

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UMA REFLEXÃO SOBRE A DIFICULDADE DE FIXAÇÃO
DO MÉDICO DO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA –
PSF- EM BELO HORIZONTE**

LUCIANA REIS DA SILVEIRA

LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS

2011

LUCIANA REIS DA SILVEIRA

**UMA REFLEXÃO SOBRE A DIFICULDADE DE FIXAÇÃO DO MÉDICO DO
PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA –PSF- EM BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

LAGOA SANTA/MINAS GERAIS

2011

LUCIANA REIS DA SILVEIRA

**UMA REFLEXÃO SOBRE A DIFICULDADE DE FIXAÇÃO DO MÉDICO DO
PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA –PSF- EM BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Banca Examinadora

Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Prof. Maria Teresa Marques Amaral

Aprovado em Belo Horizonte , 17 de dezembro de 2011

Às comunidades dos bairros Solimões, Felicidade e às equipes dos Centros de Saúde Felicidade 2 e Aarão Reis, pelo carinho e confiança.

Aos colegas de caminhada pela alegria dos encontros e trocas de experiências, por compartilharem as angústias e propostas de soluções.

À minha família pelo estímulo à busca de esclarecimento, preservação de valores fundamentais, entendimento pelas ausências físicas e suporte emocional.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos aos tutores, orientador, coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde e Professora Maria Teresa Marques Amaral pelo cuidado, incentivo, tolerância, respeito às individualidades e compreensão das dificuldades apresentadas;

Ao Anderson pela tranquilidade, parceria e cumplicidade que viabilizaram o término dessa redação;

A Deus, pela sustentação.

“Juro por Apolo médico, por Esculápio, por Hígia e Panacéia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir segundo meu poder e minha razão a promessa que se segue: estimar, tanto quanto aos meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos: ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e compromisso escrito. Fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer nem remédio mortal nem conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher substância abortiva. Conservarei com pureza e santidade minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado, deixarei essa consideração aos práticos que disso cuidam. Em toda casa, entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo longe dos prazeres do amor, com mulheres ou com homens, livres ou escravizados. Aquilo que no exercício da profissão ou no convívio da sociedade eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei, inteiramente secreto. Se eu cumprir esse juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça.”

Juramento de Hipócrates

RESUMO

O presente trabalho se destina à reflexão sobre um dos problemas encontrados durante a experiência da autora no Programa/ Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte: a dificuldade em fixar o médico generalista no centro de saúde. As repercussões e a literatura relativa à questão fundamentaram a escolha do tema e análise de seus possíveis determinantes. O impacto na prática vivida pelos médicos e reclamações da população adstrita ao programa permearam a discussão. O problema priorizado foi discutido durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, verificando-se a necessidade da avaliação da alta rotatividade do profissional médico. A minha vivência como médica da equipe de saúde da família (na equipe Verde do Centro de Saúde Felicidade 2) do Programa de Saúde da Família (PSF) de Belo Horizonte, entre os anos 2006 a 2010, associada à análise de artigos concernentes ao tema foram os motivadores deste estudo. A revisão da literatura ocorreu nas bases de dados BVS, PubMed, Bireme, Lilacs, Scielo, entre outras, com descritores selecionados em <http://decs.bvs.br> e <http://scholar.google.com.br>, com referências relativas ao Programa Saúde da Família, condições de trabalho médico, dificuldade de fixação do médico, dando suporte às opiniões e à redação.

Palavras-chave: Saúde da família. Condições de trabalho. Rotatividade.

ABSTRACT

This paper invites the reader to reflect on one of the problem encountered during the author's experience in Family Health Program/ Strategy in the city of Belo Horizonte: the high turnover rate of general practitioner at the health centers. The repercussions and literature about the issue justified the choice of topic . In order to analyze its possible determinants, the real impact on doctor demand and population requests several points were discussed. The discussion about this problematic situation surrounded all the period of the Basic Attention on Family Health Specialization Course program. It was part of post graduation program of the Minas Gerais Federal University. My experience as a Family Health Program doctor (in the Green team in the Felicidade 2 health center) in Belo Horizonte, among the years 2006 to 2010 , associated to a articles analysis motivated me to write these paper. The literature review was based on data provided by BVS, PubMed, Bireme, Lilacs, Scielo and others scientific websites, using the keywords searched in <http://decs.bvs.br> and <http://scholar.google.com.br>, related to topic as family health program , medical doctor working conditions and turnover rate supported the opinions and this writing process.

