

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO - CEPEAD

CÍNTIA SIQUEIRA ARAÚJO SOARES

**ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: Um estudo na Região Oeste de Minas Gerais**

Belo Horizonte – MG

2020

Cíntia Siqueira Araújo Soares

**ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: Um estudo na Região Oeste de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Dr. Allan Claudius Queiroz
Barbosa

Coorientadora: Dra. Juliana Goulart
Soares do Nascimento

Belo Horizonte

2020

Ficha catalográfica

S676a Soares, Cíntia Siqueira Araújo
2020 Atração e retenção de profissionais de saúde na estratégia de saúde da família [manuscrito] : um estudo na região oeste de Minas Gerais / Cíntia Siqueira Araújo Soares. – 2020.
152 f.: il. e tabs.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa.
Coorientadora: Juliana Goulart Soares do Nascimento
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f. 131-139) e apêndices.

1. Recursos humanos na saúde pública - Teses. 2. Médicos – Teses. 3. Administração de pessoal - Teses. 4. Administração – Teses. I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz. II. Nascimento, Juliana Goulart Soares do. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. VI. Título.

CDD: 658.3



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração
Programa de Pós-Graduação em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **CÍNTIA SIQUEIRA ARAÚJO SOARES**, REGISTRO N° 707/2020. No dia 04 de março de 2020, às 9:30 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 19 de fevereiro de 2020, para julgar o trabalho final intitulado "ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA-Um estudo na região Oeste de Minas Gerais", requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Administração, linha de pesquisa: **Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 04 de março de 2020.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa... *Allan Claudius Queiroz Barbosa*
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof.ª Dr.ª Juliana Goulart Soares do Nascimento... *Juliana Goulart Soares do Nascimento* ...
Coorientadora - (Depto. Administração/UFJF)

Prof.ª Dr.ª Maria Aparecida Turci... *Maria Aparecida Turci*
(Unifenas/MG)

Prof.ª Dr.ª Lenice Ypiranga Benevides de Araújo Vieira Sá... *Lenice Ypiranga Benevides de Araújo Vieira Sá* ...
(Universidade Federal do Amazonas/AM)

Dedico este trabalho aos meus pais, Dorinato e Taciana, por despertarem em mim o desejo pelo conhecimento e desde sempre me mostrarem o valor da educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir sonhar e realizar todos os meus sonhos!

A Ele também, por ter colocado pessoas tão especiais em minha vida, a quem aqui deixo registrada minha gratidão...

Aos meus pais, Dorinato e Taciana, que me ensinaram, desde criança, a importância da busca por conhecimento, e que nunca mediram esforços para eu chegar até aqui! Obrigada por muitas vezes abdicarem dos seus sonhos, para realizarem os meus! Eu amo vocês e sou eternamente grata...

Ao meu irmão Paulo, pela sua cumplicidade e incondicional apoio não só no mestrado, mas vida!

Obrigada, também, aos familiares e amigos que sempre torceram por mim e me incentivaram.

Ao professor Allan, por confiar em mim e se dispor a compartilhar comigo um pouco de seu conhecimento e sabedoria. Os ensinamentos que aprendi com você foram muito além de conteúdo acadêmico; eu os levarei para vida, Allan! Muito obrigada...

A Professora Juliana, que gentilmente aceitou ser minha coorientadora e tanto contribuiu para o resultado que aqui apresento nesta dissertação.

A Cristina Parente, que me acolheu tão bem em Portugal, e juntamente com Allan, me propiciaram a incrível experiência do intercâmbio. Foi com certeza uns dos melhores meses da minha vida, de muito aprendizado e alegrias. Obrigada, Universidade do Porto!

Ao CEPEAD/UFMG, a todos os professores, aos funcionários da secretaria, lanchonete, porteiros, limpeza, que sempre estavam com um sorriso no rosto para dizer um bom dia e contribuir para que a realização do mestrado fosse realidade.

Ao CNPQ, que, com a concessão da bolsa no decorrer do mestrado, tornou possível esta jornada.

Aos meus colegas do mestrado pela amizade, especialmente ao “Team RH”: Amanda, Thaís e Júlio. A Amanda, em especial, que me acompanhou no intercâmbio e que dividiu comigo durante todo o mestrado muitos momentos felizes, alegres, mas também angústias e ansiedades!

Aos colegas de núcleo, tanto os dedicados à pesquisa na área da saúde quanto inovação, com quem compartilhei experiências e aprendi muito durante nossas reuniões periódicas.

As Professoras Paula Silva da Universidade do Porto, a Maria Turci, e a Lenice Benevides, por aceitarem o convite de participar da banca de qualificação e defesa, por despenderem seu precioso tempo para contribuir com meu trabalho! Minha gratidão...

Ao IFMG, aos meus alunos, colegas professores, funcionários, o meu obrigada por proporcionarem a experiência da docência e, assim, compreender que fiz a escolha certa! E mais, por me fazerem acreditar que a educação pode, sim, mudar o mundo!

A Superintendência Regional de Saúde, que apoiou a pesquisa, aos secretários de saúde e coordenadores da atenção primária dos municípios, que colaboraram com o estudo me fornecendo contatos dos médicos, e aos médicos, que gentilmente se dispuseram a contribuir com a pesquisa respondendo meu questionário e me recebendo para as entrevistas. Convivendo com vocês, passei a admirar ainda mais o trabalho que desenvolvem para a saúde pública e o dom que detêm.

Gratidão!

*Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo
para todo o propósito debaixo do céu.*

Eclesiastes 3:1

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à gestão de recursos humanos que interferem na atração e retenção de profissionais médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em cidades de Minas Gerais. A literatura de Gestão de Recursos na Saúde aborda como um de seus desafios as questões envolvendo a atração e retenção, temas estes que não se dissociam da rotatividade. O contexto escolhido para a pesquisa foi as ESFs da Região Oeste de MG, composta por 54 municípios, e o profissional analisado são os médicos atuantes nas equipes de ESF, frente à importância da permanência do profissional médico para a melhoria dos resultados em saúde e o cumprimento dos preceitos da Atenção Primária preconizados para o programa, sendo o primeiro contato de acesso, a integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Diante deste interesse em compreender os fatores que atraem e retêm estes profissionais, a proposta aqui é realizar um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, utilizando, como coleta de dados secundários, questionário e entrevistas semiestruturadas. Para tal, após um levantamento da literatura, utilizou-se de seis dimensões para coleta de dados, apresentação dos resultados e análise, e discussão, a saber: Fatores Individuais, Gestão, Organização do trabalho, Condições de trabalho, Cultura e Identidade e Projetos Futuros. Os resultados encontrados corroboram o que já foi abordado na literatura, de que os fatores que atraem nem sempre são os mesmos que retêm. Entre os fatores de atração para o trabalho na ESF, a pesquisa apontou: opção para os recém-formados que não gostam de atuar em urgência e emergência; gosto pela saúde pública e identificação com a ESF; carga horária; horário de trabalho; tranquilidade no trabalho; possibilidade de conciliar com estudos; concurso público; contrato com possibilidade de rescisão por qualquer uma das partes, a qualquer momento, o que atrai os que não pretendem se fixar; capacitações; a possibilidade de ficar próximo a família, amigos, relacionamentos; e a remuneração. Como fatores de retenção, encontraram-se: gosto pela saúde pública e identificação com a ESF; carga horária; horário de trabalho; concurso público; possibilidade de carreira quando concursado (cargos e salários); capacitações; remuneração; rotina tranquila; bom relacionamento com a comunidade e vínculo com os pacientes; o acreditar no contato continuado e na longitudinalidade; o acreditar na possibilidade de mudar a realidade do local em que atua; e o gosto pelo que faz. E por fim, os fatores que contribuem para a não permanência dos profissionais foram: remuneração; necessidade de realizar a especialização/residência; falta de reconhecimento; monotonia, sem grandes novidades; estrutura física das unidades; burocratização; população maior do que o preconizado pelas diretrizes da ESF; falta de autonomia do médico; falta de estruturas das cidades; falta de recursos como hospitais, médicos para referenciar, SAMU; contratos frágeis. A relevância dos resultados está em, além de elencar os fatores condicionantes, também compreender quais fatores, do ponto de vista da Gestão de Recursos Humanos, são passíveis de interferência dos gestores e propor possíveis ações para melhorar o quadro de alta rotatividade e permanência na regional.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família. Médicos. Recursos Humanos em saúde. Atração. Retenção.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the factors associated with the management of human resources that interfere in the attraction and retention of medical professionals of the Family Health Strategy (FHS) in the cities of Minas Gerais. The Health Resource Management literature addresses one of its challenges as issues involving attraction and retention, themes that do not dissociate turnover. The context chosen for the research was the FHS of the Western Region of MG, composed of 54 municipalities, and the professional analyzed is the doctors who work in the FHS teams, in view of the importance of the permanence of the medical professional for the improvement of health results and in the performance of the precepts of Primary Care recommended for the program, being the first contact of access, integrality, longitudinality, coordination, family orientation, community orientation and cultural competence. Given this interest in understanding the factors that attract and retain these professionals, the proposal here is to conduct a qualitative and quantitative study, using, as secondary data collection, questionnaire and semi-structured interviews. To this end, after a literature survey, six sections were used for data collection, presentation of results and analysis and discussion, a saber: Individual Factors, Management, Work Organization, Working Conditions, Culture and Identity and Future Projects. The results found corroborate what has already been discussed in the literature, that the factors that attract are not always the same as they retain. Among the factors of attraction to work in the FHS, the research pointed out: option for recent graduates who do not like to work in urgency and emergency; taste for public health and identification with the FHS; workload; work schedule; tranquility at work; possibility to reconcile with studies; public tender; contract with the possibility of termination by either party, at any time, which attracts those who do not intend to settle; training; the possibility of being close to family, friends, relationships; and remuneration. The following retention factors were found: taste for public health and identification with the FHS; workload; work schedule; public tender; career possibility when competed (positions and salaries); training; remuneration; quiet routine; good relationship with the community and bond with patients; o believe in continued contact and longitudinality; o believe in the possibility of changing the reality of the place where it operates; and a taste for what you do. Finally, the factors that contribute to the non-permanence of professionals were: remuneration; need to carry out specialization / residency; lack of recognition; monotony, without great news; physical structure of the units; bureaucratization; larger population than recommended by the ESF guidelines; lack of autonomy of the doctor; lack of city structures; lack of resources such as hospitals, doctors to refer to, SAMU; fragile contracts. The relevance of the results is, in addition to listing the conditioning factors, also understanding which factors, from the point of view of Human Resources Management, are liable to interference from managers and propose possible actions to improve the situation of high turnover and permanence in the regional .

KEYWORDS: Family Health Strategy. Doctors. Human resources in health. Attraction. Retention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde	25
Figura 2 – Atributos essenciais e derivados da APS	26
Figura 3 – A política de gestão, a política de cuidado e o cuidado centrado na pessoa	27
Figura 4 – Composição da Estratégia de Saúde da Família	28
Figura 5 – Parâmetros teóricos que sustentam a ESF como uma inovação em saúde	29
Figura 6 – Distribuição de médicos, segundo unidades da federação e faixas de concentração	35
Figura 7 – Distribuição de médicos generalistas, segundo unidades da federação e faixas de concentração – Brasil, 2018.....	35
Figura 8 – Distribuição de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, segundo unidades da federação e faixas de concentração	36
Figura 9 – Síntese teórica Fonte: Elaborada pela autora	49
Figura 10 – Divisão assistencial da saúde de Minas Gerais	53
Figura 11–Região Ampliada de Saúde Oeste	55
Figura 12 – Síntese dos fatores condicionantes encontrados na pesquisa.....	125

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Municípios e população da Regional Oeste	54
Gráfico 2 – Tempo de trabalho na ESF	66
Gráfico 3 – Tempo de trabalho na ESF atual	67
Gráfico 4 – Principais vantagens em se trabalhar na ESF	72
Gráfico 5 – Principais desvantagens em se trabalhar na ESF.....	73
Gráfico 6 – O que os profissionais consideram bom nas condições de trabalho na ESF	74
Gráfico 7 – O que os profissionais consideram que poderia melhorara nas condições de trabalho na ESF	75
Gráfico 8 – Motivos que levariam os profissionais a sair da ESF.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução da ESF	28
Quadro 2 – Problemas de RH enfrentados pelo setor de Saúde, em especial, a Saúde da Família.....	43
Quadro 3 – Fatores condicionantes da atração e da (não) fixação de médicos	47
Quadro 4 – Dimensões de análise e categorias associadas.....	51
Quadro 5 – Síntese de dados da Regional Oeste	59
Quadro 6 – Síntese metodológica.....	64
Quadro 7 – Motivos que influenciaram os profissionais na escolha da ESF	70
Quadro 8 – Importância da Localização Geográfica na opção da escolha ou não do trabalho	75
Quadro 9 – Caracterização dos entrevistados, segundo o local de nascimento.....	78
Quadro 10 – Caracterização dos entrevistados, segundo a universidade em que se formou: ..	79
Quadro 11 – Caracterização dos entrevistados, segundo o tempo de trabalho no ESF/APS ...	80
Quadro 12 – Caracterização dos entrevistados, segundo locais de trabalho	80
Quadro 13 – Síntese dos resultados encontrados por categoria	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução no número de registro de médicos e da população entre 1920 e 2017 ...	34
Tabela 2 – População médica brasileira e Mineira.....	37
Tabela 3– População e percentual de cobertura da ESF da regional por microrregião.....	56
Tabela 4 – Caracterização da Regional segundo estabelecimentos de saúde.....	57
Tabela 5– PIB per capita anual – Última publicação com ano base 2016.....	58
Tabela 6– Empregos formais da Regional Oeste.....	58
Tabela 7 – Distribuição dos entrevistados	63
Tabela 8 – Caracterização dos respondentes, segundo o sexo	68
Tabela 9– Caracterização dos respondentes, segundo faixa etária	68
Tabela 10 – Caracterização dos respondentes, segundo o local de nascimento	68
Tabela 11– Caracterização dos respondentes, segundo tempo de formado na graduação	69
Tabela 12– Caracterização dos respondentes, segundo tempo de trabalho no ESF/APS.....	69
Tabela 13 – Remuneração mensal	70
Tabela 14 – Percepção segundo a remuneração	70
Tabela 15 – Remuneração com outras atividades desenvolvidas pelos profissionais.....	71
Tabela 16 – Remuneração considerada ideal pelos respondentes	71
Tabela 17 – Forma de Ingresso no Serviço Público	71
Tabela 18 – Influência da forma de ingresso na escolha do tipo de trabalho.....	71
Tabela 19 – Fatores que determinaram a opção pelo trabalho na ESF.....	76
Tabela 20 – Satisfação Profissional dos respondentes	76
Tabela 21– Percepção sobre a formação na graduação	76
Tabela 22 – Tempo no qual os profissionais pretendem permanecer na ESF.....	77
Tabela 23– Caracterização dos entrevistados, segundo o sexo	78
Tabela 24– Caracterização dos entrevistados, segundo a faixa etária.....	78
Tabela 25 – Caracterização dos entrevistados, segundo o ano de formação.....	79
Tabela 26 – Caracterização dos entrevistados, segundo a especialização/residência	79
Tabela 27 –Características dos entrevistados por código	81

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AMB - Associação Médica Brasileira
APS – Atenção Primária à Saúde
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESF – Estratégia de Saúde da Família da Saúde
FIES – Fundo de Financiamento Estudantil
GRH – Gestão De Recursos Humanos
MGF – Medicina Geral Familiar
MF – Medicina da Família
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários da Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PRM – Programa de Residência Médica
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
RHS – Recursos Humanos em saúde
SAGE – Sala de apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
SRS – Superintendência Regional de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	18
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	A Inserção da Atenção Primária no Sistema de Saúde Pública	23
2.2	O papel do médico no modelo de atenção	30
2.3	Gestão de Recursos e ESF: o debate sobre atração e retenção de profissionais ...	39
2.4	Síntese Teórica	49
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
3.1.	Caracterização Geral	50
3.2.	Categorias de análise	51
3.3	A Região do Estudo, população e amostra	52
3.6	Coleta e Análise de dados	60
3.6	Síntese metodológica	64
4.	RESULTADOS	65
4.1	Perfil dos profissionais	65
4.2	Resultados da etapa quantitativa	68
4.2.1	Fatores Individuais	68
4.2.2	Gestão	70
4.2.3	Organização do trabalho	72
4.2.4	Condições de trabalho	73
4.2.5	Cultura e Identidade.....	75
4.2.6	Fatores individuais e Projetos Futuros	76
4.3	Resultado da etapa qualitativa	78
4.3.1	Fatores Individuais: caracterização dos entrevistados.....	78
4.3.2	Gestão	84
4.3.3	Organização do trabalho	88
4.3.4	Condições de trabalho	93
4.3.5	Cultura e Identidade.....	96
4.3.6	Projeto futuro e mercado de trabalho	101
4.4	Síntese dos resultados	104
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	111

5.1 Fatores Individuais	111
5.2 Gestão.....	112
5.3 Organização do trabalho.....	118
5.4 Condições de trabalho	120
5.5 Cultura e Identidade.....	121
5.6 Projeto futuro e mercado de trabalho.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	141
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	142
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista	143
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO.....	145

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação pretende analisar os fatores associados à gestão de recursos humanos que interferem na atração e retenção de profissionais médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em cidades de Minas Gerais. Sua relevância está alicerçada no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema público de saúde (BARBOSA et al., 2019) e seu papel de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo, por um modelo sintonizado com os princípios do SUS, tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Neste contexto, a natural reconfiguração do processo de trabalho veio acompanhada de desafios à gestão de Recursos Humanos (GRH) ao inserir uma nova lógica para prestação de serviços de saúde, baseada no trabalho em equipe, e para inserção da figura da equipe multiprofissional (SILVA et al., 2009).

Somem-se a isso aspectos inerentes à própria natureza da Gestão de Recursos Humanos (GRH), tais como a necessidade de atração de profissionais para as localidades onde são necessários, as dificuldades para a fixação da força de trabalho, a inadequação dos currículos de formação das escolas médicas no que se refere à medicina de família e à comunidade, a susceptibilidade do processo de seleção e contratação de profissionais a interesses políticos e a alta rotatividade médica, os quais afetam de modo mais substancial a APS (RANSON et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2013), atenta ao debate da GRH, alerta para a necessidade do desenvolvimento de estratégias capazes de superar estas questões, que começará com a capacidade de conseguir explicar as circunstâncias subjacentes a esses fenômenos. Desta forma, elaborar estudos que gerem evidências sobre fatores associados aos desafios de GRH em saúde na APS é um primeiro passo para a estruturação de políticas.

Diversos estudos indicam a falta de médicos para atuarem nos serviços públicos de saúde como um problema crônico do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, na Atenção Básica à Saúde. Carvalho e Souza (2013), por exemplo, citam que a alta rotatividade dos médicos na atenção básica, juntamente com a falta de médicos em algumas localidades, compromete a continuidade do cuidado e, em consequência, a qualidade dos serviços ofertados.

Santos et al. (2015) citam também que a alta rotatividade dos profissionais de saúde,

especialmente de médicos nas equipes, é um fator comprometedor de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas.

Percebe-se que o tema rotatividade e escassez de médicos, em determinadas áreas, está estritamente ligado à atração e fixação desses profissionais. Questões envolvendo tais temáticas implica um debate profundo e permanente entre os gestores dos três níveis de atenção, por se tratarem de problemas estruturais e institucionais do SUS que não são superáveis apenas com programas ou estratégias isoladas (ANDRADE et al., 2019).

A atração é exercida pela promessa de algo atraente aos olhos do profissional. Já a retenção é alcançada pelo cumprimento dessa promessa por meio de Políticas de Gestão de Pessoas efetivas e satisfatórias, visando o atendimento das necessidades individuais do profissional e alinhado com os objetivos organizacionais (FRANÇA JUNIOR, 2010). Ainda que sejam fortemente influenciados por critérios que estão além do campo de atuação de Recursos Humanos (RH) — como a percepção e as expectativas individuais dos empregados —, muitos dos aspectos que influenciam a atração e retenção — como as condições e conteúdo do trabalho, as oportunidades de carreira e a remuneração — estão diretamente ligados à gestão (MILKOVICH e BOUDREAU, 2000).

Fatores pessoais, como metas, valores, mudanças e questões particulares do trabalhador, podem ser causas que levam um indivíduo a sair, por vontade própria, da organização em que trabalha. Também devem ser ressaltados os fatores inerentes à própria organização, como remuneração, plano de carreira, tipo de contrato, relações sócio profissionais, entre outros que podem contribuir para este tipo de desligamento voluntário por parte do profissional (ALLEN e SHANOCK, 2013; DE GIETER e HOFMANS, 2015; REGTS e MOLLEMAN, 2012; YANG et al., 2013).

Embora a remuneração seja sempre apontada como um fator de retenção, ela por si só pode não ser o único determinante na escolha das pessoas na permanência em seus empregos. Fatores como reconhecimento, clima de trabalho, desafios ou o fato de se sentir confortável, como a cultura da organização, podem ser suficientes para mantê-los. O comprometimento com a organização e a identificação com a filosofia de trabalho da empresa são aspectos que podem contribuir com a permanência dos indivíduos na instituição (CABRAL, 2012). No contexto da saúde, argumenta-se que a retenção do trabalhador tem sido considerada um elemento capaz de

promover melhoria na qualidade da assistência oferecida ao usuário do serviço de saúde.

Na visão de Stralen et al. (2017), atrair e fixar médicos é um problema complexo, abrangendo questões de motivações intrínsecas e extrínsecas que possuem influência na escolha do local de atuação do profissional. Os autores citam que o estudo de estratégias que levem em consideração os fatores condicionantes para a atração e fixação de profissionais deve ser um exercício constante entre os planejadores de recursos humanos em saúde, de modo a subsidiar a tomada de decisões baseada em evidências.

Em relação ao contexto atual, o governo brasileiro vem, ao longo dos últimos anos, atuando na área da saúde através de políticas e estratégias para responder aos problemas relacionados à atração e fixação de profissionais médicos. Como exemplos, podem-se citar as políticas de extensão de cobertura e de interiorização da medicina, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) e a implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde; o sistema de abatimento das dívidas contraídas para o financiamento do curso de graduação, por meio do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) (STRALEN et al., 2017).

Sheffer (2018) também cita que iniciativas globais começaram a incentivar a melhoria de informações e evidências, juntamente com a promoção de bases de dados de maior qualidade e completude, capazes de orientar decisões políticas que envolvam os médicos e a força de trabalho em saúde, a fim de apoiar esses profissionais no ambiente de trabalho.

Ao direcionar o estudo para Minas Gerais, optou-se por analisar uma região dentro do estado que contempla cidades com baixo índice populacional (sendo sua maioria com menos de 10.000 habitantes). Andrade et al. (2019) alertam que alguns estudos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que há dificuldade de contratação de profissionais médicos, nos municípios do interior e na periferia dos grandes centros urbanos. Isto reforça a necessidade de estudos em que se busca compreender os principais condicionantes da preferência dos médicos que determinam sua opção ou não pelo trabalho na ESF em cidades do interior como as que serão abordadas no estudo.

Os municípios de pequeno porte têm como características dos serviços de saúde a predominância da atenção básica e estão, no geral, situados em áreas geográficas mais isoladas, com situações de maior vulnerabilidade social e econômica, fator esse que pode tornar a escassez dos médicos mais preocupante (MENDONÇA et al., 2016).

Scheffer (2017) aponta que, do total de 1304 municípios brasileiros que retratam algum grau de carência de médicos na atenção básica, 875 (67,1%) são de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes). Ainda nesta linha de pensamento, Maciel Filho (2007) apontou no estudo sobre demografia médica que os índices de médicos por habitantes em municípios de pequeno porte são bem inferiores quando comparados aos municípios de médio e grande porte.

Diante da realidade apresentada, o estudo foi balizado pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais os fatores associados à gestão de recursos humanos que interferem na atração e retenção de profissionais médicos na ESF na Regional Oeste de MG?

Para responder a esta questão, o objetivo geral definido foi: analisar os fatores associados à gestão de recursos humanos que interferem na atração e retenção de profissionais médicos na ESF na Regional Oeste de MG. Para tanto, este objetivo segmentou-se em objetivos específicos: a) Descrever o perfil profissional dos médicos atuantes na ESF da região do estudo; b) Descrever e analisar os fatores condicionantes que atraem os profissionais para o trabalho no ESF; c) Descrever e analisar os fatores condicionantes a retenção dos médicos na ESF; d) Descrever e analisar os fatores apontados pelos profissionais como motivadores para não permanência na ESF.

A profissão médica foi a escolhida como população para o estudo, visto a sua importância para a Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que a performance deste profissional impacta os resultados deste modelo de atenção à saúde (CAPOZZOLO, 2003).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a figura do médico vem sendo apontada como um nó crítico para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), devido à alta rotatividade e pela baixa capacitação/preparação para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) em alguns casos (CONASS, 2011).

Com base nisso, é exigida uma atenção especial a este profissional por parte dos gestores em saúde, dado que ele é essencial para o funcionamento dos serviços de saúde, podendo ser considerado o principal ator em procedimentos como consultas regulares, prescrições de medicamento e encaminhamento para outros níveis de atenção (RODRIGUES et al., 2011)

A justificativa desta pesquisa está alicerçada nos pilares acadêmico, social e aplicação prática. Do ponto de vista acadêmico, justifica-se pois, apesar de a gestão de recursos humanos em saúde ser um estudo multidisciplinar, nota-se que o debate está presente em sua maioria em periódicos

vinculados a saúde, sendo a maioria dos estudos realizados pelo ponto de vista de pesquisadores com formação na área da saúde, sendo poucos pesquisadores da área de ciências sociais aplicadas voltadas para a área. Desta forma fazem-se relevantes análises do ponto de vista de gestores de Recursos Humanos para proposição de melhorias para o campo prático.

Além da justificativa acadêmica, deve-se salientar a importância da Estratégia de Saúde da Família no âmbito social. A ESF possui influência na população que utiliza o SUS brasileiro (cerca de 70% da população). Arantes et al. (2016) destacaram diversos benefícios da ESF para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, o aumento do número de consultas pré-natais, puericultura, de orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, da coleta de colpocitologia oncótica (preventivo); a redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares. Com a EFS também se percebem maiores adesões às ações para tratamento da hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e de doenças sexualmente transmissíveis. Nas áreas de saúde bucal e assistência farmacêutica também foram percebidos avanços importantes.

Neste sentido, a pesquisa pode contribuir com seus resultados para um auxílio aos gestores, a partir dos resultados que serão encontrados sobre a atração e fixação dos profissionais médicos que são peças-chave para o bom funcionamento da estrutura de uma ESF.

Dito isso, é então iniciado o desenvolvimento da pesquisa estruturada em capítulos. O primeiro capítulo é composto por esta apresentação, sendo seguido pelo segundo capítulo composto pelo referencial teórico que contempla os tópicos: A inserção da Atenção Primária no Sistema de Saúde Pública; O papel do médico no modelo de atenção; e a Gestão de Recursos Humanos e ESF: o debate sobre atração e retenção de profissionais. No terceiro capítulo, têm-se os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, bem como a caracterização da região estudada. No quarto capítulo, apresentam-se os resultados, divididos pelas etapas Perfil profissional, Etapa quantitativa e Etapa Qualitativa. No quinto capítulo, é apresentada a discussão dos resultados de todas as etapas. Por fim, no sexto capítulo, são apresentadas as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasar este estudo, o referencial teórico desta pesquisa inicia-se trazendo ‘A inserção da Atenção Primária no Sistema de Saúde Pública’. Neste tópico, apresenta-se uma breve contextualização sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e como a Atenção Primária a Saúde (APS) vem se configurando dentro deste sistema. A partir disto, é inserida então a temática da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que emerge como uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Visto as especificidades da ESF, é então iniciado o debate sobre o médico atuante na saúde da família, trazendo o tópico: ‘O papel do médico no modelo de atenção’. Dentro deste contexto do trabalho médico, podem-se discutir diversas temáticas da gestão de Recursos Humanos, sendo as escolhidas para esta pesquisa a atração e retenção dos profissionais, que é apresentada no tópico: ‘Gestão de Recursos e ESF: o debate sobre atração e retenção de profissionais’.

2.1 A Inserção da Atenção Primária no Sistema de Saúde Pública

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 e pela Lei 8.080/90, integra um sistema maior, o Sistema de Seguridade Social, que, segundo o artigo 194 da Carta Magna, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

As ações devem ser oferecidas a toda a população, sendo este um dos princípios fundamentais do SUS. Isto se encontra reforçado no art. 196, no qual se lê: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O SUS prevê uma nova atenção à saúde que parte da concepção de que a saúde é bem mais que a ausência de doença, e sim parte do entendimento e qualidade de vida, assim como preconiza a Organização Mundial da Saúde: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”.

O SUS baseia-se nos princípios da universalidade, integridade e equidade, trabalhando com ações de uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo a complexidade de atenção. Neste

tipo de sistema, há uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. Considerando o princípio de integralidade, deve-se compreender que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e que os serviços de saúde precisam se organizar de forma a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Pensando nisto, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre a pessoa destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação (ALMEIDA, 2013).

A regionalização é compreendida a partir da geografia e da epidemiologia, o que equivale dizer que há o processo de regionalização dos serviços, ou seja, o sistema é organizado a fim de torná-lo mais eficiente e eficaz, observando os objetivos de universalidade, integralidade e equidade da maneira mais racional; de outro lado, as regiões de saúde são criadas a partir do perfil epidemiológico de determinada população que vive em determinado território (DUARTE et al., 2015).

O art. 198 da Constituição dispõe que:

“as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade”.

Deve-se salientar a Lei nº. 8.080/90, que reitera os mandamentos previstos na constituição e, além disso, traz a definição de competências, dada a criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual (DUARTE, et al., 2013).

Além destes pontos citados, Viana e Dal Poz (1998, p. 13) lembram que o SUS “[...] definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada”.

Havendo, assim, a hierarquização, tem-se a estratificação do sistema em três níveis: primário, secundário e terciário. Porém, com o avanço do sistema, o que se tem de conceituação hoje é um sistema integrado, com configuração em rede, na qual a Atenção Primária absorve o papel de centro de interlocução dos demais (MENDES, 2002).

Mendes (2019) recomenda que a concepção hierárquica e piramidal seja substituída por outra, considerando as redes poliárquicas de atenção à saúde. Nesta nova concepção, devem-se respeitar as diferenças nas densidades tecnológicas, romper as relações verticalizadas, conformando-se com redes policêntricas horizontais. Essa proposta é apresentada na Figura 1.

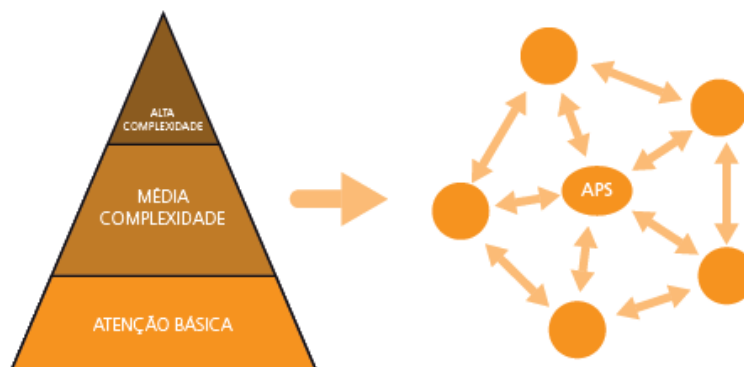


Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde

Fonte: Mendes (2011).

Percebe-se que o centro de comunicação da rede de atenção à saúde é a Atenção Primária à Saúde. A Atenção Primária difere da secundária (média complexidade) e da terciária (alta complexidade) em diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, veem-se variedade de necessidades em saúde, forte componente dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com seus problemas. A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção (CONNAS, 2011, p. 29).

A tipologia dos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) denota variações significativas em todo o mundo e tem apresentado características definidoras como a porta de entrada principal para os serviços de saúde; a continuidade dos cuidados, especialmente para as condições crônicas; a integralidade, a coordenação, a centralidade do processo na família e a orientação para a comunidade, sendo ela responsável por resolver os problemas de saúde dos usuários (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) resume os princípios da atenção primária em saúde em características ou atributos essenciais (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), mais três derivados (orientação familiar, comunitária, e competência cultural), explicitados na Figura 2, a seguir.

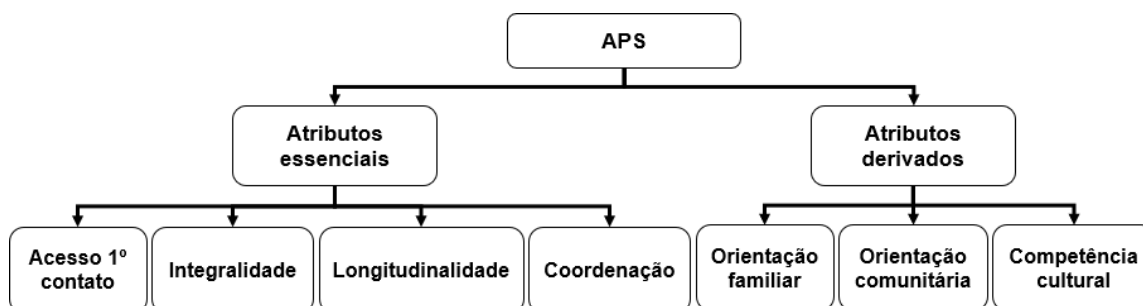


Figura 2 – Atributos essenciais e derivados da APS

Fonte: Starfield (2002).

Assim, a APS deve ser o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, sem restrição de acesso independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de referenciamento das pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Deve ser praticada e orientada para o contexto familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural (STARFIELD, 2002).

No cenário brasileiro, a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente Estratégia Saúde da Família (ESF), surge como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção básica, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo, por um modelo sintonizado com os princípios do SUS, tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção (MS, 2001). Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o programa tem como principais características a adstrição da clientela, por meio da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (MS, 2005).

O Programa de Saúde da Família tem como papel primordial, segundo Turci (2008, p. 54),

“proporcionar a reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica, mediante reorganização do processo de trabalho nos Centros de saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços”. Em complemento:

“A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Por meio da Estratégia, é possível reorientar o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (MS, 2019).

Sperling (2017) complementa, trazendo três elementos constitutivos do provimento da Atenção Primária por meio da Estratégia de Saúde da Família, que são responsáveis por promover essa busca de reorganização do que se oferece como política de gestão e como política de cuidado.

São eles:

- 1) o incremento na formação de profissionais especialistas em cuidados primários à saúde, especialmente médicos e enfermeiros de família e comunidade, em conjunto com a consolidação dos agentes comunitários;
- 2) a territorialização e adscrição das equipes de Estratégia de Saúde da Família às comunidades regionalizadas; e
- 3) a manutenção do nível de atenção como porta de entrada para um sistema nacional de saúde universal, público e gratuito, orientado pela lógica de proteção social.

Nesse sentido, ele apresenta a Figura 3, na qual deseja demonstrar a política de gestão, a política de cuidado e o cuidado centrado na pessoa preconizados pela ESF.

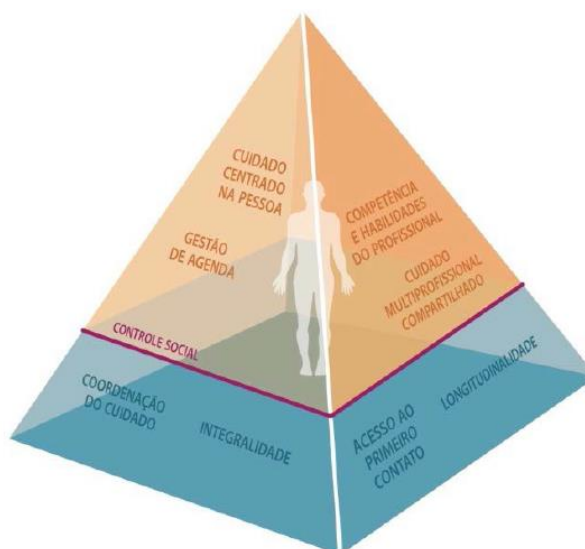


Figura 3 – A política de gestão, a política de cuidado e o cuidado centrado na pessoa

Fonte: SPERLING (2017)

Baseados nesses princípios, o Ministério da Saúde (2019) preconiza que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também há equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (FIG. 4).

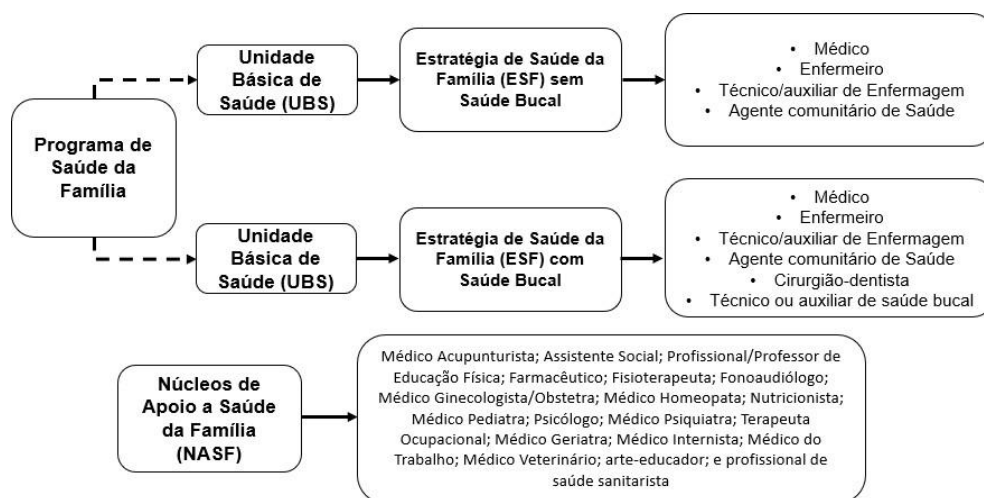


Figura 4 – Composição da Estratégia de Saúde da Família

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do Ministério da Saúde

O Quadro 1 aponta a evolução da ESF desde o início do programa até sua consolidação, com alguns marcos cronológicos.

Quadro 1 – Evolução da ESF

Fase	Período	Acontecimento	Descrição	
-	1994	-	Início do PSF	
	1996	NOB/SUS	Instrumento de regulação do SUS incluindo orientações operacionais e definindo princípios e diretrizes.	
1 Implantação	1998–2002	1998	ESF	Transforma o PSF em Estratégia estruturante da organização do SUS.
			SIAB	Implantação do Sistema de dados, para acompanhamento das ações e dos resultados das atividades do ESF
		2001	NOAS 01	Ênfase na qualidade da Atenção Básica, apoio à entrega de Medicamentos e introdução das ações de saúde bucal
		2003	PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família com maior atenção aos municípios com população superior a 100 mil habitantes

2 Desenvolvimento	2004–2008	2006	Portaria GM 648	Busca consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.
		2008	Mais Saúde	Programa que integra a reforma sanitária brasileira com o padrão de desenvolvimento das condições de saúde
3 Consolidação	2009–2013	2011	Portaria GM 2.488	Revisão da organização da Atenção Básica. Inclui flexibilização da carga horária semanal do médico e cria incentivos para o trabalho em municípios com dificuldade de atração ou retenção de médicos.

Fonte: Adaptado de Bastos et al. (2018, p. 77).

Diversos autores defendem o modelo proposto pela ESF como um marco operacional rumo à transformação do modelo assistencial brasileiro considerando o contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica (VASCONCELOS E RUIZ, 2015).

Soratto et al. (2015, p. 584) consideram que a ESF é uma inovação tecnológica em relação ao modelo tradicional de saúde e apresenta as “mudanças na prática, na concepção de saúde, na finalidade assumida para o trabalho assistencial, no entendimento do que é o objeto do trabalho em saúde, nos instrumentos de trabalho utilizados e no produto do trabalho (FIGURA 5).

