

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MÁRCIA SILVEIRA NEY

Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família

Rio de Janeiro

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MÁRCIA SILVEIRA NEY

Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2009

MÁRCIA SILVEIRA NEY

Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Profª. Drª. Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

Profª. Drª. Márcia Cristina de Chagas Macedo Pinheiro
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

Dedicatória

Aos meus pais, Bete e Ricardo pelo começo de tudo, pela presença constante no meu caminhar. Ao meu irmão Fábio por estar sempre presente para me incentivar e apoiar. Ao José Luiz, pela compreensão e força nas horas mais difíceis, não me deixando desistir nunca. À Alaide Ramos Amasonas pelos seus ensinamentos durante o trabalho na Coordenadoria de Saúde da Família que me proporcionaram a realização de mais esse sonho.

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues por toda paciência, dedicação, cumplicidade, profissionalismo e ensinamentos para a realização desse trabalho. Por ter me incentivado, a trilhar novos caminhos na minha vida profissional, como o campo tão brilhante da pesquisa.

Aos professores, doutores do Mestrado Profissional de Saúde da Família, perseverantes e exemplos a seguir.

À Dr^a Márcia Cristina Pinheiro e Dr^a Valéria Romano pelas sugestões no exame de qualificação que muito me auxiliaram e pela participação na banca de defesa.

Aos colegas do trabalho, em especial, Tony, Iramar e Gilvânia por todo apoio e dedicação durante a minha pesquisa.

A todos da Coordenadoria de Saúde da Família do Município de Duque de Caxias, que me acolheram de braços abertos, com todo respeito e companheirismo durante esses anos.

Aos colegas de profissão, médicos de família do município de Duque de Caxias, sempre perseverantes e em busca de um ideal, que colaboraram comigo, tornando possível esse estudo.

À turma de Mestrado 2007/1 pelos momentos de descontração e lazer. Sem esses momentos de alegria, acho que não conseguiríamos chegar ao fim dessa caminhada.

