
32. Siqueira, F.C.V.; Nahas, M.V.; Facchini, L.A.; Piccini, R.X.; Tomasi, E.; Thumé, E.; Silveira, D.S.; Hallal, P.C.. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9):1917-1928, set, 2009.
33. Viana, A.L.D. e Dal Poz, M.R.. “A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, p.12-48, 1998.
34. Wilkinson, P. e Philip, N.. Guia ilustrado Zahar: Mitologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 2008.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil socioeconômico, profissional, de formação, hábitos de vida e condições de trabalho dos médicos do PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, discutindo sobre suas implicações na rotatividade deste profissional.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Refletir sobre o estado da arte da fixação e rotatividade do médico, na implementação do PSF desde a perspectiva idealizada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira;
- 2) Caracterizar as percepções dos profissionais médicos do PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, quanto aos fatores que motivam ou não sua atuação no PSF e seus reflexos sobre a rotatividade;
- 3) Caracterizar as condições de trabalho e estilo de vida, bem como as percepções quanto aos próprios hábitos alimentares dos profissionais médicos em atuação no PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, discutindo sobre suas influências na rotatividade destes profissionais.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1 REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se revisão de literatura nas principais fontes de Saúde Pública – Scielo, Medline, Lilacs, e Periódicos da Capes, além de leituras de livros e documentos da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura de Belo Horizonte, do Ministério da Saúde do Brasil, Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde.

#### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, com população de 2.412.93 habitantes distribuídos em 331 quilômetros quadrados e densidade demográfica de 7.290,8 habitantes/km<sup>2</sup> segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2007).

Para gestão e planejamento da cidade, o município é subdividido em nove áreas administrativas regionais e 81 unidades de planejamento. A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH), órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, organiza os serviços de saúde em base territorial, através da definição de nove Distritos Sanitários (Venda Nova, Barreiro, Leste, Nordeste, Oeste, Pampulha, Centro-Sul, Noroeste e Norte). Cada um dos nove Distritos Sanitários, que correspondem às Administrações Regionais da Prefeitura de Belo Horizonte, tem definido seu espaço geográfico, populacional e administrativo de abrangência, como pode ser visto na Figura 1 (PBH, 2005).

O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano<sup>3</sup> (IDH) de 0,839, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os padrões

---

<sup>3</sup>O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado por Mahbud al Haq, com colaboração do economista Amartya Sen e pretende ser uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano.

do PNUD são os valores de 0,500 e 0,800, separando, respectivamente, o baixo do médio e o médio do alto desenvolvimento humano (PBH, 2005).

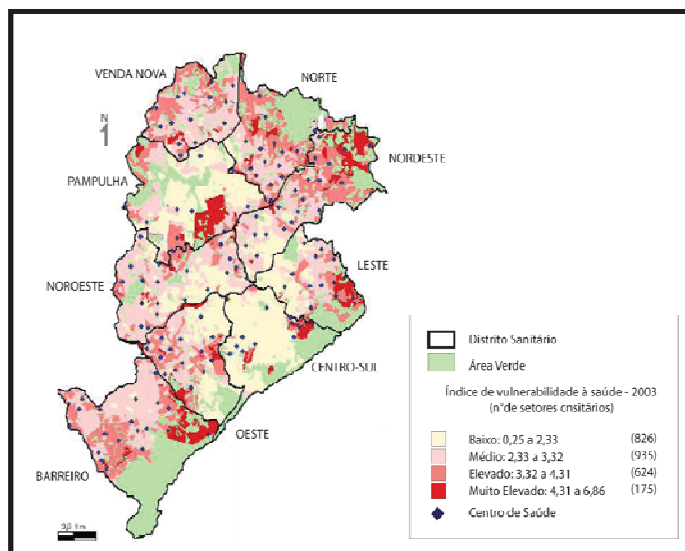


Figura 1: Índice de Vulnerabilidade à Saúde por Áreas Administrativas Regionais, Distritos Sanitários e Centros de Saúde de Belo Horizonte/MG  
Fonte: Plano Municipal de saúde 2005-2008, adaptado pela autora.

Com base em informações oriundas dos censos demográficos de 1980 e 1991, a Fundação João Pinheiro e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada elaboraram as estimativas do Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e do Índice de Condições de Vida de Belo Horizonte, incluindo as dimensões renda, longevidade e educação, com pesos iguais, mas com adaptações para adequar o índice concebido para comparar países à unidade de análise que é, neste caso, o município (PBH, 2005).

Outro indicador composto utilizado é o Índice de Vulnerabilidade Social que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas. Tem como propósito evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos e foi construído a partir de cinco dimensões de cidadania: 1.

ambiental (moradia); 2. cultural (educação); 3. economia (emprego); 4. jurídica (assistência jurídica) e 5. segurança de sobrevivência (serviços de saúde) (PBH, 2005).

A SMSA/PBH utiliza o índice de vulnerabilidade à saúde, indicador que busca resumir informações relevantes que traduzem as desigualdades intra-urbanas, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, para proposição de ações intersetoriais (PBH, 2005).

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 (PBH, 2005).

A IV Conferência Municipal de Saúde foi um dos principais momentos da construção do SUS e do Controle Social em Belo Horizonte, pois, foi neste momento que se deu, junto à sociedade civil organizada, a aprovação do projeto político do SUS, a definição do Modelo Assistencial e a entrada de Belo Horizonte na Gestão Semiplena, em 1994, dando início à construção efetiva do sistema municipal de saúde sob comando único do gestor municipal (PBH, 2005).

Minas Gerais deu início à implantação do PSF, ainda em 1994, após a assinatura do Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual, onde o primeiro repassaria recursos inicialmente para doze municípios que deveriam implantar e manter a nova estrutura. Pioneiro no país ao instituir, pela Lei nº 12.428 de 12/12/1997, um incentivo financeiro aos municípios para o desenvolvimento e manutenção do programa, Minas Gerais fomentou a adesão à estratégia (Minas Gerais, 2002).

No primeiro semestre de 2000, por meio do Programa BH VIDA, foram incorporados 2.625 Agentes Comunitários de Saúde e em 2002, iniciou-se uma mudança no formato organizacional da atenção básica, com a contratação de centenas

de profissionais para a montagem das ESFs, conforme programa do MS, dando conformação inicial à primeira versão de uma nova ação geral de saúde na cidade denominada *Programa BH Vida* (PBH, 2005).

Essa intervenção de saúde na cidade revelou um período de transição do modelo assistencial em curso, conduzindo a alterações no processo de funcionamento dos Centros de Saúde ou Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que contam com as ESF, com enfoque dirigido ao trabalho em equipe e referência na família, sem prejuízo no cuidado do paciente (PBH, 2005).

Em 2003 houve a maior expansão do programa, somando mais de 500 ESFs, e definiu-se, numa reafirmação dos princípios do SUS, a adoção de uma nova versão programática para a cidade, formulando-se, então, o *BH Vida: Saúde Integral*, que passou a reger a atenção básica no município (PBH, 2005).

Além do exposto acima, segundo dados da planilha do Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2009, é objetivo geral do município avançar na implementação da saúde da família como estratégia prioritária para o desenvolvimento da atenção básica, tendo a estabilização das equipes de saúde da família e a redução da rotatividade dos profissionais, em especial os médicos, como diretrizes. Para redução do número de equipes sem médicos, o município apresentou metas de 85% das equipes completas em 2007; 90% em 2008 e 95% em 2009; e redução de 10% da rotatividade dos médicos em 2007, 30% em 2008 e 50% em 2009 (PBH, 2009b).

Diante deste cenário, a escolha deste município deve-se em especial por sua particular situação em relação à implantação do PSF, sendo a capital com maior cobertura populacional (76%) – atendida por 513 ESF dispostas em 146 UAPS – e em especial, por apresentar importantes avanços em relação às principais hipóteses de



causas da rotatividade presentes na literatura: formas de contratação, condições de trabalho e perfil do profissional (PBH, 2009a).

### 3.3 SUJEITOS E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi determinada entre os médicos em atuação nos PSFs de BH no período de junho a agosto/2010, contemplando a distribuição por distrito sanitário e UAPS.

A amostragem foi estabelecida por variedade de tipos<sup>4</sup> e, neste estudo, a característica adotada foi a rotatividade, delimitada após entrevista com gestores da Gerência de Assistência à Saúde (GEAS) em fevereiro e maio de 2010.

As UAPS de maior e menor dificuldade de estabilização de médicos foram estabelecidas segundo análise de dados referentes à cobertura de profissional médico generalista nas equipes de saúde da família junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre novembro de 2009 e janeiro de 2010. As UAPS com pendências nestes três meses, consecutivos ou não, foram determinadas.

As UAPS com menor rotatividade foram estabelecidas também por este critério, com base em entrevistas com os responsáveis em fevereiro e maio de 2010. Destaca-se ainda que, para o distrito centro-sul, onde não houve pendências registradas no CNES neste período, adotou-se o critério de solicitações de reposição de profissionais médicos generalistas à GEAS, tanto para a maior quanto para a menor rotatividade.

Após delimitação das UAPS onde seria realizada a pesquisa, por meio de entrevista com as gerentes das mesmas, foram apontadas duas ou mais equipes que atuem nesta Unidade e cujos profissionais poderiam ser entrevistados, após sorteio, garantindo-se a isenção e sigilo desta escolha.

---

<sup>4</sup> Processo de seleção de sujeitos escolhidos segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador apontado neste estudo, cuja resolução acompanha critérios justificados que demonstrem homogeneidade fundamental entre indivíduos reunidos neste grupo (Turato, 2003).

Os sujeitos da pesquisa são médicos que atuam no PSF-BH e atendem nas UAPS de menor e maior rotatividade destes profissionais. A recusa em participar do estudo, não estar em atuação nas UAPS com maiores ou menores índices de rotatividade de médicos, conforme dados do CNES entre novembro de 2009 e janeiro de 2010, e informação da GEAS, não ter sido sorteado após indicação pela gerente da UAPS entre as equipes de saúde da família com maior ou menor rotatividade se constituem critérios de exclusão dos sujeitos da amostra.

### 3.4 DESENHO DO ESTUDO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Estudo qualitativo, realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, cuja coleta de dados deu-se entre junho e agosto de 2010.

Tem como foco a rotatividade entre os médicos do PSF, e busca identificar o perfil socioeconômico deste profissional, sua formação e condições de trabalho e suas possíveis influências e repercussões sobre as dificuldades de estabilização destes sujeitos nas equipes.

Após a delimitação dos sujeitos da pesquisa, foi realizado um primeiro contato com cada um deles, com fins de apresentação do estudo e agendamento de possível entrevista. Confirmado o interesse em participar do estudo, foram realizados esclarecimentos acerca do mesmo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite os mesmos foram assinados por ambas as partes, permanecendo uma via com o sujeito e outra com a pesquisadora, só então se procedendo a entrevista, agendada conforme disponibilidade de tempo de cada médico, respeitando suas atividades na equipe e UAPS.

Os dados foram coletados no próprio local de trabalho dos médicos, nas UAPS, em Belo Horizonte, por meio de entrevistas individuais, gravadas, com anotações dos

dados relevantes, por esta pesquisadora e editadas no programa *Voice Editing, versão 2.0, Premium Edition*, transcritas de maneira integral e fidedigna às falas pelo próprio investigador, procedendo então, à análise de conteúdo.

É útil esclarecer que as perguntas que constituem a entrevista semiestruturada, no enfoque qualitativo, partem de questionamentos básicos apoiados nas teorias e hipóteses presentes no estudo. A adoção deste instrumento parte do pressuposto de que os modelos culturais interiorizados pelos indivíduos são revelados na entrevista, refletindo o caráter histórico e específico das relações sociais, além de auxiliar no entendimento das concepções e representações que possuem. Destaca-se a importância de se inserir os depoimentos num contexto histórico, onde cada ator social será caracterizado por sua participação (Minayo, 2007).

Os dados qualitativos foram trabalhados por análise de conteúdo, com apresentação dos resultados em citações literais ilustrativas das falas dos sujeitos, simultâneas à etapa da discussão.

A análise de conteúdo consiste em “*um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens*” (Bardin, 1977:44).

A análise de conteúdo compreendeu as seguintes etapas:

1. Pré-análise: objetiva operacionalizar e sistematizar as ideias presentes no depoimento – apreensão do todo. Nesta fase, retomam-se as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao que foi coletado, caso seja necessário;

2. Exploração do material: consiste em identificar nas falas as unidades de significado – codificação, transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento – essencial para a fase posterior;
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: visa agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança, e a partir daí se propõem inferências e, então se interpreta o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador (Bardin, 1977; Minayo, 2007).

### 3.5 ESTUDO PILOTO

De acordo com Richardson e colaboradores(1999), antes de iniciar a pesquisa propriamente dita é necessário provar o instrumento. O estudo piloto ou pré-teste refere-se à aplicação prévia do questionário a um grupo que apresente as mesmas características da população incluída na pesquisa, objetivando revisar e direcionar aspectos da investigação.

Para tal, o estudo piloto deste trabalho foi realizado no município de Belo Horizonte, entre generalistas com condições semelhantes sendo estas entrevistas excluídas da amostra. As reações dos entrevistados foram observadas e registradas, sendo as perguntas consideradas conflitivas, as dúvidas, sugestões e críticas surgidas ao longo do teste levadas à discussão com a equipe responsável pela pesquisa.

As entrevistas foram gravadas, conforme consentimento do entrevistado, e a duração registrada, com o intuito de verificar se não estaria demasiadamente longa.

Após a realização do estudo piloto, as questões em sua formulação ou ordenação, bem como as falhas cometidas pelo entrevistador foram identificadas e corrigidas.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (parecer nº 125/2009) e da SMSA-BH/SISNEP (CAAE: 005.0.410.410-10A), de acordo com as *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* do Conselho Nacional de Saúde, Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 2003).

Todos os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos e orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

O sigilo sobre a identidade dos sujeitos de pesquisa foi garantido por meio da apresentação das falas apenas por números, codificados em identificação com o número do questionário. Para a transcrição foi respeitada a grafia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados.

Diante dos resultados e das necessidades levantadas, pretende-se, disponibilizar os resultados aos profissionais de saúde e gestores do município bem como publicar tais achados, com o intuito de contribuir para o aprimoramento do processo de construção do PSF, melhorando o atendimento à população e as condições de trabalho do profissional, minimizando sua rotatividade.

### 3.7 REFERÊNCIAS

- 1) Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977; reimpressão 2004.
- 2) Brasil. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS n.o 196/96 e outras)/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. – 2. ed. ampl., 1.<sup>a</sup> reimpressão., – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

- 3) IBGE, 2007. Contagem da População – CENSO 2007. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm> acesso em 18/10/2009.
- 4) Minayo M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10a. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. 406 p.
- 5) Minas Gerais. Secretaria do Estado da Saúde. SUS-MG. Programa Saúde da Família. Equipes implantadas. Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <http://www.pofoopsf.ufmg.br/novidade/drs.htm>., acesso em: 06/10/2009.
- 6) Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gerência de Planejamento e Desenvolvimento GPLD /SMSA /PBH. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008, PBH, 2005 Relatório, pdf, 158p.
- 7) \_\_\_\_\_. Belo Horizonte em números. Administração Pública com Responsabilidade Social, 2008. PBH, 2009a. [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecp\\_TaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt\\_BR&pg=5922&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecp_TaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt_BR&pg=5922&taxp=0&)., acesso em 23/10/2009.
- 8) \_\_\_\_\_. Planilha do Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005- 2009 (revisado) - Relatórios da Secretaria Municipal de Saúde. PBH, 2009b. [http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/planilha do PMS BH 2005 2009 revisado\\_FINAL.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/planilha_do_PMS_BH_2005_2009_revisado_FINAL.pdf)., acesso em 25/10/2009.
- 9) Richardson, R.J. *et al. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. 335 p. Reimpressão 2007.
- 10) Turato, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003, 688p.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. ARTIGO 1 . REVISÃO

#### **O GENERALISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – A ROTATIVIDADE E SEUS REFLEXOS<sup>5</sup>**

##### RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família tem se configurado, desde meados da década de 1990, quando surgiu ainda como um programa, no principal instrumento de implementação da Atenção Primária à Saúde e reformulação do Sistema Único de Saúde. Reconhecida como “a Reforma da Reforma”, a estratégia tem enfrentado o desafio da rotatividade dos médicos como um dos grandes obstáculos para a sua efetivação, uma vez que o vínculo entre profissionais da equipe e população é um dos eixos estruturantes, bem como a longitudinalidade e integralidade da atenção à saúde. Este estudo teve por objetivo refletir sobre o “estado da arte” da fixação e rotatividade do médico, na implementação da estratégia de saúde da família desde a perspectiva idealizada pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira. A rotatividade interpretada como indicador para as políticas públicas pode sinalizar a necessidade de adaptação dos profissionais, sua formação, sua busca pela identidade e reconhecimento. Como um indicador a rotatividade dos generalistas pode, ainda, dar visibilidade à realidade deste médico e seu trabalho, devendo ser considerado não só para a implantação e

---

<sup>5</sup> Artigo submetido à apreciação em revista da área em junho de 2010. Foi mantida a formatação padronizada pela mesma, ainda que divergente dos demais artigos e corpo da dissertação.

implementação da estratégia de saúde da família, mas em especial para os currículos médicos, expondo a necessidade de um diálogo amplo, dos vários setores para melhor condução da formação deste profissional apto para trabalhar com a produção social da saúde.

PALAVRAS CHAVE: saúde da família, generalista, trabalho médico, rotatividade.

## INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços alcançados pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), culminando na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, os princípios preconizados de equidade, integralidade e universalidade ainda não fazem parte da rotina da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Saúde da Família (PSF), “... formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades” (Costa *et al.*, 2009:113).

Desde esta perspectiva, o PSF, constitui-se na principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil e tem sido identificado como a “Reforma dentro da Reforma” na construção do SUS (Viana e Dal Poz, 1998).

Em 1998, o PSF configurou-se em Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado estruturante dos sistemas municipais de saúde. Tal estratégia, incorporada



às rotinas da Atenção Primária vem reafirmar os pressupostos do SUS (Scherer, 2005). Devido à incorporação da sigla PSF na rotina dos serviços de saúde as denominações PSF e ESF tem convivido, tanto na literatura quanto na rotina de profissionais e usuários, sem grandes conflitos, o que é respeitado neste texto.

Assim, o PSF incorpora e reafirma os princípios do SUS, norteando-se por outros princípios, originários de propostas de diferentes grupos e articulações, tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (Silos). Políticas de financiamento pelo MS incentivam sua expansão em pequenos municípios, mas, todavia, não previram as complicações para implantação em grandes centros urbanos, estruturados prioritariamente em um sistema de saúde biomédico, e com predomínio de especialistas (Escorel *et al.*, 2005; Scherer, 2005; Costa *et al.*, 2009, Junqueira *et al.*, 2009).

São apontados pela literatura vários fatores dificultadores de uma efetiva implementação desta estratégia destacando-se: 1) a carência de médicos para atuar no PSF; 2) a contratação de muitos recém-formados ou aposentados - com um perfil de difícil adaptação ao trabalho proposto pelo PSF - associado à 3) precárias formas de contrato, 4) infraestrutura material, 5) a dinâmica da assistência e 6) condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho. Conforme Girardi e Carvalho (2003), Escorel e colaboradores (2005), Campos (2005), Junqueira e colaboradores (2009) e Costa e colaboradores (2008) tudo isto tem contribuído para os altos índices de rotatividade. De fato, a rotatividade constitui-se um problema, não só em função dos custos para o empregador, ou pela necessidade de extensivos treinamentos e capacitações aos profissionais, mas em especial devido à característica necessária ao PSF, que preconiza o vínculo do generalista com a população de sua área de abrangência como diretriz primordial (Escorel *et al.*, 2005; Campos e Malik, 2008).

Destarte, percebe-se que a dificuldade de fixação dos generalistas, apresenta-se como um fator que coloca em risco o sucesso do PSF. Estudos apontam como importantes condicionantes desta situação, o perfil e formação inadequados dos profissionais, as precárias condições de trabalho, assim como, a motivação e satisfação dos trabalhadores (Girardi e Carvalho, 2003; Escorel *et al.*, 2005; Campos, 2005; Junqueira *et al.*, 2009).

Este estudo tem por objetivo, por meio da pesquisa na literatura científica disponível, refletir sobre o “estado da arte” da fixação e rotatividade do médico, na implementação da ESF desde a perspectiva idealizada pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira.

## MÉTODOS

Este artigo, de caráter crítico-reflexivo, baseou-se em revisão bibliográfica, nas principais bases de dados em saúde: Biblioteca Virtual de Saúde e Editora do Ministério da Saúde; nas fontes de informação em Ciências da Saúde em Geral - LILACS, MEDLINE, SciELO, SCIENCE DIRECT, periódicos da Capes - sites de organismos oficiais internacionais - Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), nas subáreas de medicina de família e comunidade, medicina preventiva e saúde pública. Os dados foram pesquisados durante o período de junho de 2009 a janeiro de 2010. Foram utilizados os seguintes descritores: saúde da família, generalista, trabalho médico, rotatividade, reforma sanitária, política de saúde. A análise concentrou-se essencialmente na revisão da literatura a qual foi complementada por reflexões subsidiadas pelas práxis dos autores.

## O MÉDICO E SUA PRÁXIS LABORAL: (RE)VISITANDO A LACUNA ENTRE A UTOPIA E O COTIDIANO DO TRABALHO.

Até o princípio do século XX predominava, no Brasil, o exercício profissional em bases liberais - o médico dependia de capacidade própria para exercer sua atividade com autonomia para determinar suas condições e o valor de seu trabalho. A habilidade e a sensibilidade eram os principais atributos do médico. Contudo, a partir de então, começaram também a ocorrer no Brasil, alterações na base do conhecimento médico e nas políticas públicas da área da saúde que interferiram em semelhante identidade profissional hegemônica (Pereira Neto, 2000).