Modelo Tradicional de Saúde	Parâmetros	Estratégia Saúde da Família
Baseado nas premissas da biomedicina	Princípios	Baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde e do SUS.
Pautado no entendimento de saúde como ausência de doença	Concepção de Saúde	Adota-se uma noção mais ampla do processo saúde-doença
Centrada no médico	Relação Profissional	Amplia para uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar
Centrada na doença e cura	Assistência	Inclui ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e reabilitação
É a ação profissional voltada à pessoas que necessita de tratamento de doença	Finalidade do Trabalho	É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestada as pessoas e a coletividade de uma pares adstrita
O corpo físico do indivíduo/parte afetada do corpo	Objeto do Trabalho	É o ser humano com carência de saúde na sua integralidade; em seu contexto familiar cultural e social
São equipamentos e matérias como maca, gases, seringa, entre outros, bem como protocolos, assistenciais, conhecimentos estruturado sobre clínica	Instrumentos de Trabalho	São equipamentos materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros a fim de contemplar a dimensão integral do sujeito
É uma atividade assistencial realizado como por exemplo o curativo feito, o diagnóstico realizado, a prescrição prescrita	Produto do Trabalho	É a assistência realizada agregando outras dimensões: ações educativas, implantação de programas e medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade

Figura 5 – Parâmetros teóricos que sustentam a ESF como uma inovação em saúde

Fonte: Adaptada de Soratto et al. (2015), baseado em produções do Ministério da Saúde (Política Nacional de

Atenção Básica (PNAB), 2012), Marx e Pires.

Leite et al. (2016) afirmam que há indícios de melhora no serviço de saúde após o advento da ESF, com base na garantia de maior oferta e qualidade das ações integrais de saúde, valorizando a humanização da assistência em novas relações com a equipe multiprofissional. Percebe-se que a ESF, enquanto proposta de reordenação das práticas de saúde nas comunidades, tem alcançado resultados expressivos em muitos municípios.

Desde sua implementação, segundo Anderson (2019, p. 3), “a ESF alcançou resultados expressivos, saindo de uma cobertura de cerca de 10% em 1998 para aproximadamente 74% em maio de 2019, alcançando mais de 134 milhões de brasileiros”. A autora completa afirmando que o programa aumentou de forma inquestionável o acesso da população ao sistema de saúde e produziu mudanças significativas nos indicadores de saúde, como a diminuição das taxas de mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à APS, e o aumento da cobertura pré-natal e da redução dos gastos hospitalares.

Com base no modelo proposto da ESF, o profissional médico emerge com um papel relevante na execução do programa, tendo em vista que a performance deste profissional reflete sobre os resultados deste modelo de atenção à saúde. Ademais, o médico é peça fundamental para o cumprimento dos atributos preconizados pela ESF. O atributo da longitudinalidade, apontado como essencial para bons resultados na atenção primária, por exemplo, é dependente da permanência deste profissional nas equipes de atuação. Além disso, para a orientação comunitária e familiar, a fixação do médico permite a criação de ações, atividades envolvendo a população que tenham continuidade e acompanhamento do médico, bem como propicia um vínculo mais sólido com a comunidade e as famílias. Neste sentido, o próximo tópico aborda a profissão médica, bem como o papel deste profissional no modelo de atenção da ESF.

2.2 O papel do médico no modelo de atenção

O debate deste tópico será iniciado por um apanhado das condições históricas da profissão médica, posteriormente apresentado um panorama sobre a população médica brasileira e mineira, para por fim, colocar em foco o médico atuante na Atenção Primária, e especificamente na Estratégia de Saúde da Família.

A medicina é considerada uma das profissões imperiais, juntamente com a engenharia e direito

(COELHO, 1999). Isto advém de questões históricas, e segundo Vargas (2010, p.107), tais profissões “historicamente produziram práticas monopolísticas que reforçaram suas posições de prestígio e estabeleceram barreiras frente às demais profissões”. Nascimento (2018, p.46), complementa citando que o que se conclui a partir da construção histórica da profissão médico é que “suas construções de identidade coletiva, arraigadas desde o Império, em muito estão ainda presentes no âmago da profissão e ajudam a compreender muitas das posições tomadas dentro do sistema de saúde”.

A autora ainda afirma que tomar a medicina como a elite das profissões pode encontrar ressonância por muitos motivos. Conforme Gonçalves (2002, p. 20) “o setor saúde representa peça fundamental no conjunto de fatores que influenciam decisivamente o ritmo de desenvolvimento da comunidade”. O autor considera, que devido por ter sido no início e durante um bom tempo o monopólio no atendimento aos doentes, o título de “elite das profissões” se afirmava.

Considerando o sistema de saúde como se organiza hoje, Gonçalves (2002, p. 59) aponta que “o médico é o principal responsável, embora não único, porque cada vez mais a responsabilidade se divide por integrantes de um conjunto multiprofissional, a equipe de saúde” e que “esta divisão de tarefas representa mais uma das importantes modificações que ocorreram no palco da assistência à comunidade nos últimos tempos”.

Após trazer brevemente está reflexão sobre as questões históricas, o debate agora pode se voltar para a situação atual dos médicos no Brasil. A população médica brasileira é composta por brasileiros que estudam em Escolas de medicina do próprio país, ou em escolas do exterior (tendo neste segundo caso que realizar uma prova de revalidação do diploma), e também por médicos estrangeiros formados em suas nacionalidades que migram para o Brasil, considerados aptos a atuar na profissão após uma prova de proficiência na língua portuguesa e após serem aprovados numa prova técnica de avaliação de conhecimentos técnicos (BEDIN, 2019).

No Brasil, há 197 escolas médicas cadastradas no Conselho Federal de Medicina. Já em Minas Gerais, existem 31 escolas, e, nas cidades da região do estudo, há duas escolas de medicina, sendo uma em Divinópolis e outra em Itaúna.

Segundo a Resolução do CNE/CES 3/2014 de 20 de junho de 2014, o curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 horas e prazo mínimo de seis anos para sua integralização.

Segundo o Art. 3º desta resolução, o aluno do curso de Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Já o artigo 6º cita que a Graduação em Medicina deve formar profissionais capazes de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade.

Em se tratando das especializações que o médico pode realizar após a graduação, Alessio e Sousa (2016), apontam que segundo o CFM (Conselho Federal de Medicina), são reconhecidas 53 especialidades e 56 áreas de atuação que podem ser ofertadas na modalidade residência médica. O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), são os responsáveis por reconhecer uma especialidade médica conjuntamente, sendo em 2002, adotadas condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país. O processo se dá através da Comissão Mista de Especialidades, instituída por convênio próprio, aprovado e regido pela Resolução nº 1634/2002 do CFM, atualizada pela Resolução nº 2.116/2015, além de outras que a antecederam (CFM, 2002).

Scheffer (2013), cita as duas possíveis formas para a obtenção do título de especialista em uma destas 53 especialidades e 56 áreas de atuação, sendo ou por meio da residência médica, concluindo um programa de residência médica (PRM) ou mediante realização de exames periódicos aplicados pelas sociedades de especialidades, após o curso de uma especialização ou estágio credenciados por estas sociedades, que são entidades filiadas à AMB com poderes para oferecer títulos de especialistas, de acordo com a Comissão Mista de Especialidades.

Estudos apontam que os médicos desde a graduação já manifestam o interesse em se especializar. Neto et. al (2014), em um estudo sobre a percepção dos estudantes e profissionais médicos sob a formação médica constatou que apesar de concordarem com a educação médica voltada à clínica geral, a grande maioria dos acadêmicos entrevistados, 96,8% (n=210), manifestou interesse em se especializar, o que denota uma incoerência em relação à proposta governamental. Os autores trazem estudos como o de Breinbauer (2009) que relata que 53,2%

dos estudantes desejam especializar-se, enquanto apenas 19,9% optam por seguir carreira como médico generalista, sendo este padrão este já observado nos estudantes dos primeiros anos. Oliveira (2007) e Ferreira e outros (2010) também apontam que quase todos os estudantes de medicina querem ser especialistas, cerca de um quinto gostaria de trabalhar em serviços gerais de saúde como o PSF e a maioria dos recém-formados busca a residência médica visando uma especialização. Neto et. al (2014), cita ainda que alguns autores estrangeiros relatam que apesar da importância da medicina de família para o sistema de saúde, há um declínio no interesse dos acadêmicos na formação generalista durante a faculdade de medicina (MORRA; REGEHR; LINSBURG, 2009).

Aqui, deve-se abrir um parêntese para abordar a visão dos profissionais sobre a figura do generalista e do especialista. Segundo Neto et. al (2014), corroborando com Román (2008), A figura do especialista possui melhor percepção quanto a resolutividade clínica, prestígio profissional e valorização econômica. Já o médico generalista tem uma imagem de mal remunerado, baixo potencial científico e profissional, com resolutividade limitada e dependente do especialista, algo que pode levar os estudantes a optarem pelas especialidades, podendo ser isto um dificultar a implementação da reforma na saúde e agravante na questão da escassez de profissionais na atenção primária. Bulcão e Sayd (2003), neste mesmo pensamento, aponta que a clínica médica é menos valorizada quando comparada com outras especialidades. Os autores apontam que essa diferenciação da valoração social é também percebida pelos próprios professores da faculdade médica, visto que eles alegam que disciplinas gerais têm menos prestígio.

A respeito da especialização, outro ponto que deve ser levado em consideração é o que cita Bourget (2019): não há vagas de residência médica para todos os egressos de medicina e paradoxalmente, há uma baixa procura por vagas de Residência em MFC, especialidade esta que possui número de profissionais especialistas insuficientes para suprir os postos de trabalho na APS. Sobre isso, Alessio e Sousa (2016), apontam que jovens médicos não vêm vantagem na escolha em se especializar em MFC, pois, se optarem por atuar na Atenção Básica, conseguem o fazer sem a exigência de título algum para tal. Maioria dos concursos para Médico de Família e Comunidade não exige a titulação como especialista, tampouco a valoriza para aprovação nos mesmos.

Trazendo o debate para apresentação de dados, apresenta-se, na Tabela 1, a evolução dos números de registro médicos, bem como da população brasileira de 1920 e a proporção de

médios por 1.000 habitantes no decorrer desta cronologia, até o ano de 2017.

Tabela 1 – Evolução no número de registro de médicos e da população entre 1920 e 2017

Ano	Médicos	População	Proporção de médicos por 1.000 habitantes
1920	14.031	30.635.605	0,46
1940	20.745	41.236.315	0,50
1960	34.792	70.992.343	0,49
1980	137.347	121.150.573	1,13
2000	291.926	169.590.693	1,72
2010	364.757	190.755.799	1,91
2017	451.777	207.660.929	2,18

Fonte: Adaptado de Scheffer et al. (2018)

Com base nestes dados, é possível notar que, nos últimos anos, o país passa por um crescente na relação médicos e população, chegando, no ano de 2017, a 2,18 médicos para cada 1000 habitantes do país. O que se deve salientar é que este é um dado geral que não considera a distribuição espacial destes profissionais.

Em se tratando de perfil, Scheffer et al., na Demografia médica no Brasil (2018), citam que os homens são maioria entre os médicos, com 54,4% do total de 414.831 profissionais em atividade em 2017, enquanto as mulheres representam 45,6%. A diferença, no entanto, vem caindo a cada ano e aponta para uma crescente feminização da Medicina no País. As mulheres já são maioria entre os médicos mais jovens — representam 57,4% no grupo até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos. Nas faixas seguintes, a participação dos homens é sempre maior, subindo para 54,8% entre 40 e 44 anos, para 62,5% entre 60 e 64 anos, e atingindo 79,5% no grupo com 70 anos ou mais. A presença masculina aumenta com a idade, enquanto com as mulheres acontece o contrário.

Na Figura 6, é apresentada a distribuição de médicos no Brasil, com base no número de registro e considerando a unidade de federação. Nota-se que Minas Gerais possui 48.606 cadastros ativos. Em se tratando de médicos generalistas, a Figura 7 aponta que Minas Gerais possui 18.343 cadastros ativos.

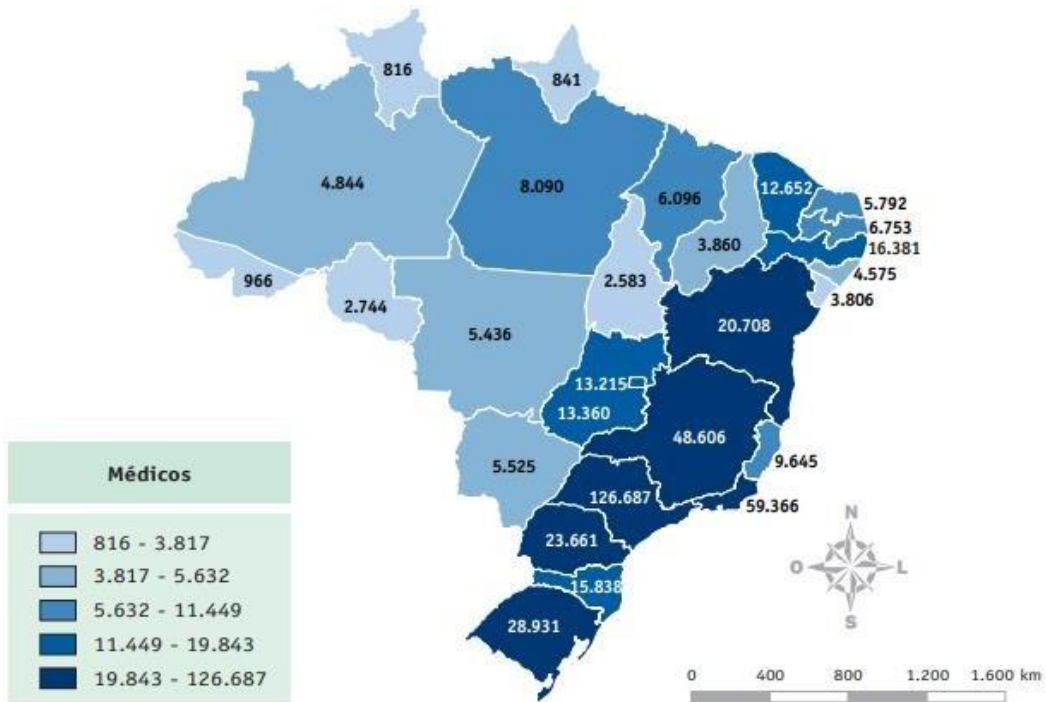


Figura 6 – Distribuição de médicos, segundo unidades da federação e faixas de concentração

Fonte: Scheffer et al. (2018, p. 116)

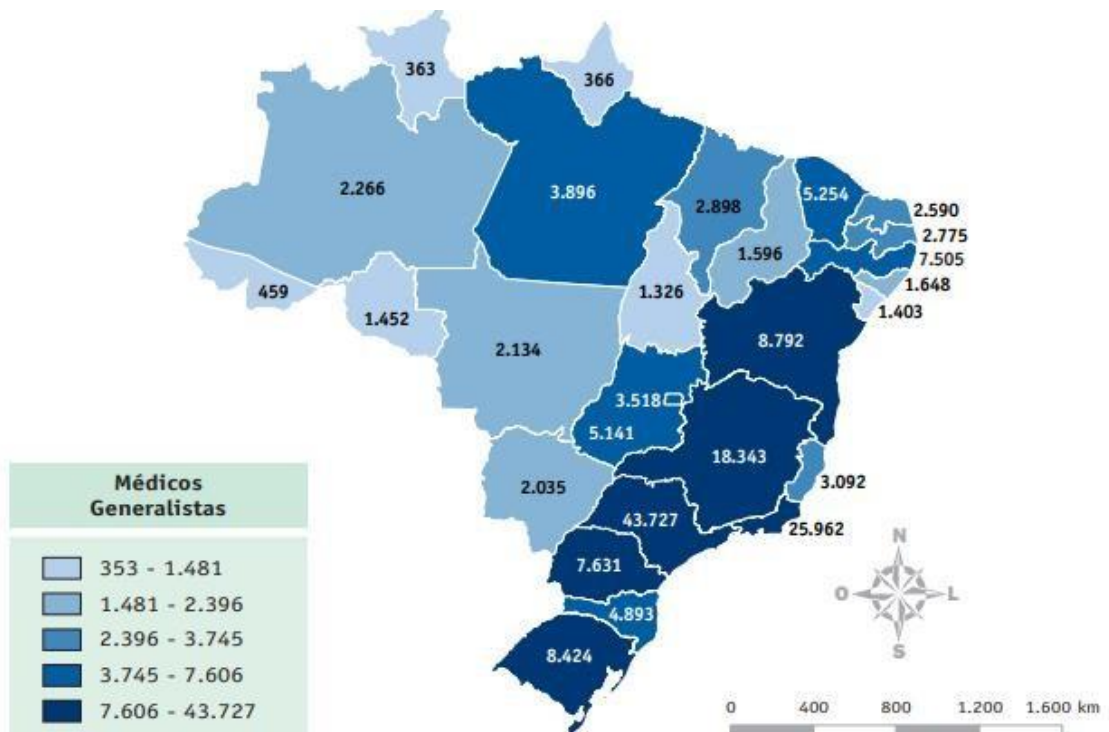


Figura 7 – Distribuição de médicos generalistas, segundo unidades da federação e faixas de concentração – Brasil, 2018

Fonte: Scheffer et al. (2018)

Quando se volta o olhar para os médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, vê-se que Minas Gerais apresenta aproximadamente 766 registros (FIGURA 8).

No Brasil, segundo Machado et al. (2014), a especialização para a categoria médica pode ser obtida através de dois mecanismos: o exame de ordem realizado por sociedades de especialistas e as residências médicas, que exigem do residente tempo integral por um período de dois anos ou mais. Nas residências médicas, o funcionamento ocorre em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos considerados de elevada qualificação e ética, sendo considerada o “padrão ouro” das modalidades de especialização médica. Após a residência, confere-se então ao médico residente o título de especialista.

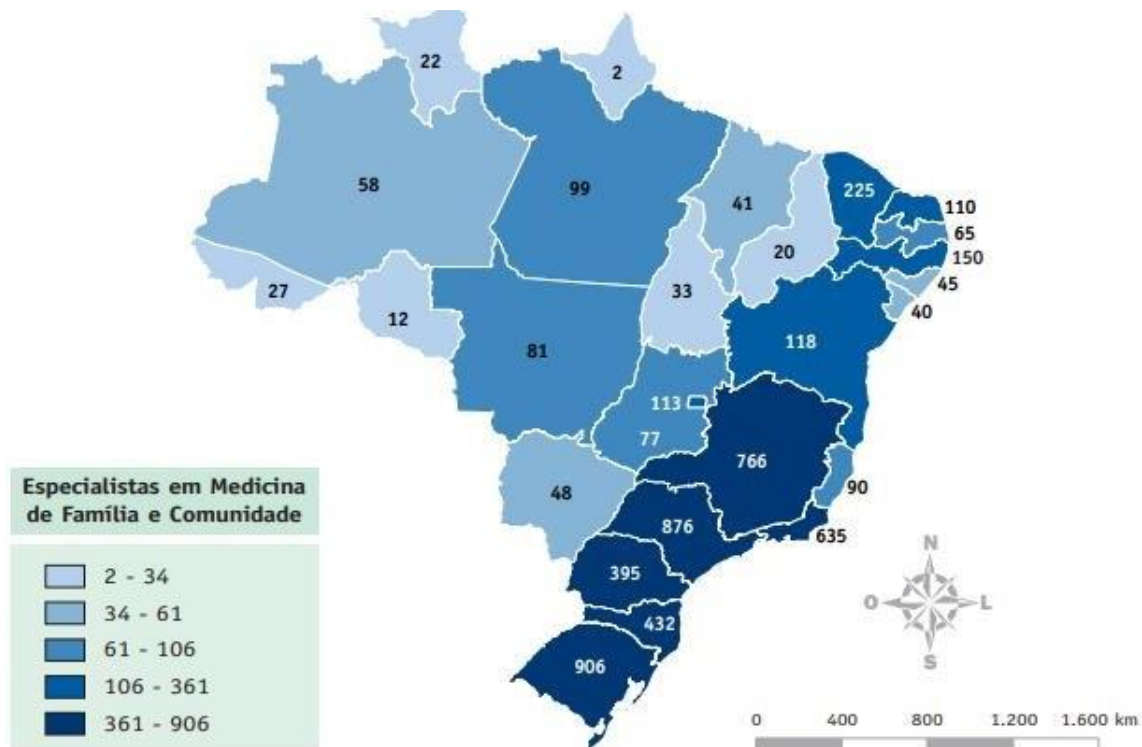


Figura 8 – Distribuição de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, segundo unidades da federação e faixas de concentração

Fonte: Scheffer et al. (2018, p. 118)

Para a WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família):

“Os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Disciplina. São médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultante dos contatos repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem ainda responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros” (WONCA, 2002, p. 22).

Em síntese, a Tabela 2 apresenta as características da população médica brasileira e mineira em 2018.

Tabela 2 – População médica brasileira e mineira

População Médica	Brasileira	Mineira
Número de registros de médicos	451.777	48.606
População no País	207.660.929	21.119.536
Razão médico por 1.000 habitantes	2,18	2,30
Formação Generalista	37,5	37,7%
Formação Especialista	62,5	62,3%
Especialização em Medicina de Família e Comunidade	5.486	766

Fonte: Elaborada pela autora a partir de Scheffer (2018)

Capozzolo (2003) e Rodrigues (2009) corroboram ao colocar o médico na centralidade na assistência à saúde. Essa centralidade é histórica da medicina e, por extensão, do profissional médico na organização dos serviços e das práticas de saúde (MENESES E ROCHA e TRAD, 2005). O contato direto e troca interpessoal entre produtores e beneficiários do serviço é característica também dos serviços profissionais citada por Gadrey (2001). A posição de destaque ocupada pelo médico na assistência à saúde fundamenta o interesse de gestores e pesquisadores em buscar informações sobre este profissional, na medida em que o seu desempenho reflete os resultados dos serviços de saúde (SILVA, 2014).

Neste sentido, apesar da ESF ser composta por uma equipe multiprofissional, o médico ainda ocupa um papel relevante na operacionalização do programa. Segundo Capozzo (2003), o médico tem papel fundamental no Programa de Saúde da Família, tanto na avaliação da demanda do paciente, dos riscos individuais do adoecer, quanto na elaboração de um projeto

terapêutico para responder às necessidades de atenção, desde a prevenção até a reabilitação. Ademais, os profissionais precisam incorporar no seu atendimento individual aspectos referentes ao emocional, ao familiar, ao social e à prevenção. Concomitante a isto, os médicos devem executar as ações de assistência, ações educativas, coletivas e comunitárias em conjunto com os demais profissionais da equipe, bem como participar do planejamento e organização do processo de trabalho. O programa estabelece como atividades semanais dos médicos o atendimento de consultas na unidade, atividades educativas de grupo, reuniões de equipe e atendimento domiciliar, entendido como importante para a aproximação dos profissionais com a realidade do local onde vivem as famílias, e ainda determina instrumentos que possibilitam a avaliação da cobertura da população e a produção dos profissionais.

Sobre as consultas médicas, Gonçalves et al. (2009) apontam-nas como a principal atividade do médico, além de se atentar ao fato do atendimento a todas as faixas etárias e gêneros (crianças, adultos, idosos e gestantes), numa sistemática de horários que intercala pacientes agendados com a demanda eventual.

Além disso, Mendes (2019) relembra o que foi citado por Lima et al. (2018) que há também as demandas administrativa que são realizadas pelos médicos. Essas demandas são aquelas que não têm caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Estes atestados médicos podem se configurar como atestado de doença, atestado de saúde, atestado de vacina, atestado médico administrativo, atestado médico judicial e atestado de óbito.

Segundo o Ministério da Saúde:

o fundamental é a postura do profissional, que precisa se comprometer com as pessoas, conhecendo mais sobre aspectos de suas vidas particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde. O conhecimento aprofundado da realidade local deve levar à identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realização de ações, enquanto os indivíduos estão saudáveis (Ministério da Saúde, 2000, p.16).

Diante do abordado, percebe-se que o trabalho do médico é fundamental no processo de trabalho das equipes da ESF, visto que a integração do cuidado médico na equipe pode proporcionar maior resolutividade das necessidades de saúde da população (Maciel Filho, et al., 2007). Entretanto, o que se percebe é que a atuação do médico da família, no Brasil, ainda é pouco difundida, tendo baixos incentivos na formação desses profissionais e à oferta de baixos

salários se contrapondo à grande demanda de cuidado (FERREIRA et al., 2016).

Ademais, apesar de todas as atividades abordadas e também da importância da APS e da ESF na melhoria dos resultados de saúde, ainda se vivencia um problema prevalente na análise da APS, que é a visão estereotipada de que os cuidados primários são simples. Na verdade, os cuidados primários cuidam das condições de saúde mais frequentes, no entanto isso não significa que essas condições são, necessariamente, mais simples. Apresentam-se, sim, condições simples na APS, mas, também, há outras condições que são de manejo muito complexo (MENDES, 2019).

Mendes (2019) aponta que, para haver o avanço na APS, e torná-la efetivamente uma estratégia de reordenamento do SUS, tem-se que romper com essa visão simplificadora de cuidados primários. Trazer a visão de que a APS nada tem de simples, nem representa um conjunto de serviços de baixa complexidade, isto porque atua com uma grande complexidade da demanda e opera por meio de um amplo leque de respostas sociais engendradas pelos cuidados primários.

Diante das especificidades abordadas sobre o médico atuante na ESF, a importância de seu papel no cumprimento dos princípios norteadores da saúde da família, bem como os paradigmas que cercam a ESF, direciona-se o debate para a gestão de recursos humanos na ESF, especialmente no que tange aos problemas enfrentados para tentar atrair e reter os médicos para atuarem no programa.

Isto porque Campos e Malik (2008) apontam que um dos graves problemas identificados desde a implantação da ESF é a rotatividade médica, já que este modelo assistencial é fundamentado no vínculo profissional entre a equipe e os usuários, e a alta rotatividade médica pode comprometer a efetividade do modelo.

2.3 Gestão de Recursos e ESF: o debate sobre atração e retenção de profissionais

Lacombe (2005, p. 59) afirma que a gestão de recursos humanos incorpora “todas as atividades que influenciam as condições de realização do trabalho das pessoas, nos seus esforços de formulação, implementação e avaliação da estratégia organizacional”. Já Dutra (2002, p. 17) caracterizou a gestão de pessoas por “um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo”.

Nos sistemas de saúde, a importância dos recursos humanos é evidenciada pelo Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2007 (MORICI e BARBOSA, 2013). No Brasil, esta importância vem se difundindo por meio da percepção de gestores, trabalhadores e representantes do governo de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos influenciam fortemente a qualidade dos serviços prestados e, também, o grau de satisfação dos usuários (SEIXAS, 2002).

Questões envolvendo a necessidade de avanços no campo da gestão de recursos humanos nos serviços públicos de saúde vêm sendo motivo de debates e discussão. Os gestores nas três esferas do governo vivenciam desafios decorridos das dificuldades presentes nesta área. Entre eles, podem ser citadas toda a estrutura física, material e tecnológica disponível e a existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados que são fundamentais para a produção dos serviços de saúde. Considerando a complexidade do setor, é indispensável a disposição e gerenciamento do diversos saberes e habilidades para o desenvolvimento das atividades (SCALCO, 2010).

Medeiros et al., já em 2005, apontavam que a preocupação com os recursos humanos na área da saúde não é nova e conceituam-na até mesmo como "crônica" e um nó crítico do sistema de saúde no país. Corroboram Pierantoni (2001), afirmando que o esforço para abordagem desta complexa problemática apresenta os recortes encontrados nas publicações deste campo do conhecimento que vão desde as abordagens da gestão dos recursos humanos até a sociologia das profissões do setor saúde.

As políticas de recursos humanos são consideradas como prioritárias para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente (FONSECA E SEIXAS, 2002). A formulação de políticas de recursos humanos para saúde no Brasil devem se basear pelas dimensões do ideário do SUS, devendo-se levar em consideração questões conceituais (definição de saúde na Constituição Federal), as diretrizes (universalidade, integralidade e equidade) e a organização do sistema (pluralista, regionalizado, hierarquizado e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo) (MORICI E BARBOSA, 2013).

Além disto, administrar os recursos humanos em saúde é considerado um dos desafios predominantes no processo de implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Quando se volta o olhar para a Estratégia de Saúde da Família, os desafios aumentam ao que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais para atuarem no âmbito das equipes de saúde da

família, nas questões de vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, e também da adesão desses profissionais à proposta da ESF (MENDONÇA et al., 2010).

Silva et al. (2009) descrevem que, com a implementação do PSF em 1994, os problemas de RH permaneceram e alguns até se agravaram. Os autores agrupam, de forma genérica, os problemas em quatro grandes eixos: i) os relacionados à formação dos profissionais, treinamento e educação para o serviço; ii) os de vínculo, modalidades contratuais e fixação de profissionais; iii) a compreensão do novo processo de trabalho; iv) as necessidades de informações para subsidiar políticas públicas.

Um destes desafios enfrentados pela área de recursos humanos em saúde pública é a atração, retenção e fixação de médicos. Stralen (2016) aponta que, de fato, atrair e fixar médicos é um problema complexo, que envolve motivações intrínsecas e extrínsecas que influenciam a escolha do local de atuação do profissional. O autor afirma que deve haver um exercício constante entre os planejadores de recursos humanos em saúde levando em conta estratégias que levem em consideração os fatores condicionantes para a atração e fixação de profissionais, a fim de subsidiar a tomada de decisões baseadas em evidências.

Na literatura sobre gestão de recursos humanos (GRH) nas organizações, a retenção de profissionais é debatida no domínio de estudos sobre rotatividade, ou *turnover*, e seus determinantes e consequências. Com isso, as dimensões de atração e retenção podem ser consideradas como integrantes do papel que a GRH tradicionalmente assumiria nas organizações (PERPÉTUO et al., 2009).

A atração e retenção de profissionais estão inseridas nos processos da gestão de recursos humanos e envolvem o recrutamento e a motivação dos servidores para permanecerem na organização. O recrutamento consiste em atrair pessoas capazes de suprir as necessidades de recursos humanos da organização. O processo de atração sucede o planejamento de recursos humanos, no qual se identificam as necessidades de pessoal e antecede a seleção de pessoal, que, no contexto da administração, possui algumas particularidades que serão abordadas também nesta pesquisa (SOBRAL e PECI, 2008).

Bernthal e Wellins (2001) consideram a retenção como a habilidade organizacional de fixar os empregados na localidade que já se encontram. Outros autores, como Ulrich (2000), entendem que a retenção é uma forma de manter os colaboradores essenciais para o desempenho organizacional. Já Gayathri, et al., (2012) situam a retenção dos empregados como as diversas

práticas e políticas responsáveis por fazerem com que os empregados fiquem ligados à organização por um longo período de tempo.

Para Kontoghiorghes e Frangou (2009), a retenção de pessoas é resultante da satisfação mútua entre o empregado e seu empregador. Sendo assim, a organização procura manter o funcionário satisfeito, cujas habilidades pessoais e profissionais servem a seus propósitos, enquanto que o funcionário procura continuar trabalhando em uma organização que atende a suas necessidades (HILTHROP, 1999).

Um ponto importante a ser destacado é que a temática de atração e retenção não se dissocia do tema rotatividade. Steil, Penha e Bonilha (2016) citam que a retenção pode ser considerada uma capacidade organizacional para manter os empregados tidos como importante nas organizações, enquanto que a rotatividade especifica o percentual de saída dos funcionários de uma organização em determinado período de tempo¹.

Apesar de a área de RH ter a possibilidade de atuar nestes pontos citados acima, ela por si só, não é totalmente responsável por atrair e reter os profissionais. Isto porque há outros fatores tanto internos quanto externos que podem interferir na escolha do profissional em ser atraído para certo cargo e/ou organização, e também para se manter nele.

Chew (2004) afirma que há dois conjuntos de fatores que favorecem a prática de retenção de funcionários centrais de organizações australianas: fatores de gestão de pessoas (ajuste entre pessoas e organização, remuneração, reconhecimento e recompensa, treinamento e desenvolvimento de carreira, oportunidades de trabalho desafiadoras); fatores organizacionais (atitude da liderança, políticas e cultura da organização, relacionamento entre integrantes da equipe de trabalho e ambiente de trabalho satisfatório). Além destes fatores, Perpétuo et al. (2009) complementam citando os fatores individuais de perfil, preferências e identificação com

¹ No serviço público em geral, a retenção de pessoas torna-se um desafio ainda maior se comparado ao setor privado. De um lado, a desmotivação, a acomodação e o corporativismo por boa parte dos servidores, e, de outro, a ocorrência de baixos salários e a fragilidade na estrutura de carreiras, caracterizando um sistema de gestão de pessoas, em grande medida, incipiente. Outro ponto a se considerar é que o setor público, assim como as demais instituições predominantemente prestadoras de serviço, desempenha atividades que são intensivas na utilização de recursos humanos, o que dá a confirmação da importância do caráter subjetivo. Logo, a atuação da área de gestão de recursos humanos no setor público deve girar em torno do desenvolvimento e aplicação de políticas inovadoras de recrutamento e seleção, do desenvolvimento de pessoal, do desenvolvimento de carreira, plano de cargos e salários, qualidade de vida, remuneração e benefícios, e da integração destes subsistemas em um sistema de gestão de pessoas integrado e coeso (OLIVEIRA et al., 2012).

o trabalho e, as características deste trabalho — ou seja, o processo e as condições de trabalho estão fortemente relacionados à atração de profissionais para determinado posto de trabalho.

Sobre fatores dificultadores da fixação dos profissionais, diversos autores convergem dizendo que envolvem remuneração e condições de trabalho aquém das expectativas, inclusive com dificuldade de acesso aos locais de trabalho; exigências de cumprimento de carga horária integral ou de dedicação exclusiva; baixa oportunidade de progressão profissional e sem vinculação a um plano de cargos, carreira e salários (PCCS); ausência de formação prévia compatível como o modelo da ESF; falta de profissionais; vínculos precários e sem seleção pública; e falta de integração entre os gestores municipais de uma mesma região (SANTINI, 2017). Silva et al. (2009) apontam os problemas de RH enfrentados no campo da Saúde, no âmbito da atração e retenção de profissionais dispostos no Quadro 2.

Quadro 2 – Problemas de RH enfrentados pelo setor de Saúde, em especial, a Saúde da Família

Problemas na Saúde		Autores
Atração	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes com ausência de médicos • Falta de status da Estratégia de Saúde da Família para as categorias profissionais • Identificação com a proposta e com a abordagem integral do cuidado a saúde • Formação em medicina voltada para o trabalho como especialista em detrimento da atuação generalista 	<ul style="list-style-type: none"> • Seixas (2006) • Padilha (2002) • Seixas e Stella (2002) • Gugliemi (2006) • Meneses e Rocha e Trad (2005) • Stearns (2000) • Bacon (2000)
Retenção	<ul style="list-style-type: none"> • Rotatividade de profissionais elevada • Disputa por profissionais entre municípios, principalmente na categoria dos médicos • Influências de questões político-partidárias na contratação e demissão de profissionais • Forma de contratação inadequada/contratos de trabalho precários. • Condições de trabalho: estrutura física inadequada, baixa disponibilidade de materiais e medicamentos, escassez de profissionais de outras áreas • Sobrecarga de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Machado (1997) • Seixas (2006) • Guglieme (2006) • Campos (2005) • Capozzolo (2003) • Meneses Rocha e Trad (2005) • Girardi e Carvalho (2003)

Fonte: Adaptado de Silva et al. (2009)

Campos et al. (2009) citam que o provimento e a fixação de profissionais da área da saúde no Brasil são tidos como pontos de estrangulamento no debate das esferas da gestão do trabalho e da educação na saúde, e demandam políticas de incentivo de forma articulada com as estratégias de formação, com a finalidade de atendimento aos preceitos constitucionais que amparam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Perpétuo et al. (2009) comentam que a literatura sobre a gestão de RH, no que concerne às

dimensões da atração e retenção, possui uma amplitude significativa, especialmente nos aspectos descritivos e na análise em torno de situações concretas vividas nas organizações. Entretanto, as autoras apontam que há um vasto campo de reflexão no que tange à situação características da categoria dos profissionais médicos, por exemplo.

A atração de profissionais para determinados cargos e funções pode estar relacionada tanto a fatores individuais de perfil, preferências e identificação com o trabalho quanto a características do trabalho (“modelo de atenção à saúde pelo qual o médico optou e pelas condições oferecidas a eles do ponto de vista de estrutura e de recursos, as quais são permeadas também pelas características da gestão do sistema e do trabalho dos profissionais de saúde” (PERPETUO, 2009, p. 21).

O primeiro ponto a ser destacado é a forma de contratualização dos médicos para a atuação na ESF. Costa e Silva et al. (2014) citam que os modelos de contratualização variam de acordo com as particularidades políticas e institucionais de cada governo e localidade, assim como o ente federativo (governo federal, estado ou município) contratante e o estatuto jurídico do prestador de serviços contratado. Entre os principais meios de contratação estão o concurso público, processo seletivo, contratação temporária (autorizada por projeto de lei) e contratos de prestações de serviços.

A respeito dos vínculos trabalhistas gerados pelos meios de contratação, Meneses e Rocha e Trad (2005, p. 310) afirmam que “a instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que isto provoca no profissional têm sido apontadas como uns dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do PSF”.

A contratação por concurso público, segundo Mendonça et al. (2010), mostra-se como uma estratégia essencial, para facilitar a fixação de profissionais. No entanto não é suficiente para reter os profissionais em suas posições de trabalho.

Em contraponto, Lopes e Bousquat (2011), em sua pesquisa realizada na cidade de Praia Grande, expuseram que estabilidade garantida por concurso público não é suficientemente capaz de garantir a permanência dos médicos nesse município. Eles pontuam que a dinâmica do mercado de trabalho médico viabiliza inúmeras outras formas de inserção profissional, possibilitando não só a compatibilidade com outro vínculo empregatício, mas também a agilidade na troca do emprego. Os dados encontrados em sua pesquisa indicam que é a afinidade ao ideário da ESF que prende o médico nesse local de trabalho.

Outro ponto determinante a ser levado em consideração é a remuneração. A remuneração pode ser um fator de atração dos profissionais, mas não de fixação, e ainda seria uma forma de compensação de precariedade do vínculo (CAMPOS e MALIK, 2008).

Ney e Rodrigues (2012, p. 1301) encontraram, em seu estudo de caso na cidade de Duque de Caxias, que “a remuneração praticada na estratégia foi considerada muito ruim e inadequada para uma carga horária de 40 horas semanais, em comparação a salários praticados em outros serviços de saúde e a inexistência de plano de cargos, carreira e salários adequados para o regime da estratégia”.

Mendonça et al. (2010) apontam que alguns gestores municipais utilizam como estratégia de fixação a equiparação do salário dos médicos atuantes na saúde da família com os demais especialistas atuantes em serviços secundários.

Santini et al. (2017, p. 551), corroborando Carvalho e Souza (2013), afirmam que fixar esse profissional é um desafio enfrentado por gestores em diferentes nuances:

“equiparação do salário do médico da Atenção Básica de Saúde (ABS) com o dos médicos dos serviços secundários; estabelecimento de incentivos/complementação salarial para os profissionais da ESF conforme critérios de risco e vulnerabilidade dos locais de trabalho; regularização de vínculos ou disponibilização de vínculos adicionais, como a realização de plantões; desenvolvimento de estratégias de qualificação; diversificação de ações assistenciais e melhoria na articulação entre os serviços”.

Outro fator considerado dificultador à aderência dos médicos ao trabalho à ESF é a falta de prestígio do médico de família por parte das entidades médicas e dos próprios colegas de profissão.