RESUMO

A pesquisa tem como tema a dificuldade de fixação do profissional médico no Programa Saúde da Família (PSF) a ser enfrentada em diversos municípios do país. Enfoca a atenção primária no Brasil, com destaque para o PSF, o perfil do profissional médico e sua formação, o mercado de trabalho, a regulação da profissão e as políticas de recursos humanos praticadas para o PSF. O objetivo foi identificar os fatores que influenciam na permanência do profissional médico no Programa Saúde da Família do município de Duque de Caxias/RJ. Foi utilizada metodologia qualitativa através de aplicação de questionários e realização de grupo focal com médicos de família, buscando identificar as políticas de recursos humanos praticadas no município em relação ao PSF e a percepção a respeito do trabalho. Como resultado, a pesquisa identificou uma alta rotatividade dos médicos no município, sendo citados alguns fatores que interferem diretamente na satisfação profissional e que em diversas ocasiões fazem-nos pensar em desistir de continuar. Os fatores negativos citados foram: condições de trabalho inadequadas destacando a infra-estrutura física e falta de condições higiênico-sanitárias na USF para o convívio da equipe, a carga de trabalho, pela quantidade de famílias acompanhadas, a carga horária exigida para o médico, as políticas de recursos humanos praticadas, com distorções em relação à remuneração para uma jornada de trabalho extensiva e pesada e ausência de plano de carreira, cargos e salários que garantam a estabilidade e ascensão do profissional. Os principais motivos relatados que favorecem a permanência deste no Município é a identificação com a filosofia do programa, a vocação profissional e a possibilidade de servir a comunidade. Refletir sobre o atual PSF, com o intuito de buscar iniciativas de transformação, a fim de alcançar a efetivação do programa e finalmente a reorganização do sistema de saúde brasileiro, reavaliar as condições de trabalho e as políticas de RH no âmbito do SUS, as normatizações em grandes centros urbanos, a carga de trabalho e carga horária imposta para médicos, incentivar a educação continuada, entre outras medidas, devem estar na pauta de discussões de gestores, profissionais de saúde, e principalmente, formuladores de políticas públicas de saúde e educação.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Medicina de Família e Comunidade, Políticas Públicas de Saúde, Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The inquiry takes as a subject the difficulty of fixation of the medical professional in the Program Health of the Family (PSF) to be faced in several local authorities of the country. It tackles the primary attention in Brazil, with distinction for the PSF, the profile of the medical professional and his formation, the labor market, the regulation of the profession and the politics of human resources practiced for the PSF. The objective identified the factors that influence the permanence of the medical professional the Program Health of the Family of the Duque de Caxias/RJ. Qualitative methodology was used through application of questionnaires and realization of focal group with doctors of family, looking to identify the politics of human resources practiced in the local authority regarding the PSF and the perception as to the work. As result, the inquiry identified a high rotation of the doctors in the local authority, when there quoted some factors that interfere straightly in the professional satisfaction and that in several opportunities they make us think in stopping continuing in the program. The negative quoted factors were. unsuitable conditions of work when the USF is detaching the physical and deficient infrastructure of conditions sanitary-hygienic in for the familiarity of the team, the load of work, for the quantity of accompanied families, the workload demanded for the doctor, the politics of human resources practiced, with distortions regarding the remuneration for an extensive and heavy working day and absence of plan of run, posts and salaries that guarantee the stability and ascent of the professional. The principal reported motives that favor the permanence of the professional today in the Local it is the identification with the philosophy of the program, the professional vocation and the possibility to serve the community. To think about the current PSF, with the intention of looking for initiatives of transformation, in order to reach the effect of the program and finally the reorganization of the Brazilian system of health, re-value the conditions of work and the politics of human resource in the context of the SUS, the standardizations in great urbane centres, the load of work and workload imposed for doctors, stimulate the continued education, between other measures, must be in the list of discussions of managers, professionals of health, and principally, formulators of public politics of health and education.

key words: Program Health of the Family, Medicine of Family and Community, Public Politics of Health, Human Resources in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal Medicina

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básic

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MFC – Médico de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (UFMG)

OMS – Organização Mundial Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários

PEP - Programa de Educação Permanente

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

PMF – Programa Médico de Família (Niterói)

REDUC - Refinaria de Duque de Caxias

RH – Recursos Humanos

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNESA - Universidade Estácio de Sá

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Relação das Especialidades Médicas reconhecidas no Brasil.

Quadro 2: Relação de ofertas para médico de PSF e salários praticados nas diversas regiões do Brasil-2009.

Quadro 3: Estrutura de análise e categorias adotadas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Evolução do PSF no Brasil de 1998-2007.

Tabela 2: Quantitativo de escolas médicas criadas de 2000 a 2008.

Tabela 3: Número de graduados em Medicina por região - 2005.

Tabela 4: Distribuição de médicos por regiões socioeconômicas brasileiras.

Tabela 5: Indicadores sócio-econômicos do Município de Duque de Caxias.

Tabela 6: Rotatividade dos médicos de família de Duque de Caxias de 2005-2008.

Tabela 7: Distribuição dos 25 médicos de família pesquisados de Duque de Caxias em relação ao tempo de formado e tempo de trabalho no PSF, 2008.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias segundo o sexo, 2008.

Gráfico 2: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias segundo a faixa etária, 2008.

Gráfico 3: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias segundo o vínculo empregatício, 2008.

Gráfico 4: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias que relataram o PSF como primeiro emprego, 2008.

Gráfico 5: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação à experiência de trabalho anterior em PSF, 2008.

Gráfico 6- Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação à existência de outros vínculos concomitantes com o PSF, 2008.

Gráfico 7: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação a especialização original, 2008.

Gráfico 8: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação a presença de especialização em MFC, 2008.