Key words: family health, working conditions, turnover rate.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	09
2	OBJETIVO GERAL	14
3	METODOLOGIA	15
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICES	27

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Programa da Saúde da Família, enquanto estratégia para o cuidado da saúde da comunidade, possui “nós” críticos evidentes. Entre eles, destaca-se a dificuldade em fixação do profissional médico, especialmente o generalista. A reflexão sobre as razões dessa rotatividade importante é o objetivo desse texto.

A despeito do déficit de infraestrutura e salários considerados pouco dignos, verifica-se a insatisfação permanente destes profissionais em relação ao fluxo de atendimento. A falta de sistematização leva à sobrecarga de trabalho, somada à grande demanda de atendimentos de pacientes agudos e programados. Observam-se muitas equipes abrangendo número de famílias maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde e questiona-se tal determinação no que tange ao bom acompanhamento dos usuários. A falha no estabelecimento e cumprimento de rotinas e protocolos, o treinamento ineficaz dos profissionais (que deveriam atender as necessidades da população e seus determinantes sociais) justificariam tal descontentamento. Isso inviabiliza a prática de uma medicina satisfatoriamente integral e digna.

Sabe-se da complexidade desses fatores, que o preparo e envolvimento adequado da equipe de trabalho, no programa, poderiam resolver a maioria dos problemas trazidos ao atendimento da população, no Centro de Saúde.

É com muito cuidado e pela importância dada ao compartilhamento de experiências que preparo este texto sobre o tema. Realmente, creio que o aprendizado é algo a ser transmitido, vivenciado e que reciprocidade é inerente a todo o processo. Relato o que julgo ter aprendido e consolidado nos anos de contato diário com o meio médico.

A recordação mais viva sobre a ideia de cuidados com a saúde de uma família remete-me a imagem de um médico com olhar atento e cuidadoso, em atendimento domiciliar a integrante de uma família, confiante nas orientações deste profissional. A visualização artística fica evidente na figura confiante e acessível, junto à rotina residencial de uma família (incluindo o cão de estimação) em “A visita do médico” de JanSteen, 1662, exposto em Apsley House, Londres, Inglaterra; na obra emblemática “The doctor” de Samuel Luke Fildes de 1891 na galeria Tate em Londres, Inglaterra;

na didática, adequação da linguagem pediátrica e empatia da relação médico/ paciente em “O médico e a boneca” de Norman Rockwell, em 1929, exposta no Norman Rockwell Museum em Stockbridge, EUA; e o exemplo do “médico de homens e almas” idealizado na figura de São Lucas, retratado em “Médico, pintor e santo” de autoria de Arlindo C. Carlini (vide Apêndices A a E) . Essa visão, aparentemente obsoleta, romanceada e utópica, continua para mim tão atual e real, quanto à ocasião da minha decisão pela carreira médica.

Em julho de 2005, graduei-me no curso de Medicina. A incerteza do que viria imediatamente me afligiu, pelo intuito em exercer a apaixonante medicina holística e escolher uma especialidade que contemplasse atendimentos de urgência, prevenção e promoção da saúde em todas as faixas etárias e condições. Tal fato era, e ainda é, para mim, um desafio. O convite para continuar integrando a equipe da Unidade de Toxicologia do Hospital João XXIII, onde acabara de concluir meu estágio na graduação, foi a concretização de um ideal, tanto pela possibilidade de exercer o que entendo por medicina de urgência (mais próximo do adequado) quanto pelo vínculo já criado, durante a graduação. Imediatamente ao recebimento de meu registro médico, aceitei a assinatura do meu primeiro contrato de trabalho, onde atualmente exerço a Medicina e tenho a oportunidade de ministrar a disciplina de graduação, em Toxicologia Clínica, do Curso Médico da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Contudo, o desejo de trabalhar na prevenção de acidentes, muitas vezes motivadores dos atendimentos de urgência na Unidade referida, e da necessidade pessoal de vivenciar a rotina de uma Unidade Básica de Saúde, antes satisfatoriamente experimentada na graduação, durante os estágios ambulatoriais e internato rural, fez-me integrar o Programa da Saúde da Família - PSF. A indicação e o convite do Secretário Municipal de Saúde de Ibitaré me pareceram honrosos, para uma recém-formada, praticamente com apenas quatro meses de “inexperiência” profissional, a integrar uma das ditas equipes de saúde da família em implantação no Município. A imaturidade e a frustração de idealizar uma prática médica, associada à promessa de respaldo institucional, na concretização, muito díspar ao estudado nas diretrizes do programa governamental e da academia, foram determinantes para a revisão do que eu realmente entendia como futuro profissional. Somaram-se indignação, sensação de

impotência e problemas pessoais, culminando em crescimento individual e adoecimento. Uma experiência intensa e completa em toda a dimensão que a situação podia viabilizar. A dificuldade pessoal de transcender o ideal na prática diária tem sido uma grande oportunidade de aprendizado.