“a hegemonia ainda hoje exercida pelos médicos e incitada pelas instituições de ensino, que se constituem como entraves para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e para o fortalecimento e o reconhecimento do papel assistencial de outros profissionais, obstando a possibilidade de ampliação da capacidade assistencial da ESF e a efetividade da Atenção Primária à Saúde” (MAGNAGO e PIERANTONI, 2015, p. 15).

Ferreira et al. (2010) complementam afirmando que há ainda pouca valorização da formação generalista dos profissionais de saúde, em principal aos médicos, ciência em que diversas especialidades se desenvolveram, provocando a fragmentação do cuidado e o desestímulo à obtenção de conhecimentos científicos comuns.

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

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

O aspecto da busca dos médicos por especialização pode também ser um fator pelo qual os médicos não se fixam. Seixas (2006) afirma que muitos dos médicos pesquisados citam a busca por aperfeiçoamento profissional e a melhoria de desempenho fora do programa.

Por fim, é necessário também mencionar sobre a satisfação e insatisfação dos médicos com o trabalho na ESF. A melhoria do nível de satisfação dos profissionais é uma alternativa para o aumento da fixação dos mesmos (CAMPOS E MALIK, 2008). Seixas (2006) aponta que alguns elementos do trabalho no programa de saúde da família influenciam na satisfação dos profissionais. Entre eles, a capacitação oferecida pela área, desenvolvimento de ações de educação, promoção e prevenção perante a população, e a autonomia para elaborar o planejamento e a agenda, com base na avaliação das necessidades da comunidade pela equipe.

Sobre os fatores de insatisfação, a pesquisa de Seixas (2006) apresenta como principais causas a estrutura física e a falta de material de trabalho. Também citam a sobrecarga de atendimento, insuficiência de capacitação e equipes incompletas. Logo, é necessário levar em consideração nesta pesquisa esses fatores citados.

Em se tratando de áreas rurais ou distantes, a opção dos médicos em trabalhar e se fixar na atenção primária pode ser motivada, em parte, pela origem do profissional nestes lugares, o que se relacionaria à experiência com a vivência e os recursos existentes fora dos centros urbanos (RABINOWITZ et al., 2001; SEIXAS e STELLA, 2002).

O Quadro 3 apresenta uma síntese dos fatores condicionantes da atração e da (não) fixação dos médicos, com os respectivos autores que os citaram em seus estudos.

Quadro 3 – Fatores condicionantes da atração e da (não) fixação de médicos

Condicionantes	Autores
Local de origem do médico semelhante ao local de trabalho favorece a fixação.	Rabinowitz et al. (2001); Barley (2001); Easterbrook (1999); Szafran (2001); Rabinowitz (1999); Ramsey (2001); Lynch (2001); Stearns (2000); Bacon (2000); Sinay (2001); Page (1992)
O local de origem e a área de atuação do cônjuge interferem na mobilidade dos profissionais bem como o número de componentes na família.	Póvoa e Andrade (2006)
Localidades com PIB per capita mais elevado atraem médicos.	Póvoa e Andrade (2006)
Faixa etária: médicos mais jovens tendem a ter mais mobilidade, e por isso, menor fixação.	Pinto (1999); Póvoa e Andrade (2006)
Busca por formação profissional, atualização e aperfeiçoamento contribuem para a não fixação na ESF.	Pinto (1999); Seixas e Stella (2002); Campos (2005); Seixas (2006); Póvoa e Andrade (2006)
Experiências e estágios na Atenção Primária durante a formação favorecem a fixação.	Stearns (2000); Bacon (2000)
Formação em medicina voltada para o trabalho como especialista em detrimento da atuação generalista contribui para a não atração e não fixação.	Padilha (2002); Seixas e Stella (2002); Gugliemi (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005)
Desvalorização da especialidade Saúde da Família contribui para a não atração e não fixação.	Gugliemi (2006); Sterarns (2000); Bacon (2000)
A ESF atrai profissionais em busca de boa remuneração no início da carreira ou em final de carreira.	Gugliemi (2006)
Identificação com a proposta e com a abordagem íntegra do cuidado à saúde favorece a atração.	Seixas (2006)
Satisfação no trabalho favorece a fixação.	Seixas (2006); Campos (2005); Rodrigues (2008)
Sobrecarga de trabalho contribui para a não fixação.	(2002), Capozzolo (2003); Meneses e Rocha e Trad (2005); Seixas (2006)
Carga horária semanal de 40 contribui para não atração e não fixação.	Machado (2002)
Preferência por um trabalho com horários regulares favorece a atração e fixação.	Rodrigues (2008)
Forma de contratação inadequada e contrato de trabalho precário contribuem para a não fixação na ESF.	Machado (2002); Seixas (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005); Girardi e Carvalho (2003)
Insuficiência de capacitação contribui para a não atração e não fixação.	Seixas (2006)
Remuneração contribui para a atração e fixação.	Mobley (1992); Machado (2002)
Remuneração não contribui para a fixação.	Campos (2005)
Ausência de uma rede de troca de experiências com outros profissionais ou equipes contribui para a não fixação.	Seixas (2006)
Condições de trabalho: estrutura física inadequada, baixa disponibilidade de materiais e medicamentos, e escassez de profissionais de outras áreas contribuem para a não fixação.	Machado (2002); Seixas (2006)
Deficiência do sistema de referência e contra referência contribuem para a não fixação	Machado (2002), Seixas (2006); Stearns (2000); Bacon (2000)
Grande distância entre a unidade de saúde e a residência contribuem para a não fixação.	ObservaRHSP (2006); Campos (2005)

Grande concentração de profissional na localidade dificulta a atração	Póvoa e Andrade (2006)
Ampliação da oferta de empregos gerada pela implantação da ESF favoreceu a atração dos profissionais.	Machado (2002); Girardi e Carvalho (2003)
Experiência anterior na Estratégia de Saúde da Família ajuda na atração.	Mendonça et al. (2010)
O que atrai é o salário, o fato de não trabalhar em finais de semana e feriados.	Silva et al. (2010)
A contratação por concurso público coloca-se como uma estratégia essencial, para facilitar a fixação de profissionais, embora não suficiente para manter os profissionais em suas posições de trabalho	Mendonça et al. (2010)
Remuneração aquém das expectativas, condições de trabalho, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família são fatores de não atração e fixação.	Mendonça et al. (2010) Ney et al. (2012)
O médico de Saúde Pública é desvalorizado, visto como incompetente.	Silva et al. (2010)
Carga horária dificulta a fixação.	Moriyama et al. (2013)
Flexibilização da carga horária semanal ajuda na atração e retenção.	Fontenelle (2012)
O vínculo estabelecido com a comunidade, o reconhecimento, pelos usuários, do trabalho realizado e a identificação com a filosofia da estratégia estimula a continuidade do profissional na estratégia atualmente.	Ney et al. (2012)
As condições físicas e materiais de trabalho também figuram entre as principais queixas dos profissionais e representam potenciais fatores de rotatividade.	Silva et al. (2010) Ney et al. (2012)
Número excessivo de famílias por equipe pelo fato de a expansão do modelo não ser acompanhada pela ampliação das equipes e redimensionamento dos postos de atendimento	Silva et al. (2010)
Realização Profissional	Moriyama et al. (2013)
Estrutura do município também interfere nas condições de vida que o profissional encontra para se estabelecer com a família.	Silva et al. (2010)

Fonte: Elaborada pela autora com base em Perpétuo et al. (2009).

2.4 Síntese Teórica

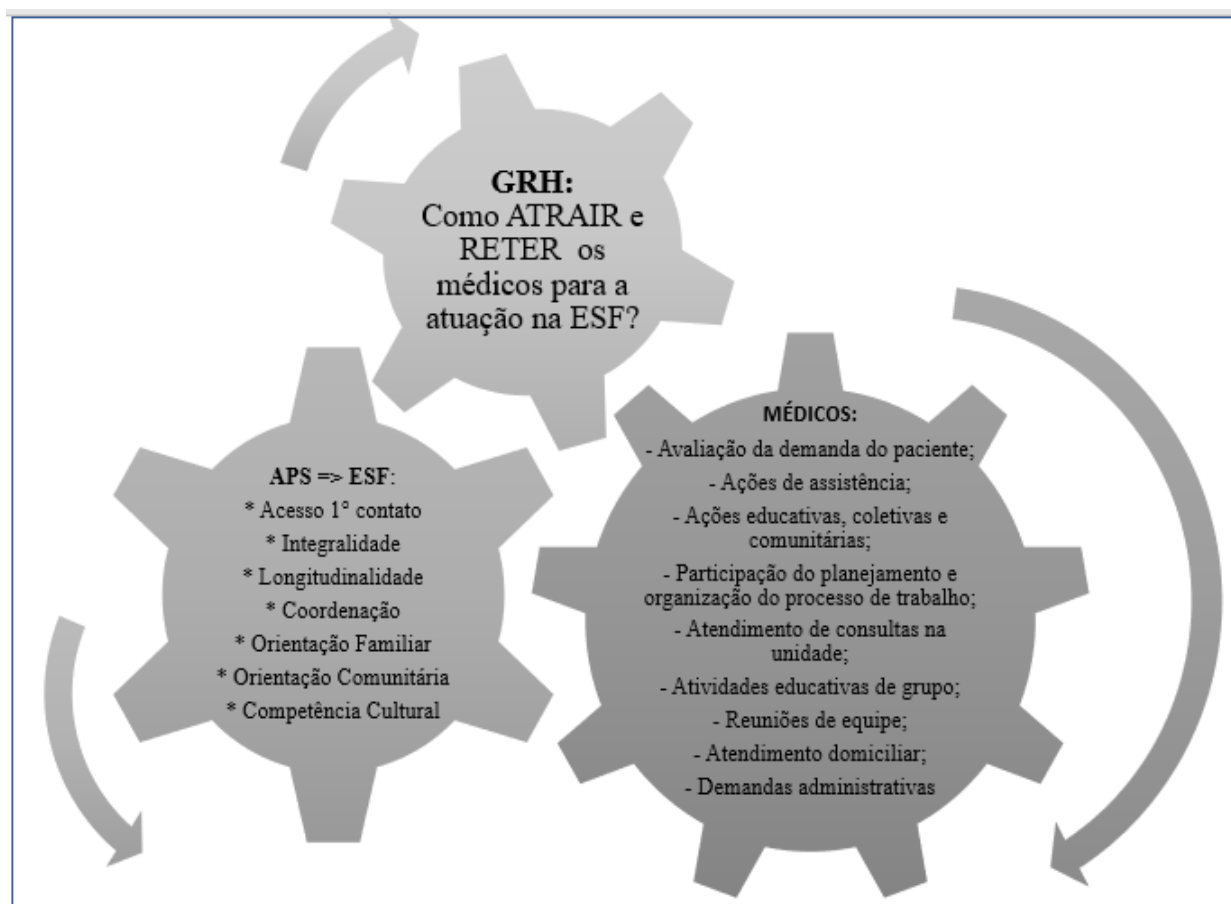


Figura 9 – Síntese teórica

Fonte: Elaborada pela autora

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Caracterização Geral

O estudo orientou-se pelas abordagens quantitativa e a qualitativa de pesquisa, sendo considerado como descritivo.

A pesquisa quantitativa, segundo Freixo (2011), é um processo sistemático de coleta de dados observáveis e quantificáveis. É baseada na observação de fatos objetivos, fenômenos e acontecimentos, e sua existência independe do investigador.

Já a abordagem qualitativa busca compreender os fenômenos, considerando a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir disto, posiciona sua interpretação sobre ela (NEVES, 1996). Flick (2004) aponta que um estudo qualitativo permite:

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

Optou-se por realizar a pesquisa quali-quantitativa a fim de complementar as informações, considerando que utilizando de ambos os métodos foi possível trazer uma visão ampla do contexto da pesquisa, por meio do questionário, e ainda aprofundar a análise através do desdobramento das variáveis por meio das entrevistas semi-estruturadas.

Diversos autores, como Gunther (2006) defendem que:

Ao conceber o processo de pesquisa como um mosaico que descreve um fenômeno complexo a ser compreendido é fácil entender que as peças individuais representem um espectro de métodos e técnicas, que precisam estar abertas a novas ideias, perguntas e dados. Ao mesmo tempo, a diversidade nas peças deste mosaico inclui perguntas fechadas e abertas, implica em passos predeterminados e abertos, utiliza procedimentos qualitativos e quantitativos (GÜNTHER, 2006, p. 202).

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

Como procedimento técnico, optou-se por utilizar o estudo de caso. Conforme pontua Yin

(2001, p. 32): “o estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, sendo que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

3.2. Categorias de análise

Para elaboração dos instrumentos de coleta de dados, bem como para a apresentação e discussão dos mesmos de forma objetiva e estruturada, realizou-se a categorização das dimensões que envolvem a temática da pesquisa. Bardin (2011) aponta que as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, a partir apenas da teoria ou após a coleta de dados. Nesta pesquisa, as categorias foram elaboradas com base nos condicionantes e fatores abordados pela literatura, por isto realizadas a priori.

Carlomagno e Rocha (2016) definem resumidamente o que deve ser analisado ao criar e classificar categorias, citando que:

- “a) é preciso existir regras claras sobre os limites e definição de cada categoria;
- b) as categorias devem ser mutuamente exclusivas (o que está em uma categoria, não pode estar em outra);
- c) as categorias devem ser homogêneas (não ter coisas muito diferentes entre si, no mesmo grupo);
- d) é preciso que as categorias esgotem o conteúdo possível (não sobre conteúdos não conteúdos que não se encaixem em alguma categoria);
- e) é preciso que a classificação seja objetiva, possibilitando a replicação do estudo” (p. 184).

Desta forma, para a pesquisa proposta, utilizou-se da categorização descrita no Quadro 4.

Quadro 4 – Dimensões de análise e categorias associadas

Dimensões	Definição	Categorias
Fatores individuais	Características relativas ao profissional, bem como sua origem, formação, trajetória profissional e planos futuros	Características demográficas
		Formação profissional
		Trajетória profissional
		O porquê da escolha da atuação na EFS
Gestão	Subsistemas de RH preconizados pelos municípios, bem como a gestão da própria UBS	Forma de contratação
		Forma de seleção
		Vínculos contratuais
		Capacitação
		Relação com a gerência
Organização do	Características de trabalho na ESF	Individual (pessoal) – Vantagens e Desvantagens da ESF
		Coletivo (interação com a comunidade)

Trabalho		Institucional (demais profissionais da ESF)
Condições do trabalho	Contexto do trabalho médico nas UBSs e em geral	Condições físicas e materiais
		Estrutura da Unidade de Saúde e da rede municipal
		Localização
Cultura e Identidade	Questões ligadas à identificação com o trabalho, satisfação profissional, valorização, reconhecimento	Percepção sobre o modelo proposto pela ESF
		Identificação com o trabalho
		Ser médico na Saúde da família
		Satisfação profissional
Projeto futuro e mercado de trabalho	Questões ligadas à visão dos profissionais sobre o Mercado de trabalho e outras possibilidades além da ESF, e planejamento profissional dos médicos para o futuro	Mercado de trabalho
		Projeto futuro

Fonte: Elaborado pela autora a partir de revisão de literatura

3.3 A Região do Estudo, população e amostra

O estudo foi conduzido na região Oeste de Minas, tendo Divinópolis como sede da superintendência regional.

A região escolhida para o estudo será a Região Ampliada de Saúde Oeste que é composta por 54 municípios², com uma população total de aproximadamente 1,2 milhões de habitantes, segundo MS (2019). Esta região foi a escolhida porque buscou-se compreender a atração e retenção no âmbito de cidades do interior do Estado (que será descrito com mais detalhes ainda neste tópico), e também pela acessibilidade da pesquisadora as cidades da referida região.

Os municípios estão organizados em seis microrregiões de saúde, a saber: Microrregião de Bom Despacho, Microrregião de Divinópolis/Santo Antônio do Monte; Microrregião de Itaúna; Microrregião de Formiga; Microrregião de Pará de Minas; e Microrregião de Santo Antônio do Amparo/ Campo Belo (FIGURA 10).

² Aguanil, Araújos, Arcos, Bambuí, Bom Despacho, Camacho, Campo Belo, Cana Verde, Candeias, Carmo da Mata, Carmo do Cajurú, Carmópolis de Minas, Cláudio, Conceição do Pará, Córrego Danta, Córrego Fundo, Cristais, Divinópolis, Dores do Indaiá, Estrela do Indaiá, Formiga, Igaratinga, Iguatama, Itaguara, Itapeçerica, Itatiaiuçu, Itaúna, Japaraíba, Lagoa da Prata, Leandro Ferreira, Luz, Martinho Campos, Medeiros, Moema, Nova Serrana, Oliveira, Onça do Pitangui, Pains, Pará de Minas, Passa Tempo, Pedra do Indaiá, Perdígão, Pimenta, Piracema, Pitangui, Santana do Jacaré, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Monte, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Pará, São José da Varginha, São Sebastião do Oeste, Serra da Saudade e Tapiraí.

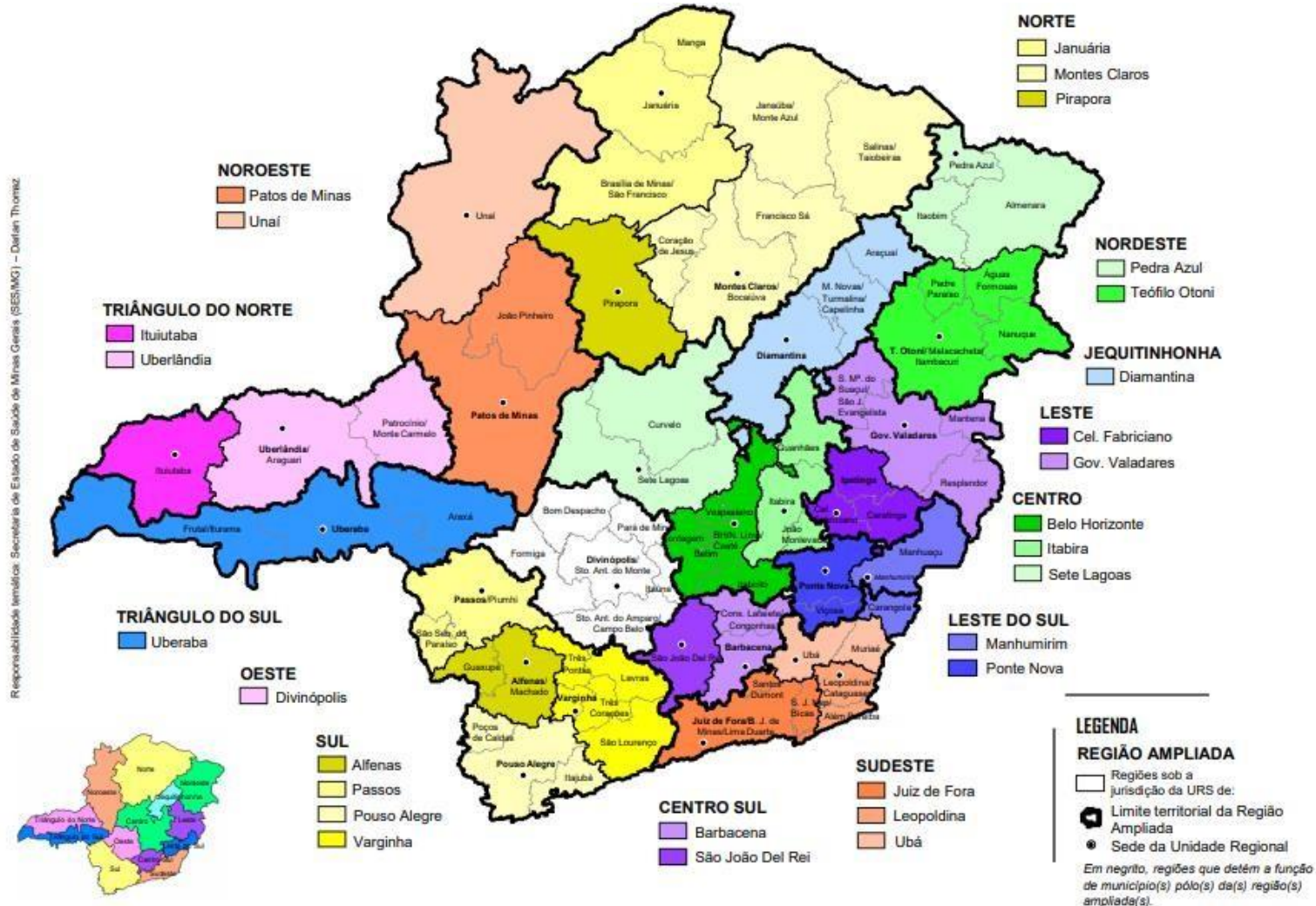


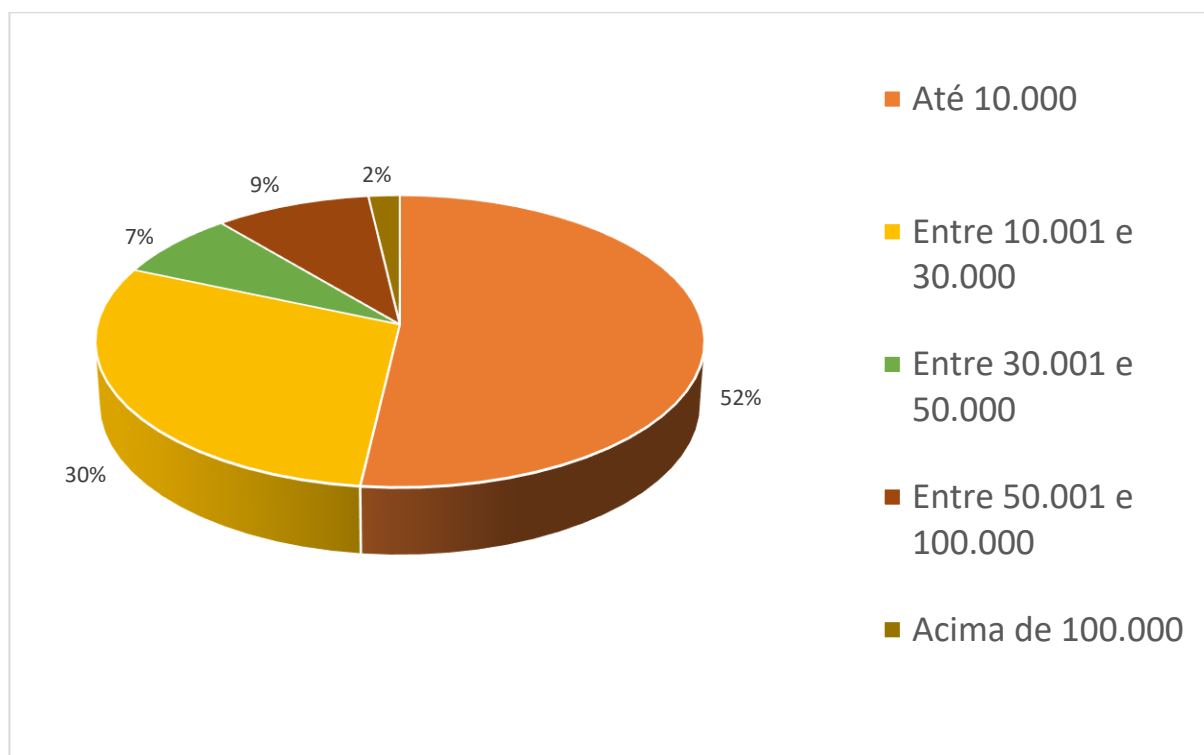
Figura 10 – Divisão assistencial da saúde de Minas Gerais

Fonte: Ministério da Saúde, 2018

Com base em dados do Ministério da saúde, dos 54 municípios da área da Superintendência Regional da Saúde de Divinópolis (*Macro-oeste*), temos uma prevalência de 28 municípios com até 10.000 habitantes (51,9%); 16 municípios entre 10.001 e 30.000 habitantes (29,6%); 4 municípios com uma população entre 30.001 a 50.000 habitantes (7,4%); 5 municípios com uma população entre 50.001 a 100.000 habitantes (9,3%); e um município com população acima de 100.001 habitantes (1,9%). O Gráfico 1 expõe esses dados.

A área Territorial da Região macro-Oeste corresponde a 29.268Km² sendo Região de Bom Despacho com 20% (5729 Km²), Região de Divinópolis com 23% (6600 Km²), Região de Formiga com 22% (6536 Km²), Região de Itaúna com 5% (1482 Km²); Região de Pará de Minas com 9% (2676 Km²) e Região de Santo Antônio do Amparo com 21% (6245 Km²) (Saúde, 2019).

Gráfico 1 – Municípios e população da Regional Oeste



Fonte: Elaborada pela autora

A Figura 11 apresenta a região Oeste ampliada, demonstrando no mapa todas as cidades e suas respectivas microrregiões.

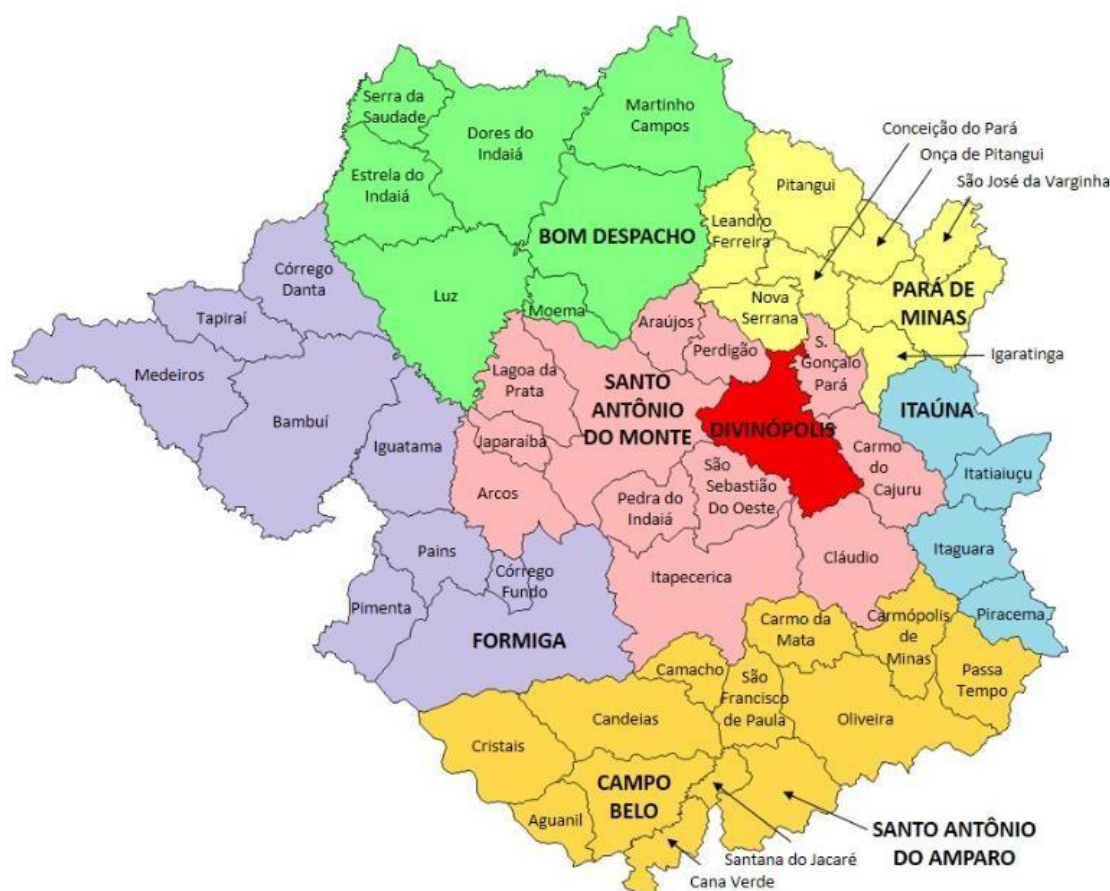


Figura 11–Região Ampliada de Saúde Oeste

Fonte: Regional de Saúde de Divinópolis, 2018

No âmbito na cobertura da ESF, na Tabela 3, apresenta um compilado dos dados da população, do percentual de cobertura pela ESF, e a quantidade de ESF por microrregião.

Observa-se que os dados referentes a agosto de 2018 apresentam uma população total de 1.289.538 habitantes na regional, tendo esta população uma cobertura pela Estratégia de Saúde da Família de 84%.

Há de se ressaltar, que, apesar da cobertura média geral dos municípios ser de 84%, há microrregiões em que a cobertura está bem abaixo das demais, como é o caso da Microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte (cobertura de 65,97%), em que está inserida a cidade de Divinópolis, que, apesar de ser a maior em população da regional, possui a menor cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (40,94%).

Tabela 3– População e percentual de cobertura da ESF da regional por microrregião

Ano	Divinópolis/ Santo Ant. do Monte			Bom Despacho			Itaúna			Formiga			Pará de Minas			Campo Belo/ Santo Ant. do Amparo			Total da População	% médio
	População	%	ESF	População	%	ESF	População	%	ESF	População	%	ESF	População	%	ESF	População	%	ESF		
2010	433.163	52,1%	67	100.846	81,8%	25	114.943	70,3%	25	129.228	89,2%	36	202.365	61,7%	37	199.954	94,7%	61	1.180.499	75%
2015	460.847	68,5%	95	106.121	98,7%	34	121.117	82,0%	33	131.907	93,0%	40	231.278	78,6%	54	203.674	97,7%	66	1.254.944	86%
2016	465.247	67,9%	95	106.685	98,7%	34	121.976	84,4%	34	132.315	92,9%	40	235.215	78,9%	55	204.587	99,2%	67	1.266.025	87%
2017	469.432	68,7%	98	107.220	98,7%	34	122.704	84,5%	32	132.697	95,4%	42	238.959	79,2%	58	205.455	99,0%	68	1.276.467	88%
2018	473.406	68,3%	98	106.315	98,7%	34	123.580	83,6%	33	133.064	92,6%	41	242.514	83,8%	61	206.280	99,7%	69	1.285.159	90%
2019*	475.387	66%	98	106.982	94,1%	32	123.297	83,7%	33	131.350	91,8%	40	248.119	81,9%	62	204.403	99,9%	70	1.289.538	84%

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do E-gestorab, disponível em <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

*Base: Agosto/2019

Em consulta ao CNES, considerando o código do CBO (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES) 225142, “MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, foram encontrados registros de 357 profissionais, distribuídos pelas microrregiões.

Para uma análise mais detalhada da região, foi contabilizada, também, considerando os dados do DATASUS, a quantidade de estabelecimentos de saúde da região. É importante citá-los pelo fato que são alternativas de atuação para os profissionais médicos.

A região possui ao todo 37 hospitais, sendo a microrregião de Divinópolis a que detém a maior quantidade deles (10 hospitais), seguida pelo micro de Campo Belo com 9, Formiga com 7, Bom Despacho com 6 e Itaúna com apenas 1. Em se tratando de pronto atendimento, tem-se 11 em toda a Regional Oeste, com destaque para Divinópolis com 4, e Pará de Minas com 3 (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da Regional segundo estabelecimentos de saúde

Microrregião	Hospitais	Pronto Atendimento	UBS
Bom Despacho	6	1	33
Campo Belo	9	1	73
Divinópolis	10	4	122
Formiga	7	1	35
Itaúna	1	1	38
Pará de Minas	4	3	65
Total	37	11	366

Fonte: Elaboração própria

Aqui se faz necessário um parêntese para explicar a divergência entre número de equipes, número de médico cadastrados no CNES com o CBO “MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, e UBS. Uma UBS pode acoplar equipes de modelo tradicional e equipes que desenvolvem a ESF. Desta forma, constata-se que na regional ainda existem equipes que atuam com o modelo tradicional.

Considerando o âmbito desta pesquisa, é relevante contextualizar alguns aspectos econômicos da região. Para tal, foi realizado um levantamento com base em dados do DATASUS³, IBGE⁴,

³ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabmg.def>

⁴ <https://cidades.ibge.gov.br/>

Fundação João Pinheiro⁵ e Ministério do Trabalho⁶. Os dados foram coletados nos sites dessas instituições no ano de 2019.

Foi constatado que a média do PIB (produto interno bruto) per capita anual é de R\$ 22.693, com destaque para Itatiaiuçu, que possui o PIB de maior valor (R\$ 66.981,00), e é, em contraste, Santana do Jacaré com o menor PIB da região (R\$ 11.481,00). Ao analisar as microrregiões, vê-se Itaúna com o PIB mais elevado, e a de Campo Belo com o menor valor, como pode ser visto com mais detalhe na Tabela 5.

Tabela 5– PIB per capita anual – Última publicação com ano base 2016

Média Geral	Bom despacho	Campo Belo	Divinópolis	Formiga	Itaúna	Pará de Minas
R\$22.693	R\$20.881	R\$16.294	R\$22.443	R\$29.198	R\$35.395	R\$21.441

Fonte: Elaboração própria

A título de comparação, o PIB per capita de Minas Gerais, no ano de 2016, foi de R\$ 25.938 em 2016. Entre os 853 municípios mineiros, apenas 107 superaram esse valor, tendo a Regional Oeste 14 municípios entre tais.

Ainda em termos econômicos, foi realizado um levantamento sobre os empregos formais da regional e contabilizado o percentual de acordo com cada área descrita pelo Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho do Ministério do Trabalho sintetizados na Tabela 6.

Tabela 6– Empregos formais da Regional Oeste

Regional	Extrativa mineral	Indústria de transformação	Serviços industriais de utilidade pública	Construção Civil	Comércio	Serviços	Administração Pública	Agropecuária, extração vegetal, caça e pesca
Bom Despacho	0,30%	17,17%	0,13%	2,58%	23,59%	25,49%	15,49%	15,25%
Campo Belo	0,79%	28,00%	0,94%	2,52%	20,88%	19,32%	15,23%	12,32%
Divinópolis	1,43%	30,77%	0,20%	3,25%	22,88%	28,88%	9,31%	3,28%
Formiga	1,17%	18,89%	0,27%	7,43%	22,74%	22,70%	14,41%	12,38%
Itaúna	5,21%	33,09%	0,07%	3,94%	19,17%	23,65%	10,43%	4,44%
Pará de Minas	1,08%	43,44%	0,32%	2,72%	18,64%	16,72%	10%	7,09%
Total	1,56%	31,14%	0,31%	3,49%	21,38%	23,68%	11,28%	7,15%

Fonte: Elaboração própria

⁵ <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/2745-produto-interno-bruto-de-minas-gerais-pib-2>

⁶ <http://pdet.mte.gov.br/index.php/rais>

Nas informações contidas na tabela 6, observa-se que o setor de Indústria de transformação detém a maioria dos empregos formais da região (31,14%), seguido dos serviços (23,68%) e comércio (23,68%).

É necessário ressaltar que a área rural, na figura da agricultura familiar, é bem representativa na região, e muitas vezes é a agricultura de subsistência e pode não ser incluída como empregos formais.

Em síntese, o Quadro 5 reúne as informações apresentadas da regional.

Quadro 5 – Síntese de dados da Regional Oeste

Indicadores	Resultados
Número de municípios com Estratégia de Saúde da Família	54 municípios
População total	1.289.538
PIB Per capita anual	R\$22.693,00
Número de Hospitais	37
Número de UBS	366
Número de ESF da regional	335
Médicos da Estratégia da Saúde da Família da regional	357
Cobertura populacional da ESF na regional	84%

Fonte: Elaboração própria

Na região escolhida, a população-alvo do estudo é composta por 357 médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família das cidades da Regional de Saúde de Oeste de MG. Esse número foi obtido a partir de dados no CNES, consultando município por município, filtrando pelo CBO de Médico da Estratégia da Família (225142), e por fim compilando o número final de profissionais cadastrados no sistema. Esta regional contempla cidades do interior com baixo índice populacional (sendo sua maioria com menos de 10.000 habitantes) e possibilitará um olhar para a realidade da atração e retenção em cidades de pequeno porte e afastadas da capital.

A amostra para o questionário foi de 44 respondentes; para as entrevistas semiestruturadas, 14 entrevistados. Inicialmente havia sido definido uma amostra de 57 respondentes, que representaria um intervalo de confiança de 90%, e erro padrão de 10%. No entanto, pela dificuldade de acesso aos profissionais médicos, e pela indisponibilidade dos próprios profissionais para responderem, foi conseguido 44 respostas.

Os procedimentos de coleta de dados são apresentados no tópico seguinte.

3.6 Coleta e Análise de dados

Quanto aos procedimentos utilizados para a obtenção dos dados, optou-se por três processos: dados secundários, a partir do CNES, questionário respondidos pelos médicos via Formulário Google Forms, e entrevista semiestruturada realizadas presencialmente.

Os dados secundários foram obtidos através do site do CNES (<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>), consultando município por município, filtrando pelo CBO de Médico da Estratégia da Família (225142) e, posteriormente, acessando os dados de cada profissional para obtenção das informações individuais. Estes dados foram compilados e analisados via planilha do Microsoft Office Excel®, através de estatística descritiva. Esta etapa foi a primeira a ser realizada, pois, através dela, foi possível conhecer o perfil dos profissionais da regional, verificar o tempo médio de permanência nas ESF's em que atuam, conhecer a quantidade de profissionais de cada município, para posteriormente iniciar a coleta de dados via questionário e entrevista.

Já o acesso aos profissionais foi obtido através de um contato com a Superintendência Regional de Saúde, situada no município de Divinópolis. A regional forneceu o contato dos Secretários de Saúde dos Municípios da regional, que, por sua vez, foram contatados via e-mail, para a solicitação dos contatos dos médicos atuantes nas equipes de ESF. Não houve o retorno de todos os municípios. Logo, os médicos entrevistados e os respondentes do questionário foram selecionados de acordo com as informações fornecidas pelos secretários de saúde dos municípios.

No levantamento das informações junto aos profissionais, adotou-se inicialmente aplicação de um instrumento fechado (questionário). O questionário aplicado nesta pesquisa foi elaborado com base nas dimensões e categorias pré-estabelecidas já apresentadas em tópico anterior. O modelo aplicado encontra-se no Apêndice A. Como se pode observar, ele foi dividido em sete etapas, sendo a primeira constando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o aceite do termo para assim ser permitido o início do preenchimento do questionário. O TCLE utilizado para a etapa quantitativa consta no Apêndice B. Ao iniciar o questionário, os respondentes foram questionados sobre categorias referentes a fatores individuais, seguido da gestão, organização do trabalho, condições de trabalho, cultura e identidade, e por fim

perguntados sobre projetos futuros.

Para esta etapa quantitativa, aplicou-se o questionário para 44 médicos atuantes na ESF. Não foi conseguido o contato de todos os médicos da regional, pois alguns não se interessaram pela pesquisa e não se dispuseram a fornecer os contatos. Alguns profissionais também optaram por não responder a pesquisa.

Com a posse dos números dos celulares dos médicos da regional, foi realizado o contato individual com cada profissional. O contato inicial com os médicos foi feito pelo aplicativo (APP) WhatsApp®, sendo inicialmente realizada a apresentação pessoal da pesquisadora, bem como o propósito da pesquisa. Estando o profissional de acordo com a participação da pesquisa, era enviado o questionário via formulário Google Forms, através do próprio App Whatsapp®, e também realizados os agradecimentos ao profissional pela colaboração.

A coleta de dados através do questionário ocorreu de outubro de 2019 a 15 de janeiro de 2020.

Para a etapa qualitativa, considerando a amplitude da regional Oeste, com 54 municípios, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, com 14 profissionais desta regional.

Sobre as entrevistas, Marconi e Lakatos (1996, p. 84) afirmam que:

“a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social”.

Nesta pesquisa, foi escolhida a entrevista semiestruturada, que pode ser composta de perguntas abertas com perguntas fechadas, em que o entrevistado terá a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto de forma espontânea. Gil (2010) cita que a técnica de entrevista semiestruturada permite ao mesmo tempo a liberdade de expressão do entrevistado e a manutenção do foco pelo entrevistador.

O roteiro da entrevista também foi elaborado com base nas dimensões definidas a priori (APÊNDICE C)⁷.