Até então os médicos possuíam respeitabilidade e grande prestígio social, conseqüência de uma relação direta com os pacientes e de um processo artesanal de trabalho (individualizado e autônomo) baseado na confiança, no respeito e no sigilo profissional. A assistência à saúde transformou-se progressivamente, no sistema de produção capitalista, em uma mercadoria socialmente valorizada, coisificando o trabalho médico. Os médicos submeteram-se às regras desse sistema, desenvolvendo suas atividades em serviços públicos e privados, obedecendo às regras impostas aos demais trabalhadores – instabilidade no emprego, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas – somadas às particularidades do trabalho médico, como aliviar a dor e o sofrimento, e ter a morte como situação rotineira (Nascimento Sobrinho *et al.*, 2005).

A sobrecarga de trabalho, especialmente em atividades de plantão; as condições de trabalho precárias, regidas preferencialmente pela remuneração por procedimentos, especialmente no setor privado; a baixa remuneração e a elevada frequência de queixas físicas e psíquicas delineam um cenário desfavorável aos

médicos, o que pode refletir-se na sociedade, por meio da baixa qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde. Esse cenário ilustra o descontentamento dos médicos e da sociedade em geral com os serviços de saúde e com a atenção médica, apontando para a necessidade de mudanças profundas na organização do trabalho médico (Nascimento Sobrinho *et al.*, 2006).

A perda progressiva do controle sobre as condições de trabalho e as intermediações institucionais acentuaram as transformações na relação entre médicos e pacientes. O paciente não escolhe livremente o médico que vai atendê-lo nem é mais o responsável pelas condições em que se dá o atendimento (Feuerwerker, 2002). Sem conseguir se esquivar, o médico tem sido ainda usado como minimizador das tensões sociais, acarretadas pela necessidade social da assistência médica e manutenção da reserva humana assalariada para o mercado de trabalho. Cobrado pela sociedade, o médico é extremamente exigido e culpado pelas agruras sofridas para obter a assistência médica preconizada pela mídia (Pedroso, 2001).

Nascimento Sobrinho e colaboradores (2005) discorrem sobre o modelo Taylorista/Fordista de organização do trabalho, que impôs ao trabalhador – inclusive aos médicos – um rigoroso sistema de controle e avaliação de desempenho, lastreado em prescrições de produtividade individual e coletiva, situação esta, também observada por Franco e Merhy (1999) no contexto do PSF, como um caráter prescritivo, bastante exacerbado. O pressuposto é o de que, ao se seguir a prescrição altamente detalhada, obter-se-á o resultado anunciado. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens para cada caso exige um ‘luto’ da onipotência de cada profissional, para que se possa viabilizar o trabalho em equipe.

Em contraposição a esta ideologia de trabalho, Gariglio e Radicchi (2008) destacam que a prática clínica não permite ou aceita controle do processo de trabalho,

devido à necessidade de se conservar certa liberdade no encontro entre o usuário e o médico - liberdade esta que garante respostas singulares para problemas e necessidades também singulares.

Não obstante, Souza (1998 e 2001), aponta para a existência de um curioso conflito – como reação ao predomínio deste modelo neoliberal na área da saúde (Cotta *et al.*, 1998), alguns médicos estão saindo em defesa da arte médica. Estariam se sentindo ameaçados de perder o ideal tão almejado na medicina? Seria a perda da autonomia de decisão associada à questão da redução tecnicista da força de trabalho médica que estaria em jogo? Todavia impera um importante dilema: se, por um lado, a criação de protocolos, rotinas diagnósticas e terapêuticas diminuem a autonomia de decisão, por outro, aliviam a carga de responsabilidade desse profissional.

## O IDEAL DE TRABALHO E DE FORMAÇÃO MÉDICA PENSADO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Educação (MEC) e o MS têm desenvolvido esforços para reorganizar e incentivar a atenção primária, como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e atendimento hospitalar (Brasil, 2005a; Costa *et al.*, 2009).

Desde sua criação o PSF tem sido configurado como uma estratégia inovadora e potencial, com vistas a reverter a lógica do tradicional modelo de atenção à saúde que predominou no Brasil até a implantação do SUS - hospitalocêntrico, com fortes barreiras de acesso e óbvias iniquidades na oferta de serviços aos cidadãos. Paradoxalmente, é também ao PSF atribuída parte da responsabilidade pela expansão da

“precarização” do trabalho nos serviços públicos de saúde (Brasil, 2007a; Junqueira *et al.*, 2009).

Estudos como o *Monitoramento da Implementação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família*, realizado em 2001/2002 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do MS, identificaram que cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos nesta estratégia apresentavam vínculos precários de trabalho, a que tem sido atribuída à alta rotatividade e insatisfação profissional. Instabilidade no emprego, desproteção do trabalho, perda de investimento na capacitação e descontinuidade do serviço, desmotivação e rotatividade dos profissionais são consequências que ameaçam o programa, com descrédito pela população e fracasso da estratégia (Brasil, 2006a).

Dados da pesquisa *Precarização e Qualidade do Emprego no PSF* revelam que independente do porte do município ou de sua localização geográfica, o tempo médio de permanência do médico naESF em geral é por volta de dois anos, variando de 15,8% nos municípios com mais de 500 mil habitantes a 35,4% nos de população entre 10 e 50 mil habitantes. Nos Municípios entre 100 a 500 mil a frequência de permanência é ainda menor, cerca de um ano (21,4%) (Brasil, 2007a, pág. 149 e 150), demonstrando a dificuldade de fixação do profissional médico às ESFs. E, considerando-se que a proposta do PSF ressalta a importância de que o médico seja generalista ou médico de família, os números são ainda mais reveladores. O que se observa é que há grande número de profissionais com baixa qualificação e muitas atribuições. Machado (2000) em pesquisa sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil constatou que, em 1999, apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF haviam concluído algum programa de residência médica. Essa média foi considerada baixa, quando comparada à média nacional para outras especialidades, em torno de 75%.

Ainda de acordo com dados da pesquisa, *Perfil dos Médicos do Brasil*, de 183.052 médicos registrados nos conselhos de medicina apenas 2,6% eram especializados em medicina geral e comunitária, 13,4% em pediatria; 11,8% em gineco-obstetrícia e 8,0% em medicina interna (Machado, 2000).

Segundo Franco e Merhy (1999) seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres, não mitificando o generalista, como se este pudesse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população.

Entende-se que o efetivo exercício da ESF como reorganizador da Atenção Básica possibilita configurar novos arranjos institucionais – capazes de repercutir na cultura sociopolítica do país – e contribui para a construção de políticas mais eficazes, justas e solidárias (Junqueira *et al.*, 2009).

Vislumbrando este cenário de inovação e reorganização do trabalho, almeja-se um profissional médico que tenha por opção o trabalho clínico, com ênfase na APS, identificado como principal obstáculo para a sustentabilidade do modelo da produção social da saúde (Mendes, 2002; Cotta *et al.*, 2006).

## A ROTATIVIDADE - CAUSAS E REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA

Apesar da rotatividade dos profissionais ser considerada um fator relevante para a sustentação do PSF, identificou-se neste estudo, a carência de publicações e dados sobre esta importante questão. Entretanto, algumas hipóteses têm sido formuladas quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos na ESF, que podem ser

agrupadas em - formas de contratação, perfil do médico, condições de trabalho (Campos, 2005).

A alta rotatividade dos profissionais no contexto do PSF representa um grave problema, visto que, além da capacitação e dos custos empregatícios que oneram os municípios, há ainda o rompimento do vínculo, que repercute negativamente na população atendida, precariza as relações de trabalho e da clínica e gera descrédito.

Muitos fatores tentam explicar por que os profissionais permanecem em uma organização ou a deixam, mas a satisfação no trabalho talvez seja um dos mais pesquisados em sua correlação com a rotatividade (Campos e Malik, 2008). Sobre a visão dos gestores a respeito da satisfação no trabalho de médicos generalistas, em 1997, a OMS realizou um encontro de 13 países europeus que tinha por objetivo fortalecer a medicina de família em seus sistemas de saúde. O tema do encontro foi o processo de capacitação dos médicos de família e sua integração ao sistema de saúde. Concluiu-se que para conseguir que os profissionais ampliem suas competências e seus resultados é preciso que estejam motivados. A motivação, por sua vez, foi relacionada ao *status* profissional, à satisfação no trabalho e aos salários (OMS, 1997).

Em 2004, após dez anos da implantação do PSF, no *2º Seminário de Gestão Participativa*, foram evidenciados como desafios da ESF a regulamentação do vínculo, a capacitação e educação permanente, a satisfação com a clínica (resolubilidade; integralidade; continuidade da atenção), qualificação/acreditação e monitoramento e avaliação da APS (Brasil, 2005b).

No Brasil, grande parte dos médicos do PSF têm contratos temporários e, segundo Machado (2000), a flexibilização nas formas de contratação, associada à existência de vagas em outros locais com salários diferenciados, é uma das principais causas da alta rotatividade.



Estudos apontam como fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos a contratação de recém-formados que, após curto período de tempo, abandonam o emprego para cursar a residência médica, ou profissionais mais velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho (OMS, 1997; Escorel *et al.*, 2005; Girardi e Carvalho, 2003).

Estudo realizado por Ribeiro e colaboradores (2004), discute as condições de trabalho das equipes de PSF, destacando a composição básica insuficiente destas; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pela estratégia; variadas modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contra fluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre a ESF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda.

Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos (Capozzolo, 2003).

Em seus *Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos*, Giovanella e colaboradores (2009) observam que, na visão dos gestores da saúde do município de Belo Horizonte, as

resistências da categoria médica estão relacionadas à dificuldade de formação, à velocidade da reestruturação da atenção básica e às modificações no processo de trabalho decorrentes da implantação da ESF. Relata, ainda que, na visão dos generalistas, os profissionais das ESFs não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, questão que constitui empecilho importante à adesão dos profissionais à ESF. A baixa valorização do profissional médico de família por seus pares, no caso, os especialistas, segundo a Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, ouvida na mesma pesquisa, representa ainda um problema para a ESF.

A necessidade de tornar a estratégia atraente para os médicos tem levado gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação desses profissionais no trabalho, algumas delas representadas em melhorias salariais e capacitações dos profissionais. O salário dos profissionais da ESF tem sido em média, superior à remuneração das demais especialidades médicas, nos mercados públicos e privados o que, ainda assim, não tem garantido sua fixação.

Um inquérito nacional realizado em 2001 verificou que os salários pagos aos profissionais estavam, em média, 76% acima do mercado de trabalho, o que, para alguns autores, seria uma forma de compensação à precariedade do vínculo (Escorel *et al.*, 2005; Girardi e Carvalho, 2003). Tal compensação nem sempre é suficiente, como destaca Giovanella e colaboradores (2009), ao investigar os motivos de desligamento, através de pesquisa interna no PSF dos municípios de Aracajú (Sergipe), Belo Horizonte (Minas Gerais), Florianópolis (Santa Catarina) e Vitória (Espírito Santo). Entre as estratégias utilizadas para adesão dos profissionais estão a melhoria do padrão salarial, os concursos públicos e o investimento na capacitação. Os concursos públicos não se mostraram efetivos na fixação de médicos, diferentemente das demais categorias

profissionais. A remuneração insatisfatória é apontada por 98% dos médicos de Aracajú como fator de insatisfação, assim como 78% em Belo Horizonte e 62% em Florianópolis, considerada a carga horária semanal de 40 horas, também um dos fatores citados em todos os municípios como dificultador da fixação ao PSF. Foram também apontados como predisponentes à rotatividade a precariedade das condições de trabalho – destacando-se a violência em Aracajú e Belo Horizonte e o volume de trabalho nesta última – e a formação incompatível com o PSF em Florianópolis.

Assegurar que trabalhadores da ESF estejam motivados e satisfeitos com o seu processo de trabalho e com os resultados de sua práxis é um caminho prático e certo para o avanço na implementação de um sistema realmente democrático que contemple as diretrizes do SUS (Junqueira *et al.*, 2009).

#### A FORMAÇÃO DO MÉDICO: FORMAR, (RE)FORMAR, MUDAR, ATIVAR, (TRANS)FORMAR

O paradigma da produção social da saúde propõe o fortalecimento do cuidado, da integralidade e da promoção da saúde, na ação interdisciplinar e na crescente autonomia das pessoas e comunidades em relação à própria saúde. No campo da educação pretende-se formar profissionais generalistas, integrar teoria e prática na produção do conhecimento e articular serviço e ensino em diferentes ambientes/cenários de aprendizagem, inclusive no loco da comunidade (Feuerwerker e Lima, 2002; Mendes, 2006; Mitre *et al.*, 2008).

A expansão da ESF trouxe alguns desafios conceituais, como a necessidade de buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do

adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar (Starfield, 2002; Nogueira, 2009).

Transformar a assistência individualizada e especializada, centrada em hospitais e ambulatórios, para um cuidado integral individual e coletivo, no *loco* da comunidade, requer a reconstrução do processo de trabalho e de formação, das concepções de saúde e doença e do estabelecimento de novas relações entre a população e o médico e destes entre si (Romano, 2008).

A pauta convergente na área da saúde, mobilizadora de esforços integrados entre o MS e o MEC, diz respeito às políticas públicas que focalizam a reorientação do modelo assistencial, conforme preconizado pelo MRS. A consolidação do SUS depende tanto do sucesso de estratégias como o PSF e da implementação de processos de Educação Permanente, de competência do MS, quanto da revitalização dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação, incorporando as premissas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, conforme estabelecem as Diretrizes Curriculares, atribuições da alçada do MEC (Brasil, 2001; Saupe *et al.*, 2005).

A resolução do Conselho Nacional de Educação junto à Câmara de Educação Superior define que o Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Brasil, 2005a).

No contexto da ESF, o médico de família é um profissional que existe oficialmente no Brasil desde 1994, reconhecido pela Associação Médica Brasileira

desde 2003. Esse profissional, como generalista, atende todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores, os especialistas limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico. O MS delimita suas atribuições: (1) atender a todos integrantes de cada família, independente do sexo e idade, desenvolvendo ações preventivas e de promoção da qualidade de vida; (2) estabelecer vínculo e compromissos de co-responsabilidade com a população; (3) estimular a organização das comunidades para o controle social das ações e serviços de saúde, utilizando de sistema de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; (4) atuar de forma interdisciplinar e inter-setorial, estabelecendo parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais; (5) enfim, transcender as especificidades do setor da saúde, providenciando efeitos significativos sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidades (Brasil, 2004; Brasil, 2007b).

De forma complementar, a segundo a Unidade de Desenvolvimento Educacional da OMS, as funções de um médico da APS, são: 1) prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora; 2) tomar decisões baseadas em eficácia e custos; 3) ser comunicador e educador em saúde; 4) estar atento aos determinantes da saúde relativos ao entorno físico e social e aos riscos para a saúde, e 5) assumir tarefas genéricas (Mendes, 2006).

Sobre as capacitações, a percepção de que os médicos não têm formação adequada para atuar na atenção integral à saúde e responder às demandas de resolutividade da ESF, impulsionou o MS a considerar a educação permanente dos profissionais da ESF como um dos desafios para o êxito da proposta. Como forma de enfrentar o problema, em 1996 o MS convocou instituições de ensino a apresentarem projetos que articulassem ensino e serviço com vistas à capacitação e formação profissional para a ESF. Em 2001 havia 30 pólos de capacitação, formação e educação

permanente para pessoal da saúde da família nos 27 estados do país (Brasil, 2002; 2006b) e em 2003, estes pólos foram substituídos por uma nova proposta que incluía todos os trabalhadores do SUS, os usuários da rede de serviços, a rede formadora e os estudantes, denominada Pólos de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS (Brasil, 2004).

Entre os desafios para o sucesso da estratégia, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), elenca a valorização política e social do espaço da APS, recursos humanos, duplicidade das redes de atenção, a prática das equipes, o financiamento e a avaliação dos instrumentos em gestão (Brasil, 2007c).

Ceccim e Feuerwerker (2004) atribuem à limitação das capacidades de impacto das ações do SUS em educação devido à desarticulação, fragmentação e orientações conceituais heterogêneas. Segundo estes autores, estas tem sido limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer.

Na tentativa de aproximar a academia e a realidade socioepidemiológica da população brasileira MS e MEC promoveram o estudo *A aderência dos cursos de graduação às diretrizes curriculares nacionais*, no sentido de avaliar e promover a efetivação prática destas (Brasil, 2006c). A pesquisa destaca iniciativas de inovação desde a década de sessenta, quando a Universidade de Brasília desenvolveu por 12 anos, uma importante proposta de inserção da academia no serviço público de saúde, responsabilizando-se por toda a cobertura da saúde de Sobradinho. A Universidade Federal de Minas Gerais na década de setenta instituiu um Processo de Desenvolvimento Curricular que dentre outras mudanças, transferiu grande parte do

ensino da semiologia do hospital para o ambulatório e criou o Internato Rural no qual os alunos vivem e estagiam durante três meses em cidades do interior de Minas Gerais. Cabe destacar, também, a experiência da Universidade Federal Fluminense com integração docente assistencial em saúde, em 1981, incluindo vários departamentos da medicina, outras escolas da saúde, envolvendo as comunidades e Unidades de Saúde de Niterói e São Gonçalo (Brasil, 2006c).

Arcoverde (2007) discorre sobre a representação construída pelos estudantes nas relações sociais com seus pares, com os instrutores e com os outros profissionais de saúde com quem interagem. No meio social onde ocorre o processo de ensino aprendizagem, os modelos de atuação médica vão sendo assimilados. O educando demonstra a evolução de uma representação idealista da profissão médica, intrinsecamente humanista, para uma representação tecnicista-cientificista, voltada para uma atuação profissional especializada. Esta mudança de núcleo figurativo da representação discente pode ser responsável por uma opção precoce pela especialização do conhecimento, que colabora, evidentemente, para o sonho do domínio total de um determinado campo de conhecimento e, conseqüentemente, para a atomização da prática médica. Afinal, pode-se supor uma realização no ato médico, restrita a aplicação de um conhecimento sobre a doença, com a obtenção de resultados no nível biológico, pois evidentemente o exercício de um saber trás alguma realização narcísica (Souza, 2001).

Quintana e colaboradores (2008) consideram que se torna necessário um investimento no corpo docente como forma de melhorar os modelos com base nos quais os alunos constroem sua identidade profissional, por ser este processo de identificação um fator relevante na formação do estudante e na maneira como ele lidará com os fatores estressantes inerentes a sua profissão.

Ronzani e Ribeiro (2008) afirmam, ainda, que a formação de identidades profissionais entre os estudantes inicia-se na graduação, ao internalizarem crenças e atitudes a partir de sistemas referenciais fornecidos pela faculdade e pelos professores. Observam, ainda, a existência de uma representação anterior à entrada na universidade por parte dos estudantes sobre a profissão médica e destaca a importância das relações informais dentro das faculdades na formação da identidade dos médicos. Exemplifica o problema entre a identidade profissional e as novas propostas assistenciais com a ESF. A proposta da formação do generalista, que compõe a equipe da ESF, tem sido implantada em nível de políticas de reforma dos sistemas de saúde, havendo um problema em relação à prática e à formação do profissional que está preparado para “velhas” formas de trabalho.

O médico de família que aprende a ser médico a partir de uma medicina que valoriza os determinantes biológicos do adoecimento, a doença em detrimento do conceito amplo de saúde, tende a se perder em sua identidade. A biomedicina nutre os referenciais da promoção da saúde e da prática médica, promovendo a composição de um profissional imerso em uma cultura médica, que, de maneira geral, desvaloriza o trabalho na APS. Na medida em que não encontra parâmetros para dialogar com uma realidade que lhe solicita escuta, contextualização, inclusão das questões psicológicas, sociais e ambientais, como lidar com o processo saúde-doença-cuidado? Como ressignificar a lógica de atuação, tornando-a permeável a valores diversos, uma vez que a biomedicina não é capaz de responder sozinha às necessidades de saúde da população que demanda acolhimento e não tão somente atendimento? (Romano, 2008).

Cotta e colaboradores (2007) ressaltam a importância dos profissionais da saúde estarem atentos para a realidade, buscando perceber as carências da população sob seus cuidados. Afirmam ainda, que estes profissionais devem procurar conhecer as



características demográficas, epidemiológicas, culturais, socioeconômicas, políticas, enfim, adentrar na comunidade. Só se cuida adequadamente daquilo que se conhece, do contrário, as ações não passam de esquemas aprendidos na academia e reproduzidos de modo completamente acrítico e desvinculado das necessidades das pessoas.

Ademais, segundo Campos e Belisário (2001), há uma crise multifacetada atingindo a educação médica, que pode ser entendida pela mudança do mercado de trabalho (as oportunidades de emprego na ESF são consideráveis), pela crise de financiamento da educação superior, pela incorporação tecnológica que faz possível a informação e softwares educacionais e, mais recentemente, pela adoção de vários processos de avaliação – acreditação institucional, certificação e recertificação profissionais – os quais estão na ordem do dia. Para estes autores, é consensual que a mudança deva incluir a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários, nos quais se realizam a ação educativa, para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional.

A instituição de novos cenários de prática na formação médica possibilita uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, oferecendo maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo doente ou não, em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-adoecimento. Há que se perguntar até que ponto a medicina está realmente aberta a uma mudança paradigmática desta ordem, aceitando compartilhar com a educação, a filosofia, a antropologia, a história da ciência, a psicologia, entre outras, a construção de novos significados para o ensino e prática médica (Nogueira, 2009).

Por fim, para uma efetiva implementação do SUS é indispensável uma política nacional de recursos humanos que incorpore ações como a garantia de qualificação e/ou sua formação permanente e continuada que permita a evolução do trabalhador na carreira, contando com escolas de formação nas Secretarias de Saúde ou por meio das Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior, como já estabelecido no relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992 (Cotta *et al.*, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas neste estudo, à luz dos trabalhos presentes na literatura sobre o profissional médico, sua identidade, seu trabalho e sua formação no contexto do PSF, revelou algumas das diversas nuances possíveis para a dificuldade de fixação deste profissional às equipes de saúde da família.