Ser médico no PSF para mim era realmente impossível no modelo em que acabava de conhecer. Inúmeras foram as conversas com os colegas mais experientes e a análise que fizemos levou a conclusão de que o modelo adotado pelo Município, à ocasião, não condizia com a proposta plena inicial do programa.

No ano de 2006, a proposta de trabalhar com duas amigas da graduação com interesses comuns, iniciando um projeto de bases acadêmicas e prática fundamentada em diretrizes aceitáveis, na fundação de um novo centro de saúde foi o motivo de tentativa de retorno ao PSF. O planejamento junto à gerência, a equipe de trabalho, o período transicional de atendimento nos dois Centros de Saúde que compreendiam a maior parte da população que seria adstrita ao novo centro, a organização da mudança e a readequação da estrutura à ocasião da inauguração do Centro de Saúde Felicidade 2 no final do ano de 2006, fizeram parte de um processo extremamente rico em expectativas e satisfatório.

A inadequação física da nova unidade assistencial à equipe que se propunha a trabalhar era evidente e refletia o que perdura em 2011, em Belo Horizonte, sem previsão concreta de mudança em médio prazo. Apesar das promessas de adequação e proposta de sede própria em votações do Orçamento Participativo, até o momento não se verifica tal concretização.

Alguns centros de saúde funcionam em espaços adaptados como residências, centros de convivência, espaços religiosos cedidos, sem infraestrutura para funcionamento adequado. Infiltrações, alagamentos, calor excessivo, falta de ventilação, mofo, poeira, alérgenos em geral disponibilizados durante as inúmeras reformas e obras durante a manutenção das atividades da unidade, escadas, adaptação indevida de espaços físicos, ausência de ambientes adequados para reuniões, rotatividade freqüente necessária de consultórios para atendimento individualizado dos pacientes, atendimento de dois ou

mais pacientes separados por vezes por biombos (evidenciando a falta de privacidade) sanitários inacessíveis, inexistência de lavatórios em alguns consultórios, falta de elevadores e rampas (impossibilitando o trânsito de funcionários e principalmente da população com limitações motoras, cadeirantes, muitos idosos), dependência de condições climáticas devido a falta de locais protegidos das intempéries, são exemplos de afronta ao princípio da acessibilidade, ao respeito profissional e aos usuários. Não se entende os motivos pelos quais projetos há anos aprovados e licitados, ainda não foram iniciados. Cita-se como exemplo o Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida na regional Centro Sul, que tem cessão de terreno, licitação e projeto arquitetônico, com processo iniciado no final da década de noventa, sequer esboça princípio de obra até o momento.

A situação do Centro de Saúde Felicidade 2 com sede adaptada ficou apenas com a promessa das melhorias. O empenho da equipe técnica de saúde visava suplantar as limitações físicas se adequando ao espaço. Éramos, finalmente, três equipes com o ideal comum de verdadeiramente viver a experiência de uma estratégia de saúde de família e comunidade. O funcionamento dos projetos e a apuração das arestas foram graduais. Tínhamos as equipes básicas completas com três médicas concursadas (uma efetiva e as demais em estágios probatórios) com intuito de mantermo-nos na mesma lotação e equipe. Os relacionamentos pessoais, o falecimento de um enfermeiro de equipe, a entrada de novos integrantes concursados do corpo de enfermagem alteraram as proposições iniciais e ajustes foram necessários.

O funcionamento da unidade próximo à área de adscrição, o atendimento aos anseios da população e o envolvimento dos profissionais e usuários, mobilizavam a população a frequentar e, de certa forma, participar das atividades propostas. Com o aumento da demanda e dificuldade de gestão dos processos de trabalho, conflitos ocorreram a despeito das tentativas de mediação dos mesmos e das capacitações.

Com o pedido de exoneração da primeira médica, iniciou-se o processo de alta rotatividade por mim vivido entre 2006 e 2010 com sete médicos distintos, ocupando cargo de generalista nas 2 equipes. Meu afastamento das atividades do PSF até o momento, há um ano iniciado, foi providencial para avaliar e refletir sobre os fatores que dificultam a fixação do médico em tal estratégia.