Como foi possível perceber, o questionário e o roteiro da entrevista foram construídos de forma

⁷ Para a formulação do roteiro de entrevista, além de se basear nas categorias, foi também consultado o roteiro de Rodrigues (2009) e outros estudos com a mesma temática envolvendo a atração e retenção com médicos da saúde da família.

a permitir o diálogo entre eles. Ambos foram divididos nas mesmas dimensões e categorias pré-estabelecidas, tornando assim a posterior apresentação e análise dos dados mais objetivas, claras e concisas (APÊNDICE D).

De posse do roteiro, as entrevistas foram então agendadas. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, à medida que a pesquisadora ia tendo o retorno dos contatos por partes dos gestores de saúde dos municípios. Como foi realizado a pesquisa prévia a dados secundários, era possível conhecer o perfil de cada profissional antes do agendamento da entrevista, tentando assim entrevistar profissionais de perfis diversos. Para tal, o contato inicial com os entrevistados foi realizado via WhatsApp®. A pesquisadora se apresentou, expondo também a pesquisa, convidando o profissional para uma entrevista. Ao aceitar o convite, a entrevista era agendada no dia e horário em que o profissional se mostrou disponível.

No dia, local e horário combinado para a entrevista, a pesquisadora se apresentava novamente, e, antes de iniciar a entrevista, a proposta do estudo era explicada para os médicos. Esse era um bom momento inicial de “quebra-de-gelo” e também de conversa sobre possíveis dúvidas dos entrevistados. Posterior a isso, era entregue o TCLE e colhida a assinatura dos profissionais após concordarem com os termos. Os entrevistados eram informados que as entrevistas seriam gravadas e posteriormente transcritas, sendo as falas utilizadas quando necessárias. A entrevista seguia o roteiro pré-estabelecido, mas deixando livre para os entrevistados abordarem questões que achassem pertinentes. Ao final da entrevista, foram realizados os agradecimentos aos participantes.

As entrevistas foram realizadas de setembro a dezembro de 2019, e o tempo médio de duração de cada uma foi de 45 minutos. Os profissionais foram escolhidos pelo critério de acessibilidade, no entanto foram seguidos alguns pré-requisitos para as entrevistas, sendo um deles a representação de ao menos um profissional de cada microrregião e o outro foi buscar entrevistar profissionais de cidades de populações variadas.

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos entrevistados considerando a demografia dos municípios.

Tabela 7 – Distribuição dos entrevistados

Quantidade de municípios	População (habitantes)	Médicos	Amostra de profissionais Questionário	Amostra de profissionais Entrevistas
28 municípios	Até 10.000	71	11	3
16 municípios	Entre 10.001 e 30.000	94	11	2
4 municípios	Entre 30.001 e 50.000	52	8	2
5 municípios	Entre 50.001 e 100.000	104	7	4
1 municípios	Acima de 100.000	36	7	3
54 municípios	Aprox. 1.200.000 habitantes	357	44	14

Fonte: Elaborada pela autora

Ao chegar na décima entrevista, a entrevistadora percebeu que as respostas não traziam nenhum fator diferente dos já apontados, logo foram realizadas mais quatro entrevistas e encerrada a coleta de dados das entrevistas devido ao critério de saturação. Sobre isto, Albarello et al. (1997) dizem que é possível decidir sobre o tamanho da amostra no curso da investigação, assim que se destaque alguma coerência na análise e quando as informações começam a se repetir, e apenas confirmam as anteriores, podendo inferir, assim, o alcance de certo nível de saturação.

A pesquisadora se comprometeu a dar a devolutiva da pesquisa para todos os profissionais participantes das entrevistas e também dos questionários, bem como apresentar os dados aos secretários de saúde dos municípios da regional estudada.

Para organização e a análise dos dados secundários, utilizou-se do software ®EXCEL. O mesmo software também foi utilizado para a análise dos dados quantitativos no qual os dados foram tabulados e tratados. Os gráficos e quadros foram gerados a partir das informações das planilhas.

Já nos dados qualitativos, as entrevistas foram ouvidas e transcritas, sendo as falas dos entrevistados transcritas na íntegra. As entrevistas foram enumeradas com os códigos correspondentes aos respectivos participantes para manter o sigilo quanto a identidade dos entrevistados.

Em uma planilha do ®Excel, as perguntas foram separadas em planilhas, e cada resposta de cada respondente elencada na respectiva pergunta. Logo, cada pergunta foi analisada a partir do compilado de todas as respostas, e a partir disso realizada a análise de questão por questão.

A análise dos dados foi realizada via análise de conteúdo. Segundo Bardin (2006), a análise de conteúdo é um método que pode ser utilizado tanto na pesquisa quantitativa como na

investigação qualitativa. Na quantitativa, as informações podem ser obtidas pela frequência com que surgem certas características do conteúdo, e na qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características presentes num determinado fragmento de mensagem que é levado em consideração.

3.6 Síntese metodológica

O Quadro 6, apresenta a síntese metodológica da pesquisa.

Quadro 6 – Síntese metodológica

Natureza	Descritivo; Qualitativa e Quantitativa	
Procedimento técnico	Estudo de caso	
Universo da Pesquisa	357	
Amostra	44 respondentes do questionário 14 entrevistados	
Dimensões de análise	Fatores Individuais Gestão Organização do Trabalho Condições de Trabalho Cultura e Identidade Projeto futuro e Mercado de trabalho	
Objetivos e Coleta de dados	1 – Descrever o perfil profissional dos médicos atuantes na ESF da região do estudo	Dados do CNES
	2 – Descrever e analisar os fatores condicionantes que atraem os profissionais para o trabalho no ESF;	Questionário e Entrevistas semiestruturadas
	3 – Descrever e analisar os fatores condicionantes para a retenção dos médicos na ESF;	
	4 – Descrever e analisar os fatores que os profissionais citarem como motivadores para não permanência.	

Fonte: Elaboração Própria

4. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa. Eles serão estruturados em três tópicos, sendo iniciado pelo perfil dos profissionais da regional. Esta primeira etapa foi realizada a partir de dados consultados pelo CNESS. A compreensão do perfil destes profissionais se fez importante para ressaltar que a regional possui um tempo de permanência dos profissionais nas unidades de saúde baixo, sendo a maioria dos profissionais contratados por contratos temporários. Estas questões ajudarão na compreensão nos resultados apresentados nos tópicos seguintes.

O segundo tópico traz os resultados da etapa quantitativa realizada por meio dos questionários. Nesta etapa, é possível perceber de uma maneira ampla os fatores de atração e retenção considerados pelos profissionais, que serão complementados pelo tópico seguinte, que trará a etapa qualitativa. Nesta etapa, busca-se abordar a mesma temática do questionário, mas de forma aprofundada, através de entrevistas semiestruturadas. Os resultados serão apresentados subdividindo-se nas dimensões pré-estabelecidas e depois discutidos e analisados conjuntamente.

Após a apresentação de cada etapa em separado, será disposto um quadro síntese, em que, para cada dimensão e categoria, têm-se os resultados da etapa qualitativa e quantitativa concomitantemente.

4.1 Perfil dos profissionais

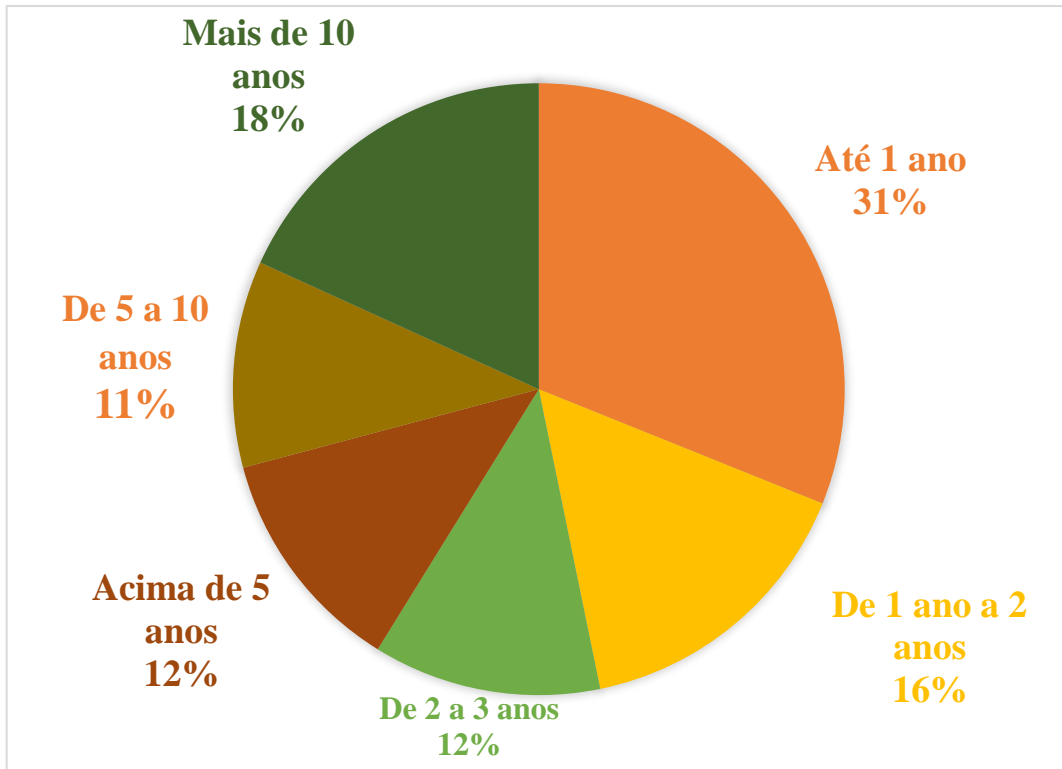
A população total é composta por 357 médicos, cadastrados com o CBO 225142 (MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) na Regional Oeste. Deste total, 197 são do sexo masculino (55%); e 160, do sexo feminino (45%). Esses resultados se assemelham à realidade brasileira, que, em seu último censo, constatou 54,4% da população médica como máscula, e 45,6 da população médica como feminina (SCHEFFER, 2017)

Conseguiu-se verificar, também, o percentual de médicos que atuam somente na ESF e aqueles que realizam outras atividades (entre essas atividades estão os consultórios particulares; plantões em hospitais, clínicas, UPAS; entre outras). Constatou-se que 186 médicos possuem outras atividades além do trabalho que desenvolvem na ESF, sendo esses a maioria (56%), seguidos por 166 profissionais que se dedicam exclusivamente a ESF (47%), 1% que realizam

também a residência (5).

Ainda no âmbito da atuação profissional, foi possível apurar há quanto tempo esses profissionais atuam na Estratégia da Saúde da Família (GRÁFICO 2), bem como há quanto tempo estão na equipe em que atuam atualmente (GRÁFICO 3).

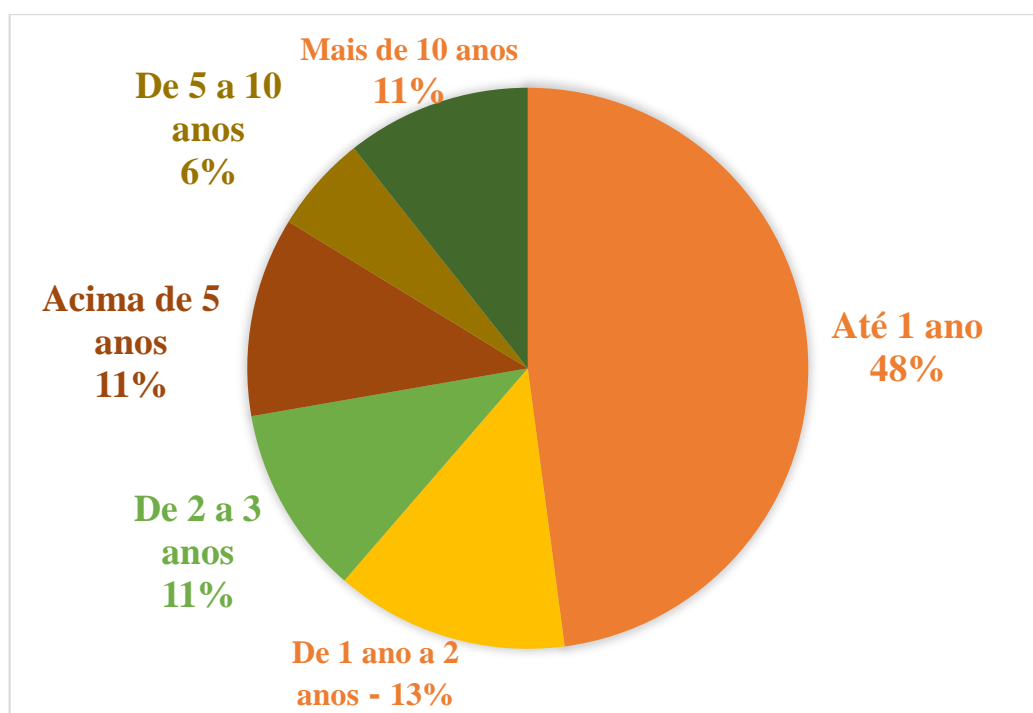
Gráfico 2 – Tempo de trabalho na ESF



Fonte: CNESS

Observa-se que 31% dos profissionais estão na ESF há menos de um ano; se somarmos os percentuais, verifica-se que 59% desses profissionais estão há menos de três anos no programa. Em contrapartida, somente 18% estão atuando na ESF por mais de 10 anos. A média de tempo de permanência nessa categoria é de 4,05 anos.

Gráfico 3 – Tempo de trabalho na ESF atual



Fonte: CNESS

Quando analisamos a atuação na equipe atual desses profissionais, os percentuais se acentuam, tendo 48% há menos de um ano, e 72% há menos de três anos, com somente 11% há mais de 10 anos na mesma unidade. Há de se considerar que pode haver alguma UBS que abriga alguma dessas equipes ter sido criada recentemente; no entanto, ao analisar a soma dos percentuais acima de 5 anos, ainda existe um índice relativamente menor (28%). Nesta categoria, a média de tempo de permanência dos profissionais é de 3,39 anos.

Passando agora para a forma de contratação, os dados do CNES apontam para oito categorias de tipo de vínculo, sendo elas Estatutário, Contrato por prazo determinado, Emprego público, Pessoa jurídica, Pessoa física, Cargo comissionado, bolsista e residente.

Entre as possibilidades, o contrato por prazo determinado ocupa a primeira posição, com 61%, seguido dos Estatutários com 16%, e bolsistas com 9%, sendo as outras formas representadas pelos outros 15%.

Com base nos dados apresentados, o perfil da população estudada é de maioria masculina, que é contratada por um contrato por prazo determinado e realizam outras atividades, além da atuação na Estratégia da Saúde da Família. Possuem uma média de 4,05 anos de atuação na ESF e de 3,39 anos de média na atuação na equipe atual.

4.2 Resultados da etapa quantitativa

O questionário foi dividido em sessões de acordo com as dimensões e categorias apresentadas na metodologia. Os resultados serão apresentados a seguir, sendo a primeira sessão os Fatores Individuais, seguidos da Gestão, Organização do trabalho, Condições do Trabalho, Cultura e Identidade e Projetos Futuros.

4.2.1 Fatores Individuais

As primeiras questões respondidas pelos participantes da pesquisa foram a respeito de dados demográficos. As tabelas 8, 9 e 10, a seguir, apresentam os dados referentes aos atributos pessoais: sexo, idade e local de nascimento.

Tabela 8 – Caracterização dos respondentes, segundo o sexo

Feminino	27	61%
Masculino	17	39%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9 – Caracterização dos respondentes, segundo faixa etária

20–29	29
30–39	10
40–49	3
50–59	1

Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se pela Tabela 10, que 50% dos médicos, após se formarem, retornam para a cidade em que nasceram, ou atuam em cidades vizinhas ao do nascimento.

Tabela 10 – Caracterização dos respondentes, segundo o local de nascimento

Na cidade de atuação	14	32%
Em cidades vizinhas	8	18%
Belo Horizonte	11	25%
Em outra cidade do interior do estado	8	18%
Em outro estado	3	3%

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o estado civil dos respondentes, têm-se 73% dos entrevistados solteiros, seguidos de 25% casados, e 2% que indicaram a opção outros. Setenta e sete por cento dos participantes não possuem filhos, seguidos de 11% com um filho, 7% com 2 filhos e 5% com três ou mais filhos.

Tem-se a maioria dos respondentes formados em Universidades particulares, correspondentes a 57%; o restante, 43%, realizaram a graduação em Universidades Federais.

Segundo o ano de formação, a maioria dos entrevistados, 82%, tem menos de cinco anos de formados (Tabela 11). Em se tratando de especialização, 14% dos respondentes já possuem especialização, enquanto 2% possuem mestrado, e 84% possuem apenas a graduação.

Tabela 11– Caracterização dos respondentes, segundo tempo de formado na graduação

Até 5 anos	36
De 6 a 10 anos	2
De 11 a 15 anos	1
De 15 a 20 anos	1
Mais de 20 anos	4

Fonte: Dados da pesquisa

Ao considerar o tempo de atuação na ESF, e na equipe em que os profissionais estão atuando, tem-se o resultado da Tabela 12.

Tabela 12– Caracterização dos respondentes, segundo tempo de trabalho no ESF/APS

Tempo	Tempo de trabalho no Programa de Saúde da Família	Tempo de trabalho na atual Unidade Básica de Saúde
<2 anos	26	34
2–3,9 anos	10	7
4–4,9 anos	1	1
5–10 anos	3	1
> 10 anos	4	1

Fonte: Dados da pesquisa

Destes, 81% estão atuando na ESF há menos de 3,9 anos, dando ênfase para o percentual relativo a menos de 2 anos que representa 59% do total. Atuando na UBS em que estão lotados atualmente, têm-se 77% dos médicos há menos de dois anos.

Sobre a área de atuação, 80% dos respondentes atuam na Zona Urbana; já 20%, na Zona Rural.

Ao serem questionados sobre o principal motivo que os influenciou a escolher a ESF, a resposta com mais frequência foi que a ESF foi a primeira porta de entrada para o mercado de trabalho

(Quadro 7).

Quadro 7 – Motivos que influenciaram os profissionais na escolha da ESF

Foi a primeira porta de entrada para o mercado de trabalho	14	32%
Admirava o trabalho na ESF	8	18%
Foi incentivado desde a graduação	7	16%
Para ter condições de continuar estudando	6	14%
Queria experimentar o tipo de trabalho	4	9%
Pretendia aumentar minha renda / Trabalha no PSF possibilita desenvolver outra atividade	3	7%
Foi incentivado por outras pessoas ou familiares	1	2%

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.2 Gestão

A remuneração dos respondentes advinda da ESF é predominantemente de R\$ 10.000,00 a R\$ 12.000,00 (59%), tendo apenas 7% dos respondentes recebendo acima de R\$ 15.000,00 (Tabela 13).

Tabela 13 – Remuneração mensal

Até R\$ 10.000	5	11%
De R\$ 10.000 a R\$ 12.000	26	59%
De R\$ 12.001 a R\$ 15.000	10	23%
Acima de R\$ 15.000	3	7%

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo a percepção dos respondentes, 36% acreditam que a remuneração é medianamente satisfatória, seguidos por 34% que acreditam que a remuneração é satisfatória. Para insatisfatório, tem-se 18%; para muito insatisfatório, 7%. Apenas 5% acreditam que o que recebem é muito satisfatório (Tabela 14). Deve-se levar em conta, que grande parte dos respondentes são jovens, e para muitos, este é o seu primeiro emprego.

Tabela 14 – Percepção segundo a remuneração

Muito Satisfatório	2	5%
Satisfatório	15	34%
Medianamente satisfatório	16	36%
Insatisfatório	8	18%
Muito Insatisfatório	3	7%

Fonte: Dados da pesquisa

Ao serem questionados se possuíam outra atividade com remuneração, 52% disseram que não, seguidos por 32% que possuem outra atividade e recebem por ela até R\$ 5.000,00. Uma minoria

recebe mais de R\$ 10.000,00 por outras atividades realizadas (5%), e 11% recebem de R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 (Tabela 15).

Tabela 15 – Remuneração com outras atividades desenvolvidas pelos profissionais

Não	23	52%
Até R\$ 5.000,00	14	32%
Sim, de R\$ 5.001 a R\$ 10.000	5	11%
Sim, acima de R\$ 10.000,00	2	5%

Fonte: Dados da pesquisa

Os respondentes foram perguntados sobre qual remuneração considerariam ideal para o trabalho desenvolvido na ESF, e 45% acreditam que o ideal seria acima de R\$ 15.000,00, seguidos de 39% que acreditam que o ideal seria de R\$ 12.001,00 a R\$ 15.000,00 (Tabela 16).

Tabela 16 – Remuneração considerada ideal pelos respondentes

Acima de R\$ 15.000	20	45%
De R\$ 12.001 a R\$ 15.000	17	39%
De R\$ 10.000 a R\$ 12.000	7	16%
Até R\$ 10.000	0	0%

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a forma de ingressos dos respondentes ao trabalho na ESF, 34% afirmaram ter passado por uma seleção pública; já 18% disseram ter conseguido a vaga via indicação. 11% realizaram concurso público, e 36% assinalaram outra forma de ingresso ao serviço público (Tabela 17).

Tabela 17 – Forma de Ingresso no Serviço Público

Outra forma	16	36%
Seleção pública	15	34%
Indicação	8	18%
Concurso Público	5	11%

Fonte: Dados da pesquisa

Os respondentes foram questionados sobre a influência desta forma de ingresso na escolha deles para este tipo de trabalho, e 30% disseram que foi indiferente; 30%, pouco influente; 23%, moderadamente influente; e 18%, muito influente (Tabela 18).

Tabela 18 – Influência da forma de ingresso na escolha do tipo de trabalho

Pouco influente	13	30%
Muito influente	8	18%
Pouco influente	0	0%
Moderadamente influente	10	23%
Indiferente	13	30%

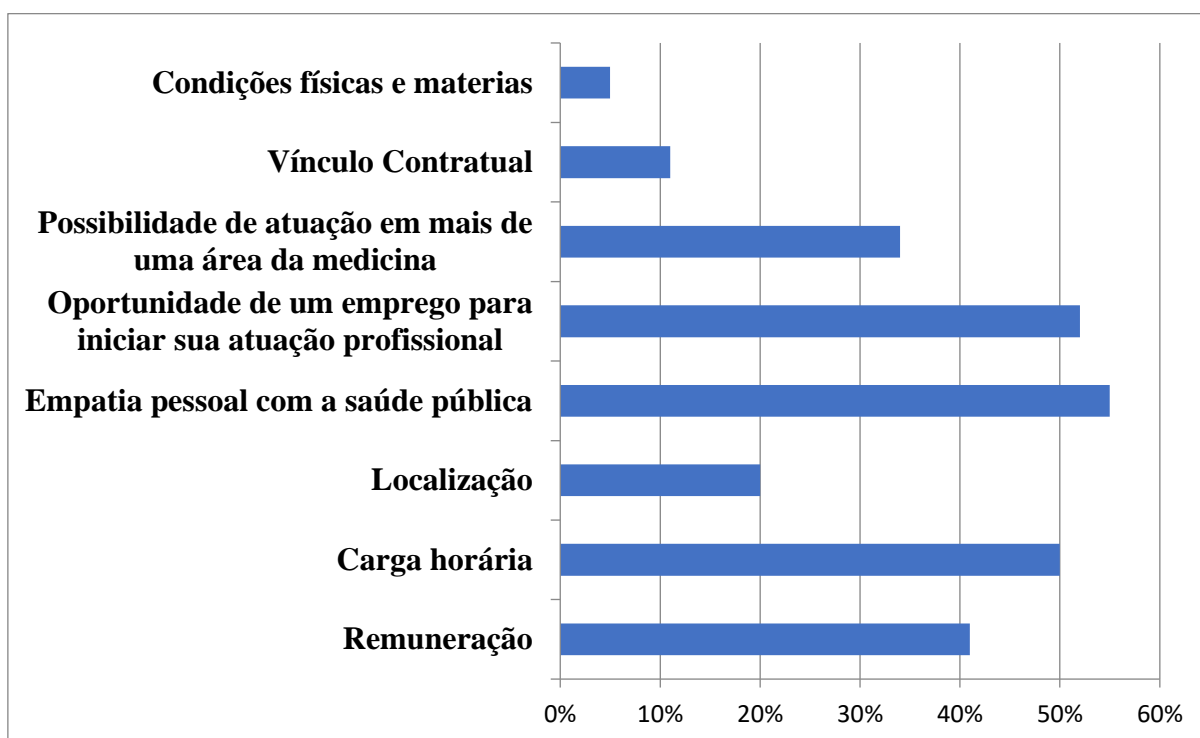
Fonte: Dados da pesquisa

4.2.3 Organização do trabalho

Ao serem perguntados sobre quais as principais vantagens de se trabalhar na ESF/na APS, os respondentes puderam escolher mais de uma opção dentre as dadas. As opções mais apontadas por eles foram primeiramente a empatia pessoal com saúde pública assinalada por 55% dos respondentes, seguido pela oportunidade de um emprego para iniciar sua atuação profissional (52%) e posteriormente a carga horária assinalada por 50% dos respondentes.

A remuneração foi apontada como vantagem por 41% dos respondentes; já a possibilidade de atuação em mais de uma área da medicina, por 34%. O Gráfico 4 apresenta todas as vantagens e o respectivo percentual que receberam segundo a percepção dos profissionais.

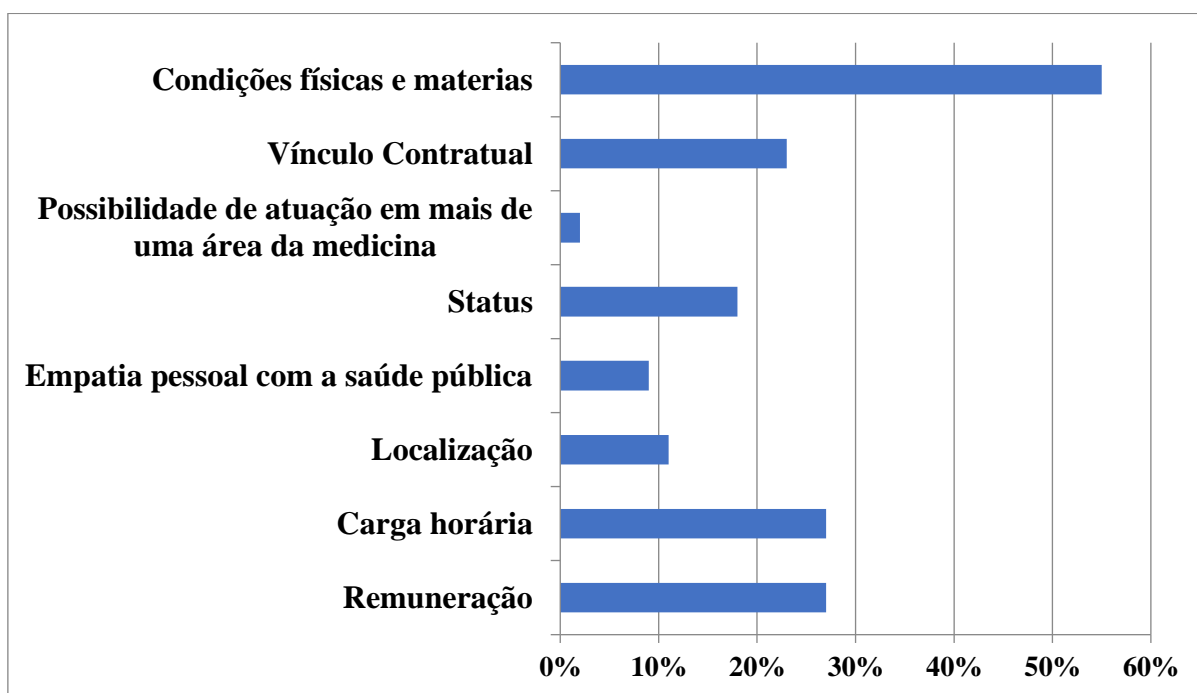
Gráfico 4 – Principais vantagens em se trabalhar na ESF



Fonte: Dados da pesquisa

Sobre as desvantagens, as condições físicas e materiais foram a opção de maior frequência com 55% dos respondentes. As outras opções obtiveram menos de 30% dos respondentes (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Principais desvantagens em se trabalhar na ESF

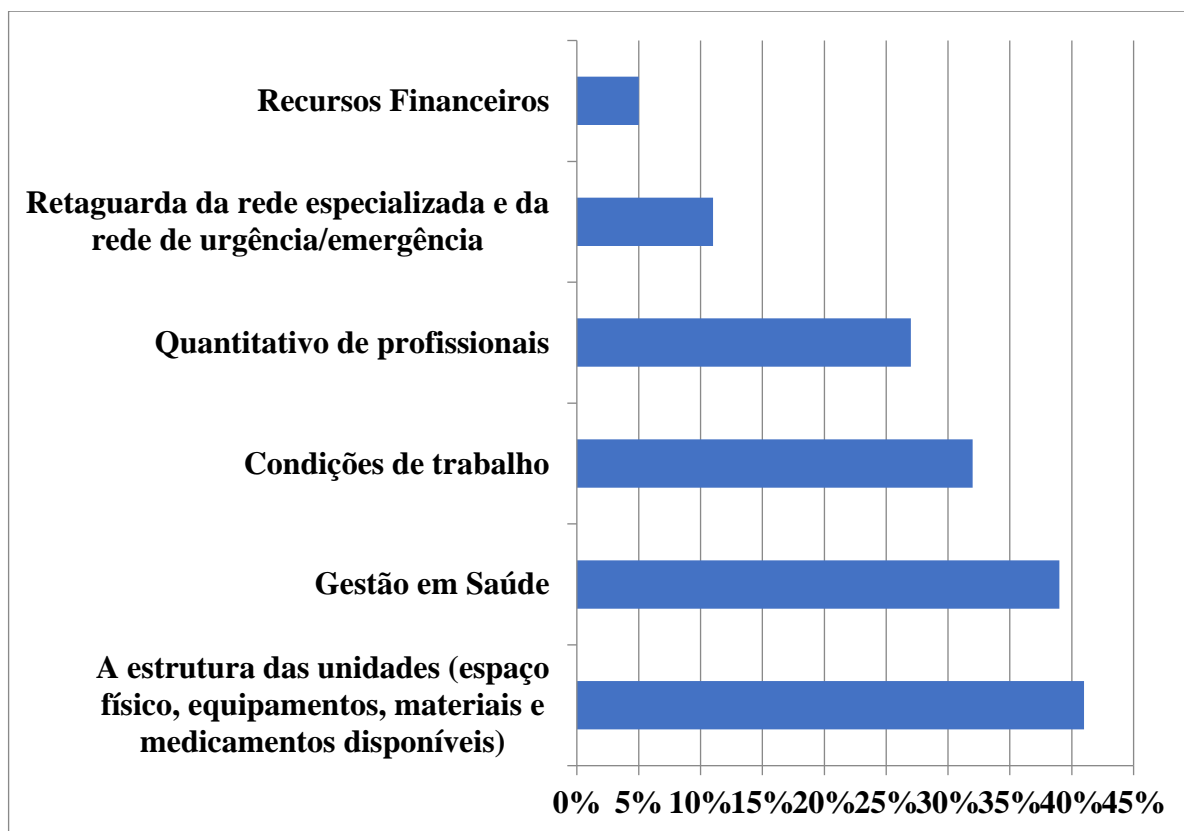


Fonte: Dados da pesquisa

4.2.4 Condições de trabalho

Quando questionados sobre o que consideram bom em termos de condições de trabalho, 41% assinalaram a estrutura das unidades (espaço físico, equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis). Dos respondentes, 39% assinalaram também a gestão em saúde.

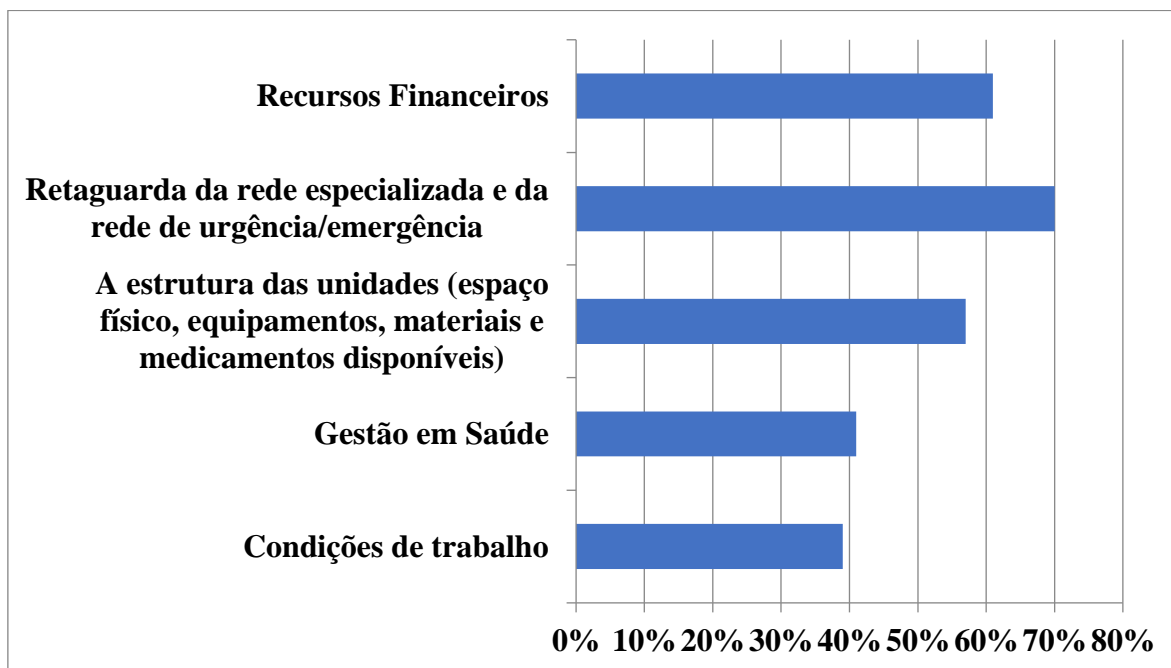
Gráfico 6 – O que os profissionais consideram bom nas condições de trabalho na ESF



Fonte: Dados da pesquisa

Eles também foram questionados sobre o que poderia melhorar em termos de condições de trabalho, e 70% assinalaram a retaguarda da rede especializada e da rede de urgência/emergência, e 61% o recurso financeiro disponível para o programa.

Gráfico 7 – O que os profissionais consideram que poderia melhorar nas condições de trabalho na ESF



Fonte: Dados da pesquisa

Os participantes foram também questionados sobre a importância dada à localização geográfica da unidade em que atuam na opção de escolha ou não do trabalho. A maioria considerou ‘Muito importante’ (41%) ou ‘Importante’ (55%) (Quadro 8).

Quadro 8 – Importância da Localização Geográfica na opção da escolha ou não do trabalho

Muito importante	18	41%
Importante	24	55%
Nada Importante	1	2%
Pouco Importante	1	2%

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.5 Cultura e Identidade

Dos participantes, 45% apontam que o que determinou sua opção para o trabalho na ESF foi a identificação com o tipo de trabalho, seguidos por 32% que estão atuando na ESF aguardando a aprovação em processos e residência/especialização (Tabela 19).

Tabela 19 – Fatores que determinaram a opção pelo trabalho na ESF

Identificação com o tipo de trabalho	20	45%
Aguardando Residência	14	32%
Pelo emprego	5	11%
Indeterminado	2	5%
Pela Remuneração	2	5%

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre estarem satisfeitos profissionalmente, a grande maioria, correspondente a 75%, afirmou estar parcialmente satisfeito (Tabela 20).

Tabela 20 – Satisfação Profissional dos respondentes

Parcialmente satisfeito	33	75%
Totalmente satisfeito	3	7%
Totalmente Insatisfeito	2	5%
Indiferente	1	2%
Parcialmente Insatisfeito	5	11%

Fonte: Dados da pesquisa

Os participantes foram questionados também sobre a formação que obtiveram na graduação, e obteve-se que 66% acreditam que foi satisfatória para o desenvolvimento das atividades que são exigidas pela ESF, seguidos de 25% que afirmaram que foi muito satisfatória (Tabela 21).

Tabela 21– Percepção sobre a formação na graduação

Satisfatória	29	66%
Muito satisfatória	11	25%
Indiferente	1	2%
Muito Insatisfatória	2	5%
Insatisfatória	1	2%

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.6 Fatores individuais e Projetos Futuros

Na última sessão, os respondentes foram perguntados sobre a pretensão de continuarem atuando na ESF. Destes, 50% afirmam que pretendem sair em menos de 2 anos. Existem 20% que pretendem ficar por mais de 10 anos atuando na ESF (Tabela 22).

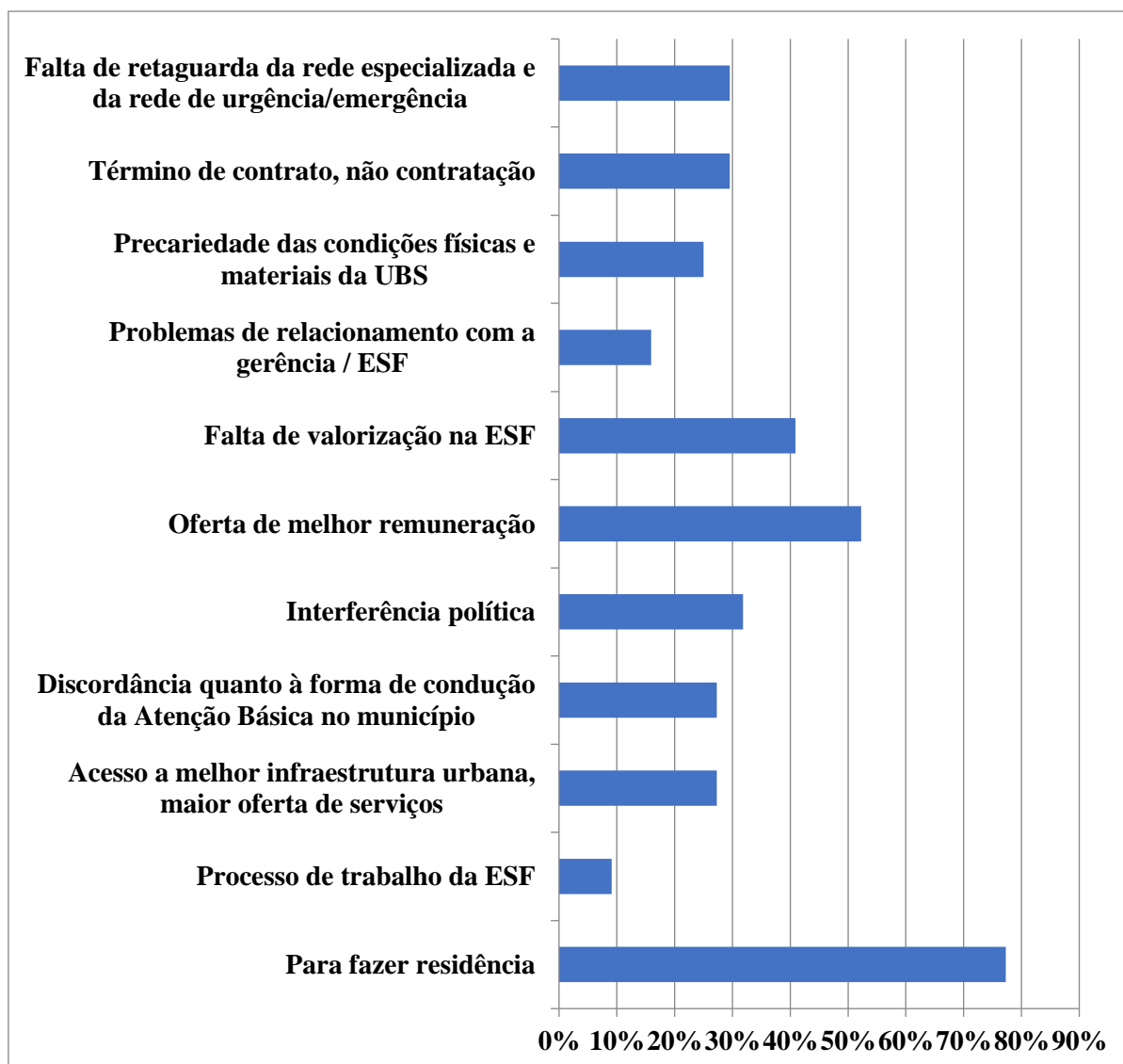
Tabela 22 – Tempo no qual os profissionais pretendem permanecer na ESF

< 1 ano	5	11%
< 2 anos	17	39%
3,9–2 anos	7	16%
4,9–4 anos	4	9%
10–5 anos	2	5%
> 10 anos	9	20%

Fonte: Dados da pesquisa

Eles foram por fim perguntados sobre os motivos que os levariam a sair da ESF, e obteve-se que 77% sairão para cursar a residência/especialização, 52% sairiam caso obtivessem melhor oferta de remuneração; e 41%, pela falta de valorização na ESF (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Motivos que levariam os profissionais a sair da ESF



Fonte: Dados da pesquisa

4.3 Resultado da etapa qualitativa

Assim como na etapa quantitativa, entrevistas foram analisadas de acordo com as dimensões propostas. Neste tópico, cada dimensão foi subdividida em categorias.