Melhorar a remuneração, desprecarizar o vínculo empregatício, oferecer condições de trabalho condizentes com as exigências da produção social da saúde, promovendo maior satisfação com a clínica, reconhecida em resolubilidade, integralidade e continuidade da atenção, são passos importantes para o avanço da implementação da estratégia de saúde da família.

A estratégia de formação e educação permanente para o PSF continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação, sobretudo dos profissionais da medicina.

Apesar das dificuldades, há que se destacar avanços em relação às modificações produzidas pela introdução do PSF, como opção de trabalho médico, que apontam para a melhoria da qualidade de se fazer saúde.

A práxis dos autores permite inferir que a formação do profissional médico pode familiarizá-lo com as exigências de tão ampla função. A rotina do generalista, em pequenos ou grandes municípios, quando apresentada com o devido amparo acadêmico, tem a função de sensibilizar e fazer entender que o papel social do médico ultrapassa o conteúdo de sua maleta.

Enfrentar mazelas sociais muitas vezes incuráveis pela medicina, agravadas pelo abandono e pela miséria, atendendo em comunidades distantes, muitas vezes sem energia elétrica ou saneamento, em salas cedidas por escolas ou igrejas, com mesas improvisadas pela comunidade, carregando consigo todo o recurso disponível são experiências que, como no Internato Rural, constituem-se em uma importante contribuição à aprendizagem, não só da semiologia, da propedêutica ou terapêutica, mas à saúde coletiva, com o intuito de apresentar o futuro profissional a este imenso e fértil campo de trabalho.

A saúde é um território de práticas em permanente construção. Ainda que neste primeiro momento represente desconforto para os profissionais que aprenderam a ser e se reconhecer no modelo biomédico, a perspectiva de exercer a medicina no contexto da produção social da saúde pode representar uma alternativa para a lacuna deixada pelo distanciamento do ideal e da arte médica. Neste aspecto, vê-se a rotatividade médica como uma tentativa de manifestar-se, adaptar-se, buscar novamente a realização entre o real e o ideal.

Tais constatações levam à reflexão de que a rotatividade pode ser vista como um importante indicador para as políticas públicas capaz de sinalizar a necessidade de adaptação dos profissionais e de sua formação, de sua busca pela identidade e reconhecimento, pela produção social da saúde. Este indicador pode, ainda, dar visibilidade à realidade do generalista e seu trabalho, o que deve ser considerado não só

para a implantação e implementação da estratégia de saúde da família, mas em especial para os currículos médicos, expondo a necessidade de um diálogo amplo, dos vários setores para melhor condução da formação deste profissional apto para trabalhar com a produção social da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. ARCOVERDE , Tarcísio Lins. “Formação Médica: (Des)Construção do Sentido da Profissão – A Trajetória da Representação Social”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. V.31 (2):191; 2007.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 38.
3. \_\_\_\_\_. Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. \_\_\_\_\_. 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.
5. \_\_\_\_\_. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
6. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

7. \_\_\_\_\_. Desprecarização do trabalho no SUS. Perguntas e Respostas. Comitê interinstitucional de desprecarização do trabalho no SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
8. \_\_\_\_\_. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
9. \_\_\_\_\_. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
10. \_\_\_\_\_. Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte, 2007a.
11. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica – 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2007b.
12. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007c.
13. CAMPOS, Cláudia Valentina 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”, São Paulo, 2005. (Dissertação de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo) Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo.
14. \_\_\_\_\_.; MALIK, Ana Maria. “Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família”. *Revista de Administração Pública*, v.42 n.2, p.347-368. Rio de Janeiro, mar./abr., 2008.

15. CAMPOS, Francisco Eduardo; BELISÁRIO, Soraya Almeida. “O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada”. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* . v.9. 133 a 142p. agosto, 2001.
16. CAPOZOLLO, Ângela Aparecida. “No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família”. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
17. CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. Macruz. “O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão Atenção e Controle Social”. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
18. COTTA, Rosângela Minardi Mitre; AZEREDO, Catarina Machado; SCHOTT, Márcia; MARTINS, Poliana Cardoso; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Silvia Eloíza. “Sobre o Conhecimento e a Consciência Sanitária Brasileira: O Papel Estratégico dos Profissionais e Usuários no Sistema Sanitário”. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 16(1): p.02-08, 2006.
19. \_\_\_\_\_; GOMES, Andréa Patricia; MAIA, Társis Maia; MAGALHÃES, Kelly Almeida; MARQUES, Emanuelle S.; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. “Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 278-286, 2007.
20. \_\_\_\_\_; MENDES, Fábio Faria; MUNIZ, José Norberto. *Descentralização das Políticas de Saúde: do imaginário ao real*. Ed.UFV/CEBES, Viçosa-MG. 1998.
21. COSTA, Glauce Dias; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; SIQUEIRA BATISTA, Rodrigo; GOMES, Andréa Patrícia; MARTINS, Poliana Cardoso; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. “Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 705-726, 2008.

22. \_\_\_\_\_; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; REIS, José Roberto, FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.
23. ESCOREL Sarah, GIOVANELLA Lígia, MENDONÇA, Maria Helena Magalhães, Magalhães Rosana, SENNA, Mônica de Castro Maia. “*Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*”. Segunda edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAB; 2005.
24. FEUERWERKER, Laura C. Macruz. *Além do discurso da mudança na educação médica* – São Paulo - Londrina – Rio de Janeiro: ABEM/ Hucitec/ Rede Unida, 2002.
25. \_\_\_\_\_; LIMA, Valéria Vernaschi. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: *Políticas de Recursos Humanos em saúde*. Brasil, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.169-179, 2002
26. FRANCO Túlio, MERHY Emerson Elias. *PSF: contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde On-line. Campinas, mar. 1999. Brasília: Ministério da Saúde. <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribubuna/PSFTito.html>. Acesso em 20 out. 2009.
27. GARIGLIO, Maria Terezinha; RADICCHI, Antônio Leite Alves. “O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):153-63, 2008.
28. GIRARDI Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. “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.

29. GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Mendonça. *Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa: Belo Horizonte*. Rio de Janeiro; ENSP/DAPS/NUPES; 2009. 640 p. tab.
30. JUNQUEIRA, Túlio Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; GOMES, Ricardo Corrêa; SILVEIRA, Sueli de Fátima Ramos; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; PINHEIRO, Tarcísio M. Magalhães; MELO, Elza Machado. “Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. V.33 (1): 122 – 133; 2009.
31. MACHADO, Maria Helena. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000. Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/o\\_perfil.html](http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html). Acesso em 05 set. 2009.
32. MENDES, Eugênio Vilaça. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
33. \_\_\_\_\_. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª ed., 2006.
34. MITRE, Sandra Minardi; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GIRARDI-DE-MENDONÇA, José Márcio; MORAIS-PINTO, Neila Maria; MEIRELLES, Cyntia de Almeida Brandão; PINTO-PORTO, Cláudia; MOREIRA, Tânia; HOFFMANN, Leandro Marcial Amaral. “Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais”. *Revista de Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.13 (supl.2), p.2133-2144, 2008.
35. NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; NASCIMENTO, Mônica de Andrade; CARVALHO, Fernando Martins. “Transformações no Trabalho Médico”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.29, nº 2, maio/ago. 2005.



36. \_\_\_\_\_; CARVALHO, Fernando Martins; BONFIM, Tarcio Antônio Silva; CIRINO, Carlos Adriano Souza; FERREIRA, Isis Sacramento. “Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil”. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(2): 97-102.
37. NOGUEIRA, Maria Inês. “As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.33 (2): 262 – 270; 2009.
38. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Family Practice Development Strategies*. Report on the Third WHO Meeting of Expert Network. Turkey: WHO/EURO, 1997.
39. PEDROSO, Ênio Roberto Pietra. “Os Desafios da Clínica Médica e do Clínico: Para Onde Vai a Clínica neste Século?” *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 11(2): p.116-121, 2001.
40. PEREIRA NETO, André de F.. “Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922)”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2):399-409, abr-jun, 2000.
41. QUINTANA, Alberto Manuel; RODRIGUES, Arnaldo Teixeira.; ARPINI, Dorian Mônica; BASSI, Luís Augusto.; CECIM, Patrícia da Silva; SANTOS, Maúcha Sifuentes. “A angústia na formação do estudante de medicina”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 29, nº 1, jan./abr. 2005 32 (1): 6 – 14; 2008.
42. RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. “A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004.
43. ROMANO, Valéria Ferreira. “A Busca de uma Identidade para o Médico de Família”. *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.13-25, 2008.

44. RONZANI, Telmo Mota; Ribeiro, Mário Sérgio. “Identidade e Formação Profissional dos médicos”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.27, nº 3, set./dez. 2003, p. 229 – 236.
45. SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luís Roberto Agea; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; BENITO, Gládyz Amélia Vélez. “Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.
46. SCHERER, Magda Duarte Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. “Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: Reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 53-66, set.2004/fev.2005.
47. SOUZA, ALÍCIA NAVARRO. *Formação Médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica*, 1998. Tese (Doutorado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
48. \_\_\_\_\_. “Formação Médica, Racionalidade e Experiência”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.06, n.01, p.87-96, 2001.
49. STARFIELD, BÁRBARA. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.
50. VIANA, Ana Luísa Dávila e DAL POZ, Mário Roberto. “A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, p.12-48, 1998.

## 4.2. ARTIGO 2 . ORIGINAL

### A ROTATIVIDADE DO MÉDICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS – O QUE O MOVE?

#### RESUMO

**Introdução:** Desde meados da década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF) configura-se como principal instrumento de implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) e estratégia chave para reformulação do sistema sanitário no Brasil - o Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF tem enfrentado a rotatividade do médico generalista como um dos maiores entraves para sua implementação. Fundamentado no vínculo entre profissionais da equipe e população, a alta rotatividade dos médicos apresenta-se como importante desafio à sua efetividade. São implicadas como causas da rotatividade: carência de médicos para atuar no PSF, formas de contratação, infraestrutura material, dinâmica da assistência e condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho. **Objetivo:** Caracterizar as percepções dos profissionais médicos do PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, quanto aos fatores que motivam ou não sua atuação no PSF e seus reflexos sobre a rotatividade **Método:** pesquisa qualitativa, cuja coleta se deu por meio de entrevistas semiestruturadas a 18 médicos do PSF/BH, em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de maior e menor rotatividade por distrito sanitário da cidade. O *corpus* de análise dos dados qualitativos ocorreu por meio do método de análise de conteúdo. **Resultados:** Apesar de o PSF vir ao encontro dos anseios de uma gama de profissionais que tem como motivações a possibilidade de trabalho humanizado, longitudinal e integral que o PSF oferece, associado à atuação em saúde

pública, a formação de vínculo, a educação permanente e a preferência por uma rotina de trabalho com horários bem definidos, as dificuldades com a infraestrutura, a sobrecarga de trabalho, a organização precária do serviço, problemas com a equipe de trabalho e com a gerência, problemas relacionados a referencia e contra referencia, agravados pela violência, são fatores apontados como causas da rotatividade do médico, em busca de um melhor ambiente de trabalho.

**PALAVRAS CHAVE:** rotatividade, trabalho médico, saúde da família, Sistema Único de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF<sup>6</sup>), criado em 1994, é a principal estratégia de implementação e organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil (Brasil, 2006a; Conil, 2008; Costa *et al.*, 2009). Apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, logo em seguida, passou a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais, incorporando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001; Conil, 2008; Costa *et al.*, 2009).

Com a institucionalização legal e prática do SUS, quatro questões sobre a gestão têm sido reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e a (4) política de recursos humanos – esta última considerada a mais complexa (Brasil, 2005).

---

<sup>6</sup> No texto a sigla PSF vai ser mantida, assim como na rotina dos serviços de saúde, a despeito de sua posterior adoção como estratégia, enquanto as equipes de saúde da família serão referidas como ESF.

Aspectos como a carência de médicos para atuar no PSF, importante fator dificultador para uma mais efetiva implementação desta estratégia; a contratação de muitos recém-formados, jovens e desempregados, ou médicos mais velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho proposto pelo PSF, associado às formas de contratação, infraestrutura material, dinâmica da assistência e condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho, tem gerado altos índices de rotatividade nas equipes de saúde da família (ESF) (Brasil, 2002; Girardi e Carvalho, 2003; Campos, 2005). Vale ressaltar que a rotatividade constitui um problema para as organizações, em função dos custos para o empregador, particularmente nos trabalhos que requerem extensivo treinamento aos seus profissionais (Campos e Malik, 2008). E, para o PSF, a rotatividade é ainda um problema maior, visto que, além dos custos empregatícios e com a capacitação que oneram os municípios, há ainda o rompimento do vínculo com os pacientes, o que repercute negativamente na população atendida, precariza o atendimento e a longitudinalidade do cuidado, gerando descrédito.

Muitos fatores tentam explicar por que os profissionais permanecem numa organização ou a deixam, mas a satisfação no trabalho talvez seja um dos fatores mais pesquisados em sua relação com a rotatividade (Campos e Malik, 2008).

A motivação, por sua vez, foi relacionada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ao status profissional, à satisfação no trabalho e aos salários (OMS, 1997). Vista como saída para melhorar o desempenho profissional no que diz respeito tanto à produtividade quanto a satisfação dos trabalhadores, a motivação<sup>7</sup> é definida por Casado (2002) como um impulso à ação.

---

<sup>7</sup> Casado (2002) discorre sobre a motivação como fator intrínseco e deslocamento da energia psíquica, apresentando a evolução histórica do conceito, e as principais teorias sob a perspectiva da psicologia organizacional e gestão de pessoas. Não é pretensão deste estudo analisar a motivação sob estas perspectivas, mas tão somente entender o que move o médico que trabalha no PSF/BH a ficar em determinada equipe ou buscar novo posto de trabalho.

Segundo Nakamura e colaboradores (2005), em tudo o que se faz na vida (trabalho, escola, lar...), é necessário uma energia para realizar as atividades a que se propõe, ou seja, é necessário estar motivado. Para Fiorelli (2004, p. 118, *apud* Nakamura *et al.*, 2005), “*motivação é uma força, uma energia que nos impulsiona na direção de alguma coisa que nasce de nossas necessidades interiores. Quando ela acontece, as pessoas tornam-se mais produtivas, atuam com maior satisfação e produzem efeitos multiplicadores. Despertá-la, mantê-la e canalizá-la para os objetivos da organização tem sido preocupação constante...*”.

Assim, assegurar que trabalhadores do PSF estejam motivados e satisfeitos com o processo e o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação de um sistema realmente democrático, que contemple as diretrizes do SUS (Junqueira *et al.*, 2009).

Apesar da rotatividade dos profissionais ser considerada um fator relevante para a sustentação do PSF, poucos são os estudos presentes na literatura que abordam esta problemática.

Desde estas perspectivas, este estudo tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais médicos do PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, quanto aos fatores que motivam ou não sua atuação no PSF e seus reflexos sobre a rotatividade.

## **MÉTODOS**

### **Caracterização da área de estudo: o PSF de Belo Horizonte**

A investigação foi realizada em Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais (MG), com população de 2.412.93 habitantes distribuídos em 331 quilômetros quadrados e densidade demográfica de 7.290,8 habitantes/km<sup>2</sup>, segundo dados do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2007) apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH<sup>8</sup>), de 0,839, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (PBH, 2005).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) organiza os serviços de saúde em nove Distritos Sanitários os quais tem definidos seu espaço geográfico, populacional e administrativo de abrangência (PBH, 2005). Para tanto, dispõe de 146 unidades de atenção primária à saúde (UAPS) onde se organizam 513 ESF, constituindo-se, assim, como a capital com maior cobertura populacional (76%) – Figura 1(PBH, 2009a).

A organização de áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, proposição de ações intersetoriais e classificação dos setores censitários por risco de vulnerabilidade à saúde – muito elevado, elevado, médio e baixo – utiliza o IDH, entre outros indicadores compostos, como o Índice de Vulnerabilidade Social e o Índice de Vulnerabilidade à Saúde, para resumir informações relevantes que traduzem as desigualdades intraurbanas – Figura 1 (PBH, 2005).

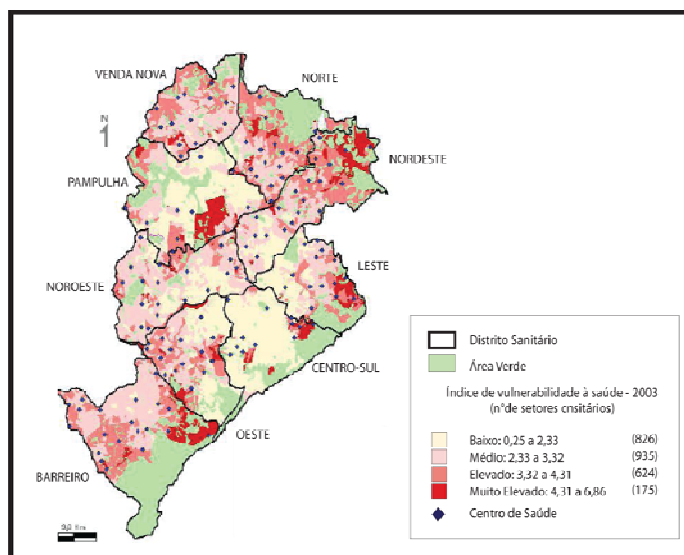


Figura 1: Índice de Vulnerabilidade à Saúde por Áreas Administrativas Regionais, Distritos Sanitários e Centros de Saúde de Belo Horizonte/MG  
Fonte: Plano Municipal de saúde 2005-2008, adaptado pela autora.

<sup>8</sup>O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado por Mahbud al Haq, com colaboração do economista Amartya Sen e pretende ser uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano.

O *Programa BH-VIDA* iniciou-se em 2000 com a incorporação de 2.625 Agentes Comunitários de Saúde e, em 2002, foram contratados outros profissionais para as ESF, conforme programa do Ministério da Saúde (MS). Desde 2003, em uma reformulação, o *BH Vida: Saúde Integral* passou a reger a atenção básica no município com todos os profissionais da APS, incluídos como médicos de apoio à equipe de PSF (PBH, 2005).

Os Núcleos Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos pelo MS (Brasil, 2008) e incorporados à APS de BH em 2008, dispõe de profissionais das seguintes categorias: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, em 48 NASF que atendem a uma média de 12 ESF por NASF<sup>9</sup>.

Belo Horizonte foi escolhida como cenário deste estudo, em especial, por apresentar importantes avanços em relação às principais hipóteses de causas da rotatividade presentes na literatura: formas de contratação, condições de trabalho e perfil do profissional (PBH, 2009a). Muitos dos médicos foram selecionados por concurso público, com estabilidade do vínculo empregatício; cursaram Especialização em Saúde da Família e tem acesso à educação continuada com treinamentos (PBH, 2009b).

### **Sujeitos e definição da amostra**

Os sujeitos foram determinados por variedade de tipos<sup>10</sup>, tendo a rotatividade como critério, por meio de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e entrevistas com a Gerência de Assistência à Saúde da SMSA-BH (GEAS).

---

<sup>9</sup> Dado obtido por meio de entrevista à Assistente da Gerência de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, responsável pelo NASF, Janete Coimbra, em 13/11/2009.

<sup>10</sup> Processo de seleção de sujeitos escolhidos segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador, cuja resolução acompanha critérios justificados que demonstrem homogeneidade fundamental entre indivíduos reunidos neste grupo (Turato, 2003).



A amostra foi constituída por médicos que atuam no PSF/BH, e atendem nas UAPS de menor e maior rotatividade destes profissionais. Constituem critérios de exclusão dos sujeitos da amostra: a recusa em participar do estudo, não estar em atuação nas UAPS com maiores ou menores índices de rotatividade de médicos (conforme dados do CNES entre novembro de 2009 e janeiro de 2010, e informação da GEAS), ou não ter sido sorteado após indicação pela gerente da UAPS entre as ESF com maior ou menor rotatividade. A fim de proteger o voluntário, garantindo o sigilo acerca de quem responderia à entrevista, entre os médicos indicados pelas gerentes das UAPS foram sorteados pela pesquisadora os convidados a participar deste estudo.

Ao final, selecionadas as 18 UAPS, duas em cada distrito sanitário, uma de maior e outra de menor rotatividade e seguidos os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos, foram convidados para participação no estudo um médico de ESF de cada UAPS.

### **Desenho do estudo – coleta e análise dos dados**

Estudo qualitativo, realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, com coleta de dados entre os meses de junho a agosto de 2010.

Em contato inicial com o gerente de cada uma das UAPS selecionadas, foi apresentado o estudo e, a fim de preservar o sigilo acerca de quem responderia as entrevistas, foram convidados, posteriormente, um médico de ESF de cada unidade.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, por um único pesquisador, em horário agendado pelo médico, na UAPS de atuação de cada profissional, abordando os temas: perfil socioeconômico, condições de trabalho e estilo de vida.

As entrevistas foram gravadas após o consentimento dos entrevistados, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de

facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões. Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas diariamente pelo pesquisador em seu diário de campo.

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi apreciado por meio do método de análise de conteúdo, que consiste em “*um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens*” (Bardin, 1977:44) e compreendeu as seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1977; Minayo, 2007).

### **Aspectos éticos**

Seguindo as *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* do Conselho Nacional de Saúde, Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 2003) a pesquisa foi apreciada e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (parecer n° 125/2009) e da SMSA-BH/SISNEP (CAAE: 005.0.410.410-10A).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Perfil socioeconômico: caracterização dos entrevistados**

Com o intuito de caracterizar os profissionais entrevistados, serão apresentados os dados referentes ao perfil socioeconômico, formação, condições de trabalho e atuação

em PSF diferenciando-se os médicos entrevistados em grupos de UAPS de alta rotatividade (AR) e baixa rotatividade (BR).

Quanto ao tempo de permanência do entrevistado na equipe, entre os nove entrevistados do BR seis mantinham-se há seis anos ou mais na mesma e entre os nove do AR cinco estavam entre seis meses e um ano, não havendo nenhum entrevistado na mesma equipe há mais de três anos, confirmando a distinção da rotatividade entre os grupos. A rotatividade ilustrada em atuações anteriores em outras ESF pode ser observada na Figura 2.