O que via, em 2010, era a imagem de um quadro de Salvador Dali intitulado “Relógio Mole no Momento da Sua Primeira Explosão” de 1954, de uma coleção particular. Nessa obra, observo um relógio derretido e explodindo, num espaço indeterminado, registrando graficamente a ideia de fugacidade e autolimitação de uma ferramenta para marcar o tempo, evidenciando a impermanência de tudo o que existe. A sombra desse relógio, sob meu ponto de vista, se assemelha a de um ser humano. A reflexão sobre o tempo e a sua relação com a humanidade é tema para se discutir pela eternidade, extrapolando a minha realidade. O meu corpo e a minha mente diziam que há muito eu já devia ter desistido do projeto que via como falido. A verificação da alta rotatividade de colegas durante minha experiência no PSF confirmava tal visão. A dificuldade da administração do meu tempo, espaço físico impróprio e desrespeitoso, sob minha visão e sem previsão de melhoria, exposição desnecessária à violência direta e ameaças sofridas indiretamente (falsificação de carimbos, furtos de material, etc) e a falta de autonomia sobre minha agenda de trabalho culminaram nessa decisão.

Hoje, a cena vista com olhos de médica de apoio, em outra unidade, e com a bagagem de opiniões compartilhadas entre colegas durante a especialização iniciada em 2010. A opção foi enxergar que devemos fazer a diferença, enquanto nos é permitido, a reflexão e ações concatenadas a políticas de classe e sociais são mandatórias e as melhorias urgem.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar as possíveis razões da alta rotatividade e a dificuldade de fixação dos médicos generalistas nas equipes de saúde da família na cidade de Belo Horizonte.

3. METODOLOGIA

O relato de experiência associado à leitura integral de textos escolhidos frente à revisão bibliográfica integram a metodologia adotada.

Definiu-se como recorte temporal para este estudo o intervalo de vinte anos para a pesquisa, entre 1991 e 2011, compreendendo todos os descritores solicitados: saúde da família, fixação, generalista.

Foram encontradas cerca de 1450 publicações nos *websites* e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados PubMed, na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. A seleção para a leitura dos artigos utilizados se fez pelos títulos e resumos, com critério pessoal de descartar aqueles que não condiziam diretamente com os objetivos gerais deste trabalho. Dentre esses, os citados no texto estão referenciados conforme o esperado.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A história da atenção primária, em Belo Horizonte, segundo Pinto e Coelho (2010) tem investimentos há cerca de trinta anos e, na última década, houve a implantação da estratégia de saúde da família. Nesse período, pode-se listar a participação de cerca de 130 Unidades Básicas de Saúde com, aproximadamente, 200 enfermeiros, 840 médicos (clínicos, ginecologistas e pediatras), 1000 técnicos de enfermagem entre outros profissionais da área de Saúde e Administração, contratados e concursados pela prefeitura de Belo Horizonte - PBH. Essas unidades, nos nove distritos sanitários da cidade, são coordenadas por técnicos de Nível Superior em Saúde concursados pela PBH.

Cada uma das unidades confirmavam o seguimento de agenda para puericultura, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, com registro de que funcionavam em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde – MS, na maioria delas. Destacam-se, em Belo Horizonte, a implantação de alguns programas de referência nacional como “criança que chia” identificando, tratando e acompanhando asmáticos da faixa pediátrica à rede básica; outro importante programa referenciava previamente hospitais predefinidos para o parto das gestantes conforme acompanhamento pré-natal na rede básica. Apesar das medidas, a insatisfação popular com a atenção à saúde é evidente, haja vista a superlotação das unidades de urgência, muitas vezes passíveis de resolução nas unidades básicas.

O principal debate foi relativo ao fortalecimento da atenção primária, com divergências baseadas no interesse de manutenção do antigo modelo de ações programáticas contrapondo-se ao desejo de reformulação mais radical na organização da atenção básica. A proposta para a Capital mineira incluía 506 Equipes de Saúde da Família, nos moldes preconizados pelo MS: equipes com um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e variável número de agentes comunitários de saúde conforme população da área de abrangência. Os clínicos, ginecologistas e pediatras, apoiavam essas equipes. Foram utilizados indicadores de vulnerabilidade, criado pelo Serviço de Epidemiologia de Belo Horizonte, classificando em baixo, médio, elevado e muito elevado risco, cada setor censitário da cidade.