4.3.1 Fatores Individuais: caracterização dos entrevistados

Nesta dimensão, serão contempladas as categorias envolvendo atributos pessoais, formação e trajetória profissional.

Nas tabelas abaixo são apresentados os dados referentes aos atributos pessoais: sexo, idade e local de nascimento. Os entrevistados são, em sua maioria, do sexo masculino (71%), entre 20 a 39 anos (71%) (Tabela 23). Eles encontram-se na faixa etária de 20 a 59 anos, sendo 5 entrevistados de 20–29 anos, outros 5 de 30–39 anos, 3 de 40–49, e apenas 1 compreendido entre 50–59 anos (Tabela 24).

Tabela 23– Caracterização dos entrevistados, segundo o sexo

Feminino	4	29%
Masculino	10	71%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 24– Caracterização dos entrevistados, segundo a faixa etária

20–29	5
30–39	5
40–49	3
50–59	1

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o local de nascimento, tem-se que 43% dos entrevistados nasceram na cidade em que atuam, seguidos por 36% que nasceram em cidades vizinhas, e 7% que nasceram em BH, 7% em outras cidades do interior do Estado, e 7% que nasceram em outro estado (Quadro 9).

Quadro 9 – Caracterização dos entrevistados, segundo o local de nascimento

Na cidade de atuação	6	43%
Em cidades vizinhas	5	36%
Belo Horizonte	1	7%
Em outra cidade do interior do estado	1	7%
Em outro estado	1	7%

Fonte: Dados da pesquisa

Tem-se a maioria dos entrevistados formados em Universidades particulares (10 entrevistados), no entanto 4 destes realizaram o curso via PROUNI (Programa Universidade para Todos). Quatro dos entrevistados realizaram a graduação em Universidades Federais (Quadro 10).

Quadro 10 – Caracterização dos entrevistados, segundo a universidade em que se formou:

UIT, Itaúna, MG	Particular	6
UFMG, Belo Horizonte, MG	Pública	2
UNIFAL, Alfenas, MG	Pública	1
Suprema, Juiz de Fora, MG	Particular	1
UFOP – Ouro Preto, MG	Pública	1
Uni-BH, Belo Horizonte, MG	Particular	1
Uni Oeste – Presidente Prudente, SP	Particular	1
UNIMAR, Marília, SP	Particular	1

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo o ano de formação, a maioria dos entrevistados tem menos de cinco anos de formados (9 entrevistados) (Tabela 25). Em se tratando de especialização, 5 dos entrevistados já possuem especialização, enquanto 9 ainda não possuem (Tabela 26).

Tabela 25 – Caracterização dos entrevistados, segundo o ano de formação

Antes de 2000	1
2000–2013	2
2009–2014	2
2015–2018	6
2018–2019	3

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 26 – Caracterização dos entrevistados, segundo a especialização/residência

Medicina antroposófica	1
Nefrologia	1
Homeopatia	1
Geriatría	1
Clínica Médica	1
Não possui especialização	9

Fonte: Dados da pesquisa

Ao considerar o tempo de atuação na ESF, e na equipe em que os profissionais estão atuando, tem-se o resultado do Quadro 11. Observa-se que três dos entrevistados têm entre 10 e 15 anos

de atuação na ESF, sendo somente um desses três atuando sempre na mesma equipe (Quadro 11).

Quadro 11 – Caracterização dos entrevistados, segundo o tempo de trabalho no ESF/APS

Tempo de trabalho (t) em anos	Na Estratégia de Saúde da Família	Na Equipe em que está atuando
$t \leq 1$	E5, E4, E7, E9, E11, E14	E5, E4, E6, E7, E8, E9, E11, E14
$1 < t \leq 2$	E2, E6	E2, E3
$2 < t \leq 5$	E1, E10, E8	E1, E10
$5 < t \leq 10$		E12
$10 < t \leq 15$	E3, E12, E13	E13
$t < 15$		

Fonte: Dados da pesquisa

Ao serem questionados se exercem alguma outra atividade concomitante a ESF, 8 dos profissionais afirmaram atuar também em outros locais de trabalho, tais como plantões em UPAs, hospitais, ambulatórios, consultórios e SAMU. Seis dos entrevistados se dedicam exclusivamente a ESF (Quadro 12).

Quadro 12 – Caracterização dos entrevistados, segundo locais de trabalho

Somente na ESF em que foi entrevistado	6
Outros (Ambulatórios, consultórios, hospitais, UPAs, SAMU)	8

Fonte: Dados da pesquisa

A contextualização das características dos profissionais entrevistados se faz necessário, para o entendimento das percepções apresentadas nas demais dimensões abordadas neste estudo. Para tal, a Tabela 27 apresentará características dos entrevistados por código.

Tabela 27 –Características dos entrevistados por código

Código	Sexo	Idade	Estado Civil	Tempo de Formado	Especialização/ Residência	Tipo de contrato	Tempo na ESF (em anos)	Tempo na ESF no município (em anos)
E1	Masculino	40–49	Casado	De 1 a 4 anos	Não	Estatutário	3,6	3,6
E2	Masculino	20–29	Solteiro	De 1 a 4 anos	Não	Contrato por prazo determinado	1,8	1,8
E3	Masculino	40–49	Divorciado	De 11 a 15 anos	Sim	Contrato por prazo determinado	12,3	1,6
E4	Feminino	30–39	Solteira	De 1 a 4 anos	Não	Contrato por prazo determinado	0,8	0,8
E5	Feminino	20–29	Solteira	Menos de 1 ano	Não	Contrato por prazo determinado	0,3	0,3
E6	Masculino	30–39	Solteiro	De 1 a 4 anos	Não	Contrato por prazo determinado	1,2	0,8
E7	Masculino	20–29	Solteiro	Menos de 1 ano	Não	Contrato por prazo determinado	0,4	0,4
E8	Feminino	30–39	Solteira	Mais de 5 anos	Não	Contrato por prazo determinado	3,8	0,7
E9	Masculino	20–29	Solteiro	Menos de 1 ano	Não	Contrato por prazo determinado	0,8	0,2
E10	Feminino	30–39	Solteira	De 1 a 4 anos	Não	Estatutário	2,8	2,8
E11	Masculino	30–39	Solteiro	De 5 a 10 anos	Sim	Contrato por prazo determinado	0,7	0,7
E12	Masculino	40–49	Solteiro	De 11 a 15 anos	Sim	Estatutário	12,4	9,4
E13	Masculino	50–59	Casado	Mais de 15 anos	Sim	Concurso	10,6	10,6
E14	Masculino	20–29	Solteiro	De 1 a 4 anos	Não	Contrato por prazo determinado	0,4	0,4

Fonte: Elaborada pela autora

Após a contextualização do perfil entrevistados, faz-se a apresentação dos resultados obtidos nas entrevistas realizadas.

A primeira categoria abordada foi sobre o porquê de escolherem a medicina. A maioria dos entrevistados disseram ter alguma influência da família. Outros já disseram ter optado pela medicina por questões de mercado de trabalho e também financeiras.

“Olha, eu sempre tive uma paixão muito grande pela medicina e tenho um irmão que é médico também, e indiretamente acabou me influenciando, sem dúvida” (ENTREVISTADO 12).

“Diversos motivos. Na verdade, eu já queria Medicina [...] meu pai é médico, meu irmão é médico, alguns médicos na família. Então acaba que isso influencia” (ENTREVISTADO 1).

“Na verdade, assim, foi meio que desenrolando... Na verdade, eu queria veterinária, só que minha mãe é farmacêutica, bioquímica, eu tenho um primo médico, aí acabou que eu achava que ia fazer engenharia, depois da veterinária, e acabou caindo na medicina. Foi meio no susto” (ENTREVISTADA 10).

“Ah, eu acho que todo mundo na época tava escolhendo medicina e eu meio que fui junto também, sabe. Eu escolhi para falar a verdade, eu também gostava, eu via meu vô que teve câncer de próstata, eu me interessava também, assim pela área da saúde, aí eu acho que fui junto também. Vi o povo fazendo, e eu gostava mais da área biológica do que exatas. Então isso me ajudou” (ENTREVISTADA 4).

“Foi o gosto mesmo e muito influenciada por uma professora sempre influenciada, aí eu tentei, passei, aí durante o curso gostei mais ainda” (ENTREVISTADA 5).

Os entrevistados foram questionados sobre a opção por trabalhar na ESF. Nesta questão, já se começa a perceber que existem dois grupos distintos de profissionais, os que preferem a atenção básica, consultas ambulatoriais, e os aqueles que preferem a urgência e emergência.

“Para quem é recém-formado, a gente tem basicamente duas opções, que é o plantão ou PSF, porque não adianta eu querer abrir um consultório sendo uma recém-formada, ninguém vai me procurar. Então você ter que fazer uma especialidade. Antes disso só pode ficar na porta de entrada do SUS mesmo, eu escolhi PSF porque eu não sou perfil plantão, eu realmente não gosto muito de urgência e emergência e eu acho uma rotina mais tranquila que ficar vivendo de plantão. E eu quero estudar para passar na residência, então eu achei que caberia mais na minha rotina estar no PSF” (ENTREVISTADA 5).

“Bom, no meu caso, é que desde o começo do curso eu tenho preferência em atendimento de ambulatório, não muito, não tenho muito o perfil de emergência urgência. É, prefiro consulta clínica, e o posto é um ambiente organizado, é um estilo de trabalho organizado, e estratégia [...], mas é muito um perfil meu mesmo, de gostar de atendimento assim” (ENTREVISTADO 2).

“Eu gosto de rotina, sinceramente eu não gosto de ESF, eu não gosto do trabalho. Eu acho muito chato, quero fazer residência, mas aqui eu aprendo muito. Então você vê todo tipo de caso. Vê diabético, hipertensão, a casos raros, acamados, pós-cirúrgicos, tem tudo. A rotina me atrai. De sete às quatro. Quatro horas eu consigo sair, e o resto da tarde e da noite aproveitar para estudar, para divertir, pra dormir” (ENTREVISTADO 6).

O gostar da saúde pública e se identificar com a proposta da ESF é apontado pela maioria dos profissionais entrevistados como o motivo por escolher a atuação na ESF. Eles descrevem que gostam do contato longitudinal e da criação de vínculo com o paciente e as famílias, da

possibilidade de mudança de estilo de vida, de hábitos e da atuação na medicina de crianças, jovens, adultos e idosos. Além disso, a rotina que é considerada tranquila por eles é um fato que os atraiu para a atuação no programa em detrimento de outras oportunidades.

“Eu sempre gostei de atenção básica. Sempre gostei mais de atenção básica do que plantão propriamente dito. Porque a atenção básica sempre cria um vínculo com o paciente. Você tem algumas particularidades. Você tem aquele negócio de mudar estilo de vida, mudar hábito, atender a pessoa, passar conhecimento para a família e tal. Plantão você tem aquela coisa de atendeu, resolveu e liberou. Então você não cria esse vínculo” (ENTREVISTADO 1).

“O que me atrai, o que me mantém é a longitudinalidade, né. De você poder acompanhar um paciente, criar vínculo com a população, poder mesmo fazer uma microtransformação do local, né. O seu atendimento não é uma questão de números, não é uma questão de produção, é uma questão de você realmente ter uma população, no meu caso, uma população carente, carente de tudo, de orientação, de condição financeira, de dignidade mesmo. E se você levar e poder fazer uma pequena, ou grande né, depende do caso, fazer uma diferença, tipo é muito gratificante você poder levar... Eu observo muito isso nos pacientes... Você levar dignidade para eles, assim, ser alguém que considere, que olhe por eles, que preocupa, que dá o seu melhor, tipo, de você realmente tentar resolver o problema dele já é muito terapêutico, e com isso aí, você acaba conseguindo ter muito resultado, quando trabalha assim, quando você começa a entender a dinâmica social, então, estratégia da saúde da família é um campo muito rico, você consegue mudar um pouquinho a realidade, isso é muito gratificante e motivador. Acho que é o move quem gosta do que faz” (ENTREVISTADO 9).

“Porque eu gosto da medicina por completo, não de uma área específica. De atender crianças, adultos, idosos. Sou médico que quer ser médico generalista. Que atende de tudo mesmo. Escolhi vir para cá para me realizar mesmo. Durante minha temporada na nefrologia, vi muitos problemas na área de saúde básica e resolvi vir para cá tentar resolvê-los” (ENTREVISTADO 11).

“Eu acho que a ESF, além da carga horária que eu gosto, né, ser durante a semana, me atrai. Eu também gosto desse contato com o paciente, com a família, eu acho que ajuda muito a gente ter contato [...] A gente consegue ter o contato continuado, você tem contato com os filhos, com os pais, então acaba que uma pessoa complementa outra. As agentes trazem muita demanda, então você conhece a população, sabem te orientar. E também tem a parte da saúde da criança, saúde da mulher que eu acho interessante desenvolver. Então eu gosto da ESF por isso, por ela ser mais completa, por você dar um cuidado completo, que às vezes você não consegue na UBS, você não consegue no plantão. Eu acho que isso que me atrai muito pra trabalhar na ESF” (ENTREVISTADO 14).

Questões financeiras foram apontadas como fator de atração em um primeiro momento.

“Primeiro a questão do pacote, foi a parte financeira. Parte financeira. Depois eu achei interessante algumas, algumas coisas que no papel é muito bonito, porque o SUS, no papel, ele é maravilhoso, né? Então tem a questão realmente de prevenção, de orientação. Então eu achei bacana, achei... e hoje eu faço a cidade aqui por uma questão meio de... É um pouco mais tranquilo, então eu tenho um tempo de formado, então eu sei que uma coisa mais tranquila, e com menos stress” (ENTREVISTADO 3).

Os recém-formados veem na ESF uma porta de entrada para aprendizado e também se sentem seguros devido à estrutura da ESF com a equipe multiprofissional e o apoio das especialidades. Além disso, esses profissionais acreditam que, pela rotina tida como mais tranquila por eles, é possível conciliar com os estudos para a residência, como já comprovado em fala anterior.

“Porque é mais tranquilo, por causa da ajuda dos especialistas para poder ajudar na

resolução de casos que eu não consiga definir o diagnóstico sozinho” (ENTREVISTADO 7).

4.3.2 Gestão

Nesta dimensão, foram abordados temas referentes à forma de contrato e processo de seleção, capacitações, relação com a gerência, e remuneração.

- Forma de contrato

Sobre a forma de contratação, os entrevistados se dividiram em estatutários, que tiveram como processo de seleção o concurso público, e contratados por tempo determinado, por meio de processo seletivo via prova de conhecimento específico, processo seletivo simplificado via análise currículo, ou por simples indicação.

Ao serem questionados sobre a importância do vínculo contratual, veem-se duas visões distintas: a dos profissionais que não desejam permanecer por muito tempo na ESF, considerando, assim, o contrato por tempo determinado — que pode ser rescindido por qualquer uma das partes a qualquer momento — favorável, e aqueles que desejariam permanecer na ESF e acreditam que esse tipo de contrato deixa a relação contratual muito frágil.

“O contrato é mais interessante, pois não pretendo ter o ESF como plano de vida. Essa fase de recém-formado é muito instável e por isso o contrato temporário é mais viável, pois posso sair sem qualquer pendência jurídica. Se eu fosse concursado, seria obrigado a ficar mesmo que passasse na residência” (ENTREVISTADO 7).

“Para quem quer fazer uma carreira na área da saúde, eu acho o concurso mais garantido, um contrato maior mais garantido... Mas eu pretendo sair talvez em abril quando eu fizer um ano, em junho, eu penso em sair não pelo trabalho, mas porque eu quero fazer residência, então pra mim esse contrato, que eu posso interromper a qualquer momento, para mim é ótimo” (ENTREVISTADO 6).

Os que desejam permanecer por mais tempo na ESF acreditam que o concurso público garante estabilidade, segurança, além de possibilidade de um plano de carreira. Apontaram também a fragilidade destes contratos temporários que não facilitam a fixação dos profissionais nas respectivas UBSs.

“Era melhor um concurso, porque aqui eu não tenho segurança nenhuma, né. Acabou o contrato, eles podem renovar ou não. Depende se eles quiserem ou não, sabe?” (ENTREVISTADA 4)

“Essa questão do vínculo trabalhista, ele é o calcanhar de Aquiles. Ele é muito frágil. Tanto o contrato de Xxxxxxxx quanto o daqui de Yyyyyyyyy não tem garantia nenhuma. Yyyyyyyyy é pior ainda... Meu contrato não pode nem ser renovado. Se eu quiser renovar, eu tenho que entrar em outro processo seletivo. Nada garante que eu vou continuar na minha unidade ou em outra. Meu contrato é de um ano, então ele vai

até o ano que vem só. Eu posso ser mandado embora a qualquer hora, então não tem muitas garantias, não” (ENTREVISTADO 9).

“[...] até teve um concurso, né. E aqui tava tendo uma falta muito grande de médicos, né, a maioria dos médicos são contratados, e eles fizeram um concurso com apenas uma vaga, sendo que não abriram o processo seletivo. Então eu acho que isso é péssimo, se o interesse deles é manter um profissional, né... O interesse da ESF seria que o profissional ficasse, né. Se eles fossem de encontro, acho que seria interessante o concurso, ou então um processo seletivo com uma duração maior que seis meses. Seis meses acaba dando muita margem pra trocas mesmo, né. Muito frágil, porque você também fica inseguro, não sabe se vai renovar, então você sempre tá arrumando novas possibilidades, só que isso dificulta essa permanência” (ENTREVISTADO 14).
 “Eu acho que o concurso seguraria o médico mais, se ele tivesse algum tipo de garantia. Porque o concurso, querendo ou não, você tem aqueles, depois que tiver na prefeitura muito tempo você vai ter adicionais lá e o concurso te dá a garantia que você tem seu emprego se você quiser você sai, mas você tem sua garantia do seu emprego. [...] Mas, eu acredito que, assim, um concurso, uma prefeitura que contrata via concurso, até mesmo do processo de seletivo tem uma garantia maior, então aquele médico que tem família, que tem crianças, que querem estabilidade do lugar, que quer morar naquele lugar, que quer adquirir uma carreira ali e que não tem muita prerrogativa de fazer uma especialização ou sai daquilo ali, que ali tá bom para ele, o concurso vai ajudar ele a ficar” (ENTREVISTADA 8).

A possibilidade de se ter um plano de cargos e salários é algo que os entrevistados apontam como motivo de atração e também fixação, pensando na carreira a longo prazo.

“Concursado, estatutário, sem dúvida o concurso em si é uma estabilidade, atraindo qualquer um né... próximo à região metropolitana, outro fator preponderante porque eu tenho filha e... a questão sim é o plano de carreira e salários ainda desejar, mas isto está em processo, eu sou um dos que ficaram, com essa crise financeira que teve, o salário variou, houve um corte de salários e todos os profissionais saem e não abanam o rabo, mas quem gosta mesmo considera outros aspectos” (ENTREVISTADO 12).

“Eu acho que o concurso é um atrativo, porque passa a ser estatutário, ter um plano de carreira, e salário, né! Uma coisa mais estável, uma coisa que eu acho que é legal” (ENTREVISTADO 13).

Percebe-se também pela fala dos entrevistados, que não há por parte dos municípios uma preocupação em um processo seletivo que busque pelo perfil do profissional requerido para a atuação da atenção primária, especificamente na ESF. Não há sequer uma conversa com os profissionais para entendimento do perfil profissional, da perspectiva de futuro e carreira, o que poderia já de antemão entender o porquê de o profissional buscar aquela vaga, e também o tempo que esse profissional pensa em permanecer no município.

Outra questão abordada acerca do processo de seleção foi a influência política nas contratações. Esta questão foi abordada pela maioria dos entrevistados. Deve-se recordar aqui, que os municípios da regional estudada são, praticamente na sua totalidade, compostos por cidades com menos de 100.000 habitantes, tendo somente Divinópolis uma população acima deste valor.

“Sim, influencia demais principalmente em municípios pequenos. Você tá do lado político da gestão, você consegue muito mais cidade. A gente vê que, em municípios

pequenos, a política é muito forte. Inclusive isso para mim foi um meio com certeza” (ENTREVISTADA 5).

“De acordo com o prefeito. Acredito que todos vão falar isso com você. Não existe concurso, e até eles falam porque até eles falam que isso é um programa, isso não é uma, então eles não podem fazer um concurso de um programa. Então eles fazem um contrato eletivo, é. Ou então eles olham para tua cara, e, e você vai vestir a camisa do prefeito? Se você vai vestir a camisa do prefeito, você vai se dar bem, se você não vai vestir, você tá fora” (ENTREVISTADO 3).

“Eu acho que uma forma, a mais importante até para manter o vínculo. Porque o contratado, você fica muito, principalmente cidade pequena, é muita politicagem, muito tudo... Sendo uma coisa mais tranquila, mais, se tem a noção que você vai poder continuar, tudo isso” (ENTREVISTADA 10).

- Capacitações

As capacitações foram consideradas importantes por todos os profissionais. No entanto, muitos destes profissionais dizem não ser oferecidas nem pelo município, nem pela regional de saúde; quando são oferecidas, não apresentam tanta utilidade.

“Acho importante, até como forma de contato dos profissionais. Não só médicos, enfermeiros também. Se não, vira muito assim, isolado, só o seu lado e esquece dos outros” (ENTREVISTADA 10).

“A capacitação em primeiro lugar é uma atualização, né... Que foge dos livros didáticos, né... Ela é uma vivência mesmo do que é uma estratégia de saúde, como modificar uma estrutura vigente que atua até hoje ainda, né... Hoje temos um atendimento mais assistencialista, né, do que o focado na prevenção, né, que possibilita a troca de experiência, né...” (ENTREVISTADO 12).

“Bom a mais importante é a atualização em relação às condições de saúde do município, e a própria continuidade de educação profissional mesmo dos médicos, que já saem da faculdade e não tão fazendo nenhum outro curso, é um meio de continuidade do aprendizado” (ENTREVISTADO 2).

“Com certeza. Com certeza, porque nossa formação ela, o modelo, né, de currículo é muito voltado para a especialidade, então fica faltando muita coisa” (ENTREVISTADO 13).

“A maior parte, eu acho inútil. Muita coisa muito básica, que qualquer médico sabe, mas tem reuniões muito proveitosas. Mas de novo, maioria é mal organizada e inútil. A gente cancela agenda que poderia tá atendendo, prejudica a população, para coisas ridículas. Vou te dar um exemplo, a gente teve uma aula como faz o pré-natal, exame físico da mulher. Isso eu aprendi na faculdade, como médico, ele é obrigado a fazer isso, ele sabe fazer isso. E perdeu uma tarde para isso” (ENTREVISTADO 6).

Os que possuem em seu município capacitações frequentes afirmam que essa questão foi um atrativo para irem atuar neste local.

“A região é boa para capacitações. Todas de grande relevância prática, inclusive auxilia muito isso daí. É essencial, isso daí. Foi uma coisa que me fez um pouco vir para cá, porque aqui tem bem mais curso de capacitação do que eu tava antes” (ENTREVISTADO 9).

“São muito importantes por “n” motivos, mas uma pequena parcela dos funcionários tem interesse em participar disso e assim facilita para a prefeitura não fazer nada” (ENTREVISTADO 11).

- Relação com a gerência

A maioria dos profissionais dizem não precisar de tanto contato com a gerência na figura do secretário de saúde. No entanto, afirmam que, quando é necessário o contato, são bem recebidos, e as solicitações, sempre que possível, são atendidas.

Um aspecto questionado nessa questão foi a importância de a gerência ter capacidades técnicas e conhecimento da área da saúde para ocupar o cargo.

“O secretário de saúde daqui é muito tranquilo. Pessoal muito correto. Acho importante o secretário de saúde ser um profissional da saúde, não necessariamente um médico. Pode ser um médico, um enfermeiro, um farmacêutico. Alguém que trabalha na saúde para entender os problemas da saúde. Acaba que a pessoa sendo da área, ela entende os problemas do dia a dia e tem diálogo para entender a melhor forma de resolver os problemas” (ENTREVISTADO 1).

“Tem muito a questão também que eu consigo perceber, desde a época da faculdade. Muita gestão política na área da saúde. Ela não é feita com profissionais com embasamento técnico, muitas vezes os cargos são colocados por questões políticas, aí pessoas que tem de fazer decisões de caráter técnico, e distribuir recursos ou promover ações, eles não têm a menor noção da realidade da saúde pública, e o que precisa ser feito” (ENTREVISTADO 9).

Mais uma vez a questão política é apontada.

“Política... Totalmente política. Eu costumo brincar, que hoje o médico tem que ser um ‘vaselinador’, tem que ser um bagre ensaboado, tem que dizer sim, saber jogar o jogo de cintura, que em questões que são assim, totalmente absurdas, entendeu? Mas você também não pode dizer não logo de cara. Então é assim, é uma questão política, porque na maioria das vezes quem tá no cargo não tem um pingão de ideia de gestão na área da saúde, então, quando você escuta aquilo, você fala assim, isso aqui é impossível de praticar. Mas você tem que de alguma maneira política, porque senão você roda” (ENTREVISTADO 3).

- Remuneração

A remuneração de cada município variou de R\$ 10.000,00 a R\$ 16.000,00 bruto. No entanto, no quesito remuneração, a maioria considerou-a justa quando se compara com outras realidades e profissões.

Quando se considera o trabalho realizado na ESF, e também outras possibilidades no mercado, os respondentes acham que poderia ser melhor, e mais satisfatória. Para início de carreira, o salário na ESF é considerado atrativo.

“Não sei exato. Bruto dezesseis mil e uns quebrados. Líquido cai para doze mil e uns quebrados... Remuneração satisfatória, excelente, muito boa! Tem médico que acha pouco, mas muito bom. Se você pegar a população brasileira, nossa é muito dinheiro, muito dinheiro mesmo. Por exemplo, as meninas da recepção, as mesárias, as próprias agentes de saúde recebem salário mínimo, não sei o valor, mil e pouco alguma coisa

assim. Elas trabalham muito mais, trabalham no sol, elas teriam que ter um salário maior” (ENTREVISTADO 6).

“Bruto é de R\$ 16.000,00 e com os descontos é de R\$ 12.000,00. A remuneração é justa para a demanda da cidade e para quem está em início de carreira. Comecei atuando com 35 consultas diárias, essa demanda foi sendo adequada para uma consulta mais detalhada e hoje atendo 25 consultas diárias” (ENTREVISTADO 7).

“Bruto é de R\$ 12.000,00 e com os descontos é de R\$ 9.000,00. A remuneração é justa para a demanda da cidade e para quem está em início de carreira. É maior do que a de todos os funcionários da área de saúde da prefeitura. Se aparecer algo mais atrativo, lógico que irei” (ENTREVISTADO 11).

“O salário líquido é em torno de 11 mil reais. Não eu acho que poderia ser um pouco melhor dado a disponibilidade do profissional no interior a fixação. Acredito eu que uns 20% a mais, nada de o dobro, nada disso, mais uma valorização melhor, um plano de carreira melhor a questão do direito. [...] Não justifica o município não ter, se ele quer fixar o profissional, já que a rotatividade do profissional é muito mais onerosa do que se fixar o profissional” (ENTREVISTADO 12).

“É R\$ 12.000 bruto. Não, não acho não, porque exige tanto do profissional. Às vezes eu atendo doze de manhã, quinze à tarde, então eu acho que deixa a desejar” (ENTREVISTADA 4).

Houve também a sugestão de um salário fixo, mais um adicional por produtividade.

“Pouca. Eu acredito assim, que poderia ser ampliada um pouco mais. Já foi feita uma época do SUS antigamente a questão de produtividade, por que aí favorece quem quer trabalhar, aquela coisa de comprometimento com o serviço, certo? Alcançou metas, se conseguiu fazer tantos preventivos. Hoje a gente sabe que isso tem pro município, que é o PMAQ, aquelas coisas, mas não pro profissional. Então o profissional se sente simplesmente o burro que tá carregando toda a estrutura da saúde e quem tá tocando o sistema nem sabe de nada e acha que tá te pagando bem. Então eu acredito que deveria ser melhor remunerado, e teria que ter um pouco de produtividade (ENTREVISTADO 3).

4.3.3 Organização do trabalho

Na abordagem de organização do trabalho, abarcaram-se as vantagens e desvantagens de se trabalhar na ESF, a relação dos profissionais com a equipe e com a comunidade, e o planejamento do trabalho nas Unidades de Saúde.

- Sobre as vantagens de se trabalhar na ESF

Quando questionados sobre as vantagens de se trabalhar na ESF, os entrevistados retomaram a questão da rotina, da carga horária e a oportunidade de conciliar com outros projetos.

“É, igual eu falei, a rotina é muito boa, igual eu falei de sete às quatro dá pra atender um número suficiente de pacientes, sobra tempo. Tem médico que fala que não dá tempo, mas...” (ENTREVISTADO 6).

“Então, eu gosto bastante dessa área, gosto da área continuada, como eu te falei eu não gosto de consultório particular, de ter aquela, de ter aquela rotina do consultório particular, não gosto. E assim, a chance de eu continuar é grande, até porque dá pra eu conciliar com a medicina intensiva, que é uma área que eu sou apaixonada. A

possibilidade de conhecer o contexto da população que atende, a questão do vínculo com os pacientes, e a possibilidade de interação e troca de experiência com a equipe multiprofissional são apontadas como vantagens” (ENTREVISTADA 10).

“As principais vantagens é que você tem a possibilidade de uma vez integrado à equipe, né... você pode dar o seu tom para ela, né... a equipe vai atuar em conjunto com as atribuições em comum do ESF, do agente comunitário de saúde, do enfermeiro, do técnico de enfermagem, da cirurgiã dentista, da auxiliar bucal, né, e do médico. São todas as atribuições comuns da equipe, orientação ao paciente e isso é bom se a equipe estiver com seus funcionários ou concursado ou com vínculos, mais estabelecidos, né... será melhor. Uma vez que você já conhece o histórico da população, você já não tem tanta surpresa né, você sabe como lidar, né” (ENTREVISTADO 12).

“Vínculo, boa relação médico-paciente. Não só saber sobre a enfermidade. Mas dos hábitos, dos relacionamentos interpessoais, condições de trabalho. O negócio é global. Então às vezes um negócio que parece pequenininho, vai gerando um efeito cascata. Para você conhecer a pessoa e o seu convívio, você tem que estar inserido no programa de saúde coletiva. Na saúde da família, você não trata só do problema agudo e sim olha como um todo, até para prevenir complicações” (ENTREVISTADO 1).

“As vantagens é basicamente o que eu já citei anteriormente como poder discutir casos com outros colegas médicos e com outros colegas do setor de saúde. É surpreendente como conseguimos resolver os problemas de saúde das pessoas sempre que podemos. Isso não acontece em consultório particular, só em hospital. Busco sempre sentar e conversar com o paciente seguindo o meu roteiro prévio de consulta, às vezes, descubro que o paciente está somatizando problemas psíquicos. Sem conversar, acho que é um atendimento de pronto-socorro” (ENTREVISTADO 11).

“Dá tempo pra eu pensar, pra eu pensar o cuidado de um paciente e assim, de auxílio também da minha equipe, porque você tá trabalhando no pronto-atendimento que não tem aquela informação completa da unidade de saúde da família e você for trabalhar particular pra você abrir um consultório, você não vai ter equipe, você vai ter sua secretaria, um auxiliar, e é raro você ter um enfermeira para te ajudar num consultório particular, e assim o paciente chega aqui pra mim, eu tenho informação dele, o que ele fez com o nutricionista, o que ele fez com o fonoaudiólogo, o que que ele fez com fisioterapeuta, eu tenho o agente de saúde que me conta informação lá da casa dele” (ENTREVISTADA 8).

- Sobre as desvantagens de se trabalhar na ESF

Diversas questões foram levantadas neste item. Os profissionais acreditam que falta incentivo, falta reconhecimento, falta atualizações, e o trabalho no programa pode trazer certa monotonia com o passar do tempo.

“As desvantagens... Falta de atualização, né. Falta de incentivo, eu acho que às vezes o trabalho em equipe é difícil, porque não depende só do médico. Mais isso mesmo!” (ENTREVISTADA 4).

“As desvantagens é que o médico da área básica não tem reconhecimento pelo que faz caso a queixa do paciente siga para uma cirurgia ou um atendimento especializado ou um parto” (ENTREVISTADO 11).

“A desvantagem é que, acaba que, com o passar do tempo, isso aí é um tempo variável, acaba criando uma certa monotonia. Sem grandes novidades, isso aí pode deixar o trabalho monótono, né, de certa forma, se não tiver nenhuma atividade extra, nenhuma programação fora assim do normal proposto. Do ponto de vista médico mesmo tem

uma desvantagem de pôr na maioria das vezes trabalhar com problemas de baixa complexidade, acaba não exigindo muito da atuação do médico em conteúdo, em conhecimento muito específico. Acaba tendo que fazer muito encaminhamento, referência para serviço especializado e aí tem essa pendência” (ENTREVISTADO 2).

Algo também apontado pelos entrevistados foi a educação dos usuários em relação ao uso do SUS. Os profissionais consideram que os usuários não sabem diferenciar o local que devem procurar quando são acometidos por alguma queixa.

“As desvantagens, é o que eu tô falando, que que acontece, os pacientes às vezes não têm, não conseguem diferenciar. Igual tem uns que tão aqui todos os dias, e não conseguem diferenciar, tem uns que tão aqui todos os dias, e outros que passam anos sem vir. Essa disparidade que não... E que que acontece, às vezes igual, eu vejo a pessoa falar que tipo assim, quer ser atendido na hora, é uma falta de educação mesmo” (ENTREVISTADA 10).

“As desvantagens é que eu acho que a população em geral por falta de educação no sentido de informação, não por falta de educação por tempo de estudo, mas por falta de orientação e de informação não sabe usar o sistema, não sabe de jeito nenhum, não sabe usar o sistema onde ele tem que ir de acordo com o nível da queixa dele” (ENTREVISTADA 8).

O trabalho em equipe foi considerado uma dificuldade, tendo em vista que alguns profissionais médicos foram acostumados a desenvolver trabalhos individualmente.

“Desvantagens... É ... Dificuldades, vamos chamar assim, né... Trabalho em equipe. Trabalho em equipe é um desafio. Eu sempre fui acostumado a desenvolver meu trabalho individualmente. O Médico tem essa... Acho que todo profissional tem essa possibilidade de ter o seu trabalho com a sua população, com se cliente, com seu paciente né, e aqui, é na Estratégia de Saúde da Família você tem a equipe, você é, necessita que cada um faça sua parte, né... Então, que o enfermeiro faça a parte dele, os agente de saúde cumpram também a parte deles... Porque senão a gente não consegue atingir nossos objetivos” (ENTREVISTADO 13).

Outro item apontado é a questão do quantitativo de população vinculado a cada equipe. Os entrevistados apontam que a demanda é grande, e que precisam se desdobrar para conseguir atender a todos os usuários.

“Depende muito, por que o que que acontece, às vezes é, o posto que eu trabalho é o maior posto do município em termos de população. Você tem que ‘rebolar’ para atender todo mundo, da melhor forma possível. Encaixa um aqui, encaixa outro ali, às vezes estica um pouquinho para ir pro horário de almoço, ou para sair. Então, essa é a principal desvantagem. O tanto de pessoas a serem atendidas na unidade. Aqui deve ter mais de 4000 habitantes nesse posto” (ENTREVISTADO 1).

Muitos municípios já aderiram ao prontuário eletrônico. Em municípios em que o prontuário continua manual, os profissionais veem isto como uma desvantagem, bem como a falta de informatização para o agendamento de consultas.

“Aqui é prontuário manual, deveria ser já digital, um computador facilitaria muito a vida. Questão de prontuário às vezes rasga, cada letra de um médico é diferente, então

você tem dificuldade para ler o passado do paciente, então se fosse computadorizado seria muito mais fácil. Agenda todo manual, é caderno, agendamento, às vezes fica mal organizado. Por mais que elas se esforcem, a culpa nem é delas, é por causa do sistema mesmo” (ENTREVISTADO 6).

Um dos entrevistados aponta que a alta rotatividade dos colegas de trabalho que atuam em outras unidades é uma desvantagem de se atuar na ESF. Isto porque, quando isto ocorre, há sobrecarga de trabalho para os profissionais que ficam e têm de cobrir a área de abrangência dos que saem.

“As desvantagens seria exatamente quando não tem um profissional ou fica uma rotatividade... aqui como qualquer outro município brasileiro até para programar férias é de bom tom as receitas prontas, enfim uma margem de segurança para não precisar requisitar outro profissional, mas nem todo mundo faz isso aí sobra pra alguém... sobra receita, sobra análise, aí fica bagunçado e desorganizado” (ENTREVISTADO 12).

- Relação com a equipe

Os médicos em sua totalidade afirmam que possuem um bom relacionamento com suas equipes, não desconsiderando conflitos interpessoais existente entre as outras categorias profissionais. No entanto, esses conflitos não influenciam na relação médico x equipe.

É salientada, também, a importância de se ter uma equipe alinhada com o mesmo propósito para alcançar a efetividade dos resultados.

“O relacionamento com minha equipe é muito tranquilo, mas eu percebo que há conflitos interpessoais entre funcionários. Não me intrometo em conflitos deles” (ENTREVISTADO 11).

“É uma relação muito tranquila. Como no meu posto é uma área de abrangência muito grande, e existem dois médicos, e o outro profissional tem as suas áreas, suas agentes de saúde, mas a única divisão é imaginária que tem, mas a relação quando precisa de resolver qualquer tipo de pendência, ou atendimento dessas coisas, dessas outras áreas, é tranquilo, da equipe do NASF, odontologia, técnica de enfermagem, a própria enfermeira, isso aí, não tenho nada a acrescentar não, é uma relação bem fluente aqui. Tem nada que fica garrando, atrapalhando a relação” (ENTREVISTADO 2).

“Tenho uma relação muito boa com a enfermeira, tenho duas técnicas de enfermagem que também são muito boas, são experientes e tudo. As ACS são pontuais, vão nas casas, vê se tem algum probleminha, aí já avisa com antecedência. Então, assim, eu gosto muito da minha equipe de trabalho, e eu acho que para funcionar direito tem que ter uma equipe de trabalho que funciona. Fazemos reunião aqui toda sexta-feira no final do expediente, com ata tudo certinho, e isso ajuda muito, pois vê alguma coisinha que um estava sabendo e o outro não estava sabendo, já faz o resumo da semana, né. O pessoal do NASF participa bastante aqui também” (ENTREVISTADO 1).