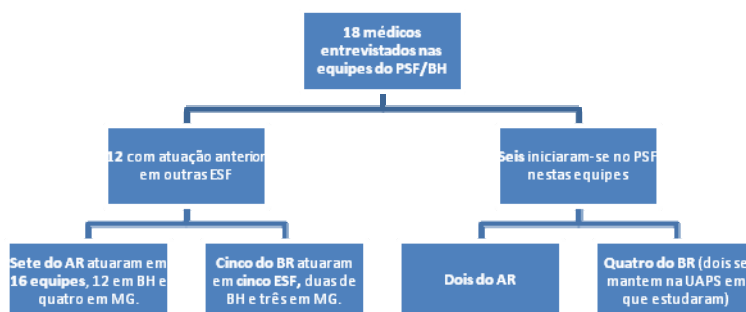


Figura 2: Distribuição do perfil de atuação em equipes de PSF dos entrevistados.

Ressalta-se, que entre os entrevistados, a maior parte já exercia a medicina antes do PSF, assim como nos estudos de Giovanella (2009) e Perpétua *et al.*, (2009). Não obstante, estes achados diferem do perfil observado em trabalhos desenvolvidos por OMS (1997), Brasil (2002<sup>a</sup>) e Girardi e Carvalho (2003), que encontraram predominância de médicos recém-formados ou aposentados trabalhando no PSF.

O perfil dos profissionais entrevistados mostrou 11 mulheres e sete homens no total; cinco médicas do grupo AR e seis do BR; 11 profissionais referem cor da pele branca; dois pardos do AR e três do BR e um amarelo em cada grupo, todas autointituladas, segundo as categorias do IBGE. Em relação à idade, os entrevistados distribuem-se entre 27 e 57 anos no grupo de AR e 32 a 55 anos no de BR. Quanto ao estado civil predominam os casados no BR (seis) e os solteiros, divorciados e viúvos no

AR (sete). Quanto à naturalidade, não há predomínio entre os nascidos em BH, interior de MG ou outros estados: seis profissionais nasceram em BH (quatro AR), seis no interior de MG (quatro BR) e três de cada grupo em outros estados. Destaca-se, entretanto, que 13 entrevistados cursaram em BH a faculdade ou residência médica.

### **Condições de trabalho**

O vínculo trabalhista para o exercício da função de generalista no PSF/BH de 13 dos profissionais entrevistados é estável, estabelecido por meio de concurso público. Destaca-se que há quatro contratados no grupo de BR e apenas um no de AR, o que pode representar discordância da literatura, que aponta a contratação, entre outras, como causa da rotatividade (Brasil, 2002; Girardi e Carvalho, 2003; Campos, 2005). É importante ressaltar que a troca de ESF no PSF/BH mesmo entre os contratados temporariamente pode ocorrer sem prejuízos, exceto por possível variação de incentivos financeiros, determinados conforme a classificação de risco da mesma.

Quanto a jornada de trabalho esta pode variar entre a carga do PSF de 40 horas (seis profissionais) a 88 horas semanais, com rendimento líquido informado – somando-se as diversas atividades médicas exercidas pelos entrevistados – variando entre 10 e 30 salários mínimos (R\$510,00, no período do estudo), sem distinção entre os grupos.

Quando perguntados sobre a violência no trabalho 11 profissionais afirmaram já ter sofrido agressões verbais no local de trabalho (seis do AR e cinco do BR), havendo ainda um relato de “bala perdida” na porta da UAPS, outro de ameaça de morte, uma agressão a outro profissional médico da unidade com arma de fogo e registro de boletim de ocorrência devido à agressão, sendo os três últimos em UAPS de alta rotatividade.

Em relação ao deslocamento de casa para o trabalho o tempo variou de cinco minutos a 1h30min por percurso, sendo que 10 profissionais gastam até 30 minutos

entre casa e trabalho – quatro do AR e seis do BR –, e dois gastam mais de 60 minutos no grupo AR. A distância casa-trabalho é apontada como um dos determinantes para a rotatividade por alguns entrevistados, o que vai ao encontro de outros estudos presentes na literatura (Campos, 2005; ObservaRH, 2006; Maciel Filho, 2007; Campos e Malink, 2008).

Quanto à ausência no trabalho por motivos de saúde ao longo do último ano foram relatados por sete entrevistados quadros atribuídos ao próprio trabalho. Vale ressaltar que o tempo total de ausência do profissional, somando-se os relatos de afastamento por motivo de doença no último ano, no BR foi de 12 dias, por três profissionais e no AR de nove meses e sete dias, por seis dos entrevistados. Chama atenção a diferença entre os grupos, inclusive pela implicação de possível sobrecarga de trabalho aos demais profissionais da UAPS, devido ao absenteísmo.

Em relação ao NASF, 14 dos generalistas gostariam de poder contar com apoio do nutricionista (sete em cada grupo), 11 com fisioterapeutas (seis no AR e cinco no BR), nove com psicólogos (seis no AR e três no BR) e quatro com psiquiatras no AR. As demais especialidades foram citadas com menor grau de prioridade, ressaltando-se que na maior parte destas UAPS há clínica médica, pediatria e ginecologia nas equipes de apoio às ESFs, talvez por isto não tenham sido consideradas prioritárias nos NASF. Esta prioridade, destacada pelos entrevistados, pode ser ilustrada pelo depoimento seguinte:

*- Na situação atual, o que mais gostaria de poder contar é o nutricionista. Nós estamos entrando numa época em que a obesidade, diabetes e hipertensão vão ser as patologias do século. As pessoas estão comendo muito e estão comendo mal, então a demanda para nutricionista é muito grande. E para fisioterapeuta também, não só na reabilitação, mais na recuperação e na dor crônica. (Médica 5)*

Cotta e colaboradores (2007) ressaltam a importância dos profissionais da saúde estarem atentos para perceber as carências da população sob seus cuidados e aqui pode

se observar que a necessidade referida pelos entrevistados de apoio profissional vem ao encontro às maiores demandas de suas ESF.

### **O que motiva e o que desmotiva o médico a trabalhar em PSF?**

Com o intuito de entender a motivação da rotatividade dos médicos em atuação no PSF, foram feitas perguntas acerca das causas da saída das antigas equipes, da motivação e das dificuldades para atuar na atual ESF ou no PSF como um todo, estimulando concomitantemente a reflexão crítica pelos entrevistados.

Os fatores que levaram à rotatividade ou fixação dos entrevistados às ESF foram analisados após categorização sintetizada no Quadro 1.

**Quadro 1 - Quadro-síntese dos fatores que motivam a rotatividade, conforme o relato dos médicos em atividade no PSF/BH, MG (2010).**

<b>Caracterização dos fatores que motivam a rotatividade do médico no PSF</b>	
<b>O que motiva o médico a trabalhar em PSF</b>	<b>O que desmotiva o médico a trabalhar em PSF</b>
Atuação em saúde pública	Infraestrutura precária
Vínculo com a população	Sobrecarga de trabalho
Desafio no campo de atuação	Dificuldades com a ESF e gerência
Rotina de trabalho	Dificuldades com outros níveis da atenção à saúde
Remuneração	Violência/problemas sociais
	Remuneração

### **O que motiva o médico a trabalhar em PSF?**

Quanto à motivação para trabalhar em PSF, em 16 das 18 entrevistas realizadas os entrevistados apresentaram mais de uma justificativa.

“**Atuar em saúde pública**”, na “medicina como um todo”, “a medicina que eu gosto”, “poder ser útil”, “pelo perfil” ou pelo “prazer no trabalho” foram respostas dadas pelos entrevistados sobre sua motivação para atuar em PSF e que, agrupadas, somam 16 citações. Chama atenção a convicção e, até mesmo certo contentamento,

aparentes na ênfase dada pelos entrevistados ao revelar a motivação referente a este grupo de respostas, como ilustra o depoimento abaixo:

*- Eu acredito no trabalho, eu acho que é um trabalho que é... eu acredito na importância desse trabalho e acho que ele tem a ver com o meu perfil. Eu gosto de trabalhar (no PSF), mas não é um gosto incondicional. (Médica 6)*

Seixas (2006) e Giovanella (2009) referem que a opção pela atuação no PSF é motivada, frequentemente, por essa identificação com a proposta e a abordagem integral do cuidado à saúde, aspectos presentes também no presente estudo.

Para Gonçalves e colaboradores(2009) o interesse pelo PSF surge para os médicos por empatia pessoal com a saúde pública ou para obter um emprego para iniciar sua atuação profissional. Entretanto, Maciel Filho (2007) identifica os sentimentos altruístas representados pela atuação profissional junto às comunidades carentes como o fator mais satisfatório em sua pesquisa.

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, destacam-se como motivos para retenção dos profissionais para Rodrigues (2009) e também no presente estudo.

Esta identificação com a saúde pública, associada à resolutividade e possibilidade de auxílio à população é bem ilustrada pela fala de um dos entrevistados:

*- O fato de estar atuando em saúde pública, o atendimento coletivo em saúde pública é um negócio muito legal. A abrangência, a potencialidade que você tem pra ajudar a população, pra resolver, de resolutividade, esse grau de poder – não é teoria, esse poder que a gente tem na mão, você pode resolver uns 80% ou mais das patologias, então é um bom atendimento! (Médico 4)*

**O vínculo do médico com a população** como fator motivador para atuação e fixação dos médicos no PSF, também está presente nos depoimentos dos entrevistados, como exemplificado a seguir:

*- Eu gosto da rotina do PSF, aquela coisa de você conhecer a mãe, aí depois no outro dia a mãe vem e comenta sobre o menino que você atendeu, se melhorou ou não melhorou, então eu gosto desse vínculo, eu adoro lidar com isso. O dia que não tem muita gente no acolhimento eu gasto uma hora com um paciente, eu vou conversar com o idoso, preencher a caderneta do idoso, saber a história dele. (Médica 17)*

A formação e a manutenção do vínculo com a população é reconhecida pelo médico como algo positivo no âmbito de sua prática, por auxiliar sua capacidade de diagnosticar problemas e ajudar o paciente, pode atuar como fator facilitador na diminuição da rotatividade dos profissionais, conforme encontrado também por Rodrigues (2009) e Seixas (2006), que ressaltam, 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.

**O desafio do campo de atuação**, que exige estudo constante e uma visão ampla do ser humano foi também destacado pelos entrevistados. O fato de atender pacientes nas áreas de pediatria, ginecologia e clínica médica também apresentado no estudo de Rodrigues (2009) como um dos fatores de atração, uma oportunidade de diversificação de atividades que torna o trabalho mais interessante e oportunidade de aprendizado para os recém-formados. Esta motivação, em forma de desafio, aparece ressaltando a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, como nos depoimentos a seguir:

*- A gente acaba vendo um pouco de cada coisa, você não fica focado numa área, eu acabo atendendo adulto, criança, que eu gosto muito, idoso, um pouco de cada doença, você não fica limitado a uma especialidade, eu gosto disso... (Médica 8)*

*- Eu acho que o PSF apazigua um pouco mais a minha curiosidade. Eu sou muito curiosa, estou sempre buscando muito conhecimento e eu acho que o PSF me dá essa possibilidade de buscar esse conhecimento, tanto para estudo, quanto o que eu busco, que eu aprendo, eu acho que isso é importante. (Médica 11)*



- Ah, você tem que gostar da medicina lato sensu, você tem que gostar de clínica, de ver a medicina dentro do contexto todo que o paciente vive, sua família, a sociedade dele, o bairro dele, onde tudo condiciona a forma de adoecimento. (Médico 14)

A **rotina de trabalho** com horários regulares, sem plantões, destaca-se por ser citada como um dos pontos que ao mesmo tempo atrai e retém os entrevistados no PSF.

Giovanella (2009), assim como em Rodrigues (2009), apresentam a percepção de que o trabalho em PSF é boa oportunidade de emprego, com boa remuneração e jornada de trabalho fixa apontada frequentemente como motivo para a escolha do programa, o que vem ao encontro dos achados no presente estudo:

- A (especialidade) ficou meio ingrata na capital. Existe um contingente de médicos mais velhos que quer o PSF pra ter o seu fim de semana, pra não dar plantão, ficar mais sossegado no ambulatório... essa é a outra fatia de médicos que está no PSF, esses rodam menos, esses ficam lá num lugar perto de casa. Na época de (especialidade) não tinha final de semana, não tinha férias, e agora não tem mais. É tudo que a gente espera a vida inteira ter um dia a gente encontra no PSF. (Médico 14)

A **remuneração**, citada por sete dos entrevistados, foi a única motivação para o trabalho em PSF a aparecer isoladamente para três deles, como na fala a seguir:

- Sobrevida mesmo, financeira. Nenhuma outra motivação. (Médico 12)

Quando a remuneração é analisada em valores absolutos, diante da complexidade do trabalho médico de modo geral e adversidades de seu mercado de trabalho, é vista como motivação, como sintetiza o depoimento em destaque:

- A gente se esquece do valor do salário mínimo que é 500 reais, então a gente ganha mal? Ganha, se você for pensar que você está lidando com a vida de alguém e tudo. Eu acho que no plantão a gente ganha muito mal, por que o estresse que você passa, o risco que você se expõe é muito grande, então aí você ganha mal, agora eu acho que o PSF não paga tão mal não. (Médica 17)

Para Luiz e Bahia (2009) a remuneração foi considerada um fator capaz de atrair e reter profissionais, por ser reconhecidamente superior aos do mercado, porém, a maioria

dos integrantes do PSF, de centros urbanos estudados (Brasil, 2002), não se percebe bem remunerada em comparação com as suas atribuições no programa.

### **O que desmotiva o médico a trabalhar em PSF?**

Ainda em relação à **remuneração**, é importante destacar que a mesma aparece nas entrevistas como desmotivação para o trabalho em PSF na medida em que é vista comparativamente pelos médicos em relação ao trabalho realizado nas ESF.

Alguns profissionais afirmam que, em valores absolutos ou em comparação aos profissionais de outras categorias, o valor recebido não pode ser considerado baixo, mas queixam-se que, diante da complexidade exigida para atender o programa, da jornada de trabalho e da carga emocional e social envolvida estes valores ficam aquém do que seria adequado, o que é corroborado pelo estudo de Rodrigues (2009) e Silva e colaboradores (2010). Pelo relato de um dos entrevistados ilustra-se a questão salarial como um fator de insatisfação:

*- A questão do salário ela participa numa parte menor na rotatividade. Por que o PSF absorve um tempo muito grande do médico, você não consegue fazer muito mais do que trabalhar de noite e no fim de semana, o que nem sempre é interessante. E o médico tem a perspectiva de obter uma remuneração melhor se ele trabalhar em dois três lugares, e isso às vezes mobiliza o médico a não ficar no PSF e essa remuneração acaba sendo baixa, pra alguns colegas que vão atrás de outras atividades – ambulatórios, plantões, outros tipos de emprego. (Médico 14)*

Há ainda queixas referentes à falta de perspectivas/plano de carreira e salários no PSF, devido à insegurança em especial para a aposentadoria, associadas à desmotivação e à rotatividade, como ilustrado na seguinte fala:

*- O problema da rotatividade tem a ver sim com o plano de cargos e salários, a gente vê que os concursados tendem a ficar, mas aqui ainda tem uma coisa meio precária, uma parte do nosso salário é “plus”<sup>11</sup>, quer dizer quando aposentar ninguém sabe o que vai ser. (Médico 18)*

---

<sup>11</sup> Os concursos realizados até então tem carga horária de 20 horas com extensão de jornada de mais 20 horas, não incorporadas aos vencimentos, devido à regulamentação de jornada de trabalho da categoria.

Para as entidades representativas dos médicos, Sindicato e Associação Médica de Medicina de Família e Comunidade, a criação do cargo de médico de 40 horas no plano de cargos da SMSA é uma das principais reivindicações da categoria e constitui uma questão central a ser resolvida. O salário ainda é considerado insatisfatório pelo Sindicato, na medida em que se exige dedicação exclusiva (Giovanella, 2009).

Cabe ainda destacar-se aqui que em nenhuma entrevista deste estudo a remuneração foi citada como motivo de mudança de equipe, mesmo com referência de perda de rendimentos na vinda do interior ou de áreas de maior risco e incentivo financeiro no PSF/BH.

Apesar de nos achados de Giovanella (2009) a remuneração ter sido apontada como fator de maior frequência quanto à insatisfação e um dos possíveis motivos para rotatividade, em nosso estudo a infraestrutura precária foi uma das dificuldades mais citadas para o trabalho em PSF, e conseqüentemente motivação para a rotatividade.

Apontada como importante fator de desmotivação, a **infraestrutura precária** destaca-se, no presente estudo, como a causa de desmotivação mais citada, sem diferenças entre AR ou BR, bem como sua associação a outras dificuldades, aumentando o descontentamento com a remuneração, conforme o relato a seguir:

*- Infraestrutura. Do nosso ponto de vista aqui, principalmente física, mesmo de espaço inadequado, superlotação da unidade, com uma grande concentração de pessoas num ambiente pequeno... E de recursos humanos, a gente teria que ter mais profissionais pra estar atuando, sabe? E, não tão em primeiro plano, mas a própria questão da remuneração, eu acredito que a gente poderia ganhar mais, mas talvez a grande maioria de quem trabalha em PSF estaria satisfeito com esse salário atual se a gente tivesse essas duas condições de trabalho – questão de infraestrutura e recursos humanos melhor, sabe? (Médico 4)*

Destaca-se na literatura a melhoria das condições objetivas de trabalho – salário, infraestrutura, disponibilidade de materiais e medicamentos, e carga horária – entre as

principais queixas dos profissionais quanto ao seu trabalho em PSF (Machado, 2002; Capozzolo, 2003; Campos, 2005; Meneses e Rocha e Trad, 2005).

As dificuldades com a infraestrutura podem ser vistas ainda como um reflexo da dimensão alcançada pela estratégia no município em termos de abrangência da população e como as dificuldades de organização de tamanha demanda e serviços por vezes podem comprometer o atendimento médico, gerando desmotivação para a atuação em PSF, como no depoimento que se segue:

*- No interior (referindo-se a município de MG onde atuou no PSF anteriormente) era um posto de saúde para uma equipe, e aqui a população que esse posto de saúde atende é quase do tamanho da cidade que eu trabalhava, eram 26 mil habitantes, aqui são trinta e poucos mil. E isso pra você organizar dentro de um posto é complicado, isso é talvez uma das coisas que mais me chateia hoje. (...) Então não sei se isso é por causa do posto, mas você chega aqui e as coisas não estão arrumadas para trabalhar. (Médico 18)*

Os problemas de infraestrutura são abordados por vezes entremeando-se a outras dificuldades, como superlotação das UAPS – por funcionários e usuários –, problemas com material de trabalho, de recursos humanos e administração, o que amplifica a insatisfação.

*- O próprio espaço físico é péssimo, é superapertado, as equipes fazem rodízio nas salas porque não tem espaço pra todo mundo, tem falta de profissional, tem muitos profissionais que estão de licença médica no momento, por que estão doentes por algum motivo, então acaba sobrecarregando outros. Falta material de trabalho – esses aparelhos de pressão, por exemplo, sempre estão estragados, falta medicação muitas vezes, falta vacina básica do calendário da criança... E tem uns funcionários que não ajudam e até atrapalham, então atrapalham a equipe, gente de má vontade, que faz corpo mole, que não faz nada além do que é sua obrigação, então não trabalha em equipe, às vezes desanima um pouco. (Médica 13)*

A **sobrecarga de trabalho** aparece com grande frequência presente entre as queixas nas entrevistas, como fator de desmotivação e correlacionada pelos entrevistados à remuneração, à demanda desordenada, aos problemas de trabalho em equipe, entre outros, como o absentéismo, observado na fala anterior e apontado no

perfil das condições de trabalho pela diferença encontrada entre AR e BR quanto a este dado.

A sobrecarga de trabalho apresenta-se como fator de desmotivação, permeado pela perda do ideal da atuação em saúde pública, capaz de gerar rotatividade, como ilustra o relato que se segue:

*- No início a gente tenta manter aquele ritmo certinho, mas a gente sabe que o ideal do PSF, sonhado, que seria a medicina da prevenção da doença atual, mais preventivamente que curativamente, aquilo é meio ilusão, por que aqui não tem jeito, a gente tem que atender a prevenção e a demanda espontânea e o agudo (...). Eu já vi colegas que pedem pra trocar por que achavam que a pressão de atendimento, a demanda era muito alta. (Médico 14)*

Silva e colaboradores (2010) relatam que muitos médicos compreendem que a prevenção deve fazer parte das atividades da ESF, mas sugere que há dificuldades para a realização dessas atividades, assim como no presente estudo. Percebe-se a preocupação de que a demanda espontânea limite o tempo de consulta destinado ao paciente, a abordagem mais integral e as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Alguns profissionais apontam o número de famílias adscritas à área de abrangência da ESF como importante dimensão de sobrecarga de trabalho, o que se traduz em volume de atendimentos, fator este que pode ser visto associado ou isoladamente, como ilustra o depoimento a seguir:

*- Eu acredito que o número de famílias devia ser menor por profissional, acho que ainda é um volume muito grande, talvez essa a dificuldade das pessoas, em administrar isso. (Médica 5)*

Ainda, a cobertura pactuada à população flutuante ou não, cobertas por equipes de PSF que tem responsabilidade compartilhada pelas ESF e equipes de apoio da UAPS, é citada como fator de sobrecarga e desmotivação, como no depoimento que se segue:

*- Em particular no meu posto é a existência do baixo risco<sup>12</sup> que dificulta muito, por que você tem que dar um suporte, atender esse pessoal e você não pode dar a mesma atenção que você dá na sua área, não tem ACS, não tem jeito de programar alguma coisa. E por outro lado você atende uma pessoa aqui e pede um exame ela vai querer te mostrar aquele exame – e é justo, se foi você que pediu – e cria o vínculo. (Médico 18)*

Outra dimensão que aparece nas falas, também associada à sobrecarga de trabalho gerada pela burocratização do serviço é outro ponto de desmotivação apontada pelos entrevistados, que percebem a sobrecarga neste comprometimento de tempo com atividades meio – como preenchimento de formulários, cadastros entre outras formas de registro, uma vez que as acumulam às suas atividades fim, como os acolhimentos, atendimentos às consultas, grupos operativos, visitas domiciliares entre outras. Tal fator de desmotivação, agravado pela organização precária dos serviços nas UAPS, pode ser visto na fala a seguir, com tom de irritação nítida do entrevistado, ainda que o mesmo ressalte que já houve melhora deste tipo de sobrecarga desde o início da informatização:

*- Agora melhorou um pouco com a informatização, mas antes você vinha aqui e tinha mil e um protocolos, e precisava de um papel se você queria uma mamografia, se era exame de hepatite B outro papel, para um exame de rotina outro, tudo em duas vias. A receita, se fosse receitar Salbutamol para asma era outro cadastro pra o paciente, se fosse um adulto era outro cadastro, da gestante você tem que preencher o cartão da gestante o SISPrénatal, o caderno, o prontuário dela, os pedidos de exames dela e você vai procurar você não acha! (Médico 18)*

Há ainda outra dimensão presente nas falas acerca da sobrecarga de trabalho, referindo-se aos atendimentos associados à demanda de urgências. Devido à estrutura das UAPS, em termos de equipamentos, recursos materiais e humanos, há referências de que sob tais circunstâncias o atendimento médico seria fragilizado, gerando desmotivação, como ilustra o seguinte depoimento:

---

<sup>12</sup> A implantação do PSF em BH priorizou o atendimento às áreas de muito elevado, elevado e médio risco de vulnerabilidade social, em detrimento das áreas consideradas de baixo risco. Estas são atendidas pela equipe de apoio das UAPS ou em algumas delas são cobertas por ESF, mas não ainda em toda a cidade.