Gráfico 9: Principais motivos para o exercício no PSF.

Gráfico 10: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação ao grau de satisfação geral com o trabalho no PSF, 2008.

Gráfico 11: A opinião dos médicos de família de Duque de Caxias em relação às alterações ocorridas na vida profissional após a inserção no PSF, 2008.

Gráfico 12: Percepção dos médicos em relação à estrutura da Unidade de Saúde da Família.

Gráfico 13: Percepção dos médicos em relação ao acesso às USF.

Gráfico 14: Percepção dos médicos em relação à carga de trabalho.

Gráfico 15: Percepção dos médicos sobre a relação com os membros da equipe.

Gráfico 16: Percepção dos médicos sobre a remuneração praticada no município para o PSF.

Gráfico 17: Percepção dos médicos em relação ao apoio técnico recebido pelas equipes.

Gráfico 18: Percepção dos médicos em relação à capacitação da equipe do PSF.

SUMÁRIO

1. Apresentação	14
2. Referencial Teórico	20
2.1 Atenção primária: princípios, diretrizes e modelos no Brasil	20
2.2 A profissão médica	30
2.3 O Mercado de trabalho e Regulação profissional.....	43
2.4 Políticas de Recursos Humanos	45
3. Objetivos e Métodos.....	51
3.1 Objetivos.....	51
3.2 A pesquisa.....	51
3.3 Métodos e procedimentos.....	54
4. Fixação do médico de família: os problemas encontrados.....	63
4.1 Políticas de RH e implantação das ESF.....	63
4.2 A rotatividade dos médicos de família.....	67
4.3 Perfil dos médicos de família entrevistados	69
4.4 As percepções dos médicos de família	79
5. Considerações Finais	99
Referências	101
Fontes bibliográficas.....	Erro! Indicador não definido.
Fontes documentais	105
Apêndice I: Questionário	108
Apêndice II: Termo de consentimento livre e esclarecido	111
Apêndice III: Roteiro do grupo focal	112
Apêndice IV: Tabela do Cálculo Progressivo de Perdas Salariais com o Regime de Gratificação Vigente para o Profissional de Nível Superior do Saúde da Família.....	114
Apêndice V: Motivos para o exercício no PSF	115

1. APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa aborda o tema da dificuldade de fixação do profissional médico no Programa Saúde da Família (PSF), já que esta é uma realidade a ser enfrentada em diversos municípios onde há o Programa. Assim, o objetivo deste estudo é de conhecer os fatores que contribuem para a permanência deste profissional no programa, contribuindo de maneira efetiva, com informações capazes de auxiliar no enfrentamento destas questões no âmbito do SUS. A pergunta que orienta o trabalho pode ser apresentada da seguinte forma: Quais são os principais fatores que dificultam a fixação do profissional médico no Programa Saúde da Família?

A pesquisa foi realizada no município de Duque de Caxias, localizado na Baixada Fluminense, área da região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Minha motivação para pesquisar o tema deve-se ao fato de ser médica de família do município de Duque de Caxias e trabalhar há quatro (4) anos na Coordenadoria de Saúde da Família do município, tendo enfrentado nesse período algumas dificuldades em relação à alta rotatividade do profissional médico.

Quando iniciei o trabalho, em 2005, o município contava apenas com 28 equipes de PSF e duas equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), passando para: 55 equipes em 2006; 67 equipes em 2007; e 70 equipes em 2008 com uma cobertura de 28%, ou seja, em torno de 245 mil pessoas atendidas. Porém, durante todo esse período, com muitas dificuldades para fixar o médico, acarretando em diversas ocasiões em mudança de modalidade para PACS, com a perda do incentivo financeiro e a desacreditação da população. No início do ano de 2008, 04 equipes de PSF tiveram a mudança de modalidade para PACS por falta de profissional médico no quadro funcional, e no início de 2009 mais 11 equipes correram o risco de serem desativadas. Diante destes fatos, e estando o PSF em Duque de Caxias, com prazos de projetos de expansão em andamento e encontrando obstáculos para se consolidar, supomos que esta pesquisa possa servir de ponto de partida para reflexões e direcionamentos futuros.