“É ótimo, é muito boa. [...] Os meus agente de saúde fazem tudo que eu preciso, buscam todas as informações que eu preciso, a minha enfermeira é ótima, é só a gente comunicar, ele me pede muita coisa e eu peço muita coisa pra ela, porque tem coisa

que não é função do médico que eu consigo o retorno dela que ela faz pra mim, ela resolve tudo, e ela faz a parte administrava porque médico não entende de administração de saúde” (ENTREVISTADA 8).

- Relação com a comunidade

Em se tratando da relação com a comunidade, os profissionais também afirmam ter um bom relacionamento com a comunidade e acreditam que este bom relacionamento contribui para o resultado do trabalho desenvolvido por eles.

Em todos os municípios que tiveram profissionais entrevistados, há visitas regulares aos usuários que não conseguem comparecer as unidades de saúde. Além disso, são realizadas atividades de prevenção e promoção da saúde, em alguns municípios com maior intensidade e mais estruturadas.

A saúde do trabalhador também é aplicada para a maioria dos municípios que trabalham com horário estendido para atender a este nicho da população.

Outra questão apontada é que o comprometimento do médico com a população favorece a relação com a comunidade e transmite confiança e respeito por parte da população para com o médico.

“A Unidade de Saúde tem sido feito algumas ações igual a saúde do trabalhador para poder atingir a população economicamente ativa. Temos os projetos de caminhada, a hidroginástica que tem no município, tem um projeto de homeopatia e conscientizar a população sobre o excesso de medicamento e a poli farmácia” (ENTREVISTADO 12).

“Tem as visitas domiciliares aos pacientes que são acamados, ou restritos ao leito, ou cadeirante que tem alguma dificuldade de locomoção até a unidade, por problema crônico, ou num evento agudo de doença. Mas tem esses atendimentos semanalmente, tanto eu quanto o outro profissional da unidade, e em questão de promoção da saúde, temos esses outros eventos de grupos que a gente faz com a população. É... temos outras atividades que não envolvem assim, um grupo propriamente específico assim de doenças, mas convidamos todas as pessoas do posto para fazer uma atividade física, uma caminhada, no horário de atendimento mesmo do posto, a gente faz isso, é uma relação bem tranquila, tanto nos atendimentos, quanto nas rotinas do posto” (ENTREVISTADO 2).

“Eu tenho sido acolhido, eu tô aqui tem um ano e meio mais ou menos, se falava disso, que era um lugar muito difícil, mas acredito que não. Acredito que os outros colegas não tinham um pouco de compromisso, né. São oito horas, aí eles faziam três, quatro e iam embora, aí a comunidade... Eu mesmo sem consulta eu fico aqui... Por exemplo, agora, mas eu fico aqui, mesmo se não vier ninguém, eu fico aqui e não saio, então a comunidade vê isso como que eu tô tendo respeito para com eles” (ENTREVISTADO 3).

- Planejamento do trabalho na unidade de saúde

Neste item, os entrevistados foram questionados sobre o planejamento do trabalho na unidade, e as respostas trouxeram pontos positivos e pontos a melhorar.

Apesar de todos os médicos terem dito que a relação com a equipe é boa, surge respostas de que deveria haver mais diálogos, mais reuniões com a própria equipe, com os gestores e com as demais equipes do município.

“Há muito o que mudar, como por exemplo, diálogo dos enfermeiros com os médicos, reuniões entre médicos e a equipe gestora de saúde” (ENTREVISTADO 7).

Outra questão apontada é que o médico não tem autonomia no processo de planejamento. Em alguns municípios, esse processo já vem engessado, o que não permite a adequação de acordo com as especificidades de cada unidade. Em outros, a equipe consegue planejar a agenda e as atividades em conjunto.

“O planejamento é pronto, engessado. Tentei mudanças, como abrir agendas para marcações antecipadas de consultas, mas o pessoal do ESF não aceitou. Logo as pessoas chegam por volta de 12:00 para serem atendidas e às vezes os últimos vão sendo atendidos só depois das 16:00” (ENTREVISTADO 7).

“O planejamento é em conjunto. Não nada imposto nem por mim, nem por ela. Tem as quantidades de atendimento de determinados grupos, que a gente tem que atender, por exemplo pré-natal, de hiperdia, puericultura, acaba que cada dia, cada mês tem sua demanda, sua meta de atendimentos. Isso é dividido ao longo da agenda, mas tudo muito bem equilibrado. É tranquilo, sempre é decidido e discutido em reunião” (ENTREVISTADO 2).

4.3.4 Condições de trabalho

Nesta seção, serão tratados aspectos referentes a condições físicas e materiais, localização e mercado de trabalho da região.

- Condições Físicas e Materiais

Em se tratando de condições de trabalho, especificamente de condições físicas e materiais, tem que ser levar em conta que há municípios com diferentes estruturas, condições financeiras e gestão.

As condições físicas em algumas unidades são tidas como precárias; já em outros, as unidades

são instaladas em locais improvisados ou mal planejados.

Outra questão apontada é a demora na reposição de materiais essenciais para o funcionamento das unidades.

“O que eu acho bom é que há ar condicionado na sala de atendimento, sala de observação organizada, questões de insalubridade bem resolvidas, presença de cadeira ergométrica para o profissional médico. O que poderia melhorar é a reposição de materiais que vão acabando ao longo do serviço como *tonner* de impressão, reposição de medicamentos faltosos e padronização dos medicamentos a serem dispensados pela farmácia municipal em acordo com os medicamentos prescritos pelos médicos” (ENTREVISTADO 11).

“Nossa, eu trabalho com condições completamente extremas assim... Eu vou te dar um exemplo, em um posto aqui que é novinho, lindo maravilhoso, tem tudo. Em outro posto não tem descarga no banheiro, não tem uma cozinha, então eu trabalho em condições, cada lugar e de um jeito. Hoje eu estava atendendo em um posto, e eu tive que sair mais cedo, pois, quando chove, molha dentro da unidade, então assim, condições físicas não tão legais” (ENTREVISTADA 5).

“Olha, a dificuldade que eu vivo, principalmente aqui, é em relação à estrutura, atualmente o meu posto, ele assim, ele não foi planejado para ser um posto. Ele foi adaptado. Então tem muita dificuldade com isso. Em tamanho, local de sala, né, de do meu trabalho como médico mesmo, mas dos outros profissionais também são afetados com isso. É, agora tá até em mudança, tá pra inaugurar uma unidade nova, mas é a principal dificuldade aqui. A vantagem é de ser uma população não tão carente, então elas não sobrecarregam a oferta que serviço que a gente tem. É uma população mais esclarecida, então é fácil de dialogar, de explicar o funcionamento e de poder providenciar o que elas precisam mesmo” (ENTREVISTADO 2).

“Estrutura, eu acho que falta equipamento. A gente tinha que ter um suporte de urgência, porque querendo ou não, eu posso ter um agravo aqui agudo. Por exemplo, lá embaixo eu tinha eletro, eu tirava eletro pra mim a hora que eu quisesse, exame, por exemplo, eu tenho dificuldade porque a prefeitura paga o exame, mas às vezes o exame atrasa, por exemplo, se eu quiser marcar um exame hoje, se não for prioridade, eu preciso esperar dois meses para fazer um exame de sangue, por exemplo. Agora no final do ano, eles dispensaram para fechar as contas, o ultrassom, o médico de ultrassonografia, tirou ele do ultrassom, então eu tenho aquelas pacientes muito carentes, uma gestante, por exemplo, não tem condição de fazer um ultrassom, ou um paciente que está com uma dor abdominal aguda que não tem condição” (ENTREVISTADA 8).

- Estrutura da Unidade de Saúde e da rede municipal

O problema do não cumprimento da diretriz da quantidade populacional por equipe de ESF é algo novamente apontado e recorrente. Muitos municípios não respeitam o limite, sobrecarregando os profissionais.

“Você trabalhar com uma área de abrangência de uma população adequada, né? Nos tamo com uma superpopulação aqui. Em torno de seis mil usuários, então tem uma demanda muito grande de tudo. De consulta, de receita, entendeu? E é um movimento grande isso daí. Estressa... Sobrecarrega a equipe” (ENTREVISTADO 13).

Os medicamentos fornecidos via farmácia municipal é um problema em muitos municípios, tanto pela falta quanto pela diversidade (o médico é obrigado a prescrever os medicamentos que o SUS fornece, não sendo possível indicar outros diferentes dos que existem na farmácia).

“Falta muita medicação. falta medicação, não para dentro da unidade, tudo que eu peço chega, mas para dar o paciente para conseguir na farmacinha popular. Exames até uma quantidade razoável, não posso reclamar, e falta especialistas” (ENTREVISTADA 5).

“As medicações, eles querem forçar a gente às vezes a comprar só o que tá no sistema, porque senão eles vão no advogado e tem que dar outro remédio, e tento dar o melhor tratamento pro paciente, se não tem no sistema, tô nem aí. Ai às vezes eu falo, o sistema não tá funcionando, então acaba burlando um pouco. Isso aí, a questão de exame, o fato de eu trabalhar no pronto atendimento também e ter uma certa confiança do prefeito, então, de exames, eu nem consigo te dar muita dimensão disso” (ENTREVISTADO 3).

A indicação para especialidade também foi citada como uma deficiência de alguns municípios, principalmente os que estão distantes das cidades que possuem referenciamento.

“A questão mais que pega aqui é a questão de especialidade. Porque é uma coisa que a gente tem uma limitação. Não é só aqui, mas é uma coisa que poderia melhorar” (ENTREVISTADA 10).

A burocracia e a falta de autonomia do médico geram entraves, por exemplo, para a realização de exames, ou fornecimento de remédio pela farmácia municipal.

“Estrutura é lógico. Já cheguei aqui sabendo, né. A gente costuma ser mais, a questão de ter um pouco mais de autonomia com algumas condutas, com a intenção de se organizar, se cria muitos entraves pros pacientes, muitas etapas para chegar a coisas que ser cedida para eles. E o paciente não entende e a gente vira burocrata, então a gente dá uma folha, ele vai lá, pega outra guia que tem que ter uma carimbada, aí volta pra mim, então assim, a gente se sente meio palhaço do sistema. Mas pó, aí parece que o médico que tá travando alguma coisa, então eu acho que seria interessante se tivesse um pouco mais de autonomia (ENTREVISTADO 3).

- **Localização**

A localização geográfica é considerada por todos os profissionais como determinantes na escolha do profissional se fixar nos municípios.

A proximidade da cidade de atuação de pais, família, amigos, relacionamentos é considerada crucial na escolha de ir para o município e principalmente se fixar. Como pode ser observado na fala de um dos entrevistados, mesmo com a oportunidade de melhor remuneração, questões pessoais pesam mais na escolha do profissional.

“A questão da localização geográfica, acho que influencia muito sim, porque ninguém

vai querer largar relacionamento, família, amigos, estilo de vida, o que a pessoa se propõe, né? Tipo assim, onde que ela tá construindo, onde ela quer se fixar, por questão de dinheiro... Eu acho que... Não. Tem gente que vai, né, mas eu acho que nem sempre isso é atrativo o suficiente. [...], Mas, por exemplo, eu passei num processo em uma cidade próxima, um pouco mais longe, ganhar 15.000. aí eu também não estava disposto a trocar meu tempo próximo a pessoas queridas, e ficar isolado em uma cidade pequena. Mas isso aí depende da realidade de cada um, da necessidade de dinheiro, plano de vida que cada um tem e deseja pra si” (ENTREVISTADO 9).

São apontadas também peculiaridades de cidades do interior principalmente de pequeno porte, tanto no âmbito pessoal quanto profissional. No âmbito profissional, são apontados problemas relacionados a dificuldades na referência de pacientes, ausência do SAMU, condições piores se comparadas a cidades maiores. Do ponto de vista pessoal, há a ausência de entretenimento, de estrutura das cidades.

“Influencia muito, né? Tipo assim, eu aceitei interior porque eu tenho pai e mãe aqui. se fosse considerar que eu não tivesse, eu provavelmente não ia aceitar. Porque a gente sabe que a condição é pior, você tem menos lugar para referenciar paciente, todos esses problemas são problemas que são típicos do interior. Então eu fugiria um pouco, eu iria para uma cidade mais de médio porte, a gente sabe que tem mais referência, para gente mandar, se tiver urgência, você tem o Samu mais fácil, interior ele complica. Condições geralmente são piores. Na vida pessoal também... aqui não tem muito o que fazer da vida não. Aqui é só trabalhar mesmo” (ENTREVISTADA 5).

“A localização influencia enormemente. Quem vai para o ESF são médicos recém-formados e para ser aprovados em residência atualmente é necessário fazer cursinhos em capitais, logo o que for próximo da capital é muito interessante para o médico. Quem cresceu em cidades médias ou grandes acaba se assustando com as cidades pequenas pacatas e sem nada para fazer ou onde gastar o dinheiro que ganham e por isso elas podem não ser muito atrativas para quem tem família ou relacionamentos amorosos em cidades muito distantes” (ENTREVISTADO 7).

“Acho que sim, um PSF que é longe, que é em uma região afastada assim, não muito desenvolvida não atrai médico para trabalhar não, é difícil achar médico, eu imagino que isso é mostrado globalmente na situação do Brasil, oferece salário grande para trabalhar no Nordeste e ninguém quer ir, no Norte e ninguém quer ir, por conta de estrutura da cidade” (ENTREVISTADA 8).

Outra questão apontada foi o perfil populacional da região de atuação, que é levada em consideração pelos profissionais no momento da escolha do trabalho.

“Acho que isso influencia bastante. Para mim, aqui eu moro próximo, vamos falar assim, dá 15 minutos. Isso fez muita diferença quando eu escolhi vir pra essa unidade. Perfil populacional, acho que também né, pela região você acaba olhando, qual vai ser seu trajeto, se vai ser um lugar perigoso, o trânsito que você vai pegar. Então acho que a localização é uma das partes cruciais aí na hora da escolha” (ENTREVISTADO 14).

4.3.5 Cultura e Identidade

Pretendeu-se aqui destacar a identificação do profissional com o trabalho desenvolvido na ESF, o significado de ser um médico na ESF e a relação entre a atuação profissional e a formação recebida.

- Percepção sobre o modelo proposto pela ESF

Todos os entrevistados acreditam que o modelo proposto para ESF é um bom modelo, e eles concordam com os princípios propostos pelo programa, como a prevenção, o cuidado, a proximidade com as famílias. No entanto, a maioria acredita que na prática não funcione tão bem como no papel.

“Eu acredito que sim... eu acho que ele dá mais certo no papel que na prática. [...] Então acho que o escopo dele estaria ok, eu acho que tem que mudar alguma coisa a respeito da demanda, ser direcionado de forma diferente, número de consultas, ou então controladas a respeito de suas queixas. Eu acho que essa demanda espontânea que eles colocam, tem gente que usa demais, e muita gente perde a oportunidade de usar por isso” (ENTREVISTADO 14).

“Com certeza. Acho que é um ótimo modelo né? Porque não tem uma perspectiva melhor que essa. É uma abrangência, conhecer a população, acompanhar, prevenir, tratar adequadamente para não ter as complicações” (ENTREVISTADO 13).

“Olha pelo que eu tô atuando, e não tem tanto assim, e escuto, do pessoal que vivenciou a realidade de antes da Estratégia de Saúde da Família, é aparentemente assim é incomparável do que era a saúde pública ante. Veio pra organizar, acho que facilitou bastante o cuidado, e a proximidade dos cuidados de saúde com a família mesmo, a população e o ambiente em que ela tá. Acho que facilitou bastante. Isso eu falo em questão de marcação de consulta, atendimento de urgência e emergência, desafogou o serviço de plantão de atendimento de emergência, então foi um equilíbrio muito bom para a saúde pública. Sem falar que, no final das contas, trabalhar com prevenção acaba gerando economia pra saúde do município” (ENTREVISTADO 2).

“Excelente, a porta principal da saúde, do brasileiro. Pessoal reclama demais do SUS que não funciona, mas, pelo contrário, eles teriam que agradecer que tem o SUS. Tem as dificuldades, tem as burocracias, mas é excelente. Eu sou usuário do SUS, não tenho plano de saúde, sou totalmente a favor. Tem os problemas do Brasil de roubo, de corrupção, deveria estar muito melhor o sistema, as unidades deviam estar mais reformadas, isso ou aquilo, mas eu gosto, eu aprovo, e sou a favor, e eu gosto de trabalhar no SUS” (ENTREVISTADO 6).

- Identificação com a Estratégia de Saúde da Família

Os entrevistados foram perguntados, sobre o significado de ser Médico da Estratégia da Saúde da família. Os profissionais que pretendem continuar na área e se identificam com a proposta da ESF afirmam significar cuidado, amor e persistência. Persistência por se tratar de um cuidado continuado e a longo prazo, de educação, e conscientização da população principalmente com a prevenção.

“Significa amor, persistência, interesse, esforço, dedicação. É cansativo, mas o retorno vem” (ENTREVISTADO 12).

“Cuidado com as pessoas. Vira uma família mesmo” (ENTREVISTADA 10).

“Uma formiguinha operária, eu considero, um operário da saúde que trabalha com a base, a educação, a questão de saneamento, questão de alimentação, questões básicas

né” (ENTREVISTADO 3).

“Para mim, ser um médico da saúde da família é ser um profissional com a visão global do paciente, ver ele como um ser social e biológico, e que tá inserido dentro de um contexto. E ser um profissional resolutivo. Tentar compreender com todas as ferramentas, que a ESF tem e tentar resolver da melhor forma possível, ou então iniciar esse processo de resolução até que ponto a gente consegue, até que ponto é possível ser modificado. E se não for modificado, possível de apaziguar” (ENTREVISTADO 9).

“O mais importante é criar o vínculo com o paciente. É ter uma boa relação médico-paciente. Parece que eu sou um pouco saudosista de um tempo que eu não vivi, isso é muito de exemplo, pelo fato do meu pai ser médico e médico do interior, eu via que ele não tinha hora, tinha só 4 médicos na cidade. Então tudo que precisava, o pessoal ia na casa da gente. Para medir uma pressão, ou alguma emergência. Eu vi aquele carinho que ele tinha com aquilo ali e tudo” (ENTREVISTADO 1).

Já os que enxergam na ESF uma fase de transição para outros projetos acreditam que é algo passageiro.

“Significa uma fase de transição da minha vida profissional, de aprendizado de clínica médica com residência em pneumologia, de crescimento humano, mas não é o que eu quero fixo para minha vida” (ENTREVISTADO 7).

“Pra mim, é assim, uma coisa passageira. É até eu conseguir fazer uma especialização mesmo, sabe? Ahhh... Sim, mas não é o lugar que quero ficar não. É só para me estabilizar financeiramente, né... e depois poder atuar numa área só. Porque você faz muita coisa de todas as especialidades. Aí eu quero ficar só numa especialidade mesmo” (ENTREVISTADA 4).

- Satisfação profissional

Quando questionados sobre a satisfação profissional, a maioria deles dizem estar satisfeitos profissionalmente. Essa satisfação é vinculada ao fazer o que gosta e ter vocação para aquilo. A organização, qualidade do trabalho e salários também foram aspectos considerados como motivos de satisfação.

Para os recém-formados, ou os que a ainda não possuem especialização, essa satisfação pode ser o dificultador para a saída a fim de realizar a especialização/residência. É notável que os profissionais recém-formados veem a necessidade de se tornarem especialistas, mesmo gostando de atuar na ESF.

“Bastante, você trabalhar com o que você gosta é muito bom. Assim, eu falo que o grande problema da medicina hoje, é que tem muita gente que quer fazer medicina, não é por vocação e sim por remuneração. Acaba que forma a pessoa meia que insatisfeita com a vida” (ENTREVISTADO 1).

“Profissionalmente tô satisfeito. É, em realização a tudo. A organização, qualidade do trabalho, salário, pelas questões que eu já te apresentei, já te falei anteriormente, tem os pontos a melhorar, ok! Mas de uma maneira geral, tô bem satisfeito sim. Já recusei serviço, proposta de atendimento na minha cidade mesmo, para continuar aqui pela qualidade do serviço. É, mas eu tô satisfeito. Isso atrapalha um pouco o recém-formado, na minha opinião, que é de se adequar, digamos assim, e às vezes a pessoa quer uma especialidade, o próprio curso de residência e fica um pouco menos motivado a fazer isso agora” (ENTREVISTADO 2).

Nestas falas de profissionais que alegam não pretender ficar muito no programa, reafirma-se a questão de que, mesmo estando realizados profissionalmente nesse momento da vida, eles veem a necessidade da especialização. Pode-se notar a questão da monotonia que alguns profissionais consideram na ESF. Alguns buscam um trabalho avaliado por eles como mais desafiador.

“Neste momento da minha vida eu estou realizada, daqui um tempo posso não estar mais” (ENTREVISTADA 5).

“Ahhh... Sim, mas não é o lugar que quero ficar não. É só para me estabilizar financeiramente, né... e depois poder atuar numa área só. Porque você muita coisa de todas as especialidades. Aí eu quero ficar só numa especialidade mesmo” (ENTREVISTADA 4).

“Em parte sim. Eu gostaria de ter tido condições financeiras de ter ido da graduação direto para a residência. Ficar na ESF é bom, mas não é interessante ficar muito tempo pois posso me saturar e não agregar mais nada. Do lado financeiro tem sido bom” (ENTREVISTADO 7).

“Não, não estou. [...] eu quero ser desafiada, eu quero fazer especialização para eu ir para outro lugar para eu sentir mais desafio na minha vida, porque eu acho que estagnei um pouco na Estratégia de Saúde da Família, isso aqui ficou a rotina para mim, o corriqueiro, querendo ou não, eu não tenho tanta emoção, não me desafia. É um serviço muito bom, eu tenho serviço aqui, eu faço muita coisa aqui, mas isso aqui não me desafia, eu quero coisa que eu sinta emoção, eu quero me especializar, trabalhar em uma cidade maior” (ENTREVISTADA 8).

- **Formação na graduação**

Os entrevistados foram questionados sobre a formação que obtiveram na graduação. Nesta questão, os profissionais se dividiram em dois grupos: os que acharam a formação adequada e suficiente, e aqueles que acharam a formação deficitária.

Na formação deficitária, os entrevistados afirmaram que a parte prática poderia ter sido melhor e que a prática foi adquirida quando começaram de fato a exercer a medicina. Foi levantada, também, a necessidade de o aluno ir buscar além do que é oferecido no curso para complementar a formação.

Outra questão apontada por um entrevistado que participou de uma turma de implantação foi a desorganização da fase inicial do curso, que, segundo ele, tornou a formação não suficiente. Outros entrevistados comentaram sobre o *boom* de escolas de medicina que podem comprometer a formação profissional.

“Minha formação acadêmica não foi suficiente, foi deficitária, teve baixa nota no ENADE. Essa deficiência me afetou diretamente, tive de aprender tudo na prática. Há um *boom* de cursos de medicina, e isso afeta diretamente na formação profissional” (ENTREVISTADO 11).

“Não, não foi suficiente. Teoricamente foi, mas na prática não. Eu estudava muito,

tinha muita aula, tinha ambulatório também. Mas na hora que você tá sozinho é diferente. A prática deixou a desejar. Aí eu ganhei a prática, na residência. Eu apanhei muito, sabe? Foi sofrida a residência, mas eu aprendi a trabalhar” (ENTREVISTADA 4).

“Minha formação acadêmica não foi suficiente por ter vindo de uma faculdade com turma em implantação inicial, desorganizada. Estágio, saúde da mulher, pediatria não foram bem organizados. No internato, o curso já estava melhor, mais complexo. Acho que não. A graduação pode nos influenciar a seguir uma determinada carreira devido à formação e experiência dos professores em determinada área. No meu caso, os professores de clínica foram melhores do que os de cirurgia” (ENTREVISTADO 7).
 “Olha, eu que todas as formações particulares, eu posso falar no meu caso, tem suas deficiências, mas você também tem que procurar mais, entendeu. Eu também não consigo, ficar parada. Lógico que com a experiência que hoje em dia, às vezes a gente faz uma coisa que não faria antes” (ENTREVISTADA 10).

Alguns dos entrevistados acreditam que a formação que receberam foi suficiente e de qualidade, e apontam universidades mineiras que são referências de ensino e possuem nome no mercado, como UFMG, Ciências Médicas, UniBH, PUC Minas.

É apontado que, na grade curricular do médico, seria necessário incluir disciplinas para preparar o profissional para a vivência profissional, citando as questões de convívio que o médico enfrentará em sua carreira.

Outra questão apontada é a abertura de diversas universidades que vem ocorrendo nos últimos anos. Os médicos veem que muitas destas instituições não trazem a estrutura adequada para o ensino médico.

“Academicamente foi, eu considero que foi uma formação excelente. Acredito que deveria ter coisas dentro da grade curricular para formar o médico. Eu falo isso porque na direção, eu vejo muito recém-formados que acham que são Deus, aí entram o status, os egos superinflados, então, e que depois que de três, quatro anos, você vê que tá aquele cara que começa entrar em depressão, porque vê que não é nada disso, né.. Porque você é um trabalhador normal, então eu acredito que devia ter alguma visão para preparar mesmo pra vida, pro dia a dia, essas coisas de convívio” (ENTREVISTADO 3).

“Acredito que sim, é uma faculdade muito boa. [...] Tem universidades e universidades. Acredito que essas universidades tradicionais não vão deixar a peteca cair. Já tem um nome no mercado. Então, aqui em Minas, UFMG, Ciências Médicas, UniBH, PUC Minas, acredito que essas não vão baixar o nível. Agora tem universidade que está sendo criada principalmente no interior, pelo tanto de aluno que tem, pela infraestrutura, você imagina que não seja faculdades adequadas. Essas aí provavelmente não vão formar profissionais adequados” (ENTREVISTADO 1).

Os entrevistados ressaltam que, ao considerar o trabalho que eles desempenham na ESF, a formação foi suficiente e suas universidades dedicaram um tempo suficiente para a formação voltada para o SUS e atenção primária.

“Para ESF foi boa sim. Minha formação foi boa. Eu entrei dentro de posto desde o

primeiro período de faculdade. Meu último período foi 7 meses trabalhando dentro do posto. Eu acho que cada universidade tem seu ponto forte. Talvez pelos professores, talvez pelo internato, que foca mais em algumas coisas. Então isso varia muito. Às vezes você tem um professor muito bom de cirurgia e não tem um muito bom de clínica” (ENTREVISTADA 5).

“Bom, foi assim, a universidade que eu formei, tinha recebido nota 5 do MEC, então o ensino daquele momento foi voltado pro SUS, Atenção Básica, esses mesmos propósitos que a prefeitura orienta a gente atuar aqui na área. Então a formação para atenção básica, atenção primária, foi sensacional. Não tenho nada a acrescentar. Agora em relação a parte especializada, fica um pouco a desejar porque acaba que não é o foco do recém-formado mesmo, mas para atender a saúde atenção primária tá tranquilo” (ENTREVISTADO 2).

Percebe-se, também, nas falas dos entrevistados, que o professor é tido como uma figura-chave no processo de formação.

4.3.6 Projeto futuro e mercado de trabalho

Na última seção, foram abordadas questões de projeto futuro do profissional, bem como o olhar dos profissionais em relação ao mercado de trabalho para o médico a nível global.

- Mercado de trabalho

Os médicos foram perguntados sobre a percepção deles sobre o mercado de trabalho na região e de forma global.

Alguns profissionais acreditam que o mercado já está saturado e concorrido, outros acreditam que ainda não está, mas há uma tendência para tal. Para eles, o principal motivo da saturação é a abertura das novas escolas médicas e também a facilidade dos profissionais se formarem em instituições do exterior e atuarem no Brasil.

A atuação de profissionais estrangeiros no país também é algo que pode afetar o mercado de trabalho, tendendo à saturação.

“Concorrido, superconcorrido, né? Tem muitos profissionais, abriu muita faculdade de medicina, tem muitas pessoas fazendo medicina fora, no exterior, eu acho que é 60.000 mil estudantes no exterior. É muita coisa. Eu acho que a tendência é ficar cada vez pior o mercado, com todas as turmas” (ENTREVISTADA 4).

“Olha, tá saturando, tá..., mas ainda tem ramo, entendeu. Tem áreas ainda pra se investir, mas tá saturando até por causa do número de faculdades que tem” (ENTREVISTADA 10).

“No contexto político atual, ainda temos vagas para médicos. Mas há perspectivas instáveis. Há um projeto de lei que libera médicos formados fora do país sem o exame do Revalida para estrangeiros. Há também um excesso de cursos de medicina que na última década e o mercado não conseguiu absorver todos os profissionais podendo levar a uma saturação futura. Acho que o caminho dentro do escopo de atuação médica é a especialização para reduzir a possibilidade de saturação do mercado” (ENTREVISTADO 7).

O mercado também foi analisado sob a perspectiva das oportunidades atuais. O profissional vê que o mercado de trabalho para o médico está ficando mais informal, tendendo a não fixar vínculo trabalhista. Neste quesito, o concurso público é visto como uma tendência para os profissionais que procurarem estabilidade.

A saturação é avaliada como um dos motivos para redução dos salários dos médicos.

“Eu venho percebendo que ele tá piorando bastante, na questão de um trabalho mais informal, na questão de não fazerem contratos trabalhistas, né. Então acho que vem piorando bastante remuneração, né. [...] Então eu acho que o mercado da medicina tá sendo atacado mesmo, diminuindo nossos direitos, diminuindo preços, justamente porque tá um pouco saturado mesmo, principalmente aqui na região, que tem muitas faculdades, forma muita gente, então acaba saturando muito o mercado” (ENTREVISTADO 14).

“Acredito que daqui há um tempo o mercado de medicina irá saturar, e as pessoas tenderão a se apegar ao concurso visando à estabilidade. Às vezes será um profissional insatisfeito que trabalham muitas vezes só por questão de dinheiro. Temos que aprender a trabalhar com o recurso que temos.... né... e exercer a profissão com amor” (ENTREVISTADO 12).

Os médicos que estão há mais tempo no mercado de trabalho levantam a questão das especialidades, de que os profissionais buscam muito a especialização, não levando em conta que é necessária a figura do generalista.

As questões envolvendo a insatisfação profissional advinda de profissionais que realizam a medicina apenas por questões financeiras também são levadas em consideração.

“Não sei como é hoje em dia. Ainda as pessoas estão voltadas para a especialização, mas hoje em dia as pessoas devem pensar duas vezes antes de fazer medicina, pois teve uma época em que houve um índice de suicídio muito grande devido à decepção dessas pessoas com a medicina, pois não tiveram o retorno que esperavam” (ENTREVISTADO 12).

“Complicado, muito complicado, e acredito que vai ficar mais. Porque já na faculdade já tinha isso, e hoje muito mais, porque todo mundo quer fazer medicina por uma questão óbvia, aí todo mundo que tá lá dentro quer sair para fazer especialidade. O generalista já quase não existe, e se precisa do generalista para poder indicar é a pessoa que sabe um pouco de muitas coisas, o especialista sabe muito de um pouquinho, então às vezes a pessoa vai pra um local e hoje em dia não tem. [...] Então o mercado tá querendo só se especializar e não tem a base, entendeu... Então, tá cheio de gente, os preços tão baixando dos nossos proventos, mas a base não tem colega pra trabalhar (ENTREVISTADO 3).

- Perspectivas Futuras

Por fim, os entrevistados foram questionados sobre projetos futuros e também sobre sua permanência ou não no programa.

Os profissionais concursados têm uma expectativa maior de permanência, pela estabilidade, e por acreditar que na ESF os resultados vão sendo colhidos a longo prazo.

“Na verdade, eu possivelmente para o resto da vida. Concurso, né. Acho que isso é o fundamental. O povo fala que é difícil manter o médico na cidade, não é. Faz concurso. Médico quer estabilidade, se tiver estabilidade fica” (ENTREVISTADO 1).
 “Não sei te falar não..., mas por enquanto eu não penso em sair. Entendeu? Não sei o que vai acontecer lá na frente, mas por enquanto eu não penso em sair” (ENTREVISTADA 10).

“Estou vivendo um dia de cada vez, mas acredito que no mínimo uns 10 anos. Eu gosto muito da saúde pública. Eu gosto muito da Estratégia de Saúde da Família, já tenho 13 quase 14 anos de formado e o retorno demorou muito tempo, quase uma década, é uma sementinha que você vai plantando e vai insistindo, meus primeiros anos de ESF, se eu voltasse atrás, eu só daria plantão porque é só urgência, e financeiramente se fosse a estabilidade, mesmo que nesse tempo de crise, a instabilidade é muito relativa e muito flutuante. [...]” (ENTREVISTADO 12).

Há outros profissionais que demonstraram gosto em trabalhar na ESF e que não têm pretensão de sair, mesmo ainda não tendo o vínculo do concurso. No entanto, é apontado que a decisão de permanecer ou não, não depende só do profissional, envolvendo questões de gestão e também questões políticas.

“Por um tempo indeterminado. Não tenho pretensão de largar aqui por enquanto, mas pode ser que futuramente eu venha abrir um consultório particular” (ENTREVISTADO 11).

“Isso não depende de mim. Cada dia mais a gente tende a ser uma questão política, agora até em nível federal” (ENTREVISTADO 3).

A maioria dos profissionais tem a pretensão de sair do programa num período de no máximo dois anos. A justificativa recorrente é a necessidade que os profissionais veem da especialização.

“Bom sinceramente, eu não tenho um planejamento exato de por quanto tempo eu devo ficar não. Atualmente eu me inscrevi em provas de residência, especialização, e, dependendo de onde sair os resultados, eu tenho interesse em especializar, mas o período de tempo eu ainda não tenho exatamente, mas eu imagino que ficar por cerca de três anos no máximo [...]” (ENTREVISTADO 2).

“A minha vontade mesmo era até março do ano que vem, mas eu não sei se vai ser, sabe? Porque eu preciso primeiro fazer uma especialidade, eu preciso de um dinheiro guardado, então, vontade mesmo é até março do ano que vem” (ENTREVISTADA 4).

“Eu pretendo ficar provavelmente só até o ano que vem. Esse ano passei na residência. Passei em neurologia, nem queria neurologia. Mas eu não fui, falei, vou ficar mais na ESF, ver o que eu quero mesmo, qual o tipo de residência, de médico que eu quero me tornar. Não sei se eu quero continuar na Estratégia de Saúde da Família, mas no momento eu quero estudar mais, fazer uma residência, às vezes, talvez, depois voltar. Mas então, provavelmente até o ano que vem só” (ENTREVISTADO 9).

“Até eu passar na residência. Se for final desse ano, até final desse ano, se for ano que vem, até final do ano que vem” (ENTREVISTADA 5).

A fala do entrevistado 14 aponta fatores citados por também outros profissionais. Ele afirma

que o contrato é algo muito incerto, o que faz com que os profissionais busquem outras possibilidades; a ausência de possibilidade de carreira; o salário e as condições de trabalho, que poderiam ser melhores. Ele alerta para a questão de a própria gestão do município não ver a necessidade de manter a longitudinalidade dos médicos, não enxergando assim problema em realizar trocas de profissionais, em vez de melhorar os pontos citados.

“Não é uma coisa de longo prazo justamente por isso, por ser uma coisa incerteza, sempre tá mudando administração, não pode confiar... Se tivesse melhores condições, tanto do trabalho, se tivesse um salário melhor, principalmente aqui nesse município que realmente não tem, eu continuaria sim, sem problemas. Se tivesse um plano de carreira. O interesse médico para eles é questão de deteriorar o preço mesmo. Quanto mais vai aparecendo, mais, eles vão reduzindo o salário e vão trocando de médicos, eles não têm interesse na qualidade, é mais só tampar aquele buraco ali, eu vejo dessa forma, por isso eu não vejo a longo prazo uma carreira pra mim na medicina da família, justamente por esse ponto” (ENTREVISTADO 9).

4.4 Síntese dos resultados

Em busca de apresentar os resultados de forma mais objetiva e relacionando as duas abordagens de coleta de dados, é apresentado o Quadro 13, que contempla todas as categorias e os principais resultados encontrados em ambas as etapas.

Quadro 13 – Síntese dos resultados encontrados por categoria

Dimensão	Categoria	Quantitativo	Qualitativo
Fatores individuais	O porquê da escolha em trabalhar na ESF	Foi a primeira porta de entrada para o mercado de trabalho. 32%	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil voltado para consultas/ambulatórios • Identificação com a proposta da ESF • Carga horária • Tranquilidade do trabalho • Apoio de especialidades • Porta de entrada para recém-formados • Possibilidade de conciliar com estudos para a residência
		Admirava o trabalho na ESF. 18%	
		Foi incentivado desde a graduação. 16%	
		Para ter condições de continuar estudando. 14%	
		Queria experimentar o tipo de trabalho. 9%	
		Pretendia aumentar minha renda 7%	
		Foi incentivado por outras pessoas ou familiares. 2%	

Dimensão	Categoria	Quantitativo	Qualitativo
Gestão	Forma de Contrato	Concurado 20%	<ul style="list-style-type: none"> • Os que já são concursados acreditam que este é um fator que os manterão por mais tempo na ESF. • A possibilidade de um plano de cargos e salários, mesmo deficitário em muitos municípios, ainda assim, é considerado um ponto positivo para a contratação via concurso. • O processo seletivo simplificado deixa a relação do vínculo muito frágil, pois ambas as partes podem reincidir a qualquer momento. • Para os que não pretendem se fixar, a forma de contratação por tempo determinado e a possibilidade de rescisão por qualquer uma das partes, a qualquer momento, é um ponto positivo. • Muitos buscam outras possibilidades, porque não sabem se o município renovará ou não o contrato. • Há o interesse dos profissionais para a fixação através de concurso público.
		Outras formas de vínculo 80%	
Gestão	Processo de seleção	Pouco influente 30%	<ul style="list-style-type: none"> • Na maioria dos municípios, o processo de seleção é realizado mediante indicação, não sendo utilizada nenhuma ferramenta para o processo de seleção. • Alguns municípios optam por realizarem o processo de seleção através de prova; outros, por análise curricular. • A política, principalmente em cidades de pequeno porte, influencia muito no processo de escolha dos profissionais e também fragiliza o vínculo, em se tratando da troca de gestão.
		Muito influente 18%	
		Moderadamente influente 23%	
		Indiferente 30%	

	Capacitações				<ul style="list-style-type: none"> • Foram consideradas importantes por todos os profissionais. • Alguns municípios possuem capacitações frequentes, o que pode atrair os profissionais para atuarem nestes municípios. • As capacitações de atualização foram as que mais interessaram os profissionais. • Alguns profissionais acreditam que certas capacitações deveriam ser revistas, pois não acrescentam conhecimento.
	Gerência				<ul style="list-style-type: none"> • Os médicos não necessitam de tanto contato com a gerência, no entanto, quando precisam, são bem atendidos e as demandas são resolvidas. • Foi ressaltada a importância de gestores com conhecimento na área da saúde para ocuparem tal cargo. • Questões de cunho político novamente foram apontadas como um fator dificultador no processo de trabalho.
	Remuneração	Remuneração	Atual	Ideal	<ul style="list-style-type: none"> • A remuneração dos entrevistados variou de R\$ 11.000 a R\$ 16.000 bruto. • Em comparação com outras profissões, os entrevistados acham que a remuneração é satisfatória. • Muitos citaram que poderia melhorar, levando em consideração tanto a questão da fixação do profissional quanto a questão do trabalho desenvolvido. • Sugestão de salário fixo, mais comissão por produtividade.
		Até R\$ 10.000	11%	0%	
		De R\$ 10.000 a R\$ 12.000	59%	16%	
		De R\$ 12.001 a R\$ 15.000	23%	39%	
		Acima de R\$ 15.000	7%	45%	

Organização do trabalho	Vantagens de se trabalhar na ESF	Empatia pessoal com a saúde pública	55%	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina tranquila • Horário de trabalho • Possibilidade de conseguir conciliar com outros trabalhos • Possibilidade de discutir casos com outros colegas médicos e com outros colegas do setor de saúde • Vínculo, boa relação médico-paciente • Conhecer o contexto da população com a qual atua
		Oportunidade de um emprego para iniciar sua atuação profissional	52%	
Carga horária	50%			
Remuneração	41%			
Possibilidade de atuação em mais de uma área da medicina	34%			
Localização	20%			
Vínculo Contratual	11%			
Condições físicas e materiais	5%			
		Condições físicas e materiais	55%	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns municípios ainda não trabalham com prontuário informatizado.