*- Eu mesmo já tive que entubar doente duas vezes no PSF, até o resgate chegar. E não tem jeito, é uma estrutura de atendimento aberta pra rua, inevitavelmente vai chegar um caso assim, a gente tem que se estruturar para isso pra não passar aperto na hora. Isso às vezes deixa a desejar. A estrutura que você tem pra isso é muito precária, falta material, falta organização para o atendimento de uma urgência maior, o que estressa muito o médico e produz insegurança e insatisfação. (Médico 14)*

Segundo Giovanella (2009), para os gestores da saúde, a característica principal da experiência do PSF em BH é a articulação do atendimento da demanda espontânea à programada, em entendimento ampliado de acolhimento, que inclui o pronto-atendimento e a garantia de referência especializada.

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. Para minimizar o conseqüente prejuízo à realização das atividades preconizadas para as ESF – educacionais e assistenciais, individuais e em grupo, domiciliares e intersetoriais – diversos estudos preconizam a redução do número de famílias adscritas por ESF (Brasil, 2002; Gonçalves *et al.*, 2009; Rodrigues, 2009).

Como agravante do problema da sobrecarga há a demanda desordenada, apontadas pelos médicos nas queixas com relação ao excesso de urgências, que muitas vezes, não se caracterizam como tal. A priorização de atendimentos não previstos na rotina do serviço, em detrimento das demais atividades elencadas pelo PSF, aparece como fator desmotivador, em especial pela sobrecarga de trabalho e descaracterização da proposta da estratégia de saúde da família, como ilustra a fala seguinte:

*- Infelizmente aqui tem aquela percepção de que tem que atender a tudo e a todos. Isso aí, a meu ver, incide num erro, por que eu acabo não conseguindo fazer a parte preventiva. Os grupos operativos ficam sacrificados em virtude de atender a tudo e a todos que chegam aqui.(...) Estar com o acolhimento aberto é uma coisa, agora atender todo mundo, o médico atender todo mundo, não tem o menor sentido (destaque dado pelo entrevistado). (Médico 16)*

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 desvirtuando a proposta do PSF, por impedir a realização plena de atividades relacionadas à promoção e prevenção, e por reduzir a disponibilidade da equipe para as atividades programadas, essenciais para o cumprimento do objetivo do modelo proposto pela saúde da família (Rodrigues, 2009).

Entremeando sobrecarga de trabalho, esta demanda desordenada e **dificuldades com equipe e gerência** são destacados fatores dificultadores referentes à precariedade da organização interna dos serviços na UAPS que é vista pelos entrevistados como um problema de sobrecarga de trabalho por tarefas que, a princípio, era de se esperar, deveriam ser realizadas por outros membros da equipe.

A precariedade da infraestrutura somada à desorganização dos serviços básicos internos e de atribuições dos demais membros da equipe, como limpeza e organização de consultórios, por exemplo, aparece como importante fator de desmotivação, expresso nas falas que se seguem:

*- O PSF em BH é um dos mais avançados, mas é um sistema em construção. Então a gente encontra, às vezes, carências de recursos materiais, falta papel, papel toalha e aí a gente tem de ficar correndo atrás disso, os centros de saúde eles não estão ainda bem estruturados administrativamente, então às vezes a gente é que tem que arrumar consultório, procurar lençol.. Essas coisas da parte administrativa do centro de saúde ainda estão precárias e a gente tem que se adaptar a isso (destaque do entrevistado). (Médico 14)*

*- Você chega aqui e as coisas não estão arrumadas para trabalhar (...), mas você precisa de um otoscópio para examinar, às vezes não está na sala, ou está estragado, você tem que sair pra procurar. Isso gasta tempo, te desgasta, você larga o paciente e ele fica mal humorado achando que é desorganização sua. Esse tipo de coisa me desanima um tanto! (...) Eu acho que isso no PSF cansa muito. Por que ninguém faz o seu serviço, mas você... Por que pra você trabalhar com várias clínicas ao mesmo tempo você tem que ter uma organização, sabe? (destaque dado pelo entrevistado). (Médico 18)*

O PSF trouxe modificações importantes na dinâmica das UAPS, com aumento do número de usuários e funcionários, espaço e tarefas compartilhadas, exigindo



adaptações das chefias e funcionários à nova organização interna dos serviços. Essa nova dinâmica mostra-se necessária para minimizar as dificuldades e evitar a sobrecarga e estresse resultantes da desorganização, como pode ser visto no depoimento:

*- Porque em alguns lugares ainda não houve uma reestruturação do ponto de vista administrativo, principalmente, quem devia cuidar disso? Quem é que fica encarregado, por exemplo, de pegar a sala de ginecologia e tirar o balde sujo do dia, o hamper sujo do dia e arrumar tudo? Não existe oficialmente esse funcionário. É o funcionário da limpeza? É o da enfermagem? Mas a enfermagem tá dividida em equipes, não tem uma enfermagem encarregada geral do cuidado da estrutura física. Essas dificuldades incomodam o médico, se ele já vem de um lugar que está acostumado de ter tudo arrumadinho, que tem o funcionário que vai lá e arruma a sala, o material pra ele trabalhar, então ele estranha. (Médico 14)*

A dificuldade de trabalho em equipe é apontada pelos entrevistados como fator comprometedor da organização do atendimento ao usuário, que aqui deve ser visto como um processo pactuado pela equipe que atua em PSF e UAPS. A desorganização de acolhimento, agendamentos, urgências, por exemplo, geram sobrecarga ao médico que não tem como se furtar à demanda desordenada, o que pode ser visto como fator de insatisfação e rotatividade, enfaticamente, na fala de um dos entrevistados:

*- Tem problemas que dificultam, tem dia que eu detesto! Mais em relação ao processo de trabalho. (...) Eu acho que em relação aos membros da equipe e apoio de compreender o que significa isso (o PSF) e de colaborar. “É PSF tem que atender”, tudo sobrecarrega o médico, por mais que você fale que não, é mais fácil, passar pro médico, que fica muito sobrecarregado. Em geral tenho uma motivação muito grande, mas o que me desmotiva é a sobrecarga, quando passa do limite possível, isso aí, eu penso nem de sair da equipe e ir pra outra não, é parar, fazer outra coisa diferente. Eu gosto da proposta e eu acredito, gosto de estudar, mas acho que tudo tem um limite! (destaques dados pela entrevistada). (Médica 6)*

Giovanella (2009) destaca que o trabalho em equipe tem espaço para maior consolidação, na medida em que a demanda pelo profissional médico seja menos acentuada entre a população e que haja maior mobilização da comunidade na participação dos conselhos de saúde, como também maior equilíbrio no dimensionamento da população em relação ao padrão estabelecido pelo PSF. Entretanto,

o que se observa no presente estudo, é que o trabalho em equipe, como preconizado, ainda não acontece em algumas UAPS, mantendo acentuada a demanda pelo médico no atendimento ao usuário. Esta desorganização leva à sobrecarga de trabalho, desmotivação e rotatividade, conforme destacado a seguir:

*- Aqui (nesta equipe) também não acontece PSF. Acho que as pessoas envolvidas, não tem perfil ou não tem tentado... não entenderam o que é PSF! Mas não é essa equipe, não, é o posto como um todo! Então as coisas que são definidas numa reunião, por exemplo, que o paciente que chegar fora do horário de acolhimento vai ter de ser avaliado pra ver se vai ter necessidade de marcar, ou se vai agendar, ou se vai voltar no acolhimento, mas não existe isso... Então essas coisas vão te chateando  muito. Não é pelo trabalho, por que esse paciente, você vai vê-lo de qualquer forma, mas é por que não está seguindo o acordo, e isso acaba deseducando a população. E quando você vem de uma equipe que todo mundo sabia como é que funcionava, todo mundo ajudava, os próprios pacientes... Então ou eu tenho a equipe a partir da enfermeira, e ela faz essa equipe acontecer, independente de... certo? ou eu mudo de posto! (destaques dados pela entrevistada)(Médica 10)*

As queixas dos médicos de dificuldades especificamente com as chefias, em geral surgem de forma vaga, indireta, muitas vezes sem esclarecer, como se, ainda que o sigilo fosse garantido, houvesse algum constrangimento em falar sobre o assunto.

Estas queixas, ainda que de forma sutil, referem se basicamente à organização dos serviços e aos demais funcionários das UAPS, o que segundo as entrevistas, repercutem para o médico em estresse, capaz de promover rotatividade, como ilustra as falas abaixo:

*- Acho que a principal dificuldade é de responsabilidade de outras pessoas, às vezes você cobra uma responsabilidade, eu acho que não é muito a função do médico ficar cobrando responsabilidade dos outros. (Médica 1)*

*- Então a forma de gerenciamento, a forma de organização do PSF, ela produz às vezes o desejo do médico de mudar dali, ou se encher daquela unidade e pedir pra sair ou parar ou ir pra outra unidade. A forma de funcionamento entre as unidades e os distritos regionais é heterogênea demais, então tem lugares que a condição de trabalho é cansativa, estressante, gera atritos e insatisfação a ponto do médico pedir pra mudar. (Médico 14)*

Em algumas entrevistas há queixas mais objetivas de dificuldades com as chefias, diante da percepção de interferências em questões relacionadas aos princípios essenciais da APS e do SUS como a educação permanente, gestão democrática, humanização e qualidade da atenção (PBH, 2007). Um importante exemplo citado pelos entrevistados refere-se à possibilidade de realizar capacitações e educação permanente:

*- As gerentes não chegam pra gente e falam assim: “- ó, tem tal e tal curso, vocês podem fazer, se sentirem que precisam”. (...) Às vezes tinham cursos que eram do meu interesse e coisas que eu não era muito bem preparada, eu falava com ela que queria ir, aí ela falava: “- ah não, mas tem os outros colegas, vamos ver se os outros querem, se outros não quiserem aí eu vou ver, vou fazer um sorteio”. Ai fazia o sorteio a pessoa que era sorteada não queria ir, mas ia assim mesmo, por que ela achava que era assim. Como eu sempre estava interessada em ir, até por ser (especialidade), ela falava assim: “- então se você for sorteada, você já foi algumas vezes, não vai mais não”. Chegou um tempo em que eu estava batendo de frente com a gerente. (...) Troquei de posto, este foi um dos motivos, aí no outro posto a gerente do mesmo jeito (...). (Médica 9)*

Para Silva e colaboradores (2010) a possibilidade de adquirir novos conhecimentos, estimula a permanência desses profissionais nas equipes, assim como para Rodrigues (2009) e Giovanella (2009) e colocar empecilhos para esta prática pode repercutir negativamente na fixação dos médicos às ESFs.

**As dificuldades com outros níveis de atenção à saúde**, em especial com as referências e contrareferências, limitações quanto ao avanço de propedêutica e terapêutica foram queixas presentes em nove entrevistas, como nos depoimentos que se seguem:

*- Outra dificuldade é a demora em consultas especializadas, exames mais especializados, Endoscopia, Ultrassonografia, e limitações para pedir exames, você tem um número de cotas, exames que você não pode pedir e que são necessários, e o pior é que, sabe o que acontece aqui muitas vezes? Tanto o Odilon Behrens quanto o Risoleta Neves<sup>13</sup> atendem os pacientes com AVC e depois que o paciente estabilizou manda pra casa, pro posto de saúde, onde o que acontece? O posto de saúde, eu não tenho como pedir Duplex scan, então acaba o paciente perdendo tempo, o ideal era que se seguisse por lá que tivesse um mecanismo de retorno por lá, mas não é o que acontece não. (Médico 16)*

---

<sup>13</sup> Hospitais de Pronto Atendimento de referência do município de BH.

O pouco diálogo com as especialidades – referência e contra referência – aumenta a sensação de responsabilização do médico da equipe repercutindo em estresse e desmotivação para o mesmo, como se vê a seguir:

*- Referência e contra referência isso aí é um nó. Tem referências muito difíceis de a gente conseguir a marcação da consulta especializada, até hoje não mudou muita coisa. Algumas especialidades se organizaram melhor e diminuíram o tempo de espera da marcação, outras continuam levando meses e meses pra você conseguir uma avaliação do especialista. Contra referência não existe até hoje, a gente dificilmente recebe de volta um paciente da especialidade com um relatório de contra referência. (Médico 14)*

Gonçalves e colaboradores (2009) destacam o excesso de trabalho e a responsabilidade como causas de insatisfação, bem como o excesso de contingente e a falta de respaldo tanto do setor de média complexidade para encaminhamento dos casos mais graves, como das instâncias governamentais, que burocratizam o atendimento e inflam o programa, destinando poucos profissionais para trabalhar numa área de abrangência muito grande. Estes fatores, observados também no presente estudo, podem ser implicados em problemas com a violência e pouco interesse da população com o tipo de cuidado em saúde proposto pelo PSF.

A desmotivação devido aos **problemas sociais e a violência** foram referidos por oito médicos, que destacam o desinteresse da população por mudanças e responsabilização por sua saúde, além das agressões a que estão sujeitos os profissionais de saúde. Rodrigues (2009) também refere achado semelhante, atribuindo a difícil relação com a comunidade à decisão de mudar para outra UAPS. Giovanella (2009) salienta em seu estudo que, assim como para os gestores, para o presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais o problema da violência aparece como fator de dificuldade para a fixação dos profissionais (Giovanella, 2009).

No presente estudo, o envolvimento e a participação dos usuários do PSF, na política de saúde é visto pelos entrevistados como importante fator na redução do problema da violência, o que vai ao encontro dos propósitos da diretriz do controle social, conquista do movimento da reforma sanitária na construção do SUS. Observa-se, que, sob a perspectiva do médico, o problema da violência poderia ser melhor conduzido com a participação da população, como a seguir:

*- Não sei se é uma coisa específica daqui, mas a questão da população. O baixo grau de envolvimento da população no que se refere à cobrança de mudança. A população, muitas vezes, ela nos vê como os responsáveis pelas condições de atendimento que a gente tem e ela não encontra, não procura realmente reivindicar junto, realmente, a quem têm que resolver a situação, então é de onde vem o desacato, essas coisas todas. (Médico 4)*

Porém, observa-se, também certa descrença em relação à dificuldade em se conseguir o envolvimento para esta participação e mudanças decorrentes, mesmo por que a população mostra, na visão de alguns entrevistados, ainda pouco envolvimento com a proposta do PSF, com a cobrança de uma atuação assistencialista, ou como na fala abaixo, paternalista:

*- Ainda não existe uma compreensão da população a respeito disso (PSF). Eles querem às vezes uma atuação muito patriarcal, eles querem receber muito, não querem participar, não são muito atuantes... A população precisa, eu acho que isso é um processo, ainda vai ser um bom tempo de PSF. Então não depende só da equipe, eu acho que a população ainda é pouco atuante, apesar de ter conselhos locais, eles querem é receber remédios, e não participam muito. Acho que isso faz muita falta. Na prática então vai tudo para o médico. (Médica 6)*

Este paternalismo, identificado na fala acima, aparece em outros momentos implicado com as agressões sofridas e a violência – relatada como rotineira nas UAPS e identificado no perfil das condições de trabalho. A sensação de insegurança devido à impunidade, verbalizada novamente como paternalismo, e às condições sociais da população podem ser observadas no seguinte depoimento:

- (Agressão) Verbal, várias! Atribuo ao paternalismo que existe por parte do poder público e a condição social do paciente, grau de instrução... Eu tive uma agressão a tiro, não foi a mim, mas eu estava estacionando o carro, traficante trocando tiros e uma bala pegou no meu carro. Estacionando aqui (...). Se a bala penetra tinha pegado na minha cabeça. Eu não era o alvo, foi bala perdida, mas é um susto. (Médico 12)

E, ainda acerca da violência, o depoimento prossegue, com a violência destacando-se como motivação da mudança de ESF/UAPS, justificando a rotatividade:

- Mudei (de ESF e UAPS) pra vir mais pra perto de casa, as condições de trabalho aqui são melhores, a população é baixo risco. (Médico 12)

Nesse contexto, os médicos falam com pesar sobre a violência e as agressões a que estão sujeitos nas UAPS e a rotatividade aparece claramente como alternativa à sensação de insegurança e desproteção provocada pelo convívio diário com a violência, como ilustram os seguintes depoimentos:

- Eu chegava lá pra trabalhar, antes das sete da manhã, e o que tinha de polícia em volta do centro de saúde, tudo de escopeta na mão... (...) se acontecesse alguma coisa, qualquer coisa, comigo “lá em cima”, não ia ter absolutamente nenhum movimento a meu favor. Eu me sentia desprotegida pela prefeitura, e achava até que a prefeitura não tinha como me proteger mesmo não. Eu achava que eu tinha de me proteger de uma outra forma e eu acho que, infelizmente, nessas situações de favela, o profissional fica totalmente desprotegido. E isso começou a me angustiar, até que eu sofri uma agressão verbal de um paciente e resolvi que não ia ficar mais. (Médica 11)

- Fui ameaçada de morte no outro posto que eu estava antes desse. Paciente da saúde mental, muito agressiva, veio avançando em mim, o guarda municipal ‘tava lá e ficou no consultório comigo, ela xingando que ele não podia ficar e eu falei que era função dele e ela falou assim: “- aqui dentro você pode estar até segura, mas lá fora você não vai ficar”. (...) E aqui agressão verbal é todo dia. Se for registrar todo dia nem tem caderno (de ocorrências) pra isso... (Médica 9)

Desde esta perspectiva, os entrevistados apontam questões importantes relacionadas às circunstâncias políticas locais. De um lado, têm-se as formas utilizadas pelos gestores das UAPS para decidirem sobre as questões administrativas e de capacitação que reforçam que “a capacidade de resolver conflitos (...) dentro das próprias instituições repousa numa estrutura de recursos coercitivos e de barganha que

habilita certos atores a, efetivamente, delimitarem as decisões de outros. Aqueles que exercem esse poder – (os gestores), possuem os meios – e também o interesse – para manter os arranjos institucionais vigentes que satisfazem seus propósitos (...) (Cotta *et al.*, 1998:30). De outro, a necessidade de que a população participe efetivamente da gestão do sistema de saúde, assumindo tanto seus direitos como seus deveres de usuários-cidadãos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A rotatividade representa um grave problema para o PSF, visto que, além dos custos empregatícios e com a capacitação que oneram os municípios, há ainda o rompimento do vínculo entre médicos e usuários, o que repercute negativamente no processo terapêutico, pois precariza o processo terapêutico e a longitudinalidade do cuidado, gerando descrédito.

Dentre as principais causas atribuídas à insatisfação e rotatividade dos médicos, destacam-se a infraestrutura física e material, a sobrecarga de trabalho, as dificuldades de trabalho com equipe e chefias/gerências das UAPS, o problema da organização do serviço, a demanda excessiva a precariedade de referências e contra referências com os demais níveis de atenção à saúde, e a violência a que estão sujeitos no trabalho.

A remuneração aparece como fator de desmotivação quando analisada sob a perspectiva das responsabilidades, sobrecargas e atribuições do médico no PSF, mas como motivador, quando vista em valores absolutos.

As motivações para o trabalho em PSF são, além da remuneração, a possibilidade de atuar em saúde pública, o vínculo com o paciente, o desafio do campo

de atuação, a possibilidade de educação permanente e a rotina de horários estabelecida neste serviço, sem plantões.

Diante desta perspectiva, tem-se que, apesar de o PSF vir ao encontro dos anseios de uma gama de profissionais que tem como motivações: 1) a possibilidade de trabalho humanizado, longitudinal e integral que o PSF oferece, associado à 2) atuação em saúde pública, 3) a formação de vínculo, 4) a educação permanente e 5) a preferência por uma rotina de trabalho com horários bem definidos as dificuldades com 1) a infraestrutura, 2) a sobrecarga de trabalho, 3) a organização precária do serviço, 4) problemas com a equipe de trabalho e com a gerência, 5) problemas relacionados a referencia e contra referencia, 6) agravados pela violência, são fatores apontados como causas da rotatividade do médico, em busca de um melhor ambiente de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- 1) Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977; reimpressão 2004.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
- 3) \_\_\_\_\_. 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.
- 4) \_\_\_\_\_. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS n.o 196/96 e outras)/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. – 2. ed. ampl., 1.ª reimpressão., – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 5) \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2ª. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 210 p.
- 6) \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 68 p.