No início da implantação dos Centros de Saúde priorizaram-se as áreas de exposição a maiores riscos. A forma de divisão do número de famílias por equipe do programa baseou-se nas áreas de muito elevado risco e elevado risco. Cada equipe ficou responsável por cuidar de 600 e 750 famílias, sendo incorporado um assistente social para cada duas equipes e um a dois Centros de Saúde, respectivamente. Nas áreas de médio risco, cada equipe era responsável por 900 famílias, podendo ser ampliado tal número em 100 famílias caso houvesse médicos de apoio (em especial pediatras e ginecologistas) para cada equipe. Diferentes estratégias descontinuadas caracterizaram a não se consolidar nas áreas de baixo risco com 400.000 habitantes, para onde se esperavam implantação de 50 equipes. Hoje, se mantém em torno de 456 equipes, com abrangência de 1.800.000 habitantes.

Os dados censitários mais recentes, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2007, confirmaram a população belo-horizontina em 2.412.937 habitantes. Tal dimensionamento faz-se necessário para avaliar a situação de assistência de saúde dessa população que, segundo dados da PBH de 2011, dispõem de 180 unidades, atendendo a rede municipal. Considerando a divisão didática assistencial, segundo complexidade e função, em: Atenção Básica, Assistência Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde

Na rede Básica de Saúde há 147 Centros de Saúde, 58 desses possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Encontram-se distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, com a responsabilidade de realizarem ações na área de abrangência, de segunda a sexta-feira.

Considerados a porta de entrada do sistema base das Equipes de Saúde da Família (BH Vida), os Centros de Saúde com suas 523 equipes deveriam promover o primeiro contato da população, em caso de necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Certas unidades contam com assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos homeopatas e acupunturistas.

O encaminhamento médico dos Centros de Saúde é a forma de acesso às consultas e exames especializados. São responsabilidades de cada Centro de Saúde a marcação da consulta e a comunicação ao usuário do dia, horário e local do agendamento. Os nove Centros de Especialidades Médicas, quatro Unidade de Referência Secundária – URS -, uma policlínica, um Núcleo de Cirurgia Ambulatorial, um Centro Municipal Oftalmológico, um Centro

Municipal de Imagem e oito ambulatórios conveniados prestam serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS-BH em cerca de vinte especialidades.

Cada uma das catorze Unidades de Pronto Atendimento – UPA - e os Prontos Socorros de Hospitais Públicos respondem pelos atendimentos de urgência e emergência. As UPAs têm funcionamento ininterrupto e localizam-se nos Distritos Sanitários Barreiro, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Pampulha, Venda Nova e Centro-Sul e possuem leitos de observação e sala para pequenas cirurgias. O Serviço Móvel de Atendimento às Urgências - SAMU, referido pelo telefone 192, atende casos considerados emergenciais com acesso imediato e transporte do paciente para uma Unidade de Emergência, como traumas, urgências clínicas, obstétricas e psiquiátricas.

Hospitais públicos, filantrópicos e privados prestam serviços aos SUS e compõem a rede hospitalar de Belo Horizonte. Cerca de 19 mil internações no SUS mensalmente são relatadas, sendo 40 % de outros municípios. O Hospital Municipal Odilon Behrens é referência para o atendimento a especialidades médicas. Realiza exames de imagem e laboratoriais, e desenvolve ações de ensino e pesquisa, além de urgências clínicas, cirurgia e maternidade de alto risco.

Os serviços de referência em saúde do trabalhador, um na região do Barreiro e outro na Centro Sul prestam assistência aos trabalhadores com afecções laborativas pela rede SUS.

A Vigilância Sanitária – VISA - exerce as funções de prevenção e a promoção da saúde de toda a população do Município. Busca a educação, a orientação e o cumprimento da legislação sanitária; encontram-se seus representantes nos Distritos Sanitários e na Gerência da SMSA-BH.

Em todos os setores e unidades mencionados, vários problemas podem ser apontados durante sua implantação e seu atual curso. Entre eles, aponta-se a dificuldade de manutenção do corpo clínico, em dimensões variadas.

A questão da rotatividade profissional é de grande importância, não só para instituições da saúde, mas para todos outros campos de atuação profissional, haja vista o envolvimento dos custos para o empregador, em especial para os investimentos contínuos em formação e capacitação da equipe. Isso motivou estudos para análise da necessidade constante de novas contratações para a reposição de pessoal.