Desvantagens de se trabalhar na ESF	Remuneração	27%	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido • Unidades com um número grande de população, que supera o preconizado pela ESF • A rotatividade dos profissionais do município, que prejudica questões como marcação de férias, sobrecarga porque o médico precisa atender as demandas de outra unidade na falta do profissional. • Monotonia, sem grandes novidades • Trabalho em equipe
	Carga horária	27%	
	Vínculo Contratual	23%	
	Status	18%	
	Localização	11%	
	Empatia pessoal com a saúde pública	9%	
	Possibilidade de atuação em mais de uma área da medicina	2%	
Relação com a equipe			<ul style="list-style-type: none"> • Bom relacionamento com a equipe • Conflitos interpessoais entre as outras categorias profissionais da equipe • Importância do alinhamento da equipe para os mesmos propósitos
Relação com a comunidade			<ul style="list-style-type: none"> • Bom relacionamento com a comunidade • Visitas regulares aos usuários que não conseguem comparecer às unidades de saúde • Atividades de prevenção e promoção da saúde • Saúde do trabalhador • Importância do comprometimento do médico para conseguir a confiança da população
Planejamento do trabalho			<ul style="list-style-type: none"> • Mais diálogo entre a equipe, mais reuniões com equipe, gestão e demais médicos de outras unidades • Médico não tem autonomia no processo de planejamento. • Planejamento realizado em conjunto, médico e equipe

Dimensão	Categoria	Quantitativo		Qualitativo	
Condições de trabalho	Condições físicas e materiais	O que consideram Bom	Pode melhorar	• Estrutura física das Unidades de saúde é precária	
		A estrutura das unidades (espaço físico, equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis)	41%	57%	• Locais improvisados ou mal planejados onde funcionam as unidades
		Gestão em Saúde	39%	41%	• Falta de equipamentos
		Condições de trabalho	32%	57%	• Demora para reposição de materiais essenciais para o funcionamento da unidade
	Estrutura da Unidade de Saúde e da Rede Municipal	Quantitativo de profissionais	27%	-	• Burocratização dos serviços
		Retaguarda da rede especializada e da rede de urgência/emergência	11%	70%	• Área de abrangência da população superior ao preconizado pela ESF
		Recursos Financeiros	5%	61%	• Falta de autonomia do médico • Indicações para especialidades restritas • Falta de medicamentos • Falta de diversidade de medicamentos
Localização	Muito importante		41%	• Proximidade da família, amigos e relacionamentos	
	Importante		55%	• Perfil populacional da localidade	
	Nada Importante		2%	• Falta de estrutura das cidades (entretenimento, educação, etc)	
	Pouco Importante		2%	• Falta de recursos no âmbito profissional (referência, SAMU, hospitais)	

Dimensão	Categoria	Quantitativo		Qualitativo
Cultura e Identidade				Bom modelo. Os entrevistados concordam com os princípios preconizados pelo programa. Na prática não funciona tão bem como no papel. Necessidade de adequação dos municípios às diretrizes do programa Porta de entrada do SUS
	Identificação com a ESF	Identificação com o tipo de trabalho	45%	Cuidado, amor e persistência
		Aguardando Residência	32%	Cuidado continuado e a longo prazo, focado na educação e prevenção
		Pelo emprego	11%	Vínculo médico-paciente
		Indeterminado	5%	Operário da saúde que trabalha com a base, a educação
		Pela Remuneração	5%	Possibilidade de mudar uma realidade Fase de transição, passageira
	Satisfação profissional I	Parcialmente satisfeito	75%	Maioria dos profissionais dizem estar satisfeitos, mesmo os que não têm pretensão de se fixarem na ESF.
		Totalmente satisfeito	7%	Satisfação vinculada ao gostar do que faz, a vocação
		Totalmente Insatisfeito	5%	Para os recém-formados essa satisfação pode ser o dificultador para a saída a fim de realizara especialização/residência.
		Indiferente	2%	Mesmo satisfeitos, os profissionais veem a necessidade de especialização.
Parcialmente Insatisfeito		11%		
Formação na graduação	Satisfatória	66%	Formação insuficiente na prática	
	Indiferente	2%	Questionamentos sobre a qualidade do ensino de novas instituições	
	Muito Insatisfatória	5%	Necessidade do aluno de ir buscar além do que é oferecido na universidade.	
	Muito satisfatória	25%	Formação tida como suficiente e de qualidade na visão de alguns profissionais	
	Insatisfatória	2%	Formação para o SUS e atenção primária satisfatória Necessidade de disciplinas para preparar o médico para questões de convívio, trabalho em equipe e relações interpessoais Professor como figura-chave no processo de formação.	

Dimensão	Categoria	Quantitativo	Qualitativo
Projeto futuro e mercado de trabalho	Mercado de trabalho	<p>Tempo no qual o profissional pretende permanecer na ESF</p> <p><1 ano 11%</p> <p>< 2 anos 39%</p> <p>3,9-2 anos 16%</p> <p>4,9-4 anos 9%</p> <p>10-5 anos 5%</p> <p>>10 anos 20%</p>	<p>Saturado ou tendendo à saturação.</p> <p>Abertura de novas escolas de ensino médico.</p> <p>A atuação de profissionais estrangeiros no país.</p> <p>Concurso público torna-se uma forma de buscar estabilidade.</p> <p>Saturação leva à redução dos salários.</p> <p>Mercado voltando-se para informalidade, sem muitas opções de vínculos trabalhistas.</p> <p>Os profissionais buscam muito a especialização, não levando em conta que é necessária a figura do generalista</p> <p>Insatisfação profissional advinda de profissionais que realizam a medicina apenas por questões financeiras.</p>
	Perspectivas futuras	<p>Motivos pelos quais pensaria na possibilidade de sair da ESF.</p> <p>Para fazer residência 77%</p> <p>Oferta de melhor remuneração 52%</p> <p>Falta de valorização na ESF 41%</p> <p>Interferência política 32%</p> <p>Término de contrato, não contratação 30%</p> <p>Falta de retaguarda da rede especializada e da rede de urgência/emergência 30%</p> <p>Acesso à melhor infraestrutura urbana, maior oferta de serviços 27%</p> <p>Discordância quanto à forma de condução da Atenção Básica no município 27%</p> <p>Precariedade das condições físicas e materiais da UBS 25%</p> <p>Problemas de relacionamento com a gerência/ESF 16%</p> <p>Processo de trabalho da ESF 9%</p>	<p>Os concursados detêm maiores perspectivas de permanência.</p> <p>Alguns desejam ficar, no entanto não têm a segurança de continuar devido à fragilidade do contrato.</p> <p>A maioria deseja sair para realizar a residência.</p> <p>A questão de a própria gestão do município não ver a necessidade de manter a longitudinalidade dos médicos, não enxergando assim problema em realizar trocas de profissionais; em vez de melhorar os contratos fornecidos, oferecerem melhores salários, possibilidade de carreira, e melhores condições de trabalho.</p>

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico, busca-se construir uma ligação entre os dados encontrados e o que é apontado pela literatura. Para tal, serão discutidos os resultados encontrados na parte qualitativa e quantitativa concomitantemente, e de acordo com as categorias pré-estabelecidas.

5.1 Fatores Individuais

Os dados apresentados nesta pesquisa não podem ser expandidos para todo o universo de médicos da Estratégia de Saúde da Família, no entanto permitiram caracterizar os entrevistados e montar o perfil deles. Isto se faz necessário para contextualizar os dados obtidos em cada dimensão estudada.

Rodrigues (2009) aponta que estudos como o de Mobley (1999); Pinto (1999); Póvoa E Andrade (2006) ressaltam a influência de fatores individuais como idade, sexo, tempo de serviço e especialização profissional nas questões que envolvem a rotatividade no campo de recursos humanos e nos padrões de migração de médicos.

Sobre o local de nascimento, os resultados da etapa quantitativa apontam que 32% dos respondentes nasceram na cidade de atuação, 25% em Belo Horizonte, 18% em cidades vizinhas, e 18% também em cidades do interior do Estado. Apenas 3% nasceram em outro Estado.

Já com os participantes das entrevistas, tem-se que 43% dos entrevistados nasceram na cidade em que atuam, seguidos por 36% que nasceram em cidades vizinhas, e 7% que nasceram em BH, 7% em outras cidades do interior do Estado, e 7% que nasceram em outro estado.

Dentre os determinantes da retenção está o local de origem do médico, no qual ele tende a permanecer trabalhando. Na presente pesquisa, em ambas as etapas houve um alto percentual de participantes que atuam na cidade onde nasceram, o que pode ser considerado um fator tanto de atração como de retenção, e deve ser também analisado pelos gestores nas contratações.

A presença de recém-formados no PSF remete ao estudo de Seixas (2007) e Rodrigues (2009). Seixas aponta que, no Programa de Saúde da Família, há um grupo de profissionais identificados como “oportunistas”, para os quais o trabalho no programa é provisório, com duração somente enquanto aguardam outra oportunidade. Já Gugliemi (2006) aponta que os

futuros profissionais de medicina enxergam o trabalho na ESF como uma boa oportunidade de renda no início de carreira. No âmbito da presente pesquisa, considerando o perfil dos médicos estudados, bem como os relatos dados nas entrevistas sobre os motivos que os fizeram ir para a ESF e a pretensão de continuidade, vê-se um número considerável de profissionais neste enquadramento.

Em Barboza et al. (2016), no entanto, a escolha pelo trabalho na ESF ainda aparece como um caminho facilitador para entrada na residência médica, principalmente por meio de programas governamentais, o que dificulta a permanência desses médicos no local, inviabilizando a continuidade da atenção (longitudinalidade) e a integração com a comunidade

Neto et al. (2014), ao analisar a percepção dos estudantes quanto a figura do médico generalista, encontra um percentual de 63% que possuem a pretensão de atuar como generalista por um tempo até buscar a especialização, 63%. Em sua amostra de médicos já formados, 40,6% atuaram como generalista apenas em uma fase intermediária entre a graduação e a pós-graduação, e 28,7% não atuaram como generalista indo direto para a especialização.

A pesquisa também comprova isto, pois, ao serem questionados sobre o que influenciou os profissionais a escolha da ESF como trabalho, a resposta com mais frequência foi que a ESF foi a primeira porta de entrada para o mercado de trabalho. Além disso, ao serem questionados sobre o que os faria sair do programa, a resposta mais comum foi para realizar a residência/especialização.

5.2 Gestão

Tonelli et al. (2018) corroboram Arantes et al. (2016), dizendo que o avanço da ESF perpassa pela gestão de pessoal, principalmente no que tange aos mecanismos de contratação dos profissionais das equipes. Em muitos casos, as contratações são feitas mediante contratos temporários e relações trabalhistas precárias, o que pode acarretar uma dificuldade de fixação da mão de obra, resultando em equipes incompletas e prejudicando o processo de cuidado continuado à população.

Os médicos entrevistados que se vinculam ao município por contratos temporários, e desejam se fixar, reclamam da fragilidade dessa forma de contratação e acreditam que este é um entrave para a fixação do médico no município. Além da incerteza da rescisão do contrato a qualquer

momento, os profissionais afirmam que há a perda de direitos trabalhistas, direitos esses que não são aplicados em muitos municípios, como o direito a férias.

Estudos que abordam as questões de vínculos profissionais na área da saúde, como o de Giovanella e Almeida (2017), Mandarini, et al. (2016), corroboram este achado, apontando que vínculos precários, com perdas de direitos trabalhistas vêm sendo predominantes e crescentes no setor público. Para a ESF, as consequências são a instabilidade e insegurança aos profissionais, figurando entre um dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos mesmos.

Sobre a forma de contratação temporária, os médicos também levantam a questão da influência política em municípios de pequeno porte. Tanto a preferência política tida por um candidato, ou outro, quanto a troca periódica de gestão, tanto do poder executivo quanto dos secretários e coordenadores da saúde refletem na possibilidade de permanência ou não dos médicos nas respectivas equipes. Os profissionais afirmam que precisam ter muito “jogo de cintura” para lidar com estas questões, e não colocar o emprego em risco.

Ainda sobre influência política, os médicos nascidos no município de atuação afirmaram que, por ter família no local e ter boa relação política com o prefeito atual, a entrada na ESF foi facilitada, sendo o processo seletivo realizado apenas pela indicação.

Em contrapartida, existem os médicos que atuam na ESF pelo fato de ter sido a oportunidade para início de carreira que mais lhe agradaram em termos de trabalho, ou por ser a oportunidade financeira que tiveram de juntar dinheiro para perspectivas futuras. Estes profissionais já iniciaram o trabalho na ESF com pretensão de sair, logo enxergam uma vantagem da ESF a adoção de um contrato temporário que pode ser rescindido por qualquer uma das partes a qualquer momento. Resultado similar foi encontrado por Stralen et al. (2017), que identificou nas entrevistas que o tipo de vínculo pode influenciar diretamente na atração e na permanência ou não do médico em uma localidade de trabalho. Em sua pesquisa, parte dos entrevistados enfatizaram que o contrato temporário contribui para a atração do profissional pela possibilidade de permanência no município durante um período pré-determinado, sem sanções legais, caso o médico opte por deixar o trabalho, além de, em geral, permitir uma maior flexibilidade de horário. Os autores ainda ressaltam que o contrato temporário permite, por exemplo, que o médico mude de município com facilidade caso receba uma proposta de trabalho mais interessante ou que faça uma poupança, o famoso “pé de meia”, até ser aprovado

em algum programa de residência médica.

Viacava et al. (2018) corroboram Carvalho et al. (2013), dizendo que a multiplicidade de formas de contratação, muitas vezes precárias, é um dos desafios da área de RH, visto que não há uma uniformização da política de recursos humanos, o que implica dificuldades para a contratação e a manutenção de profissionais em muitas localidades.

Sobre esta questão, Barboza et al. (2019) alertam que é necessário empenhar esforços para a questão da precarização dos contratos de trabalho e remuneração dos profissionais, especialmente na ESF. É preciso que tal tópico seja inserido na agenda prioritária dos três entes federativos, através da promoção de concursos públicos para a seleção de profissionais efetivos e remunerações adequadas, minimizando a rotatividade nos municípios mineiros.

Os médicos participantes da pesquisa, que são estatutários, apontam que o concurso público traz muitos benefícios que os permitem se fixar ao município. A estabilidade e a possibilidade da participação de um plano de cargos e salários são recorrentes nas falas. Além disso, tanto os médicos estatutários como os demais veem na estabilidade uma garantia de conseguir trabalhar a longitudinalidade do cuidado, além de poderem criar projetos para prevenção de longo prazo.

Rodrigues, Silva e Rocha (2010) afirmam que o vínculo estatutário assegura a permanência dos médicos na Atenção primária, bem como fazem com que os profissionais tenham uma visão de uma garantia contra demissões por questões políticas. Além disso, Rodrigues (2009) cita que os relatos de seus entrevistados ressaltam a importância que os médicos atribuem ao concurso público, devido à estabilidade financeira e às garantias trabalhistas, especialmente o direito às licenças médicas. Foi também apontado como fator que auxilia a fixação no local de trabalho, favorecendo a criação de vínculo com a comunidade.

O processo de seleção em todos os municípios participantes da pesquisa era realizado via concurso público, prova de conhecimento específico, análise de currículo, ou por indicação. Aqui, percebe-se a fragilidade da área de RH, que não utiliza ferramentas de seleção para a escolha dos profissionais. Por exemplo, uma entrevista em que o gestor procuraria entender as pretensões do médico em relação à permanência ou não no programa poderia contribuir para escolher os profissionais que indicarem maiores possibilidades de fixação.

Tratando agora sobre as capacitações, os profissionais entrevistados afirmaram que são extremamente importantes e que já foram motivadoras para a troca de município, visto que o

profissional médico precisa sempre de atualizações, bem como capacitações em áreas que não foram tão abarcadas na graduação. As capacitações foram apontadas pelas entrevistas como fator de fixação nos municípios que as oferecem com frequência e qualidade.

Este achado confirma o que foi exposto por Gomes e Rached (2016), que enfatizam que a necessidade de tornar o programa atraente para os médicos levou alguns gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação desses profissionais no trabalho. Entre as estratégias utilizadas se destacam as melhorias salariais e as capacitações dos profissionais.

Oliveira et al. (2016), nos resultados encontrados em seus estudos, indicam também que elas têm contribuído significativamente para o aperfeiçoamento profissional, refletindo na sua prática profissional ou em uma melhor qualidade do serviço, na percepção dos profissionais.

Ainda sobre capacitações, o resultado desta pesquisa concorda com Stralen et al. (2017) que cita, nos discursos analisados em seu estudo, o interesse dos entrevistados, especialmente entre os recém-formados, em realizar cursos de especialização e/ou residência médica. Este fator foi identificado como dificultador da retenção desses profissionais nos municípios visitados. Esse achado é corroborado também pelo estudo de Póvoa e Andrade (2006), que enfatiza que a residência médica é a principal modalidade de pós-graduação optada pelos médicos, levando-os a se deslocar para localidades de trabalho que oferecem mais vagas e programas de residência médica. Rodrigues, Silva e Rocha (2010) também apontam que a busca de capacitação, em especial a residência médica, é um fator que contribui para a rotatividade dos médicos.

É observado pelos resultados desta pesquisa que os médicos recém-formados e os que ainda não possuem especialidade veem a necessidade de realizarem alguma especialização. Este é um fator que foi recorrente em oito dos entrevistados que afirmaram desejar sair da ESF para a residência médica.

Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores como Neto et. al (2014), que citam que a grande maioria dos acadêmicos de medicina entrevistados (80,3%) e dos médicos (95,7%) tem a crença que ao se formar como generalista possuirá um menor prestígio social em relação ao especialista. Segundo os mesmos autores, o médico generalista é percebido por acadêmicos e médicos como um profissional com remuneração, prestígio social e oportunidades de trabalho inferiores ao especialista.

Diante desta realidade, Neto et. al (2014), propõem uma reflexão quanto a esses resultados a

despeito da perda do prestígio social que se torna ponto de conflito e desgaste entre os próprios médicos. Buldão e Sayd (2003), apontam que talvez esse sentimento tem relação com a ascensão e prestígio social dado às especialidades, as quais, por sua vez, são as mais procuradas pelos futuros médicos. Manca et. al (2008), afirmam que a falta de respeito com os generalistas por alguns especialistas é um dos desafios chave para a medicina de família, visto que essa relação conflituosa pode contribuir para o isolamento dos profissionais e em consequência um desentendimento do real papel de cada um no sistema de saúde.

Os resultados da presente pesquisa apontam que os médicos consideram a remuneração recebida satisfatória quando levam em consideração outras profissões. No entanto, considerando tanto a questão da fixação do profissional quanto a questão do trabalho desenvolvido, eles acreditam que a remuneração poderia melhorar, principalmente os que recebem abaixo de R\$ 12.000,00.

Na etapa quantitativa, pode-se perceber que a maioria dos respondentes acham a remuneração satisfatória ou medianamente satisfatória. No entanto, ao serem questionados sobre a remuneração ideal, 45% apontaram que deveria ser acima de R\$ 15.000,00 e 39% de R\$ 12.000,00 a R\$ 15.000,00. Percebe-se então que a remuneração de alguns dos municípios encontra-se bem aquém do que seria esperado pelos médicos.

Estudo realizado por Soratto et al. (2017) confirma que o déficit salarial e, principalmente, a ausência de um plano de cargos e salários que considerasse seu tempo de profissão e nível de formação são considerados fatores que contribuíram para a insatisfação profissional na ESF.

A maioria dos entrevistados, ao serem perguntados se existia um plano de cargos e salários no município de atuação, não souberam informar sobre. Os que eram informados, disseram não haver grandes vantagens nesse plano. Cabe, neste item, lembrar o que também foi apontado por Soratto et al. (2017), sobre a necessidade de investimentos por parte das gestões municipais no que diz respeito a decisões políticas para que proposta de valorização profissional se efetive na prática dos serviços, na forma do plano de cargos e salários.

Muitos dos profissionais médicos, para complementar a renda, possuem outras atividades que realizam concomitante a ESF.

Para os recém-formados, a remuneração é considerada atrativa, por se tratar de início de carreira. No entanto, para a fixação desses profissionais, ela deveria ser um pouco maior.

Nesta linha de pensamento, Cavalli et al. (2016) citam autores como Medeiros, 2010; Rodrigues; Da Silva E Rocha, 2010; Machado, 2003; Campos, 2005, que apontam que o salário é um importante atrativo para os profissionais de saúde, no entanto, este não é um fator que aumenta a fixação. O fator salário pode em contrapartida aumentar a probabilidade de maior rotatividade, porque acaba gerando uma lógica de competitividade entre os municípios.

Dammo et al., (2013), nas entrevistas realizadas com enfermeiros e médicos, evidenciaram que o regime de trabalho e a remuneração são motivos de rotatividade frequente, que faz com que migrem de um município para outro, conforme a proposta financeira que recebem. Eles apontam tanto a questão de baixos salários como a de vínculos de trabalho precários como motivos importantes para a rotatividade.

Stralen et al. (2017) citam que alguns médicos enfatizaram que o salário é um importante fator de atração, ainda mais quando o município não possui atrativos, como opções de lazer e de serviços, das condições de trabalho e da distância da família, dentre outros.

Ao serem questionados sobre a gestão, os entrevistados da presente pesquisa, disseram não ser tão dependentes da figura do secretário de saúde. Neste aspecto, eles retomam questões do âmbito político. Além de questões como as competências necessárias para estes gestores, deve-se também levar em conta a alta rotatividade desses profissionais, que, de modo geral, sofrem com possíveis alterações a cada troca do executivo.

Seidl et al. (2014), em um estudo sobre a Gestão do trabalho na atenção básica em saúde, citam que essa alta rotatividade advinda de questões políticas dificulta a continuidade de boas práticas e a prestação de serviços de melhor qualidade

A gestão em saúde é vista pelos respondentes do questionário como algo bom nas condições de trabalho da ESF. Medeiros et al. (2010) destacam que, em municípios menores, é necessário muito mais “jogo de cintura” do que em maiores, pois as relações entre gestor e equipe são mais próximas. Em seu estudo, os entrevistados afirmaram ter sofrido perseguições políticas, mesmo não tendo participado abertamente da campanha política. Segundo os autores, as falas dos entrevistados revelam a dificuldade que as equipes têm em manter um trabalho isento ante uma postura centralizadora do gestor municipal, representada pelo prefeito ou secretário de saúde. Além disso, muitos dos agentes políticos projetam sobre a equipe da ESF expectativa de apoio eleitoral, visto que é um trabalho que tem visibilidade na população atendida, promoção

peçoal, com fins político-partidários. Os entrevistados da pesquisa de Medeiros et al. relataram também que o vínculo empregatício precário pode ser usado como instrumento de controle político sobre a equipe da ESF, demonstrando que as causas de rotatividade são múltiplas, podendo servir de pretexto para exclusão ou não de membro da equipe.

5.3 Organização do trabalho

Sobre a organização do trabalho, a análise permite observar alguns pontos convergentes com o que a literatura aponta.

Neste tópico, os médicos destacaram a questão da rotina tranquila, sem muito stress, principalmente ao se comparar com serviço de urgência e emergência. Além disso, a carga horária de segunda a sexta e geralmente de 07:00 às 17:00 é um fator de atração para os profissionais. Serve também até como fator de fixação para alguns profissionais por buscarem uma rotina assim.

Há convergência com os achados na etapa quantitativa, em que 50% dos entrevistados apontam como vantagem a carga horária do trabalho na ESF.

A possibilidade e oportunidade de conciliar com outros projetos foi apontada por alguns profissionais como vantagem da ESF tanto nas entrevistas quanto no questionário. As motivações dos médicos para se trabalhar na ESF, segundo Espindola et al. (2011), se dão em semelhança aos achados da pesquisa, pela rotina de trabalho sem estresse, compatibilidade com a filosofia da estratégia e possibilidade de ajudar pessoas carentes. Além disso, o estudo demonstrou também, de forma similar à pesquisa do autor supracitado, que os profissionais acreditam na possibilidade de mudança da situação de saúde pela ESF, especialmente pelo potencial da sua filosofia, das suas melhorias apresentadas e pela real possibilidade de resolubilidade.

Os médicos participantes da pesquisa não consideram tão fácil o trabalho em equipe e apontam que é uma característica do médico, até mesmo na sua formação, trabalhar de forma mais individualizada. No entanto, mesmo com as dificuldades, todos afirmam ter boa relação com a suas respectivas equipes. Mas, este não foi um fator de atração ou retenção, considerado por eles.

Já a relação com a comunidade foi apontada como um fator de retenção, visto que o vínculo

médico-paciente e a possibilidade de mudar a realidade da região em que atuam e as condições de saúde da família trazem para eles satisfação e motivação.

Aqui se faz interessante retomar o que é enfatizado por Barbara Starfield (2002) sobre a importância do vínculo entre o profissional de saúde e a comunidade na qual ele se insere como um elemento capaz de impactar a qualidade do cuidado ofertado. Um profissional que esteja inserido por mais tempo em uma região estará mais propenso a identificar situações de saúde adjacentes a essa localidade e contará com mais informações, justamente em função de sua vivência no local, para buscar razões ou explicações sobre os fenômenos de saúde observados nessa comunidade.

A autora também afirma que, quando o profissional de saúde cria um vínculo com a comunidade, ele se torna reconhecido como referência em saúde e ganha a confiança da população, conseguindo até mesmo aumentar a adesão às recomendações terapêuticas feitas pelos profissionais.

Magnago e Pierantoni (2015, p. 14) referenciam o vínculo com a comunidade como um pilar da ESF, já que é promotor de “efetividade das ações assistenciais, facilita a continuidade do acompanhamento terapêutico e favorece a participação ativa do usuário durante o cuidado”.

Neste tópico, é possível observar fatores de não fixação apontados pelos médicos.

Os médicos reclamam do alto número de pessoas por UBS, que em muitos municípios ultrapassa o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Essa questão gera sobrecarga de trabalho e dificuldade do médico em realizar outras atividades diferentes das consultas e visitas, também preconizadas pela ESF. Entre estas outras atividades, a maioria dos médicos afirmam que reuniões periódicas com a equipe são necessárias para alinhamento do trabalho.

Ney e Rodrigues (2012) citaram que, no Brasil, os médicos de família já se sentem sobrecarregados com a responsabilidade de prestar cuidados a um número muito grande de pessoas (até quatro mil pessoas), o que não ocorre em outros países que limitam a duas mil pessoas por profissional, como é o caso de Portugal (PISCO, 2008) e da Espanha (GÉRVAS, 2005), ou muito menos, como é o caso de Cuba, em que o máximo são 400 pessoas (GOLDBERG, 2000).

Ainda falando sobre equipe, os médicos citam que não têm autonomia total no processo de planejamento do trabalho na unidade, no entanto, o planejamento é realizado em conjunto, e

não foi apontado como um fator dificultador para os profissionais.

Alguns médicos sugeriram que o município deveria promover uma integração maior entre os profissionais do município, nas reuniões entre os próprios médicos, para terem a oportunidade de trocar experiências, também entre os médicos e a equipe gestora de saúde.

Além disso, as condições físicas e materiais são apontadas como desvantagens pelos respondentes do questionário.

5.4 Condições de trabalho

Nesta categoria, os entrevistados abordaram questões referentes a condições físicas e materiais, estrutura da unidade de saúde e da rede municipal, localização. Há nesta categoria, fatores capazes de atrair e reter os profissionais. Pesquisa realizada no município de São Paulo (SP), por Campos e Malik (2008), apontou que a alta rotatividade dos médicos está diretamente relacionada ao ambiente físico, à localização das unidades de saúde e à disponibilidade de insumos materiais.

Na presente pesquisa, os médicos levantaram algumas questões já presentes na literatura. Eles citam a falta de condições físicas adequadas para o funcionamento de algumas unidades que abrigam a ESF, bem como falta de equipamentos e materiais necessários para os atendimentos. Neste quesito, a proximidade entre os municípios da regional facilita a migração para unidades que possuem melhor estrutura física e também fornecimento de materiais. Os municípios que fornecem boas condições físicas e materiais para o desenvolvimento do trabalho são considerados mais propensos à atração e retenção dos profissionais.

A localização das USBs também é considerada um fator de atração e também de retenção. Os médicos em seus relatos citaram que, ao escolher a equipe para trabalhar, optaram pela cidade na qual ficariam mais próximos de familiares, amigos, relacionamentos. A infraestrutura da cidade para atuação também é considerada um fator que atrai e retém os profissionais. Quando questionados sobre a importância da localização, 41% consideraram muito importante, e 55% importante. Stralen (2017) corrobora esse achado, afirmando que a infraestrutura precária do município, incluindo a oferta de serviços básicos (como banco, internet de qualidade...) e de opções de lazer (como disponibilidade de restaurantes, shoppings, cinema, dentre outros), estão entre os principais fatores que dificultam a atração e, principalmente, a permanência do profissional no município.

Além disso, os médicos dessa pesquisa citaram que cidades que oferecem boas condições de acesso a grandes centros tornam-se atraentes, mesmo sendo no interior.

No quesito Estrutura da Unidade de Saúde e da rede municipal, é possível constatar que em muitos municípios há a dificuldade de encaminhamento, exames e remédios limitados, tendo o profissional médico que se adequar às condições de cada município.

Panini (2012) cita que são queixas frequentes dos profissionais médicos — e que são determinantes no momento da decisão de desligamento da função — a falta de suporte de encaminhamento e a obtenção de regulação dos casos mais graves, de infraestrutura e disponibilidade de material. Campos e Malik (2008) também citam as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, sendo esses considerados um dos motivos da alta rotatividade dos médicos.

Ainda falando sobre as condições de trabalho, os médicos relataram problemas na gestão da saúde do município que acarretam limitações para os médicos. Por exemplo, um dos médicos cita que as compras dos remédios da farmácia municipal são realizadas sem muitos critérios, e nem sempre o médico é consultado sobre os medicamentos que deveriam ser comprados. Muitos remédios não são utilizados, ou por não serem as melhores opções disponíveis no mercado, ou por serem comprados em quantidades não proporcionais à demanda. Além disso, os médicos, muitas vezes, principalmente em comunidades carentes, têm que adequar o tratamento do paciente aos remédios disponíveis, mesmo não sendo essa, a melhor opção.

A burocratização dos serviços foi também lembrada neste tópico, em que os médicos afirmam que, para realizar alguns tipos de exames, o paciente passa por uma série de processo, que tornam o processo mais lento. Neste aspecto, os médicos reclamam que não possuem autonomia em determinados processos.

5.5 Cultura e Identidade

Nesta dimensão, é possível perceber que os entrevistados que possuem o perfil e a identificação com o modelo da ESF dificilmente deixariam o programa. Houve médicos que, mesmo possuindo especializações, preferem atuar na ESF do que em suas especialidades. Isto também foi encontrado na etapa quantitativa, em que 45% dos profissionais citam que o determinante para a opção do trabalho na ESF foi a identificação com o tipo de trabalho.

Todos os profissionais entrevistados acreditam que o modelo da ESF é um bom, adequado para a realidade brasileira. No entanto, os entrevistados levantaram a questão sobre o quanto o que é preconizado pelo modelo é efetivamente realizado. Houve depoimentos de profissionais que atuavam em municípios, que não respeitam o número populacional de coberturas de cada equipe, municípios que não possuem recursos financeiros para arcar com medicamentos, exames, especialidades, como é preconizado pelas diretrizes. Alguns municípios também não realizam ações de prevenção. Aqui, percebe-se que a prática ainda figura um pouco distante da teoria da ESF em alguns municípios, no entanto é inquestionável que já houve melhoria após a implantação da ESF.

Quando os médicos foram questionados sobre “o que significa ser um médico da saúde da família?”, percebe-se nitidamente a diferença entre os que gostam do que faz e desejam continuar realizar este tipo de trabalho, dos que veem o programa apenas como uma fase de transição. Esta é uma questão que deveria ser perguntada aos médicos ao serem contratados por um município, pois isso reflete as intenções de fixação do mesmo.

Aspectos de cuidado, de vínculo com o paciente, da possibilidade de mudar uma realidade através de um trabalho “formiguinha”, atuando com a prevenção foram apontados nesta questão. Vê-se que muitos médicos possuem alinhamento com a proposta da ESF.

No quesito formação na graduação, os achados foram similares aos encontrados por Vieira et al. (2018), que citam que muito se avançou após a implantação das novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina, mas que também há muitos passos que ainda precisam ser dados, especialmente em prol do desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo em equipe. Nesta pesquisa, 66% dos médicos veem como satisfatória a formação que obtiveram na graduação para a atuação na ESF, e 25% como muito satisfatória, o que demonstra que a maioria saiu satisfeito com o ensino que obtiveram.

Apesar de satisfeitos com a formação na graduação, os médicos entrevistados na presente pesquisa veem também a necessidade de disciplinas para preparar o médico para questões de convívio, trabalho em equipe e relações interpessoais. Além disso, reconhecem, também, que às vezes é preciso buscar conhecimentos para além da universidade.

Sobre a satisfação profissional, tem-se que 75% se disseram parcialmente satisfeitos. É interessante que, mesmo os profissionais que não possuem pretensão de continuar se dizem de certa forma satisfeitos com o trabalho. Para os recém-formados que desejam realizar a

especialização, essa satisfação dificulta sua saída, no entanto não é capaz de os fixarem.

5.6 Projeto futuro e mercado de trabalho

Neste último tópico, buscou-se entender os projetos futuros dos profissionais, bem como a visão que eles têm do mercado profissional.

Percebeu-se, pelos relatos, que os profissionais concursados não possuem pretensão de sair da ESF em um curto espaço de tempo. Para estes profissionais, a probabilidade de permanência é muito grande, sendo impossibilitada somente por alguma eventualidade. Há também os profissionais que alegam que gostariam de permanecer, porém os contratos frágeis e sem garantias os fazem repensar sua escolha.

Sobre a visão do mercado, a abertura de diversas escolas médicas preocupa uma parcela dos médicos que afirmam que o mercado tende a saturar, e que a ESF será uma boa opção de trabalho, principalmente se considerarmos o concurso público que garantirá a estabilidade e possibilidade de um plano de carreira. Isto porque os médicos acreditam que a saturação virá acompanhada de perda de direitos trabalhista e redução de salários.

Alguns profissionais veem na especialização uma forma de fugir desta saturação. Talvez por isso que 77% dos profissionais afirmam que um dos motivos que os faria abandonar a ESF seria visando à residência/especialização.

Ainda sobre a saturação do mercado, os profissionais alertam sobre muitos profissionais estrangeiros que, nos últimos anos, veem atuar no país. Outro ponto da saturação é que isso gera reflexos tanto na remuneração, que tende a abaixar, quanto na tendência pela informalidade dos contratos, o que preocupa os respondentes.

O segundo motivo mais apontado pelos respondentes foi a saída pela oferta de melhor remuneração. Pierantoni et al. (2015) citam que, em pesquisa realizada no Vale do Taquari (RS) por Medeiros et al. (2010), ficou evidenciado que o regime de trabalho figura entre os principais fatores da rotatividade de médicos, de modo que, quando empregados por meio de modalidades de contratação precária, migram de um município a outro conforme a proposta financeira que recebem.

Sobre os projetos futuros surgiram depoimentos interessantes sobre a visão que eles têm dos municípios ao contratar os médicos. Muitos médicos acreditam que os próprios municípios não

estão preparados para a questão da fixação dos médicos, não se preocupando com o fator longitudinalidade. Na visão dos profissionais, os municípios não veem problemas em trocar de profissionais, por terem muitos médicos disponíveis, principalmente os recém-formados. Logo, os municípios não estão preocupados em melhorar as condições de trabalho, em realizar contratos elaborados de forma a auxiliar na fixação e conceder uma remuneração e plano de carreira atrativos para os profissionais.

Aqui surge um alerta para a gestão, no ponto de vista dos recursos humanos. Será que os gestores dos municípios possuem essa visão da gestão de RH?

Há ferramentas que poderiam ser aplicadas, como a própria entrevista de seleção, entrevista de desligamento para entender os motivos dos médicos se desligarem, a participação da opinião dos profissionais na criação de um plano de carreira, de reuniões periódicas para escutar as melhorias que os profissionais propõem para as rotinas diárias que são influenciadas por decisões dos gestores.

Em síntese, os achados da pesquisa permitiram apontar os condicionantes descritos na Figura 12.

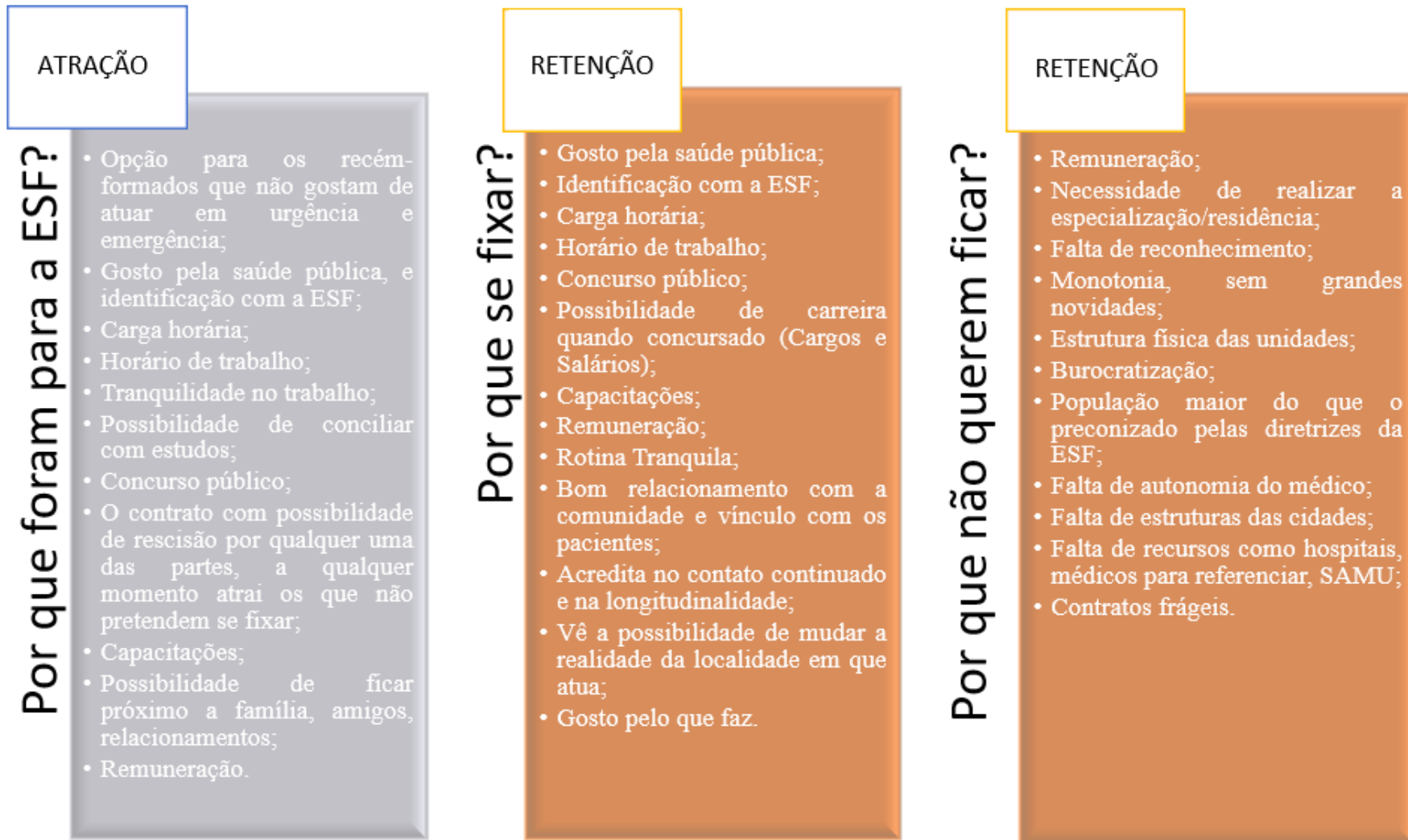


Figura 12 – Síntese dos fatores condicionantes encontrados na pesquisa

Fonte: Elaborada pela autora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca da compreensão sobre os fatores condicionantes da atração e retenção, a pesquisa optou por empreender uma abordagem mais ampla, conseguida pela etapa quantitativa, e entender em profundidade através das entrevistas (etapa qualitativa).