- 7) \_\_\_\_\_. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- 8) 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, São Paulo, 2005 (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas).
- 9) Campos, C.V.A.; Malik, A.M.. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v.42 n.2, p.347-368. Rio de Janeiro, mar./abr., 2008.
- 10) Conill, E.M.. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(suppl. 1):7-27.
- 11) Costa, G.D.; Cotta, R.M.M.; Ferreira, M.L.S.; Reis, J.R.; Franceschini, S.C.C.. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras. de Enfermagem* 2009; Brasília, 62(1):113-8.
- 12) Cotta, R.M.M.; Mendes, F.F.; Muniz, J.N.. *Descentralização das Políticas de Saúde: do imaginário ao real*. Ed. UFV/CEBES, Viçosa-MG, 1998.
- 13) \_\_\_\_\_.; Gomes, A.P.; Maia, T.M.; Magalhães, K.A.; Marques, E.S.; Siqueira-Batista, R.. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 278-286, 2007.
- 14) Giovanella, L.; Escorel, S.; Mendonça, M.H.. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa: Belo Horizonte. Rio de Janeiro; ENSP/DAPS/NUPES; 2009. 640 p. tab.
- 15) 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, 2003b. p. 157-190.
- 16) Gugliemi, M.C.. A Política Pública “Saúde da Família” e a Permanência – Fixação do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. Tese de Doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde. Rio de Janeiro; 2006.

- 17) IBGE, 2007. Contagem da População – CENSO 2007. Acessado em 18/10/2010 e disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>.
- 18) Junqueira, T.S.; Cotta, R.M.M; Gomes, R.C.; Silveira, S.F.R.; Siqueira-Batista, R.; Pinheiro, T.M.M.; Melo, E.M.. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. V.33 (1): 122 – 133; 2009.
- 19) Machado, M. H. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- 20) \_\_\_\_\_. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DABMS, 2000. [http://www4.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/o\\_perfil.html](http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html). acesso em 05/09/09
- 21) Machado M.H.. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A *et.al.* (org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Fiocruz 2003. p. 227-248.
- 22) Maciel Filho R., Pierantoni C.R.. O Médico e o Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. IN: Barros AFR, org. et.al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 139-159.
- 23) Minayo M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10<sup>a</sup>. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2007. 406 p.
- 24) 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.observarhsp.org.br/projetos/textos/lrota\\_cargos\\_ses.html](http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/lrota_cargos_ses.html)> acessado em 20/03.
- 25) 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.
- 26) Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gerência de Planejamento e Desenvolvimento GPLD /SMSA /PBH. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008, PBH, 2005 Relatório, pdf, 158p.

- 27) \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/PBH. Política Nacional de Regulação e os instrumentos regulatórios do SUS-BH. Apresentação na Oficina de Trabalho sobre Regulação. Belo Horizonte; 13 e 14 de Dezembro de 2007.
- 28) \_\_\_\_\_. Belo Horizonte em números. Administração Pública com Responsabilidade Social, 2008. PBH, 2009a. Acessado em 23/10/2009 e disponível em:  
[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt\\_BR&pg=5922&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt_BR&pg=5922&taxp=0&).
- 29) Santana, J.P..(Coord.) Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico nos municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO. José Paranaguá de Santana *et al.* – Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2008.
- 30) Silva, A.C.M.A.; Villar, M.A.M.; Cardoso, M.H.C.A.; Wuillaume, S.M.. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.1, p.159-169, 2010.
- 31) Turato, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003, 688p.

### 4.3. ARTIGO 3 . ORIGINAL

#### REFLEXOS DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E ESTILO DE VIDA NA ROTATIVIDADE DOS GENERALISTAS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

#### RESUMO

**Introdução:** O Programa de Saúde da Família (PSF) configura-se como principal instrumento de implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) e estratégia chave para reformulação do sistema sanitário no Brasil – o Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentado no vínculo entre profissionais da equipe e população, a alta rotatividade dos médicos pode comprometer a implementação do PSF e efetividade do SUS.

**Objetivo:** caracterizar as condições de trabalho e estilo de vida, bem como as percepções quanto aos próprios hábitos alimentares, dos profissionais médicos em atuação no PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, refletindo sobre suas influências na rotatividade destes profissionais. **Métodos:** A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, e a interpretação por *análise de conteúdo*. **Resultados:** ressalta-se que a rotatividade dos médicos do PSF em estudo, parece estar associada às condições de trabalho precárias, em especial à sobrecarga de trabalho, bem como às dificuldades relacionadas tanto à falta de um lugar adequado para realizar as refeições no local de trabalho, como a impossibilidade de deslocamento a casa ou restaurantes, devido ao tempo gasto. Os prejuízos aos hábitos de vida saudáveis são elementos que influem na rotatividade.

**PALAVRAS CHAVE:** condições de trabalho, estilo de vida, hábitos alimentares, rotatividade, saúde da família.

## **INTRODUÇÃO**

Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF<sup>14</sup>) é a principal estratégia de implementação e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (Brasil, 2006a; Costa *et al.*, 2009). Apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, logo em seguida, passou a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais, incorporando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001; Conil, 2008; Costa *et al.*, 2009).

Com a institucionalização legal e prática do SUS, quatro questões sobre a gestão têm sido reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e a (4) política de recursos humanos – sendo esta última a questão mais complexa deste processo (Brasil, 2005).

A proposta de reorientação da assistência à saúde aponta para a necessidade em se buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento, capaz de promover o cuidado em saúde. O desafio consiste, então, em se encontrar este profissional que, formado sob o paradigma biomédico e mecanicista, seja capaz de exercer sua ciência e sua arte sob o pressuposto do paradigma da produção social da saúde (Mendes, 2006; Costa, *et al.*, 2009).

---

<sup>14</sup> No texto a sigla PSF vai ser mantida, assim como na rotina dos serviços de saúde, a despeito de sua posterior adoção como estratégia, enquanto as equipes de saúde da família serão referidas como ESF.

A carência de médicos para atuar no PSF, importante fator dificultador para uma mais efetiva implementação desta estratégia, a contratação de muitos recém-formados, jovens e desempregados, ou médicos mais velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho proposto pelo PSF, associado às formas de contratação, a infraestrutura material, a dinâmica da assistência e condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho, tem sido responsabilizados pelos altos índices de rotatividade nas equipes de saúde da família (ESF<sup>1</sup>) (Brasil, 2002; Girardi e Carvalho, 2003, Campos, 2005).

A rotatividade constitui-se importante problema, não só em função dos custos para o empregador– nesse caso o setor público, ou pela necessidade de extensivas capacitações aos profissionais, mas em especial devido à característica necessária ao PSF, que preconiza o vínculo do generalista com a população de sua área de abrangência como diretriz (Brasil, 2002; Campos e Malik, 2008).

A rotatividade dos trabalhadores é um movimento importante na dinâmica do mercado de trabalho em saúde, porém, embora amplamente analisada em outros setores econômicos, no setor de saúde ainda é pouco estudada.

Assegurar que trabalhadores do PSF estejam motivados e satisfeitos com o seu processo de trabalho, e resultados do mesmo, é um caminho prático e certo para o avanço na implementação de um sistema realmente democrático, que contemple as diretrizes do SUS (Junqueira *et al.*, 2009).

Pesquisas de âmbito nacional retrataram as principais características dos médicos e de seu mercado de trabalho (Machado, 1997 e 2003), com estudos semelhantes realizados também regionalmente (Machado, 2000; Girardi *et al.*, 2002; Brasil, 2006b; Santana *et al.*, 2008), enquanto outra gama de estudos com este grupo destacam o estresse, os transtornos mentais, o abuso de substâncias e o suicídio como

problemas comuns entre os médicos (Meleiro, 1993; Camelo e Angerami, 2004; Cabana *et al.*, 2007; Fidalgo e Silveira, 2008; Aguiar *et al.*, 2009; Loureiro *et al.*, 2009). Entretanto, são escassos os estudos sobre as condições de saúde dos médicos no Brasil, em especial seu estilo de vida.

Assim, conhecer o que se passa com estes sujeitos sociais pode contribuir, para buscar estratégias que visem melhorias na qualidade de vida dos profissionais médicos. Segundo Camelo e Angerami (2004), o prejuízo à saúde gerado pelo estresse – que aqui se retrata nos seus hábitos de vida – pode resultar tanto em enfermidades físicas e mentais, como em outras manifestações, tais como insatisfação e desmotivação no trabalho.

Neste contexto, uma questão importante surge na pauta das agendas do trabalho em APS no Brasil: como as condições de trabalho e estilo de vida podem contribuir para a fixação dos médicos nas equipes de saúde da família, garantindo-se desta forma, o vínculo e a longitudinalidade do cuidado?

Destarte, este estudo teve como objetivo caracterizar as condições de trabalho e estilo de vida, bem como as percepções quanto aos próprios hábitos alimentares, dos profissionais médicos em atuação no PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, refletindo sobre suas influências na rotatividade destes profissionais.

## **MÉTODOS**

### **Caracterização da área de estudo: o PSF de Belo Horizonte**

Este estudo foi realizado em Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais (MG), com população de 2.412.93 habitantes distribuídos em 331 quilômetros quadrados e densidade demográfica de 7.290,8 habitantes/km<sup>2</sup> segundo dados do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2007). O município Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH<sup>15</sup>), de 0,839, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (PBH, 2005).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) organiza os serviços de saúde em nove Distritos Sanitários que tem definidos seu espaço geográfico, populacional e administrativo de abrangência (PBH, 2005). A capital com maior cobertura populacional (76%) pela estratégia de saúde da família é atendida por 513 equipes em 146 unidades de atenção primária à saúde (UAPS) – Figura 1(PBH, 2009).

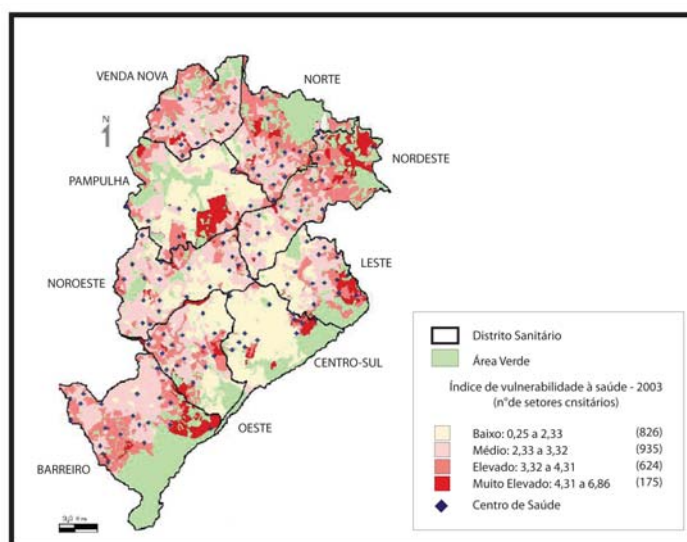


Figura 1: Índice de Vulnerabilidade à Saúde por Áreas Administrativas Regionais, Distritos Sanitários e Centros de Saúde de Belo Horizonte/MG  
Fonte: Plano Municipal de saúde 2005-2008 (adaptado pela autora).

A organização de áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, proposição de ações intersetoriais e classificação dos setores censitários por risco de vulnerabilidade à saúde – muito elevado, elevado, médio e baixo – utiliza o IDH, entre outros indicadores compostos, como o Índice de Vulnerabilidade Social e o Índice de Vulnerabilidade à Saúde, para resumir informações relevantes que traduzem as desigualdades intraurbanas – Figura 1 (PBH, 2005).

<sup>15</sup>O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado por Mahbud al Haq, com colaboração do economista Amartya Sen e pretende ser uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano.



BH foi a primeira grande cidade a municipalizar as unidades básicas de gestão estadual em 1991 e as unidades secundárias do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1992 (PBH, 2005). O Programa *BH-VIDA*, iniciou-se em 2000 com a incorporação de 2.625 Agentes Comunitários de Saúde e em 2002 foram contratados outros profissionais para as ESF, conforme programa do Ministério da Saúde (MS). Desde 2003, em uma reformulação, o *BH Vida: Saúde Integral* passou a reger a atenção básica no município (PBH, 2005).

### **Sujeitos e definição da amostra**

Os sujeitos foram determinados por variedade de tipos<sup>16</sup>, sendo o critério adotado a rotatividade, e a delimitação realizada por meio de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e entrevistas com a Gerência de Assistência à Saúde da SMSA-BH (GEAS).

A amostra foi constituída por médicos que atuam no PSF/BH, e atendem nas UAPS de menor e maior rotatividade destes profissionais. Constituem critérios de exclusão dos sujeitos da amostra: a recusa em participar do estudo, não estar em atuação nas UAPS com maiores ou menores índices de rotatividade de médicos (conforme dados do CNES entre novembro de 2009 e janeiro de 2010, e informação da GEAS), ou não ter sido sorteado após indicação pela gerente da UAPS entre as ESF com maior ou menor rotatividade da UAPS. A fim de proteger o voluntário, garantindo o sigilo acerca de quem responderia à entrevista, entre os médicos indicados pelas gerentes das UAPS foram sorteados pela pesquisadora os convidados a participar deste estudo.

---

<sup>16</sup>Processo de seleção de sujeitos escolhidos segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador, cuja resolução acompanha critérios justificados que demonstrem homogeneidade fundamental entre indivíduos reunidos neste grupo (Turato, 2003).

Ao final, selecionadas as 18 UAPS (duas em cada distrito sanitário, uma de maior e outra de menor rotatividade), e seguidos os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos, foram convidados 18 médicos para participação no estudo.

### **Desenho do estudo, Coleta e Análise dos dados**

Trata-se de estudo qualitativo, realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, com coleta de dados entre os meses de junho a agosto de 2010.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, por um único pesquisador, em horário agendado pelo médico, na UAPS de atuação de cada profissional, abordando os temas: perfil socioeconômico, condições de trabalho e estilo de vida.

As entrevistas foram gravadas após o consentimento dos entrevistados, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões. Anotações do pesquisador em seu diário de campo e nos questionários foram também utilizadas como fontes de informação.

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi analisado por meio do método de análise de conteúdo, que consiste em “*um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens*” (Bardin, 1977:44) e compreendeu as seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1977; Minayo, 2007).

## **Aspectos éticos**

A pesquisa seguiu as *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* do Conselho Nacional de Saúde, Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 2003) e foi apreciada e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (parecer n° 125/2009) e da SMSA-BH/SISNEP (CAAE: 005.0.410.410-10A).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Perfil socioeconômico: quem são os entrevistados?**

Com o intuito de caracterizar os profissionais entrevistados, serão apresentados os dados referentes ao perfil socioeconômico, de condições de trabalho e estilo de vida diferenciando-se os médicos de PSF em grupos de UAPS de alta rotatividade (AR) e baixa rotatividade (BR).

Confirmando a distinção da rotatividade entre os grupos, quanto ao tempo de permanência do médico na equipe, pode-se observar entre os entrevistados do BR seis mantinham-se há seis anos ou mais na mesma ESF e entre os do AR cinco estavam entre seis meses e um ano, não havendo nenhum entrevistado na mesma equipe a mais de três anos no grupo de AR.

Foram entrevistados 11 mulheres e sete homens no total; cinco médicas do grupo AR e seis do BR; 11 profissionais referem cor da pele branca; dois pardos do AR e três do BR e um amarelo em cada grupo, todas autointituladas, segundo as categorias do IBGE. Em relação à idade, os entrevistados possuem idade entre 27 e 57 anos no grupo de AR e 32 a 55 anos no de BR. Quanto ao estado civil predominam os casados no BR (2AR e 6BR) e os solteiros, divorciados e viúvos no AR (7AR e 3BR).

Em relação à naturalidade, não há predomínio entre os nascidos em BH, interior de MG ou outros estados: seis profissionais nasceram em BH, seis no interior de MG e três de cada grupo em outros estados. Destaca-se, entretanto, que 13 entrevistados cursaram em BH a faculdade (nove na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – três do grupo AR e seis do BR) ou a residência médica, realizada por metade dos entrevistados, sendo quatro do AR e cinco do BR.

### **Condições de trabalho e estilo de vida**

O vínculo trabalhista para o exercício da função de generalista no PSF/BH de 13 dos profissionais entrevistados é estável, estabelecido por meio de concurso público. Destaca-se o fato de haver quatro contratados no grupo de BR e apenas um no de AR, o que pode significar ponto de discordância com os estudos presentes na literatura, que apontam a contratação, entre outras, como causa da rotatividade (Brasil, 2002; Girardi e Carvalho, 2003; Campos, 2005). Porém aqui é importante ressaltar que a rotatividade entre as ESF do município, mesmo entre os contratados temporariamente, pode ocorrer sem prejuízos ao trabalhador, exceto por possível variação de incentivos financeiros, determinados pela classificação de risco da UAPS.

A jornada de trabalho variou entre a carga estabelecida do PSF de 40 horas (seis profissionais) a 88 horas semanais, com rendimento líquido informado – somando-se as diversas atividades médicas exercidas pelos entrevistados – variando entre 10 e 30 salários mínimos (SM) (R\$510,00, SM de referência no período do estudo), sem distinção entre os grupos.

Acerca da violência 11 profissionais afirmaram já ter sofrido agressões verbais no local de trabalho (seis do AR e cinco do BR), havendo ainda um relato de “bala perdida” na porta da UAPS, outro de ameaça de morte, uma agressão a outro

profissional médico da unidade com arma de fogo e registro de boletim de ocorrência devido à agressão, os três últimos em UAPS de AR.

Em relação ao deslocamento de casa para o trabalho o tempo variou de cinco minutos a 1h30min por percurso, sendo que 10 profissionais gastam até 30 minutos entre casa e trabalho – quatro do AR e seis do BR –, e dois no grupo AR gastam mais de 60 minutos. A distância entre casa e trabalho é apontada como um dos determinantes para a rotatividade por alguns entrevistados e também em outros estudos (Campos, 2005; ObservaRH, 2006; Maciel Filho, 2007; Campos e Malink, 2008).

Quanto à ausência no trabalho por motivos de saúde ao longo do último ano sete entrevistados atribuíram ao trabalho algum adoecimento. O tempo total de ausência do profissional, somando-se os relatos de afastamento por motivo de doença no último ano, foi de 12 dias no BR, por três profissionais; e no AR de nove meses e sete dias, por seis dos entrevistados, chama atenção a diferença entre os grupos, inclusive pela implicação de sobrecarga de trabalho aos demais profissionais da UAPS, devido ao absenteísmo.

Em relação ao tabagismo não há fumantes entre estes profissionais, mas dois ex-fumantes em cada grupo.

Nenhum dos profissionais relatou consumo de 60g/álcool<sup>17</sup> por dia nos 30 dias anteriores à entrevista.

Realizam atividades físicas regularmente 11 entrevistados (oito são mulheres), sendo dois por prescrição médica, sem distinção entre os grupos de AR e BR.

Com o intuito de caracterizar os hábitos alimentares dos profissionais médicos em atuação no PSF entrevistados, suas percepções quanto à adoção de um estilo de vida

---

<sup>17</sup> O alcoolismo configura-se um problema de saúde pública, de grande impacto social, em que o consumo do álcool por qualquer tempo e em qualquer quantidade determina consequências adversas à vida de quem bebe, à sua família ou comunidade, direta ou indiretamente, no presente ou no futuro. Este conceito independe da quantidade de álcool ingerida, mas pode-se reconhecer como alcoolista o indivíduo que bebe cerca de 60 gramas de álcool por dia ou quatro drinques padrão por dia por um período de seis meses seguidos, parâmetro adotado no questionário semiestruturado para delimitação de possíveis problemas com álcool entre os entrevistados (Rocha *et al.*, 1998 – Terapêutica Clínica p.1028; e Fauci *et al.*, 1998; Harrison – Medicina Interna p. 2655).

saudável e suas repercussões sobre a fixação na equipe de PSF, estes foram questionados acerca da ingestão hídrica diária e distribuição do consumo alimentar.

A caracterização dos hábitos alimentares dos entrevistados foi analisada após categorização sintetizada no Quadro 1.

**Quadro 1 - Quadro-síntese dos hábitos alimentares, conforme o relato dos médicos em atividade no PSF/BH, MG (2010).**

<b>Caracterização dos hábitos alimentares dos médicos entrevistados</b>			
<b>Adequados</b>		<b>Inadequados</b>	
<b>Motivação</b>	<b>Aspectos facilitadores</b>	<b>Motivação</b>	<b>Aspectos dificultadores</b>
- Alimentação equilibrada - Recomendação médica ou cuidados com o peso	- Proximidade UAPS/casa - Acesso fácil UAPS/ restaurantes - Disponibilidade de tempo	- Hábitos inadequados - Hábitos inadequados adquiridos ao longo da vida	- Sobrecarga de trabalho - Falta de ambiente adequado para alimentação dentro ou próximo à UAPS

Não foi observada diferença entre os grupos de AR ou BR quanto aos hábitos alimentares, portanto as análises serão feitas para os dois grupos indistintamente, destacando-se os aspectos da rotatividade em função do estilo de vida.

Dentre os médicos entrevistados 14 referem-se à variedade dos alimentos e ao equilíbrio do consumo dos mesmos para abalizar suas respostas acerca da adequação da alimentação e necessidades nutricionais, reproduzindo a valorização dos nutrientes como símbolos implícitos da alimentação saudável na formação médica.

Chama ainda atenção o fato de que 11 dos entrevistados referiram a alimentação como sabidamente inadequada, sendo que sete deles atribuíram o problema aos intervalos entre as refeições.