Baseando-nos em Sturdavant e Jydstrup, 1955 *apud* Campos e Malink, 2008, vemos o pioneirismo da Fundação Kellogg, na década de 50, em estudar a dificuldade de fixação da equipe de enfermagem na área hospitalar, nos Estados Unidos. Diversos estudos propõem índices para avaliação dessa dificuldade, sendo considerados razoáveis, segundo a literatura, nível de rotatividade até 26%. A partir desse índice, altos custos e impactos financeiros são esperados em uma organização. “Acima de 50%, corre o risco de comprometer a produtividade e a qualidade” (ANSEMI, ANGERAMI E GOMES, 1997).

A insatisfação relacionada à função exercida é tida como fator primordial para desligamento de um empregado e conseqüente rotatividade laboral. A existência da correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade foi largamente estudada. Diversas pesquisas citadas por Campos e Malink (2008), tais como Herzberg, Vroom (1964), Lévi-Leboyer (1994), Lichtenstein (1984), Sibbald *et al* (2000), entre outros, confirmam esses resultados.

A falta de profissionais e a migração de profissionais de saúde estimulam estudos para auxílio em políticas de fixação. A gestão de recursos humanos, com medidas imediatas e mais duradoras visam fixar o corpo clínico e acrescer a satisfação dos profissionais. A estratégia bem sucedida encontrada, no caso da enfermagem, foi aumentar o recrutamento, incluindo internacionalização do mesmo, com melhorias de condições de trabalho, bem como melhorias salariais.

No exemplo inglês, em meados dos anos noventa, em média 10% dos enfermeiros contratados por ano eram provenientes de outros países e entre 2001 e 2002, mais de 50% da força de trabalho contratada, cerca de 16 mil enfermeiros, era proveniente de outros 95 países. Esse padrão de internacionalização explicita deficiências, seja nos países receptores, seja nos exportadores. (KLINE, 2003; BUCHAM e SOCHALSKI, 2004 *apud* CAMPOS E MALINK,2008).

Apesar da categoria médica também estar vivendo o problema de migração intensa de profissionais entre países, ainda que não no mesmo grau da categoria de enfermagem, as questões que têm levado à realização de pesquisas sobre a satisfação no trabalho dos profissionais são outras. No passado, a rotatividade dos médicos era muito baixa, em parte porque a maior parte dos médicos tinha seu próprio negócio. A partir dos anos 1980, esse quadro se transforma. A maior parte inicia sua atividade como funcionário de alguma

organização. Com isso, o impacto da rotatividade aumentou muito (BUCHBINDER, 1999 *apud* CAMPOS E MALINK, 2008).

Encontramos como motivação para as pesquisas de satisfação no trabalho de médicos a comparação entre os níveis de satisfação dos trabalhadores da atenção primária (médicos generalistas ou médicos de família) e especialistas. Várias *surveys*, iniciadas por Lichtenstein, em 1984, avaliaram o nível de satisfação no trabalho dos médicos no decorrer do tempo (LANDON, 2003 *apud* CAMPOS E MALINK, 2008).

Exemplifica-se com o estudo inglês, a comparação do nível de satisfação dos médicos generalistas ao dos especialistas nos anos de 1987, 1990, 1998 e 2001. Verificou que o nível de satisfação declinou em 1987 e 1990, correlacionado ao momento histórico em que a reforma do sistema de saúde inglês ocorreu. Em 1990 e 1998, o nível aumentou, ainda não chegando ao nível inicial de 1987. Correlacionando-se 1998 e 2001, nova queda foi referida. A porcentagem dos que pretendiam abandonar a assistência nos cinco anos seguintes ao estudo que, em 1998, era de 14%, aumentou para 22% em 2001. Isso se deu pela insatisfação no trabalho dos médicos (SIBBALD, 2000 *apud* CAMPOS E MALINK, 2008).

São relatadas insatisfações no trabalho dos médicos, decorrentes das reformas dos sistemas de saúde ocorridas nos anos 1990, na Austrália (BAILIE, 1998 *apud* CAMPOS E MALINK, 2008). e na Nova Zelândia (DOWELL, 2000 *apud* CAMPOS E MALINK, 2008).

A atualmente denominada Estratégia de Saúde da Família, devido à redefinição do modelo assistencial de saúde pelo Estado, desde 1994, conhecida por Programa de Saúde da Família – PSF -, tem-se disseminado nas últimas duas décadas. Encontra-se inserida no Sistema Único de Saúde – SUS - seguindo seus princípios.