Como faço parte da coordenadoria do programa, responsável pela organização e implantação das equipes, supervisão técnica e treinamentos dos profissionais, entre outras atividades, acredito que a qualificação e a expansão das equipes no município estão sendo prejudicadas com este fato. Observo que tal fato também vem dificultando a continuidade do programa, e principalmente a relação com a comunidade no que diz respeito, por exemplo, a sua credibilidade junto à Secretaria Municipal de Saúde.

No panorama atual da política pública da saúde no Brasil, o PSF, criado em 1994, é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como “uma estratégia de reorganização do sistema de saúde que busca melhorar e ampliar a atenção básica, visando à promoção, prevenção e assistência em saúde de forma integral” (BRASIL, 2004). Mas tanto nos centros urbanos quanto no interior, tem enfrentado dificuldades, desde a sua criação, em relação a contar com recursos humanos necessários e adequados para o seu desenvolvimento. Algumas das explicações que têm sido dadas para o problema são: carência de profissionais preparados para o desempenho das atividades no PSF (baixa qualificação); frágil adequação dos recursos humanos ao perfil profissional necessário; ineficaz regulação do mercado de trabalho e profissões; e pequena valorização dos trabalhadores (GUGLIELMI, 2006). Tais situações estariam dificultando a adesão e a fixação dos profissionais.

Há um aparente consenso quanto à dificuldade de fixação dos recursos humanos no Saúde da Família em diversas pesquisas realizadas até o momento em diferentes documentos oficiais, tais como: o Relatório Final da Pesquisa Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF de 2000, o Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação do MS de 2002, e a pesquisa realizada mais recentemente, em 2007, pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCOM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sobre a Precarização e a Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família- PSF. Todos apontam que a alta rotatividade (composição e manutenção) dos profissionais envolvidos é um dos grandes desafios a ser enfrentado. Segundo ANDRADE (1998), um fator que contribuiria para este problema é a migração dos

profissionais entre os municípios influenciados pela grande oferta de vagas, motivada por diferentes ofertas salariais para os médicos, maior flexibilidade das relações trabalhistas, e serviços em outras regiões e melhores condições de trabalho e de qualidade de vida.

Diversos problemas relacionados aos recursos humano em saúde, particularmente em relação ao profissional de Medicina necessitam ser superados. Alguns fatores cujas deficiências contribuiriam para o problema e estão relatados nos documentos acima mencionados incluem: formação médica, condições de trabalho (estrutura, carga horária, locais de trabalho, processo de trabalho), educação continuada, apoio técnico e apoio de outros níveis de complexidade (atenção secundária, terciária – Referência e Contra-referência), vínculo empregatício, Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), entre outros. O Relatório da pesquisa “*Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF*”, realizado em 2000, já mencionou especificamente esses problemas:

- Formação médica: baixa qualificação especializada dos médicos no PSF: apenas 37,16% concluíram algum programa de Residência Médica; apenas 39,53% dos médicos tinham algum curso de especialização (BRASIL, Ministério da Saúde & Fiocruz, p. 30 e 31, 2000);
- Condições de Trabalho: desgaste profissional: 68,38% dos médicos relataram ser desgastante sua atividade, com vínculo precário, excesso de trabalho, muitas vezes causado pelo número excessivo de famílias a que são responsáveis; com falta de recursos humanos, materiais e medicamentos; a dificuldade de acesso às áreas de trabalho e a falta de estrutura nas unidades como fatores dificultadores do processo de trabalho (idem p.32 e 33);
- Vínculo empregatício: Apenas 14,08% dos médicos eram servidores públicos sendo 45,88% incorporados ao PSF por meio de contratos temporários. Somando os contratos temporários e as demais fontes precárias de incorporação do trabalho, 61,83% dos médicos sem garantias jurídicas de direitos trabalhistas (idem, p.32);
- Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS): Inexistência de plano de carreiras, cargos e salários estabelecido para a categoria e uma baixa

remuneração, ou seja, um salário insatisfatório para uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. (idem, p.32);