### **Hábitos alimentares referidos como adequados – alimentação saudável**

Entre os sete entrevistados que consideram sua alimentação adequada, a opção pelo equilíbrio se destaca. Manter bons hábitos alimentares é, para alguns entrevistados,

referido como a alimentação equilibrada, explicitada pela atenção especial dada à escolha dos alimentos e à disponibilidade de acesso aos mesmos, como se destaca no depoimento que se segue:

*- Minha alimentação não contém excessos, não contém açúcar, rica em frutas, uma boa ingestão de leite, eu adoro leite, almoço bem balanceado, a lanchonete aqui tem opção de verduras. (Médico 4)*

Em outras entrevistas a referência aos nutrientes pode ser vista como potencial influência na prática de trabalho deste profissional, uma vez que este vocabulário mostrou-se tão indelevelmente incorporado às falas que facilmente se intercambia as palavras “alimentos” e “nutrientes”, como sinônimos, como visto a seguir:

*- Eu tento evitar as coisas que pra mim não seriam boas, que eu acho, tipo muita gordura, muita massa, dou preferência às fibras e dentre os nutrientes eu tento equilibrar, sempre mais atenção pras frutas. (Médico 7)*

Silva e colaboradores (2002), em estudo com profissionais de saúde, observam que o conceito ideal da alimentação saudável é definido pelos entrevistados como uma condição alimentar que deve ser 1) variada, balanceada e equilibrada com nutrientes; 2) ofereça benefícios à saúde para a adequação as necessidades nutricionais do indivíduo visando manter o peso saudável e 3) tenha alimentos frescos naturais e integrais. Observa-se aqui concordância entre os dados do presente estudo, o trabalho de Silva e colaboradores(2002) e as recomendações internacionais de promoção da alimentação saudável (OMS, 1990), destacando-se os relatos dos profissionais ao evocarem a importância da variedade de alimentos como fonte de nutrientes, o equilíbrio na escolha alimentar, baseada nas necessidades individuais e a moderação pelo controle do consumo de alimentos.

### **Hábitos alimentares referidos como adequados por recomendação médica**

A obesidade é uma condição que aumenta o risco de morbidade para as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sua prevenção e tratamento surge como um dos grandes desafios deste século (Schieri *et al.*,2000).

Os fatores de risco da obesidade e do sobrepeso têm sido creditados às mudanças sociais, culturais, ambientais e comportamentais, expressos especialmente nas mudanças no padrão alimentar e estilo de vida da população (Oliveira *et al* , 2009). Assim como no presente estudo em que alguns entrevistados ressaltaram a preocupação com o peso corporal como motivação para uma dieta referida como adequada, associada às atividades físicas como prerrogativa:

*- Eu tento ingerir um pouquinho de cada coisa, não sou muito de comer fritura, não gosto muito de gordura, como bastante verdura, bastante fruta, leite eu não tomo leite integral, uso o desnatado, uso adoçante, apesar de estar comendo bastante doce, mas não sou de comer essas coisas industrializadas, pizza de vez em quando... como eu estou sem fazer atividade física tenho que me esforçar para manter o peso. (Médica 8)*

Por outro lado, o hábito alimentar referido como adequado aparece também no discurso dos entrevistados como necessidade ou recomendação médica:

*- Certo, eu faço todas as refeições por que sou (adjetivo relativo à doença). Eu tomo (medicamento), então é tudo certo. (Médico 12)*

### **Alimentação inadequada – hábito adquirido ao longo da vida**

Os hábitos de vida inadequados podem se dever tanto à escolha dos alimentos quanto aos horários, mas é interessante observar que alguns entrevistados explicitam a necessidade de mudança dos hábitos, mas também a dificuldade de modificá-los, a despeito da própria percepção de que é necessário apenas empenho para tanto, o que pode ser visualizado no depoimento de um dos entrevistados, exemplificando como a episteme não necessariamente redundante em práxis:

*- Na verdade eu deveria ter uma alimentação... tanto que eu não consigo emagrecer! Eu acho que eu como pouco durante o dia, eu queria, eu tento por na minha cabeça pra me alimentar mais vezes por*



*dia (...). Eu sei que precisa mudar, não acho adequado, não. Olha, eu acho que é mais hábito, eu acho que a rotina, se eu estivesse empenhada, eu acharia um tempo, mas é hábito mesmo (destaque dado pela entrevistada). (Médica 17)*

A formação dos hábitos alimentares se processa de modo gradual, principalmente durante a primeira infância, associados a valores culturais, sociais, afetivos/emocionais e comportamentais, que precisam ser cuidadosamente integrados às propostas de mudanças no caso de inadequações (Brasil, 2006c). Neste estudo, pode-se observar como esses hábitos adquiridos na infância, a despeito do conhecimento adquirido na formação médica, se impõem, muitas vezes, ao longo de toda a vida, como a seguir:

*- Olha, eu acho que precisava ter mais frutas, a gente às vezes não usa mais por preguiça mesmo, de procurar, de comprar, de descascar essas coisas, tempo também... acho que mais é hábito. Lá em casa a gente nunca foi estimulado pelos pais a consumir frutas, então não criou aquele costume, é mais um café com leite com pão com manteiga, um arroz com feijão, carne e salada. Não é habitual lanche no meio da tarde. Aqui o cafezinho sai o dia inteiro, e o cafezinho é com açúcar! (risos) (Médico 14)*

Segundo Marcondelli e colaboradores (2008) os hábitos alimentares mostraram-se inadequados em 79,7% dos estudantes da área da saúde de sua pesquisa e, adquiridos durante os anos cursados nas universidades, continuam na idade adulta e em sua prática laboral, o que vai ao encontro do presente estudo, conforme se destaca a seguir:

*- Eu preciso melhorar os horários. No horário de almoço (um empecilho) é o número de atendimentos. O horário é disponível, o problema é que... eu é que não tenho um hábito muito regular na hora do almoço, desde a minha fase de (especialista)... eu é que me acostumei mal.. o problema é pessoal... (Médica 5)*

Diante do envelhecimento da população e crescimento da obesidade como problema de saúde pública, a OMS elaborou a Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, um trabalho de prevenção para grupos populacionais de todo o mundo, sobre as principais evidências ligando dieta, atividade física e DCNT (OMS, 2004). No Brasil, uma das ações adotadas pelo Ministério da

Saúde em acordo com a proposta dessa estratégia foi a elaboração dos *10 Passos para a Alimentação Saudável* (Brasil, 2004). Essa ação consta no Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável, cujos objetivos são: aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção da saúde por meio da manutenção do peso saudável e de uma vida ativa; além de modificar atitudes sobre alimentação, prática de atividade física e prevenir o excesso de peso.

Vinholes e colaboradores (2009) encontraram, em amostra representativa dos adultos maiores de vinte anos residentes em Pelotas, que 1,1% seguem todos os passos recomendados, no primeiro estudo de base populacional que mede a frequência da adesão à estratégia dos *10 Passos para Alimentação Saudável*.

Em nosso estudo observa-se que alguns dos próprios profissionais médicos da APS têm dificuldades em aderir às orientações desta estratégia, seja por hábitos arraigados ou condições de vida e trabalho, ainda que tenham claras as recomendações para a adoção de hábitos de vida saudáveis, o que chama especial atenção da APS para o risco que representa este quadro diante das DCNT e envelhecimento da população.

### **Hábitos alimentares inadequados – falta tempo, sobra trabalho**

A sobrecarga de trabalho aparece nas entrevistas com a maior frequência entre as justificativas para inadequação do hábito alimentar devido aos intervalos entre as refeições; destacando-se como principal fator dificultador, capaz de prejudicar a manutenção de um hábito alimentar saudável, ilustrados pelas seguintes falas:

*- Em relação à escolha eu escolho bem, mas os horários são terríveis. Não tem um horário certo, é comer correndo... O motivo? O trabalho! Sobrecarga de trabalho... (Médica 2)*

*- Eu às vezes trago (alimentos para o local de trabalho), mas acaba que eu não como por que é uma correria e tudo, aí acaba que não paro para lanchar... Eu trago um litro de água por dia para tomar no consultório (destaque dado pela entrevistada). (Médica 9)*

Como aspecto importante destacado nos depoimentos dos entrevistados, ressalta-se a queixa latente de falta de tempo na atuação profissional no âmbito do PSF, apesar da garantia legal<sup>18</sup> de intervalos para descanso durante a jornada de trabalho do profissional de saúde, como no depoimento a seguir:

*- Não (considero a alimentação adequada), de maneira alguma! Eu deveria comer mais vezes, tentar tomar mais líquidos. Da parte de qualidade eu até consigo andar do modo mais correto, o problema é com os horários, mesmo. A rotina (no PSF) atrapalha bastante... muito mesmo... por que o dia que eu não estou aqui eu consigo alimentar nos horários, por que lá eu sigo os horários do hospital. Então, assim, eu vejo que não é por que eu não conseguiria, é por que eu não tenho tempo para fazer isso. (Médica 1)*

Silva e colaboradores (2002) destacam que o perfil alimentar atual valoriza a praticidade do comer, atribuído ao tempo. Relatam que o caráter de celebração e convívio antes relacionado à alimentação no meio familiar é deslocado para outra perspectiva, quando os sujeitos se sentem pressionados pelo mundo do trabalho e outras demandas da vida moderna.

No presente estudo, e também no trabalho de Silva e colaboradores (2002) com profissionais de saúde do Distrito Federal, observou-se, segundo os próprios entrevistados, ainda que subliminarmente, que a pressão pelo trabalho e a opção por hábitos alimentares mais saudáveis podem ser dificultadores à fixação do médico em algumas UAPS, como ilustra a fala abaixo:

*- Eu sinto que há uma resistência do sistema, eles querem que o médico fique e almoce por aqui mesmo, pra não ir em casa, viu? O sistema não vê com bons olhos o médico ir à casa dele almoçar. Obviamente eu não posso afirmar isso, mas a gente sente que há uma certa má vontade. Os mais novos não vão em casa. Aqui já teve um que almoçava no consultório (destaque dado pelo entrevistado). (Médico 12)*

---

<sup>18</sup>Lei 3.999/61, em seu artigo 8º, fixa a jornada máxima de quatro horas diárias para os profissionais médicos que trabalham para um único empregador ou 24 horas, em caso de um único plantão semanal, e resguarda-se nas convenções coletivas de trabalho, firmadas pelo Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais (Sinmed/MG).

A sobrecarga de trabalho, com prejuízo aos hábitos alimentares saudáveis repetidamente, destaca-se na entrevista a seguir fator como capaz de levar à rotatividade do médico, devido à exaustão, desmotivação e insatisfação com o trabalho:

*- Faço hora de almoço agora, quando eu estava fazendo esses misturados (referindo-se à cobertura de outras duas equipes sem médico) eu não conseguia fazer hora de almoço e meu horário era até as cinco, mas eu ficava até as sete aqui. Foi um mês que eu achei que nunca ia acabar, assim... A gente não aguenta, tanto é que quando eu entrei tinha eu e a (outra médica) e ela não aguentou, foi embora... (Médica 15)*

Ao investigar os motivos de desligamento dos profissionais médicos, em pesquisa realizada pela SMSA e através da discussão do processo de trabalho, as gerências avaliaram que o principal motivo não é a questão salarial, como se imaginava, mas sim o volume de trabalho e a violência em algumas áreas (Giovanella, 2009).

### **Hábitos alimentares inadequados – faltam locais adequados para refeições**

A dificuldade de manter hábitos saudáveis pela falta de locais próximos às UAPS que possibilitem alimentação adequada – inclusive pela oferta e segurança alimentar – pode ser vista aqui como fator de insatisfação, insegurança, desmotivação para o trabalho, como ilustra o depoimento abaixo:

*- Eu almoço aqui perto, tem um lugar a dois quarteirões, eu não me sinto bem, mas é o que tem. Lá é muito quente, telha de amianto, muito abafado, às vezes a gente chega lá não tem lugar, está muito cheio, não é um ambiente bom, não é agradável, não... (Médica 9)*

Destaca-se ainda, que estas condições ligadas ao trabalho, dificultadoras da manutenção de hábitos alimentares saudáveis, apontam para a repercussão na fixação destes profissionais no PSF, o que se ilustra a seguir:

*- No outro Centro de Saúde eu fazia uma hora de intervalo e só pra chegar em casa levava uma hora e lá perto restaurante ou prato feito era muito ruim (destaque dado pela entrevistada). A distância foi importante (para a mudança de equipe), com o problema das reformas na (via de acesso), o problema de não encontrar refeição foi importante. (Médica 10)*

A falta de ambiente adequado para alimentação nas UAPS surge como fator dificultador para a adoção de hábitos saudáveis de alimentação com intervalos menores entre as principais refeições e lanches, restringindo inclusive a opção pelos alimentos, devido ao acondicionamento, transporte e facilidade de consumo dos mesmos, como ilustram nos relatos abaixo:

*- Como no consultório, porque não tem lugar, ou no consultório ou no corredor, o lanchinho é uma “barrinha” (de cereais) ou uma fruta, dizem que vão reformar (a UAPS). Eu fico até às sete horas então preciso lanchar, mas não dá pra sair pra lanchar, tá sempre cheio (destaque dado pela entrevistada). (Médica 6)*

*- As outras refeições eu faço aqui mesmo, eu trago pra cá... Não dá pra sair do consultório, ainda mais com a sala de observação aqui do lado... é mais frutas ou barras de cereais. E tem o famoso cafezinho, tomo quase um litro por dia, tudo no consultório... (destaque do entrevistado) (Médico 7)*

A falta de ambiente adequado na UAPS ou próximo à mesma trás à tona, ainda, a discussão da insalubridade e segurança alimentar, como se vê nas seguintes falas:

*- Não trago alimentos para o local de trabalho, não por achar que é feio, mas por que o ambiente é contaminado de alguma forma (destaque dado pela entrevistada). Então pra comer assim eu prefiro não trazer. Em (outro centro de saúde) os pacientes entravam na cozinha, não havia área reservada nenhuma pra equipe, eles entravam onde eles queriam, tranquilamente. Então você estava almoçando e eles entravam sentavam do seu lado... (Médica 10)*

*- Aqui a gente almoça... tem uma senhora que todo mundo almoça ali onde ela faz (em casa). Ela faz comida aqui perto, ela é até paciente e ela cozinha e todo mundo vai comer (destaque dado pela entrevistada). (Médica 15)*

Tais condições de trabalho e estilo de vida são conhecidas como fatores dificultadores para atrair e fixar o médico em determinadas UAPS tanto pelo secretário municipal de saúde, quanto pela coordenadora da Atenção Básica, o que pode ser visto em Giovanella (2009, p:187):

*“As Unidades são basicamente na região periférica, não dá para ir em casa, almoçar e voltar. Só se tem uma hora de almoço.” – secretário municipal de saúde.*

*“Não é fácil ficar 10 turnos por semana numa Unidade Básica de Saúde, longe de tudo, onde não há nem restaurante... Você tem que almoçar no centro de saúde. Isso não é simples para profissionais que são da classe média. Estou falando da gente que faz medicina: é da classe média alta. Não se está falando de qualquer pessoa. Essa opção profissional é muito difícil.” – coordenadora de Atenção Básica*

### **Hábitos alimentares referidos como adequados – facilidade de acesso entre UAPS e a casa ou restaurantes**

Dispor de recursos financeiros e de conhecimento acerca da escolha dos alimentos capazes de propiciar uma dieta saudável pode não ser suficiente para que esta seja adotada rotineiramente. Observa-se, nas seguintes falas, que a proximidade de casa – e aqui se acrescentariam outros equipamentos para uma alimentação saudável, como por exemplo, restaurantes e mesmo um local adequado para refeições próximo às UAPS, – surge como facilitador para a adoção de um estilo de vida saudável:

*- Eu vou em casa fazer as refeições e quando eu tenho que ficar aqui mais tempo tem um restaurante aqui do lado. (Médica 2)*

*- Não substituo o almoço por lanche agora não, quando eu estava no (outra UAPS) eu não almoçava, eu fazia um super lanche no café da manhã aí ficava até às cinco horas sem comer (risos). Mas agora eu vou em casa. Eu chego em casa, almoço e volto, dá certinho. (Médica 10)*

Aqui se destaca a importância da proximidade entre UAPS e residência dos entrevistados, ou a existência de restaurantes como possíveis motivadores para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, podendo-se observar também que este parece ser um fator facilitador para a fixação do médico à ESF, conforme ilustra a fala a seguir:

*- Depois que eu mudei pra este centro de saúde, como é pertinho de casa, eu vou todos os dias em casa almoçar, no outro centro de saúde eu almoçava em casa duas vezes só por semana, os outros três dias eu ficava lá, no posto (destaque dado pelo entrevistado, referindo-se a falta de local próximo para almoçar na UAPS anterior)...Não (tenho planos de sair desta equipe), a aproximação de casa, do (hospital em que trabalha) também, aqui seria ideal. (Médico 7)*

Quanto à rotatividade dos médicos de PSF, destaca-se que as principais razões para insatisfação, como as formas de contratação, o próprio perfil do médico e condições de trabalho, são amplamente discutidas por estudos que tratam da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (Campos, 2005; Gugliemi, 2006; Póvoa e Andrade, 2006). Entretanto, há que se destacar, que apesar de os hábitos alimentares para um estilo de vida saudável não surgirem entre as causas discutidas na literatura como fator de rotatividade, conforme achados do presente estudo propiciar melhoras às condições para manutenção de um estilo de vida saudável pode ser importante facilitador para a fixação dos médicos às ESF, assim como em Giovanella (2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Faz parte da rotina do médico, em especial no PSF, orientar pacientes sobre hábitos de vida saudáveis, estimulando-os a adotar este estilo de vida, cuidar da saúde.

Os hábitos alimentares são associados a valores culturais, sociais, afetivos, emocionais e comportamentais, mas também de acesso – acesso à informação, tempo e dinheiro. O que se observou neste estudo foi que os profissionais médicos do PSF/BH, apesar de conhecerem e terem acesso financeiro a um estilo de vida saudável, nem sempre conseguem incorporar em suas próprias vidas os hábitos saudáveis, numa clara dissociação entre episteme e práxis.

Hábitos trazidos da infância bem como a sobrecarga de trabalho são capazes de manter o médico do PSF com a alimentação irregular, em termos de horários e mesmo de opções alimentares. No sentido inverso, há profissionais que necessitam adotar um estilo saudável devido às consequências de hábitos alimentares inadequados de mais longa data, repercutindo em obesidade e DCNT. E há ainda, os que conseguem manter

em sua prática diária as recomendações de saúde que fazem a seus pacientes e que entendem como adequadas.

Entre os fatores facilitadores para adoção de uma alimentação saudável pode-se observar a proximidade de casa e de equipamentos de acesso a um estilo de vida compatível com o que este profissional recomenda diariamente, com repercussões destes para a fixação dos médicos às ESF, reaproximando práxis e episteme.

A sobrecarga de trabalho – seja em atividades na equipe de saúde da família ou devido a outros vínculos empregatícios com o objetivo de manter determinado padrão de rendimentos financeiros –, bem como a distância de casa ou restaurantes, pode repercutir em prejuízos aos hábitos de vida saudáveis e a rotatividade do profissional surge como uma resposta à busca pelo reequilíbrio, pelo apaziguamento da tensão da dissociação entre conhecimento e ação.

Caracterizar os hábitos de vida dos profissionais médicos em atuação no PSF, sua percepção quanto à adoção de um estilo de vida saudável e suas repercussões sobre a fixação a equipe do PSF/BH permitiu entrever possíveis fatores que levam a rotatividade deste profissional, apontando para a necessidade de maiores investigações sobre as condições de vida do trabalhador médico de PSF. Espera-se que, por meio desta reflexão, os hábitos saudáveis adotados por quem cuida da saúde, possam ser vistos não como um bem próprio, mas como instrumento de promoção da saúde e prevenção de doenças, com coerência e exemplo.

## **REFERENCIAL**

- 1) Aguiar, S. M.; Vieira, A. P. G. F.; Vieira, K. M. F.; Aguiar, S. M.; Nóbrega, J. O.. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina J. bras. psiquiatr. 58(1): 34-38, TAB. 2009.



- 2) Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977; reimpressão 2004.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
- 4) \_\_\_\_\_. 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.
- 5) \_\_\_\_\_. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS n.o 196/96 e outras)/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. – 2. ed. ampl., 1.ª reimpressão., – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 6) \_\_\_\_\_. Dez passos para a alimentação saudável. Brasil, 2004. Disponível em: [http://drt2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10passos\\_adultos.pdf](http://drt2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10passos_adultos.pdf). Acesso em 20/11/2009.
- 7) \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2ª. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 210 p.
- 8) \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 68 p.
- 9) \_\_\_\_\_. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- 10) \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política

de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

- 11) Cabana, M.C.L.; Ludermir, A.B.; Silva, É.R.; Ferreira, M.L.L.; Pinto, M.E.R.. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J. bras. psiquiatr.* 56(1): 33-40. 2007.
- 12) Camelo, S.H.H., Angerami, E.L.S.. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):14-21.
- 13) 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, São Paulo, 2005 (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas).
- 14) Campos, C.V.A.; Malik, A.M.. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v.42 n.2, p.347-368. Rio de Janeiro, mar./abr., 2008.
- 15) Conill, E.M.. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(supl. 1):7-27.
- 16) Costa, G.D., Cotta, R.M.M., Ferreira, M.L.S., Reis, J.R., Franceschini, S.C.C.. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras. de Enfermagem* 2009; Brasília, 62(1):113-8.
- 17) Fauci, A.S.; Braunwald, E.; Isselbacher, K.J.; Wilson, J.D.; Martin, J.B.; Kasper, D.L.; Hauser, S.L.; Longo, D.L.. *Harrison, Medicina Interna*. Editora McGraw-Hill Interamericana do Brasil, Ltda. Rio de Janeiro, RJ, 1998. Décima quarta edição.