Sua implantação teve vários desafios, sendo de grande relevância a fixação do médico generalista no PSF. Tendo em vista a base desse modelo na parceria população-equipe, a essa dificuldade de manter a vinculação dos profissionais compromete as metas de atendimento. Nesta revisão bibliográfica, buscaram-se embasar os argumentos utilizados para o programa. Entre esses, a experiência paulistana mostrou correlação inversa entre a satisfação dos trabalhadores médicos do programa e sua rotatividade. Tal pesquisa, conforme Campos e Malink (2008), evidenciou que o prestígio da instituição auxiliadora da implantação do

programa, no Município, foi o mais importante na determinação da rotatividade dos médicos, associada a fatores como capacitação, distância e infraestrutura das Unidades de Saúde. Isso porque, em São Paulo, a implantação ocorreu em 1996 por estímulo estadual com instituições parceiras, e não por incentivo municipal como em outras localidades. Campos e Malink (2008) refletem sobre a relação trabalhista, pelo formato de contratações temporárias e, no caso paulista, terceirizando tais vinculações, o que pode justificar a rotatividade. (BRASIL, 2002a; MACHADO, 2002 *apud* CAMPOS E MALINK, 2008; DAL POZ, 2002; GIRARDI E CARVALHO, 2003).

Associado a captação de recursos humanos voltados à expansão do PSF, a necessidade de capacitação profissional dos envolvidos torna-se notória. Neste perfil assistencial holístico desejado, discrepava a formação, graduação e especialização da equipe de atenção básica inicialmente contratada tinha como parâmetro a especialização e reduzida visão generalista requerida.

Sabe-se, segundo Machado (2002) *apud* Campos e Malink (2008) que, em 1999, 36,7% dos médicos contratados pelo PSF tinham residência médica e que 75%, era no mesmo ano, a média nacional para outras especialidades.

O surgimento concomitante de cursos de formação, discussão sobre a adequação dos currículos médicos e de enfermagem, a urgência em atender um mercado de trabalho (sedento de profissionais adequados ao novo modelo) justificaram os investimentos governamentais, associados às universidades. Aguiar (2010) nos lembra que a elaboração de programas educacionais dirigidos, frente à atribuição constitucional, desde 1988, de que é de competência do SUS a ordenação da formação dos recursos humanos na área de Saúde. No ano de 1996, ocorreu a convocação de projetos de instituições de ensino ao Ministério da Saúde, para capacitação e formação profissional para o Programa de Saúde da Família. Em todo o país, em 2001, havia 30 polos de capacitação, formação e educação permanente para tal público, segundo dados do Ministério da Saúde, levantados em 2002.

Todo o processo estimulou a definição de responsabilidades pela capacitação da equipe podendo citar-se desde a Portaria Nº 2.527 com a definição das diretrizes do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família, até a discussão sobre a manutenção de

“educação permanente para profissionais que já se encontravam no mercado de trabalho (...) carente de atualização profissional” (AGUIAR, 2010).

Historicamente, o *deficit* das vagas ofertadas para residência médica, a cada ano, aumenta. A opção pela especialização seria vantajosa, caso a fixação dos profissionais capacitados fosse efetiva, já que, segundo Aguiar (2010), “somando-se o contingente de profissionais em ação na Saúde da Família em 2005 (61.500) e as oportunidades de especialização para eles (5.082 vagas ao todo), apenas 8,26%” desses poderiam se especializar em até dois anos. O planejamento adequado conseguiria proporcionar o estudo devido aos interessados, nos anos subsequentes. O que se observou foi, e ainda é, a falta de especialização para a estratégia e a dificuldade em se manter o exercício da clínica generalista no SUS daquele em que se investiu.

No período que se seguiu à implantação da ESF, em Belo Horizonte, observou-se dificuldade em manter, nas equipes profissionais, médicos, sendo que, em 2010, das 539 equipes do PSF, 41 delas não contavam com médico, conforme Oliveira (2010).

A precariedade das condições de trabalho como: falta de infraestrutura, insumos, sobrecarga de trabalho, ineficiência de retaguarda dos níveis de maior complexidade da atenção, insegurança motivam frequente saída dos médicos do programa (CAPOZZOLO, 2003).