- Educação Continuada: poucos incentivos aos programas de capacitação permanente e educação continuada; embora 96,35% dos médicos afirmaram ter necessidade de aprimoramento profissional. As principais modalidades escolhidas foram: cursos de especialização (27,85%); cursos de curta duração – capacitação (23,29%); cursos strictu sensu – mestrado/ doutorado/ pós-doutorado (19,23%) e cursos à distância (2,54%) (idem, p.31);
- Apoio técnico e apoio de outros níveis: Falta de protocolos clínicos estabelecidos, falta de apoio de outras especialidades clínicas, inexistência de sistema de referência e contra-referência com fluxo estabelecido e funcionando, pouca integração com níveis secundários e terciários de atenção, pouca integração com outros órgãos e entidades públicas: secretaria de educação, assistência social, entre outras.

A preocupação com os recursos humanos é mundial; haja vista que foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde uma década de atenção aos Recursos Humanos da Saúde (2006 - 2015). Segundo a (OMS):

O problema mais comum nos diferentes países é a insuficiência de Recursos Humanos na Saúde, agravado pela distinção geográfica entre áreas urbanas e rurais, e entre o setor público e privado, resultando em baixa produtividade, na migração (inclusive transnacional), na sobrecarga de trabalho, e em salários inadequados [...] (OMS *apud* GUGLIELMI, 2006, p. 16).

Alguma mobilização já está ocorrendo na América como o Chamado à Ação de Toronto, decorrente de discussões realizadas nos grupos de trabalho da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde em conjunto com o Ministério da Saúde do Canadá e Ministério da Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário. Essas iniciativas buscam mobilizar atores nacionais e internacionais, do setor saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, que apontem para as Metas de Desenvolvimento

para o Milênio, as prioridades nacionais de saúde e o acesso aos serviços de saúde com qualidade para todos os povos das Américas até o ano de 2015.

Estes esforços devem basear-se nos seguintes princípios: os recursos humanos são à base do sistema de saúde, trabalhar no serviço público é uma responsabilidade social, e os trabalhadores são os protagonistas do desenvolvimento e na melhoria do sistema (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

Algumas propostas baseadas nestes princípios já estão sendo discutidas em relação às políticas de Recursos Humanos para Saúde no Brasil, porém, ainda não foram colocadas como prioridade como deveria e, estão aquém do ideal para avançarmos. Talvez com essas iniciativas os municípios do país conseguiriam o objetivo tão almejado; a implantação e reconhecimento do PSF capaz de efetivamente reorientar o Sistema Público de Saúde.

Esta pesquisa está sendo realizada em conjunto com outro projeto de pesquisa que conta com a participação de professores e alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (UNESA), que pretende, com base em informações geoprocessadas, avaliar a oferta e demanda de ações e serviços do programa saúde da família para os serviços de média complexidade em relação às necessidades da população, o que inclui a distribuição e a qualificação dos recursos humanos (especificamente os médicos) disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma Área Programática do Município do Rio de Janeiro e do Município de Duque de Caxias. A idéia é que haja um intercâmbio permanente de informações e opiniões entre os dois projetos.