- 18) Fidalgo, T.M.; Silveira, D.X.. Uso indevido de drogas entre médicos: problema ainda negligenciado . J. bras. psiquiatr. 57(4): 267-269, GRA, TAB. 2008.
- 19) Giovanella, L.; Escorel, S.; Mendonça, M.H.. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa: Belo Horizonte. Rio de Janeiro; ENSP/DAPS/NUPES; 2009. 640 p. tab.
- 20) 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, 2003b. p. 157-190.
- 21) Gugliemi, M.C.. A Política Pública “Saúde da Família” e a Permanência – Fixação do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. Tese de Doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde. Rio de Janeiro; 2006.
- 22) IBGE, 2007. Contagem da População – CENSO 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm> Acesso em 18/10/2010.
- 23) Junqueira, T.S.; Cotta, R.M.M.; Gomes, R.C.; Silveira, S.F.R.; Siqueira-Batista, R.; Pinheiro, T.M.M.; Melo, E.M.. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. V.33 (1): 122 – 133; 2009.
- 24) Loureiro, E.M.F.; McIntyre, T.M.; Mota-Cardoso, R.; Ferreira, M.A.. Inventário de Fontes de Estresse Acadêmico no Curso de Medicina (IFSAM) Rev. bras. educ. med. 33(2): 191-197, TAB. 2009 Jun.
- 25) Machado, M. H. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

- 26) \_\_\_\_\_. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DABMS, 2000. [http://www4.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/o\\_perfil.html](http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html) acesso em 05/09/09
- 27) \_\_\_\_\_. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A *et.al.* (org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Fiocruz 2003. p. 227-248.
- 28) Maciel Filho R., Pierantoni C.R.. O Médico e o Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. IN: Barros AFR, org. *et.al.* Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 139-159.
- 29) Marcondelli, P.; Costa, T.H.M.; Schmitz, B.A.S.. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. Rev. Nutr., Campinas, 21(1):39-47, jan./fev., 2008.
- 30) Meleiro, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. Rev Ass Med Brasil 1998; 44(2): 135-40.
- 31) Mendes, E.V.. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª ed., 2006.
- 32) Minayo M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2007. 406 p.
- 33) 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.observarhsp.org.br/projetos/textos/lrota\\_cargos\\_ses.html](http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/lrota_cargos_ses.html). Acesso em 20/03/2010.

- 34) OMS. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie de Informe Técnicos 797. Geneva: OMS, 1990.
- 35) \_\_\_\_\_. Global strategy on diet, physical activity and health: fifty-seventh World Health Assembly Wha 57.17. 22 May 2004. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int). Acesso em 21/11/2009.
- 36) Oliveira, L.P. M.; Assis, A.M. O.; Silva, M.C.M.; Santana, M.L.P.; Santos, N.S.; Pinheiro, S.M. C.; Barreto, M.L.; Souza, C.O.. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):570-582, mar, 2009.
- 37) 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.
- 38) Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gerência de Planejamento e Desenvolvimento GPLD /SMSA /PBH. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008, PBH, 2005 Relatório, pdf, 158p.
- 39) \_\_\_\_\_. Belo Horizonte em números. Administração Pública com Responsabilidade Social, 2008. PBH, 2009. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt\\_BR&pg=5922&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=17049&lang=pt_BR&pg=5922&taxp=0&). Acesso em 23/10/2009.
- 40) Rocha, M.O.C.; Pedroso, E.R.P.; Fonseca, J.G.M.; Silva, O.A.. *Terapêutica Clínica*. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, RJ, 1998.
- 41) Santana, José Paranaguá de(Coord.) Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico nos

municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO / José Paranaguá de Santana et. al. – Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2008.

- 42) Sichieri, R.; Coitinho, D.C., Monteiro J. B.; Coutinho, W.F. Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira Arq Bras De Endocrinol e Metab 44 n 3 junho 2000 p227-232.
- 43) Silva, D.O; Recine, E.G.I.G.; Queiroz, E.F.O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1367-1377, set-out, 2002.
- 44) Turato, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003, 688p.
- 45) Vinholes, D.B.; Assunção, M.C.F.; Neutzling, M.B.. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4):791-799, abr, 2009.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu caracterizar as percepções dos sujeitos, profissionais médicos do PSF de Belo Horizonte, Minas Gerais, quanto aos fatores que motivam ou não sua atuação no PSF e seus reflexos sobre a rotatividade.

- A possibilidade de atuação em saúde pública, associado ao atendimento médico humanizado, longitudinal e integral, com formação de vínculo com a equipe e a população são apontados como motivações de alguns profissionais para o trabalho em PSF. Tais achados podem ser levados em consideração pelos gestores para elaboração de políticas de valorização destes pontos como fator de estímulo à fixação deste profissional às ESF.
- A educação permanente e a preferência por uma rotina de trabalho com horários bem definidos são apontados pelos entrevistados como necessários e fatores que motivam estes sujeitos a atuar no PSF, o que pode ser levado em consideração pelos gestores para elaboração de políticas de priorização das necessidades de atualizações e educação permanente, conforme a população atendida e formação do profissional, entre outros, assim como a organização do serviço, evitando quebras da rotina e horários para minimizar o estresse que desmotiva e incentiva à rotatividade.
- Entre os principais fatores apontados pelos entrevistados como motivadores para a rotatividade do médico estão as dificuldades com a infraestrutura, a organização precária do serviço, problemas com a equipe de trabalho e gerência, relacionados à referência e contra referência e a sobrecarga de trabalho. No intuito de buscar um melhor ambiente de trabalho estes

profissionais optam por postos de trabalho em outras equipes, municípios e mesmo a atuação como especialista, o que propicia a configuração da rotatividade do médico no PSF. Esta realidade aponta a necessidade de ações da administração pública que busquem minimizar problemas de infraestrutura e de natureza organizacional, o que pode ser estratégico para fixação deste profissional.

- O estudo indica, a partir das falas dos sujeitos, a necessidade de procedimentos administrativos que determinem as atribuições de cada profissional da APS para minimizar problemas relacionados à organização precária do serviço, à equipe de trabalho, gerência, referência e contra referência gerando sobrecarga de trabalho por acúmulo de funções e tarefas de outros membros responsáveis direta ou indiretamente pelo atendimento à população.
- A rotatividade dos médicos do PSF apresentou-se associada às condições de trabalho precárias, em especial à sobrecarga de trabalho, não só em atividades do PSF, mas também evidenciada pela extensa jornada de trabalho, bem como às dificuldades relacionadas ao prejuízo à adoção de hábitos de vida saudáveis.
- A distância entre a moradia do profissional e seu local de trabalho aparece neste estudo como determinante da fixação ou rotatividade, confirmando achados de estudos semelhantes. A falta de locais adequados para realizar as refeições no local de trabalho, associados ou não a impossibilidade de deslocamento para casa ou restaurantes, devido ao tempo gasto para tanto se constituem achados deste estudo que influem na rotatividade dos médicos.



Este estudo apresenta por meio da metáfora entre a condição do generalista no PSF e o mito de Hércules, alguns dos desafios deste profissional.

O médico, homem que é, e não semideus, necessita do amparo de boas condições de trabalho, ser remunerado de forma justa, aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente. Ciente de que não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho, o médico tem como princípio empenhar-se em melhorar os padrões dos serviços médicos e assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde, como previsto no código de ética médica em seus princípios fundamentais<sup>19</sup>.

À semelhança de Hércules, ao carregar o mundo nas costas, o generalista, sujeito do estudo, entende que é necessária motivação – não apenas ideologia, mas remuneração para o trabalho em PSF, educação permanente, rotina de horários e de fluxo de atendimento, infraestrutura, organização do serviço e qualidade de vida. Para promover saúde, prevenir doenças e agravos, o generalista no estudo entende que é imprescindível contar com o trabalho em equipe, seja no âmbito da ESF, da UAPS ou em outros níveis de complexidade da atenção à saúde e da organização do trabalho para sua atuação na APS.

---

<sup>19</sup>Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.931/2009: Princípios fundamentais III– Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa; V– Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente; VIII– O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho; e XIV– O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

## 6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1 . Questionário utilizado para condução da entrevista semiestruturada com os médicos.

### **Entrevista Semiestruturada** **O Generalista na Estratégia de Saúde da Família – um Hércules na Reforma da Reforma? (Título provisório)**

#### **I. Identificação**

- a) Sexo: ( ) masculino; ( ) feminino.
- b) Idade: \_\_\_\_\_
- c) Naturalidade: \_\_\_\_\_
- d) Estado civil: ( ) solteiro; ( ) casado ou em união estável; ( ) divorciado; ( ) viúvo.
- e) Cor da pele: ( ) branca; ( ) negra; ( ) parda; ( ) amarela; ( ) indígena.  
(autoinformada, segundo categorias do IBGE)

#### **II. Formação**

- a) Faculdade: \_\_\_\_\_
- b) Idade de ingresso na faculdade de medicina: \_\_\_\_\_
- c) Ano de formatura: \_\_\_\_\_
- d) Residência (qual, onde e quando): \_\_\_\_\_
- e) Especialização (qual, onde e quando): \_\_\_\_\_
- f) Pretende fazer residência ou especialização? ( ) não; ( ) sim - Em quê? \_\_\_\_\_
- g) Tem algum familiar médico?  
( ) não; ( ) sim – quem? \_\_\_\_\_
  
- h) Ao ingressar na faculdade de medicina demonstrava interesse por alguma área ou carreira em especial? ( ) não; ( ) sim - Qual? \_\_\_\_\_
- i) Ao final de sua graduação você sentia-se apto a trabalhar como generalista, atuando em PSF? ( ) sim ( ) não. Por quê? \_\_\_\_\_

#### **III. Em relação ao seu vínculo com a PBH você está**

- a) Concursado- há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- b) Contratado – há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- c) Outra situação? Qual? \_\_\_\_\_ – há quanto tempo? \_\_\_\_\_

#### **IV. Em relação a sua alocação**

- a) Distrito sanitário: \_\_\_\_\_
- b) Centro de saúde: \_\_\_\_\_
- c) Equipe de saúde da família: \_\_\_\_\_
- d) Número de famílias/ habitantes atendidos pela ESF: \_\_\_\_\_
- e) Tempo de implantação da ESF: \_\_\_\_\_
- f) Há quanto tempo você atua nesta ESF: \_\_\_\_\_
- g) Já passou por capacitações desde que iniciou o trabalho em PSF?  
( ) não ( ) sim – quais? \_\_\_\_\_

h) Em um NASF com quais profissionais gostaria de poder contar, segundo seus encaminhamentos e percepções acerca das necessidades da população?

Numere-os em ordem crescente de importância/necessidade (use A para apoio).

- |                                               |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assistente social    | <input type="checkbox"/> nutricionista,        |
| <input type="checkbox"/> farmacêutico         | <input type="checkbox"/> terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> fisioterapeuta       | <input type="checkbox"/> psicólogo             |
| <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo        | <input type="checkbox"/> educador físico       |
| <input type="checkbox"/> médico acupunturista | <input type="checkbox"/> médico ginecologista  |
| <input type="checkbox"/> médico homeopata     | <input type="checkbox"/> médico pediatra       |
| <input type="checkbox"/> médico psiquiatra    |                                                |

#### **V. Em relação ao local de trabalho**

a) Pela classificação de risco, qual a distribuição de sua área de abrangência:

- maior parte de muito elevado risco (\_\_\_%)  
 maior parte de elevado risco (\_\_\_%)       possui área de baixo risco (\_\_\_%)  
 maior parte de médio risco (\_\_\_%)

b) Quanto tempo gasta, em média, deslocando-se de sua casa até o trabalho diariamente, considerando ida e volta: \_\_\_\_\_

c) Você já sofreu algum tipo de agressão neste local de trabalho?

- não;  sim – de que tipo:  agressão física ;  ameaças, agressões verbais;  
 danos materiais.

d) Quantos dias afastou-se do trabalho, por motivo de doença, no último ano? \_\_\_\_\_

#### **VI. Jornada semanal de trabalho**

a) Quantas horas, em média, têm trabalhado/semana nos últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

b) Divididas em que atividades? (Horas/semanais)

- PSF contratado  
 PSF concursado  
 outro vínculo empregatício com setores públicos (federal, estadual ou municipal) – qual ? \_\_\_\_\_;  
 consultório privado, de convênios ou cooperativas;  
 hospital privado, de convênios ou cooperativas;  
 universidades;  
 outras situações especifique: \_\_\_\_\_

c) Antes do PSF quantas horas/semanais, em média, trabalhava? \_\_\_\_\_

d) Em quantos locais diferentes? \_\_\_\_\_

e) Quantos pacientes atende, em média, por dia no PSF? \_\_\_\_\_

f) Em sua rotina semanal no PSF quantas horas, em média, são para:

. acolhimento: \_\_\_\_\_

- . visitas domiciliares: \_\_\_\_\_
- . grupos operativos: \_\_\_\_\_
- . consultas em geral: \_\_\_\_\_
- . reuniões de equipe: \_\_\_\_\_
- . outros (especifique): \_\_\_\_\_

**VII. Qual sua faixa de rendimento atualmente?** (Considere o salário mínimo de R\$ 510,00) \_\_\_\_\_

**VIII. Hábitos de vida**

a) Você fuma ou já fumou? ( ) sim – há quanto tempo? Quanto/dia? \_\_\_\_\_  
 ( ) não – já fumou? Há quanto tempo deixou? \_\_\_\_\_

b) Consumiu 60g de álcool/dia, nos últimos 30 dias?  
 ( ) não; ( ) sim - com que frequência? \_\_\_\_\_

(Considere equivalência a cerca de QUATRO drinques padrão: 04 garrafas de cerveja, 04 doses de cachaça, vodca ou uísque ou 01 garrafa de vinho de mesa)

c) Você faz exercícios físicos regularmente? ( ) não; ( ) sim: tempo/frequência? \_\_  
 (Considere 30 minutos/dia, 3 vezes/semana)

d) Quais refeições faz por dia, normalmente?  
 ( ) Café da Manhã; ( ) Colação; ( ) Almoço; ( ) Lanche; ( ) Jantar; ( ) Ceia

e) Costuma substituir por lanche:  
 . almoço ( ) não; ( ) sim – quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_  
 . jantar ( ) não; ( ) sim \_ quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

f) Onde costuma fazer suas refeições? \_\_\_\_\_

g) Leva alimentos para o local de trabalho? Quais? \_\_\_\_\_

h) Em relação aos líquidos, aproximadamente, quanto de água toma por dia? \_\_\_\_\_ suco natural? \_\_\_\_\_ refrigerante? \_\_\_\_\_ sucos artificiais? \_\_\_\_\_

i) Em relação aos grupos de alimentos, em média, quantas porções costuma ingerir por dia?

- |                                         |                        |
|-----------------------------------------|------------------------|
| ( ) Cereais, pães, tubérculos e raízes; | ( ) Hortaliças;        |
| ( ) Frutas;                             | ( ) Leguminosas;       |
| ( ) Carnes e ovos;                      | ( ) Leite e derivados; |
| ( ) açúcares e doces;                   | ( ) Óleos e gorduras   |

j) Você considera sua alimentação adequada? ( ) sim ; ( ) não. - Por quê?

**IX. Em relação ao Programa de Saúde da Família – PSF**

a) já trabalhou antes (mesmo que em outra ESF de BH):

- onde \_\_\_\_\_;
- por quanto tempo? \_\_\_\_\_;
- quando? \_\_\_\_\_;
- por que saiu? \_\_\_\_\_

b) Gosta de trabalhar nesta ESF? \_\_\_\_\_

- pretende sair? \_\_\_\_\_;
- quando? \_\_\_\_\_;
- por quê? \_\_\_\_\_

1. Qual sua principal motivação para atuar em PSF? \_\_\_\_\_

2. Qual a principal dificuldade para atuar em PSF? \_\_\_\_\_

## 6.2. ANEXO 2 . Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE**  
*Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541*

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFV**  
Campus Universitário, Viçosa, MG. CEP: 36.570.000. Tel: (31) 3899-1269

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE CEP-SMSA/BH**  
Avenida Afonso Pena, 2.336 - 9º andar, Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG; CEP: 30.130.007  
Tel: (31) 3277-5309; Fax (31) 3277-7768; e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Este termo será preenchido em duas vias, sendo a primeira via do voluntário e a segunda via da equipe de pesquisa.

#### **I. Título do estudo**

“O Generalista na Estratégia de Saúde da Família – um Hércules na Reforma da Reforma?” (título provisório).

#### **II. Objetivo**

Relacionar o perfil do médico, sua formação e suas condições de trabalho com as principais causas rotatividade deste profissional no PSF/BH.

#### **III. Local da execução**

Os dados serão coletados no local de trabalho dos entrevistados – UBS com Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte, entre junho e agosto de 2010.

#### **IV. Nomes e número do telefone dos investigadores:**

Janaína Molinari Veloso Fonseca – CRM MG 35.605 – tel.: 31 8807-6036

Rosângela Minardi Mitre Cotta – CREFITO MG 991 TO – tel.: 31 3899-3732

Rodrigo Siqueira Batista – CRM RJ 5.261.180-5 – tel.: 31 3899-2545

Sylvia do Carmo Castro Franceschini – CRN 2890 – tel.: 31 3899-2545

José Norberto Muniz – tel.: 31 3899-1342

#### **V. Critérios de inclusão dos indivíduos**

Todos os médicos em atuação no PSF/BH poderão participar do estudo.

#### **VI. Critérios de exclusão**

Recusa em participar do estudo;

Não estar em atuação nas UBSs com maiores ou menores índices de rotatividade de médicos, conforme dados do CNES entre novembro de 2009 e janeiro de 2010, e informação da GEAS;

Não ter sido sorteado após indicação pela gerente da UBS entre as equipes de saúde da família com maior ou menor rotatividade se constituem critérios de exclusão dos sujeitos da amostra.

#### **VII. Critérios de atendimento e assistência assim como responsáveis**

Todos os dados serão coletados por pesquisadora devidamente treinada e capacitada para a entrevista.

#### **VIII. Descrição do estudo**

Este estudo quali-quantitativo, descritivo, a se realizar em Belo Horizonte, Minas Gerais, entre junho e agosto de 2010, sob uma perspectiva da pesquisa social, tem como foco a rotatividade entre os médicos do PSF, e busca identificar o perfil socioeconômico deste profissional, sua formação e condições de trabalho e suas possíveis influências e repercussões sobre as dificuldades de estabilização destes sujeitos nas equipes.

Considerando-se a dificuldade em estabilizar o médico vinculado às equipes de saúde da família, este estudo busca conhecer a relação entre este perfil e a rotatividade do profissional médico no PSF, com o intuito de contribuir para elaboração de estratégias de fixação deste profissional utilizadas pelos municípios para desenvolvimento, implementação e expansão da ESF, em especial no desafio das grandes cidades.

Para tanto foram realizadas entrevistas com gestores da Gerência de Assistência à Saúde da PBH (GEAS), levantamento junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para determinação das Unidades Básicas de Saúde com maior e menor dificuldade de fixação de médicos em suas equipes de saúde da família no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010.

De posse destes dados, em contato com as gerentes da unidade, foram estabelecidas as equipes de maior ou menor rotatividade de profissionais médicos generalistas em cada unidade. Só então, por meio de sorteio, garantido isenção e aleatoriedade, foram determinados os sujeitos.

Estes, após contato e apresentação sucinta do estudo, caso demonstrem interesse poderão apreciar o Termo de consentimento livre e esclarecido, e caso concordem,

assinarão este Termo em duas vias, bem como a equipe de pesquisa, ficando uma de posse do sujeito e outra desta pesquisadora.

Posteriormente as entrevistas serão realizadas com o auxílio do roteiro de entrevista semiestruturada, abordando questões referentes ao perfil socioeconômico, formação profissional, seu vínculo com a PBH, sua alocação e local de trabalho, jornada semanal e faixa de rendimento, hábitos de vida e suas percepções acerca do PSF.

Os dados serão coletados por meio de gravações e anotações pertinentes, nos locais de trabalho dos sujeitos, conforme sua conveniência para agendamento.

As transcrições, fidedignas às falas, serão codificadas, garantindo-se o sigilo e não identificação ou correlação dos sujeitos. Todo o procedimento será realizado apenas por esta pesquisadora, no Laboratório de Planejamento e Gestão do Departamento de Nutrição e Saúde da UFV e os dados serão trabalhados em estatística descritiva e análise de conteúdo.

Todo e qualquer material obtido neste estudo será utilizado apenas para fins de dissertação de mestrado, trabalhos, eventos e publicações científicas, após retorno formal aos sujeitos e à SMSA/PBH, com data prevista para março de 2011.

É garantido ao participante direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato.

#### **IX. Benefícios para os indivíduos**

Considerando-se a importância do problema da rotatividade dos médicos para a implementação da saúde da família como estratégia prioritária para o desenvolvimento da atenção primária à saúde e reformulação do Sistema Único de Saúde, este trabalho busca contribuir com o debate atual da saúde coletiva no Brasil, a respeito do desafio de expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) em grandes capitais, por meio da caracterização do perfil do médico, sua formação, estilo de vida e condições de trabalho e principais causas da dificuldade de estabilização deste profissional nas equipes de PSF.

#### **X. Riscos para os indivíduos**

Todo o procedimento de coleta de dados será realizado apenas por esta pesquisadora, que também será a responsável pela análise, minimizando assim o risco de quebra do sigilo pelo compromisso ético e moral da mesma em proteger a confidencialidade, sendo fiel à transcrição das falas, mas sem, em nenhum momento, identificar os sujeitos envolvidos.



#### **XI. Direito dos indivíduos de recusar-se a participar ou retirar-se do estudo**

A participação no estudo é voluntária, sendo dado o direito à recusa, sem prejuízos ou justificativas. É garantido ao participante direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato.

#### **XII. Direito dos indivíduos a privacidade**

Os resultados do estudo serão analisados e, aos envolvidos, será assegurado completo sigilo e privacidade.

#### **XIII. Publicação de informações**

Os dados obtidos estarão disponíveis para a equipe envolvida na pesquisa. Na publicação destes dados serão mantidos os direitos assegurados no item **XII**.

#### **XIV. Informação financeira**

Os indivíduos não serão remunerados pela participação voluntária, segundo regulamenta a resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos.

#### **XV. Dano à saúde**

O manejo da informação previsto na resolução 196/96 como passível de risco é considerado pela equipe, que se compromete a proteger a confidencialidade em compromisso ético e moral, sendo o registro sigiloso e a transcrição das falas fiel, sem, em nenhum momento, identificar os sujeitos envolvidos.

**XVI.** Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa “O Generalista na Estratégia de Saúde da Família – um Hércules na Reforma da Reforma?” (título provisório) como voluntário e sem receber nenhum incentivo financeiro. Declaro ter sido informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, como a entrevista e sua gravação, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura da Equipe: \_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_