O PSF tem corpo clínico remunerado com média superior à de outras especialidades médicas, tanto no âmbito público quanto no particular. Em 2001, verificou-se, em pesquisa nacional, que chegavam a ser 76% acima do mercado de trabalho, estimados em quatro mil reais. Alguns autores (DAL POZ, 2002; MS, 2002a; GIRARDIE CARVALHO, 2003) discutem que o satisfatório salário do médico do PSF, seria uma remuneração compensatória à precariedade do vínculo. Os salários considerados por alguns como elevados poderiam definir a contratação, mas não a fixação deste profissional.

Não se tem a pretensão de solucionar ou esgotar tais questionamentos. Visou-se proporcionar a reflexão, apontar problemas a fim de fomentar o debate relacionado aos recursos humanos na ESF. As possíveis soluções para as questões levantadas devem considerar a discussão junto às entidades de classe médica, levantamento de demandas profissionais e populacionais.

Espera-se que a tentativa de organização das informações julgadas relevantes acerca do tema e o posicionamento diante da realidade, de alguma forma, contribuam para a melhoria da atenção à Saúde básica do Município de Belo Horizonte.

5 CONCLUSÃO

Na ESF, em Belo Horizonte, como no restante do Brasil, observa-se que há grande rotatividade de profissionais médicos nos Centros de Saúde - CS. No exemplo do CS Felicidade 2, localizado na regional Norte de Belo Horizonte, entre 2006 e 2010, oito generalistas, nas três equipes de Saúde da Família, alternaram-se no atendimento a população. Devido à ausência de alguns destes profissionais, a sobrecarga dos que se encontram trabalhando foi evidente frente o aumento da demanda. A população questiona os motivos da ausência dos médicos e os profissionais de Saúde da Família levantam algumas hipóteses para tentar explicar esta realidade. Neste trabalho, podem-se confirmar algumas como a necessidade de avaliar a adequação e investimento em infraestrutura citadas pelos médicos e população, condições de segurança e ambiente de trabalho agradáveis, nos recursos humanos e a viabilidade da autonomia do corpo clínico para a tentativa de redução da rotatividade profissional.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A.T. **A Universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Turnover of nursing personnel in hospitals in Ribeirão Preto. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 2, n. 1, p. 44-50, July 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2527, de 19 de outubro de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A concepção dos polos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: etapa 3.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública** – Rio de Janeiro 42(2):347-368, mar./abr. 2008.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família.** 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas. p. 242-249.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

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

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. **Observatório de recursos humanos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-190. Disponível em :
http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&. Acesso em 27 nov. 2011.

LOPES, E.Z.; BOUSQUAT, A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Médica de Medicina de Família e Comunidade**, v.6 , n.19, 2011.

OLIVEIRA,J. Faltam médicos em 41 equipes do Programa Saúde da Família em BH. **Estado de Minas**. Publicação:12/09/2010 08:42 Disponível em:
http://www.uai.com.br/htmls/app/noticia173/2010/09/12/noticia_minas,i=179366/FALTAM+MEDICOS+EM+41+EQUIPES+DO+PROGRAMA+SAUDE+DA+FAMILIA+EM+BH.shtml. Acesso em 20 jan. 2011.

PEREIRA, A.S. **Modos de gerenciar cuidado e serviço no Programa da Saúde da Família em Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

PINTO,C.A.G; COELHO,I.B. BH Vida: Pensando a Implantação da Estratégia de Saúde da Família da Cidade de Belo Horizonte, Passados 10 Anos. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização **Cadernos HumanizaSUS**, Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília –DF, v.2 p. 220-237. 2010.

PRICE, J.L.; MUELLER,C.W. A causal model of turnover for nurses. **Academy of Management Journal**, v. 24, n.3, p. 543-565,1981.

STURDAVANT, M.; HITT, D.; JYDSTRUP, R.A. A study of turnover and its costs. **Hospitals**,. v. 29, n.5, p:59–62; 1955.

APÊNDICE A

A visita do médico. Jan Steen, 1662 . Apsley House, Londres



APÊNDICE B

The doctor . Samuel Luke Fildes , 1891. Galeria Tate. Londres, Inglaterra.



APÊNDICE C

O médico e a boneca. Norman Rockwell, 1929. Norman Rockwell Museum, Stockbridge, EUA.



APÊNDICE D

Médico, pintor e santo. Arlindo C. Carlini.



SÃO LUCAS

APÊNDICE E

Salvador Dali . Relógio Mole no Momento da Sua Primeira Explosão, 1954, óleo sobre tela, 50,5 X 25,7 cm, de coleção particular.