Além desta apresentação, o estudo está organizado em mais quatro capítulos. No capítulo dois começo a discussão com uma abordagem da atenção primária com ênfase no PSF e da atuação do médico de família. Nesse capítulo também trato da profissão médica, de sua formação atual desde a graduação até as especializações presentes, como a especialidade de medicina de família e comunidade, além de focar o mercado de trabalho, a regulação da profissão e as políticas de recursos humanos para o setor. Os objetivos, métodos e procedimentos utilizados são descritos no capítulo três. No capítulo quatro apresento os resultados e a análise dos mesmos. O capítulo cinco contém as

considerações finais a respeito dos principais fatores que interferem na fixação do médico de família. Finalizo com algumas reflexões no intuito de aprimorar o PSF praticado até o momento no país.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção primária¹: princípios, diretrizes e modelos no Brasil

A atenção primária à saúde (APS) evoluiu conceitualmente desde sua proposição inicial, em 1920, quando Dawson tratou da organização dos sistemas de saúde, diferenciando níveis de atenção (Starfield, 1998). A decisão da OMS em 1977, na conferência de Alma-Ata, de ter como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000” levou à definição dos princípios da atenção primária:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (In: STARFIELD *apud* Organização Mundial de Saúde, 2002, p 30).

Essa definição reconheceu a atenção primária como parte essencial do sistema de saúde e especificaram também alguns de seus componentes fundamentais, como educação sanitária, higiene ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de enfermidades endêmicas locais, tratamento adequado dos traumatismos e enfermidades mais frequentes, disponibilidade de medicamentos essenciais, promoção de saúde, entre outros, a serem praticados por todos os países nos serviços de atenção primária (STARFIELD, 2002).

Experiências de diversos países possibilitaram a evolução e a melhor adequação desses conceitos. A partir da década de 80, diferentes países

¹ A Atenção Primária é denominada no Brasil muitas vezes como Atenção Básica, embora o Ministério da Saúde venha ultimamente utilizando o termo atenção primária. Neste trabalho optei por usar a denominação primária, por ser internacionalmente aceita nos diferentes Sistemas de Saúde.

envolveram-se em processos de discussão sobre os sistemas nacionais de saúde, enfatizando a necessidade de mudanças para a organização dos modelos de atenção vigentes, baseados na doença e no hospital, com custos insustentáveis, desigualdades de acesso, insatisfação dos usuários e profissionais e a baixa qualidade e resolutividade dos serviços, buscando a atenção primária como norteadora da organização (SOUZA & SAMPAIO, 2002).

Starfield, em 2002, cita claramente essas características fundamentais de organização do sistema e redução de custos da atenção primária:

[...] uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde... A atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde [...] (2002, p. 28).

A classificação utilizada por Vuori em 1985, e detalhada por Starfield em 1993, também enfatiza a APS como uma estratégia organizadora da atenção à saúde, que os serviços devem proporcionar uma atenção generalizada, não restrita a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada, com trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção; e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados com sua saúde e bem-estar (SOUZA & SAMPAIO, 2002).

Em 1996, a OMS publica a carta de Liubliana, estabelecendo algumas características necessárias aos sistemas de saúde: guiar-se pelos valores da dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; buscar a promoção e proteção da saúde; centrar-se na população e propiciar que os cidadãos influam nos serviços de saúde que recebem e sejam responsáveis pela sua própria saúde, enfatizando a qualidade, buscando uma boa relação custo-efetividade, com sustentabilidade econômica, cobrindo toda população, e que seja orientado pela atenção primária.

Atualmente, quatro características têm sido colocadas como próprias da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação (STARFIELD, 2002). O primeiro contato diz respeito à capacidade de

acesso, considerando a estrutura disponível como barreiras, da própria unidade prestadora de serviços, filas, transporte, marcação de consultas, distância, ou mesmo as barreiras culturais. A própria cultura da procura direta pelo especialista e da livre demanda como símbolo da qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico. Alguns países como Austrália, Dinamarca, Finlândia, Inglaterra e Holanda restringem o acesso a especialistas ao encaminhamento do médico da atenção primária (SBMFC, 2006). Esse fato tem repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema. A longitudinalidade como uma relação de continuidade entre o usuário e profissional de saúde, o vínculo e a responsabilização, com a oferta regular dos serviços. A abrangência do cuidado envolve a capacidade dos serviços em oferecer o que está planejado. Diz respeito às ações programadas para aquele serviço, sua adequação às necessidades da população e sua resposta a estas demandas enquanto capacidade resolutiva. A coordenação da atenção diz respeito à capacidade do serviço em garantir o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessários (SOUZA & SAMPAIO, 2002).