Ainda que esta pesquisa tenha abordado o universo de uma pequena parcela de médicos atuantes na ESF, os achados puderam dar uma visão panorâmica sobre como os profissionais enxergam o trabalho na ESF, as condições de trabalho, a gestão tanto dos municípios quanto da saúde pública com um todo, e como eles enxergam o mercado de trabalho atual e futuro.

Além dos fatores condicionantes de atração e retenção, se faz relevante apontar algumas questões sobre as quais cabem sugestões do ponto de vista da gestão de Recursos Humanos.

Especificamente sobre os fatores de atração e retenção, a pesquisa corroborou muitos fatores já trazidos pela literatura, apontando que os profissionais da Regional Oeste de MG possuem características e percepção similares aos das pesquisas abordadas neste estudo.

A atração dos profissionais na regional do estudo é exercida pela carga horária que o programa proporciona, pelo horário de trabalho, a tranquilidade do trabalho e oportunidade de conciliar o trabalho na ESF com os estudos.

Além disso, os médicos recém-formados que não gostam de atuar na urgência e emergência veem na ESF a oportunidade do primeiro emprego no programa. Ainda falando sobre os recém-formados, os contratos apresentados pelos municípios, tidos como frágeis e precários, são vistos por alguns profissionais recém-formados como o ideal, pois a rescisão pode ocorrer por qualquer uma das partes a qualquer momento, sem nenhum ônus.

Capacitações frequentes e de qualidade são vistas como fator que atrai os médicos a atuarem na ESF, visto que o trabalho médico necessita sempre de atualizações, e a troca de experiências entre os profissionais é apontada por eles como de grande valia.

Percebeu-se também que os profissionais são atraídos para as cidades onde há a possibilidade de ficarem mais próximos a familiares, amigos, relacionamentos.

O concurso público atrai os profissionais que desejam se fixar em determinados municípios, pois garante a estabilidade e possibilidade de um plano de carreira, além de direitos trabalhistas que são variáveis de prefeitura a prefeitura.

Por fim, o gosto pela saúde pública é tido como condicionante de atração para o trabalho na ESF.

Já sobre os fatores de retenção a pesquisa concluiu que o gosto pela saúde e identificação com a ESF é um condicionante importante para manter os profissionais no programa. Os médicos que acreditam e se identificam com o contato continuado e a longitudinalidade do cuidado como eixo fundamental da ESF são mais propensos a se fixarem. Além disso, muitos deles veem na possibilidade de mudar a realidade de um local e da população um fator motivador e condicionante a retê-los. Aqui, também, cabe lembrar o bom relacionamento com a comunidade, e o vínculo que eles criam com os pacientes faz com que os médicos se vinculem a ESF em que atuam e desejem continuar o trabalho. Além disso, a carga horária que o programa proporciona, o horário de trabalho, a tranquilidade do trabalho e as capacitações oferecidas por alguns municípios apontadas como fatores de atração também são tidas pelos médicos como fatores de retenção.

O Concurso público e a possibilidade de carreira, através do plano de cargos e salários que o município oferece, são fatores de retenção na percepção dos profissionais. Os médicos entrevistados concursados afirmaram que dificilmente abandonariam o cargo.

Por fim, a remuneração é tida tanto como fator de retenção quanto de não retenção. É importante ressaltar que os municípios da regional oferecem salários bem diversos entre eles, e o fato de serem próximos um dos outros representa um dos motivos dos médicos trocarem com muita facilidade de município de atuação, muitos deles motivados pela remuneração. É também importante ressaltar que alguns municípios oferecem o valor tido pelos profissionais como ideal para a função que executam, no entanto têm-se muitos municípios com o salário bem abaixo do tido como ideal. É recomendado que os gestores avaliem a média salarial dos municípios vizinhos e avaliem a possibilidade de adequação do valor ao mercado. Isto possibilitará a retenção de profissionais que serão motivados principalmente pela remuneração.

Ainda sobre a remuneração, muitos municípios não possuem um plano de carreira estruturado e precisam ainda avançar neste quesito. É notado que a dinâmica do serviço público, como a troca constante de gestores, e a formação em alguns casos não compatível com os serviços que

executam são empecilhos para que algumas ferramentas indicadas para a área de Recursos Humanos possam ter eficácia.

Ainda como fatores apontados como de não fixação, os médicos afirmam a necessidade de realizar a especialização e residência como primordiais em sua carreira. Isto é fator historicamente, e culturalmente construído e também incentivado na graduação. Percebe-se que essa realidade é a mesma vivida há alguns anos, como comprovam alguns estudos citados nesta pesquisa.

O contraponto é que na pesquisa houve médicos que realizam a especialização em áreas diversas e acabaram por optar em trabalhar como médico na ESF e se sentem felizes e realizados com o trabalho. Neste quesito, já é possível estabelecer relação com o outro condicionante que os médicos apontaram como de não fixação, que é falta de reconhecimento pelo trabalho na ESF. O *status* do médico da ESF é tido como ruim pelos profissionais, o que interfere na decisão de ficar no programa.

Algumas questões envolvendo a burocratização de processos e a estrutura física das unidades foram apontadas como fator de não retenção destes profissionais. Aqui cabe também a atenção dos gestores dos municípios e a busca por melhorias em tais quesitos.

É sabido que o serviço público não só na área da saúde, mas em outras áreas, carece de melhoria de processos, que muitas vezes deveriam e poderiam ser otimizados. A automatização dos prontuários, que em muitos municípios já são eletrônicos, é apontada por muitos médicos como crucial na otimização de seu trabalho. Além disso, a integração dos sistemas possibilita uma economicidade para o município em alguns processos. Por exemplo, em municípios que não utilizam prontuário eletrônico nem a integração dos sistemas, um paciente atendido pelo médico da ESF e posteriormente encaminhado para algum especialista pode ter o mesmo exame solicitado pelos dois médicos, o que gera desperdício de dinheiro público. Se o sistema fosse utilizado, ambos os médicos saberiam acerca dos exames já realizados pelo paciente.

Outro exemplo é o dos medicamentos fornecidos pelos municípios. Nos casos em que há as condições ideais, o médico consegue verificar quais são os medicamentos disponíveis e adequar o tratamento do paciente ao que é fornecido. Quando não há, muitas vezes o médico indica algum medicamento que não é fornecido gratuitamente, o paciente vai até a farmácia, não encontra o medicamento e volta à unidade de saúde, o que gera um desgaste para ambas as partes.

A estrutura física das unidades em muitos municípios, na percepção dos médicos, encontra-se precária e necessitaria de melhoria. Além disso, eles apontam que a falta de recursos, como hospitais, médicos para referenciar, SAMU, é motivo para a não fixação.

Uma questão também muito apontada pelos profissionais é o quantitativo de usuários vinculados à equipe em que atuam. Muitos municípios não respeitam a quantidade preconizada pelas diretrizes dos programas. Este é um quesito que se recomenda ser avaliado também pelos gestores.

Um fator que vai além de questões que podem ser modificadas é a estrutura das cidades em que os profissionais vão atuar. Muitos apontam como fator de retenção e também não retenção, que vai variar de acordo com as preferências de cada profissional.

Por último, a monotonia do trabalho na ESF, sem grandes novidades, é para alguns profissionais um condicionante para a não fixação. Isto também vai de acordo com o perfil do profissional e deve ser analisado na contratação do médico.

Diante de todo o exposto, há condicionantes que não são passíveis de alteração, como os intrínsecos ao perfil individual de cada profissional, no entanto algumas recomendações podem ser realizadas para tentar amenizar a questão da alta rotatividade e a não fixação dos profissionais.

A primeira sugestão é sobre o processo de contratação dos profissionais. Para o concurso público, já há diretrizes que devem ser seguidas pelos municípios; em contrapartida, a contratação para outros municípios deve ser realizada via processo seletivo simplificado ou não. É importante que os gestores para os processos seletivos se atentem às expectativas e também projetos futuros dos profissionais. Para tal, os gestores podem recorrer a ferramentas de seleção como entrevistas e testes. Claro que nem sempre pode haver disponibilidade de profissionais para a região no perfil indicado, no entanto, essa compreensão das expectativas do profissional na contratação direciona os gestores para como conduzir a situação da melhor forma.

Na contratação, é interessante observar também sobre a percepção que o profissional tem sobre a cidade em que vai atuar, se o local é próximo da cidade de seus familiares, ou se ele preza ou não por alguma especificidade ao escolher um local para atuação.

Durante a entrevista, a pergunta “O que é ser médico da Estratégia da Saúde” trouxe respostas bem interessantes, nas quais foi possível inferir a visão do profissional sobre a atuação no programa. Essa pergunta pode ser realizada para os profissionais no processo de seleção, para

entender se ele se identifica com o programa, se ele gosta da atuação na saúde pública e da rotina do trabalho na ESF.

Outra questão, que é uma recomendação, é a revisão dos contratos aplicados para a contratação dos profissionais, os quais foram apontados como frágeis por muitos profissionais. Os contratos feitos pelos próprios municípios não priorizam a fixação dos profissionais. Não existe nenhuma cláusula que estipula algum tempo de permanência, e muitos também precarizam os direitos trabalhistas, direitos esses que poderiam auxiliar na fixação dos profissionais.

As capacitações podem ser enquadradas no que o RH denomina como treinamento e desenvolvimento. Este é um item que pode ser trabalhado pela gestão dos municípios. Buscar oferecer capacitações e atualizações para os profissionais, bem como integrar a equipe dos médicos atuantes no município para troca de experiência, pode contribuir para a fixação do profissional ao município.

Por fim, este trabalho busca ter contribuído com o entendimento dos condicionantes da atração e da retenção dos médicos atuantes na Regional Oeste de MG, bem como a emergência da percepção desses profissionais sobre diversos temas ligados ao seu trabalho e suas preferências.

Como limitações, pode-se citar a quantidade dos respondentes da etapa quantitativa, que foi menor do que o planejado. Ademais, cita-se a abrangência de apenas uma regional de saúde de Minas Gerais.

Para pesquisas futuras, sugere-se adicionar outras regiões e verificar se em todas as regionais do estado prevalecem os mesmos condicionantes relacionados à atração e retenção. Além disso, cada dimensão pode ser estudada individualmente, e os fatores a ela associados devem ser investigados com mais profundidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBARELLO, L. et al., **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. Col. Trajectos, 39, Liboa, Lisboa, Gradiva, 1997.
- ALESSIO, M. M., SOUSA, M. F. de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 633-667, June 2016 .
- ALLEN, D. G. e SHANOCK, L. L. Perceived organizational support and embeddedness as key mechanisms connecting socialization tactics to commitment and turnover among new employees. **Journal of Organizational Behaviour**, v. 34, n. 3, p. 350-369, 2013.
- ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde SUS. **Revista Psicologia Saúde**, Campo Grande, vol.5, no.1, jun. 2013.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 14, p. 218, Jan-Dez, 2019.
- ANDRADE, L. R. de, et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, mar. 2019.
- ARANTES, L. J., SHIMIZU, H. E., MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1499-1510, Mai 2016.
- BARBOSA, L. G. et al . Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 287-294, Set. 2019.
- BARBOZA JS, LEMOS ABS, BARREIRO BFG, PEIXOTO GBM. Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).
- BASTOS, S. Q. A., GOMES, B.S.M., CRUZ, R.S.A. Análise exploratória da evolução da estratégia saúde da família (1998/2013) **Revista Economia NE**, Fortaleza, v. 49, n. 4, p. 75-88, out./dez., 2018.
- BEDIN, V. **Perfil do Médico Brasileiro, sua formação e distribuição no território nacional. Um problema insolúvel**. Disponível em: <<http://fapss.br/producao-cientifica/artigos-saude/perfil-do-medico-brasileiro.php>>. Acesso em 25 de janeiro de 2019.
- BERNTHAL, P.; WELLINS, R. Retaining talent: a benchmarking study. Pittsburgh: **Development Dimensions International**, 2001.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BREINBAUER, H. et al. Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 137, n. 7, p. 865-872, jul. 2009.

BULCÃO, L. G.; SAYD, J. D. As Razões da Escola Médica: Sobre Professores e seus valores. Os Valores dos Médicos e os Impasses da Escola Médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 11-38, jun. 2003.

CABRAL, E. S. M. **Fatores condicionantes da atração e retenção de profissionais e suas âncoras de carreira: um estudo com engenheiros recém-formados de uma empresa construtora de obras de infraestrutura de minas gerais**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração, da Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Fumec, 2012.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil.**, v. 5, n. supl. 1, p. s63-s69, dez. 2005.

CAMPOS, C.V., MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista Administração Pública**, mar-abr, 2008.

CAMPOS F.E., MACHADO M.H., GIRARDI S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, (44):13-24, 2009.

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

CARLOMAGNO, M. C; ROCHA, L. C. da. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, v. 7, n. 1, jul. 2016.

CARVALHO, M. S.; SOUZA, Ma. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, nov.-dez. 2013

CAVALLI, L. O., RIZZOTTO, M. L. F., e GUIMARÃES, A. T. B.. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 111.

CFM. Resolução no 1634, de 11 de abril de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.

CHEW, J. C. L. (2004). **The influence of human resource management practices on the retention of core employees of Australian Organizations: an empirical study**. Thesis (Doctor of Philosophy). Murdoch University.

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**, Brasília, DF: CONASS, 2011.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, Aug, 2014.

DE GIETER, S.; HOFMANS, J.. How reward satisfaction affects employees' turnover intentions and performance: an individual differences approach. **Human Resource Management Journal**, v. 25, n. 2, p. 200-216, 2015.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saude sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, June 2015.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas: modelos, processos, tendências e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2002.

FERREIRA, R.C.; FIORINI, V.M.L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira Educação Medicina**, v.34, n.2, p.207- 15, 2010.

FERREIRA, R. A. et al. O Estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: Perfil e Tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-231, jul./set. 2010.

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

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. **Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades**. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 289-322.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan. 2012.

FRANÇA JR., N. R. **Retenção de talentos: consideração de aspectos determinantes na empresa Volvo do Brasil Veículos S/A**. 2010.119 f. Dissertação, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2010.

FREIXO, M. J. V. **Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas**. Lisboa: Instituto Piaget, 2010.

GADREY, J. **Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços**. In SALERMO, M, S. (Org.). Relação de Serviço: Produção e Avaliação. São Paulo: SENAC, 2001.

GAYATHRI, R., SIVARAMAN, G., & KAMALAMBAL, R. Employee Retention Strategies in BPO's An Empirical Investigation. **Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business**, 3 (12), 2012.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas 2010.

GIOVANELLA L., ALMEIDA P.F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Caderno de Saúde Pública**, 2017.

GOLDBERG, A. Innovaciones territoriales en el sistema de salud cubano, desde la revolución hasta mediados de la década de 1990. Scripta Nova, **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Barcelona, v. 41, n. 69, s/p, 2000.

GOMES, C., de F.; RACHED, C. D. Abi. Efeitos de estratégia utilizada para fidelização de profissionais médicos na atenção básica de um município brasileiro. **Revista de Gestão e Contabilidade da UFPI**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. p.181-196, jul. 2016.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Médicos e ensino da medicina no Brasil. Edusp, 2002.

GONCALVES, R. J., et al . Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista brasileira educação médica**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, p. 382-392, Set. 2009.

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

GUNTHER, H.. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília , v. 22, n. 2, p. 201-209, Ago. 2006 .

HILTHROP, J. The quest for the best: Human resource practices to attract and retain talent. **European Management Journal**, 17(4),422-430, 1999.

KONTOGHIORGHES, C. e FRANGOU, K. The association between talent retention, antecedent factors and consequent organizational performance. **SAM Advanced Management Journal**, 74(1), 29-58, 2009.

LACOMBE, B. M. B. (2005). **Avaliação e mensuração de resultados em gestão de pessoas e a relação com o desempenho organizacional: um estudo com as maiores empresas brasileiras**. Tese de Doutorado em Administração. São Paulo: FEA-USP.

LEITE, R. S., MEDEIROS SANTOS, A. P., LIMA, C. A., RIBEIRO, C. D. A. L., BRITO, M. F. S. F. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Caderno Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, 24 (3): 323-329, 216.

LIMA, J. G., et al . Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 52-66, Set. 2018 .

LOPES E.Z., BOUSQUAT A.E.M. Fixação de enfermeiras e médicos na estratégia saúde da família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**, 2011.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 227-248, 2003.

MAGNAGO, C., PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, Mar. 2015.

MANCA, D. et al. Respect from Specialists: Concerns of Family physicians. **Canadian Family Physician**, Willowdale, v. 10, nº. 54, p.1434–1435, Out. 2008.

MANDARINI, M. B.; ALVES, A. M.; STICCA, M. G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 143-152, 2016.

MARCONI, M. D. A. e LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-31, jun. 2010.

MEDEIROS, K. R. de et al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 433-440, Apr. 2005.

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549, p.2011.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. CONASS, Brasília - DF, 2019

MENDONCA, M. H. M. de, et al. Challenges for human resources management from successful experiences of Family Health Strategy expansion. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, Ago. 2010.

MENDONÇA, F. de F., et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09.2016.

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

MILKOVICH, G., BOUDREAU, J. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª ed. Atual; 2004- 2005; 208p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília; 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. **Estratégia Saúde da Família**. 2019. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>, Acesso 25 de março de 2019.

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

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. Human resource management in hospitals and its relation to model assistance: a study of hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225, Fev. 2013.

MORIYAMA, M. C., et al. Formação acadêmica, motivação e aplicação dos princípios da atenção primária à saúde no cotidiano de trabalho. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Vol. 17, Nº. 3, p. 83-95, Ano 2013.

MORRA, R.D.; REGEHR, G.; GLINSBURG, S. Medical students, money and career selection: student's perception of financial factors and remuneration in family medicine. **Family Medicine**, Kansas City, v. 41, no. 2, p. 105-110, feb. 2009.

NASCIMENTO, J. G. S. do. **Mobilizando competências: mais médicos ou mais saúde?** Tese de doutorado da Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, 2018.

NETO, J. A. C., et al. Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 13-23, jan./jun. 2014.

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

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

OLIVEIRA, K. P. CKAGNAZAROFF, I. B., SILVEIRA, M. C., MORAES, C. E. S. Retenção de pessoas no setor público minêiro: O caso dos especialistas em políticas públicas e gestão governamental. **Revista de Carreiras e Pessoas São Paulo**. V.02 n.03 Set/Out/Nov/Dez 2012.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino Médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS : um estudo a partir de seis estados brasileiros**. 2007 Tese (Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, M. P. R. de et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista brasileira educação medicina**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, Dez. 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p.

PANINI, P. G. **Motivos para a rotatividade dos médicos na estratégia da saúde da família no município de cachoeirinhas/RS**. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Administração Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

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

PIERANTONI, Celia Regina et al . Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 106, p. 637-647, Set. 2015 .

PIERANTONI C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva** 6(2):341-356, 2001.

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

PISCO, L. Reform of Primary Health Care in Portugal (A journey through Family Medicine in Europe). **Jornal Médico de Família**. Lisboa, n. 151SE, p. 3, 2008.

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

RABINOWITZ, H. K; DIAMOND, J. J., MARKHAM, F. W.e PAYNTER, N. P. Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. **American Medical Association**. JAMA. Vol 286, No 9 p 1041-1048, Set. 5, 2001.

RANSON, M. K. et al. Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 6, p. 435–443, 2010.

REGTS, G.; MOLLEMAN, E. To leave or not to leave: when receiving interpersonal citizenship behavior influences an employee's turnover intention. **Human Relations**, v. 66, n. 2, p. 193-218, 2012.

RODRIGUES, R. B. **Atração, Retenção e a Lógica da Gestão de Recursos Humanos: Um Estudo Sobre os Médicos da Estratégia Saúde da Família**. 1. ed. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P.. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 6, n. 18, p. 21-24, maio 2011.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H. Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família. In: **encontro da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em administração**, 34, 2010, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Anpad, p. 1-17, 2010.

ROMÁN, O. Incorporación de médicos especialistas a la atención primaria ¿una paradoja nacional? **Revista Médica do Chile**, Santiago, v. 136, n. 8, p. 1073-1077, ago. 2008.

SANTINI, S. M. L. et al . DOS 'RECURSOS HUMANOS' À GESTÃO DO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE O TRABALHO NO SUS. **Trabalho educação saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 537-559, Ago. 2017.

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

SCALCO, S. V., LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Evaluation model for human resource management in health. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 603-614, Mar. 2010 .

SCHEFFER, M. (Ed.). Demografia Médica no Brasil, V. 2. São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**: Conselho Federal de Medicina, 2013. V. 2

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SEIXAS PH, STELLA RCR. **Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação**. In: Negri B, Faria R, Viana ALd´A, organizadores. Recursos humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p. 354-371.

SEIXAS, P. H. **Médicos em Saude da Familia na cidade de São Paulo**. OBSERVARHSP, 2006.

SEIDL H, VIEIRA S.P., FAUSTO M.C.R., LIMA R.C.D., GAGNO J. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, 2014

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SILVA, A. T. C. da et al. Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 2, p. 336-345, June 2017 .

SILVA, V.A.A. **Desempenho dos médicos na saúde da família – um estudo a partir das equipes de Belo Horizonte, Minas Gerais**. Dissertação apresentada ao Centro de Pós Graduação em Administração da UFMG. Belo Horizonte, 2014.

SILVA, N.C., RODRIGUES, R. B., ROCHA, T.A.H., RODRIGUES, J.M. Gestão De Recursos Humanos Em Saúde E Sua Necessária Interface Ao Mundo Organizacional – Um Olhar Ampliado. **XXXIII Encontro da ANPAD**. São Paulo/SP, 2009.

SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 3-12, 2014.

SOBRAL, F.; PECI, A. **Administração: teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SORATTO, J., PIRES, D.E.P., DORNELLES, S., LORENZETTI, J.. Family health strategy:

atechnological innovation in health. **Texto Contexto Enfermagem**, 24(2):584- 92, 2015.

SORATTO, J., et al . Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis , v. 26, n. 3, 2017 .

SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 4, dec. 2017.

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

STEIL, A. V., PENHA, M. M., & BONILLA, M. A. M. Antecedentes da retenção de pessoas em organizações: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 16(1), 88-102, 2016.

STRALEN, A.C.S.V., MASSOTE, A. W. CARVALHO, C. L., GIRARDI, S. N. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 147-172, Jan. 2017.

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

TONELLI, B., LEAL, A. P., TONELLI, W., VELOSO, D. C., GONÇALVES, D., & TONELLI, S. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF**, 23(2), 2018.

TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e Desafios na organização da Atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde HMP Comunicação, 432p, 2008.

ULRICH, D. **Recursos humanos estratégicos: novas perspectivas para os profissionais de RH**. São Paulo: Futura, 2000.

VARGAS, H. M. SEM perder a majestade: “profissões imperiais” no brasil. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v.15, n.28, p.107-124, 2010

VASCONCELOS, R. N. C., RUIZ, E..M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família Revisão Integrativa. **Revista brasileira educação médica**, vol.39 no.4 Rio de Janeiro, Out./Dez. 2015.

VIANA, A. L D; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. vol.8, n.2, p. 11-48, 1998.

VIACAVA, F., et al . SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun. 2018 .

VIEIRA, S. de P. et al . A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 189-207, Set. 2018 .

WONCA. **A definição europeia de medicina geral e familiar**. Wonca Europa. Genebras: WHO, 2002.

YANG, JUNG; TREADWAY, DARREN C.; STEPINA, LEE P. Justice and politics: turnover intentions. **Journal of Applied Social Psychology**, V. 43, n. 8, p. 1624-1635, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

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

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A mestranda **Cíntia Siqueira Araújo Soares**, orientada pelo professor **Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa** e coorientada pela **Dr. Juliana Goulart do Nascimento**, está desenvolvendo a pesquisa “*Atração e Retenção de Profissionais de Saúde na ESF: Um estudo na região Oeste de MG*”. O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo nos concedendo uma entrevista sobre os fatores associados à atração e retenção dos médicos da ESF da região Oeste de MG. A entrevista consiste na resposta a perguntas semiestruturadas com tempo de aplicação de, aproximadamente, 40 minutos.

O benefício direto desta pesquisa é geração de informação sobre o panorama atual dos médicos da regional Oeste de Minas Gerais, que poderá dizer sobre os fatores associados à atração e retenção desses profissionais. Estas informações poderão ser utilizadas para construção de políticas de gestão para melhoria da Saúde da Família.

A realização da entrevista será feita individualmente, em local de sua preferência, garantindo sua privacidade. A resposta a esta pesquisa, em algum momento, pode vir a causar algum tipo de constrangimento. Caso isso aconteça, a entrevista poderá ser interrompida pelo(a) Sr.(a) em qualquer momento que quiser. Informamos que a sua participação é voluntária; o(a) senhor(a) não será penalizado(a) caso se recuse a participar, e não lhe será concedido qualquer benefício material pela sua participação.

A equipe desta pesquisa garante que as informações prestadas nesta entrevista são sigilosas e serão tratadas em conjunto com as de outras pessoas, e, por isso, o (a) Sr.(a) não será identificado(a) pelas suas respostas.

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o(a) entrevistador(a). Caso a dúvida persista ou haja necessidade de confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, favor ligar para: **Cíntia Siqueira Araújo Soares**

Mestranda em Administração

Centro de Pós-graduação e Pesquisa em Administração - UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da FACE

Belo Horizonte 31270-901 MG

Tel.: (37) 9.9135 1605

Atesto que expliquei a natureza e os objetivos deste estudo ao participante, e que as informações foram fornecidas em uma linguagem clara e compreensível.

Entrevistador: _____

_____, _____ de _____ de 2019.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A mestranda **Cíntia Siqueira Araújo Soares**, orientada pelo professor **Dr. Allan Claudius Queiroz Barvosa** e coorientada pela **Dr. Julina Goulart do Nascimento**, está desenvolvendo a pesquisa “*Atração e Retenção de Profissionais de Saúde na ESF: Um estudo na região Oeste de MG*”. O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo respondendo a este questionário que busca identificar o perfil dos médicos atuantes na região. O questionário consiste em 34 perguntas, que terá um tempo médio de resposta de aproximadamente, 6 minutos.

O benefício direto desta pesquisa é geração de informação sobre o panorama atual dos médicos da regional Oeste de Minas Gerais, que poderá dizer sobre os fatores associados à atração e retenção desses profissionais. Estas informações poderão ser utilizadas para construção de políticas de gestão para melhoria da Saúde da Família.

A aplicação do questionário será realizada pelo formulário do Google Forms a seguir. A resposta a esta pesquisa, em algum momento, pode vir a causar algum tipo de constrangimento. Caso isso aconteça, a entrevista poderá ser interrompida pelo(a) Sr.(a) em qualquer momento que quiser. Informamos que a sua participação é voluntária; o(a) senhor(a) não será penalizado(a) caso se recuse a participar, e não será lhe concedido qualquer benefício material pela sua participação.

A equipe desta pesquisa garante que as informações prestadas neste questionário são sigilosas e serão tratadas em conjunto com as de outras pessoas, e, por isso, o(a) Sr.(a) não será identificado(a) pelas suas respostas.

Qualquer dúvida ou se houver necessidade de confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, favor entrar em contato com a entrevistadora.

Cíntia Siqueira Araújo Soares

Mestranda em Administração

Centro de Pós-graduação e Pesquisa em Administração - UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da FACE

Belo Horizonte 31270-901 MG

Tel.: (37) 9.9135 1605

Assim, aceito participar como voluntário do projeto de pesquisa acima. Uma cópia deste termo será enviada para seu e-mail automaticamente.

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista

ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – Um estudo na região Oeste de Minas Gerais

Parte I: Fatores individuais

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

Parte II: Gestão

8. Qual é o seu tipo de contrato de trabalho atual? Como foi realizado o processo de seleção?
9. Qual a importância da forma de contratação ou do vínculo de trabalho para o médico?
10. O(A) Sr.(a) participa/participou de atividades de capacitação em APS oferecidas pela secretaria de saúde?
11. Qual a importância dessas capacitações?
12. Como é a atuação da gerência nestas atividades? (em que atividades da equipe interfere, o que define)
13. Como é a relação da gerência com os profissionais de saúde?
14. Qual é a remuneração mensal neste município? O que o(a) Sr.(a) acha da remuneração que um médico recebe hoje no ESF?

Parte III: Organização do trabalho

15. Quais são, para o(a) Sr.(a), as principais vantagens de se trabalhar no ESF/na APS? E as principais desvantagens?

16. E do ponto de vista da sua atuação como profissional médico? (ou seja, tendo em vista a sua carreira)

17. Pensando neste cotidiano, o que acha que está funcionando bem, que está fluindo e o que acha que poderia ou deveria mudar? (pensando nas atividades desenvolvidas por ambos, que tipo de dificuldades são encontradas)

18. Como acha que deveria ser?

19. Como é a relação com os outros profissionais da equipe e com os profissionais de outras especialidades?

20. Como é a relação dos médicos desta unidade com a comunidade, com a população adscrita? Fazem visitas, reuniões, ações preventivas?

21. Como é feito o planejamento do trabalho na unidade de saúde? O planejamento dos atendimentos, das atividades, agenda?

Parte IV: Condições de trabalho

22. O que considera bom e o que acha que poderia melhorar em termos de condições de trabalho dos médicos do ESF/da APS? (Pensando em: a) unidade de saúde e b) rede municipal)

23. Em que medida acredita que as condições de localização (da unidade de saúde e do município) influenciam a sua escolha no momento de aceitar ou não uma proposta de trabalho?

24. Qual a sua percepção do mercado de trabalho da região?

25. Além da ESF, quais outras opções de trabalho você enxerga nessa região?

Parte V: Cultura e Identidade

26. A ESF foi adotada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para alcançar a mudança do modelo assistencial, reorganizando a rede de serviços, inclusive a rede hospitalar. O que o(a) Sr.(a) pensa a respeito do modelo?

27. Em termos profissionais, o que significa para o(a) Sr.(a) ser um médico do ESF/da APS?

28. Está satisfeito profissionalmente?

29. O que acha da formação profissional que recebeu tendo em vista o trabalho desenvolvido no ESF?

30. Acha que as universidades formam um tipo específico de profissional?

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

31. Por quanto tempo pretende ainda continuar trabalhando na ESF/na APS? Por que quer ficar?

32. Como o(a) Sr.(a) vê o mercado de trabalho para médicos hoje?

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família - Um estudo na região Oeste de MG

A mestranda Cíntia Siqueira Araújo Soares, orientada pelo professor Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa e co-orientada pela Dr. Juliana Goulart do Nascimento, está desenvolvendo a pesquisa "Atração e Retenção de Profissionais de Saúde na ESF –Um estudo na região Oeste de MG". A O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo respondendo a este questionário que busca identificar o perfil dos médicos atuantes na região. O questionário consiste em 30 perguntas, que terá um tempo médio de resposta de aproximadamente, 4 minutos.

O benefício direto desta pesquisa é geração de informação sobre o panorama atual dos médicos da regional Oeste de Minas Gerais, que poderá dizer sobre os fatores associados a atração e retenção desses profissionais. Estas informações poderão ser utilizadas para construção de políticas de gestão para melhoria da Saúde da Família.

A aplicação do questionário será realizada pelo formulário do Google Forms a seguir. A resposta a esta pesquisa, em algum momento, pode vir a causar algum tipo de constrangimento. Caso isso aconteça, a entrevista poderá ser interrompida pelo(a) Sr.(a) em qualquer momento que quiser. Informamos que a sua participação é voluntária; o (a) senhor (a) não será penalizado (a) caso se recuse participar e não será concedido qualquer benefício material pela sua participação.

A equipe desta pesquisa garante que as informações prestadas neste questionário são sigilosas e serão tratadas em conjunto com as de outras pessoas e, por isso, o (a) Sr.(a) não será identificado(a) pelas suas respostas.

Qualquer dúvida ou haja necessidade de confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, favor entrar em contato com a entrevistadora.

Cíntia Siqueira Araújo Soares
Mestranda em Administração
Centro de Pós-graduação e Pesquisa em Administração - UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627 - Prédio da FACE
Belo Horizonte 31270-901 MG
Tel.: (37) 9.9135 1605

Assim, aceito participar como voluntário do projeto de pesquisa acima.
Uma cópia deste termo será enviada para seu e-mail automaticamente.

* Required

1. Email address *

2. Aceito continuar. *

Mark only one oval.

Sim

Não

3. Município de atuação

Fatores Individuais

4. Sexo

Mark only one oval.

Feminino

Masculino

5. Naturalidade
Mark only one oval

- Na cidade onde atua
- Em cidades vizinhas onde atua
- Em outras cidades do interior do estado
- Na capital deste estado
- De outro Estado
- De outro país

6. Faixa Etária

Mark only one oval.

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- >=60

7. Estado Civil

Mark only one oval.

- Solteiro
- Casado/União Estável
- Separado/Divorciado
- Viúvo
- Outro

8. Filhos

Mark only one oval.

- Nenhum
- 1
- 2
- 3 ou mais

9. País onde se graduou

Mark only one oval.

- Brasil
- Exterior

10. Natureza da instituição
Mark only one oval

Público
 Privada

11. Tempo de Formado

Mark only one oval.

Até 5 anos
 De 6 a 10 anos
 De 11 a 15 anos
 De 15 a 20 anos
 Mais de 20 anos

12. Curso de Formação e Aperfeiçoamento

Mark only one oval.

Apenas graduação
 Título de especialista
 Mestrado
 Doutorado

13. Tempo de trabalho no Programa de Saúde da Família

Mark only one oval.

<2 anos
 2 - 3,9 anos
 4 - 4,9 anos
 5 - 10 anos
 > 10 anos

14. Tempo de trabalho na atual Unidade Básica de Saúde

Mark only one oval.

<2 anos
 2 - 3,9 anos
 4 - 4,9 anos
 5 - 10
 >10 anos

15. Atua em USB em
Mark only one oval

- Zona Rural
 Zona Urbana

16. Antes de atuar nesta equipe, você já atuou em:

Check all that apply.

- Hospitais
 Ambulatórios
 Consultórios particulares
 Outra equipe de saúde da família
 Plantão
 Vínculo cooperativo
 Outros tipos de trabalho

Gestão

17. Qual a sua remuneração bruta na ESF?

Mark only one oval.

- Até R\$10.000
 De R\$10.000 a R\$12.000
 De R\$12.001 a R\$15.000
 Acima de R\$15.000

18. Qual remuneração consideraria ideal para o trabalho desenvolvida na ESF?

Mark only one oval.

- Até R\$10.000
 De R\$10.000 a R\$12.000
 De R\$12.001 a R\$15.000
 Acima de R\$15.000

19. Possui outra atividade com remuneração?

Mark only one oval.

- Não
 Sim, de até R\$5.000
 Sim, de R\$5.001 a R\$10.000
 Sim, acima de R\$10.000

20. O que o Sr. Acha da remuneração que um médico recebe hoje na ESF?

Mark only one oval

- Muito Satisfatório
- Satisfatório
- Mediamente satisfatório
- Insatisfatório
- Muito insatisfatório

21. Tipo de vínculo na contratação

Mark only one oval.

- Servidor Público
- Cargo comissionado
- Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial
- Contrato temporário por prestação de serviço
- Empregado público CLT
- Outros

22. Qual a forma de ingresso?

Mark only one oval.

- Concurso Público
- Seleção pública
- Indicação
- Outra forma

23. A forma de contratação influenciou em sua escolha para este tipo de trabalho?

Mark only one oval.

- Muito influente
- Moderadamente influente
- Pouco influente
- Indiferente

24. Motivo que influenciou na escolha da ESF

Mark only one oval.

- Estava aposentado
- Pretendia aumentar minha renda
- Para ter condições de continuar estudando
- Queria experimentar o tipo de trabalho
- Admirava o trabalho na ESF
- Foi a primeira porta de entrada para o mercado de trabalho
- Foi incentivado desde a graduação
- Foi incentivado por outras pessoas ou familiares

Organização do trabalho

25. Quais são para o Sr.(a), as principais vantagens de se trabalhar na ESF/na APS?

Check all that apply.

- Remuneração
- Carga horária
- Vínculo Contratual
- Status
- Empatia pessoal com a saúde pública
- Oportunidade de um emprego para iniciar sua atuação profissional
- Possibilidade de atuação em mais de uma área da medicina
- Condições físicas e materias
- Localização

26. Quais são para o Sr.(a), e as principais desvantagens de se trabalhar na ESF/na APS?

Check all that apply.

- Remuneração
- Carga horária
- Vínculo Contratual
- Status
- Empatia pessoal com a saúde pública
- Oportunidade de um emprego para iniciar sua atuação profissional
- Possibilidade de atuação em mais de uma área da medicina
- Condições físicas e materias
- Localização

Condições de Trabalho

27. O que considera bom em termos de condições de trabalho dos médicos do ESF/da APS?

Check all that apply.

- A estrutura das unidades (espaço físico, equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis)
- Quantitativo de profissionais
- Gestão em Saúde
- Recursos Financeiros
- Condições de trabalho
- Retaguarda da rede especializada e da rede de urgência/emergência

28. E o que acha que poderia melhorar em termos de condições de trabalho dos médicos do ESF/da APS?

- A estrutura das unidades (espaço físico, equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis)
- Gestão em Saúde
- Recursos Financeiros
- Condições de trabalho
- Falta de retaguarda da rede especializada e da rede de urgência/emergência

29. Em que medida acredita que as condições de localização (da unidade de saúde e do município) influenciam a escolha do médico no momento de aceitar ou não uma proposta de trabalho?

Mark only one oval.

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

Cultura e Identidade

30. O que determinou a escolha da atuação no PSF?

Mark only one oval.

- Identificação com o tipo de trabalho
- Pelo emprego
- Aguardando residência
- Pela remuneração
- Indeterminado

31. Como define sua satisfação profissional?

Mark only one oval.

- Totalmente Insatisfeito
- Parcialmente insatisfeito
- Indiferente
- Parcialmente satisfeito
- Totalmente satisfeito

32. O que acha da formação profissional que recebeu tendo em vista o trabalho desenvolvido no ESF?

Mark only one oval.

- Muito Insatisfatória
- Insatisfatória
- Indiferente
- Satisfatória
- Muito satisfatória

Fatores Individuais - Projetos Futuros

33. Por quanto tempo pretende ainda continuar trabalhando no PSF/na APS?

Mark only one oval.

> 10 anos

10 - 5 anos

4,9 - 4 anos

3,9 - 2 anos

< 2 anos

< 1 ano

34. Cite os motivos pelos quais pensaria na possibilidade de sair da ESF.

Check all that apply.

- Para fazer residência
- Processo de trabalho da ESF Interferência política
- Falta de valorização na ESF
- Discordância quanto à forma de condução da Atenção Básica no município Falta de retaguarda da rede especializada e da rede de urgência/emergência Acesso a melhor infraestrutura urbana, maior oferta de serviços
- Problemas de relacionamento com a gerência /
- ESF Precariedade das condições físicas e materiais da UBS Término de contrato, não contratação
- Oferta de melhor remuneração

This content is neither created nor endorsed by Google.