A valorização da discussão da atenção primária e do seu papel no Brasil, também não ocorreu facilmente. E ainda persistem disputas, conflitos e discórdias como nos diversos países que fizeram esta opção. Com o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988, estabelecem-se diretrizes e princípios, rumo à organização da assistência, colocando a atenção primária como prioritária. Já se passaram 20 anos de implantação do SUS e ainda, é evidente a dificuldade encontrada para a construção e efetivação de um sistema de saúde com enfoque na atenção primária, como discutido anteriormente.

No Brasil, um país tão grande, enorme extensão territorial, desigualdades políticas, sociais e econômicas, teve-se que pensar na necessidade de implantação de modelos e práticas que poderiam dar conta das diversidades presentes nos vários municípios, buscando coletivamente a construção de alternativas para operar e organizar os serviços do nível local, visando à melhoria das condições de saúde das populações (TEIXEIRA, 2001). Dessa forma, o Programa de Saúde da Família foi proposto em 1994, e vem sendo defendido pelo

Ministério da Saúde como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseado nos cuidados primários de saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

O Programa Saúde da Família

Em sua concepção inicial, o PSF tem como base: modelo voltado para a proteção e promoção da saúde, área de abrangência com adscrição de clientela, composição mínima da equipe, participação comunitária através de ações de educação e promoção da saúde, atenção integral e contínua, integração ao sistema local de saúde, impacto sobre a formação de recursos humanos, remuneração diferenciada e estímulo ao controle social. Segundo o Ministério da Saúde, desde a sua criação,

O objetivo geral do programa era “melhorar” o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (2004).

O PSF foi inicialmente apresentado pelo Ministério da Saúde com uma proposta de atenção às áreas de risco, voltada para o atendimento dos 32 milhões de brasileiros incluídos no mapa da fome do IPEA. Porém nesse mesmo ano, um segundo documento já possui outra apresentação, sendo expandido para outras áreas que não somente as incluídas no Mapa da Fome. (SOUZA e SAMPAIO, 2002).

Pode-se dizer que o principal antecedente do PSF foi o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início em 1991, quando o Ministério da Saúde (MS) enfocando a família em seus programas e não mais somente o indivíduo, com a noção de área de cobertura por família, com uma visão ativa de intervenção em saúde; de agir preventivamente, constituindo-se assim, em instrumento real de organização da demanda. Além disso, outro diferencial é a integração com a comunidade com um enfoque não centrado apenas na intervenção médica, mas em todos os profissionais de saúde agindo integralmente. Todos são elementos fundamentais para a construção do PSF, constituem os pilares de sua intervenção (VIANA e DAL POZ, 1997).

O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres. Porém, a partir da experiência do Estado do Ceará com o PACS, o MS percebeu que os agentes poderiam ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município, e que posteriormente iria se expandir e incorporar outros profissionais na equipe, até chegar ao PSF de hoje.

Como protagonista desse modelo de implantação no Brasil, o Programa Médico de Família (PMF), desenvolvido a partir de 1992, no município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro, com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba, foi também uma das fortes influências na decisão do Ministério da Saúde no sentido de criar o PSF, em 1994. A principal diferença do PMF em relação ao PSF é a composição das equipes. As equipes de trabalho do PSF requerem a ação de diversas categorias profissionais e são compostas por, no mínimo: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) e são responsáveis por, no máximo 4000 habitantes, cumprindo jornada de trabalho de 40 horas semanais. Também podem ser implantadas, junto às equipes básicas, as equipes de saúde bucal, com os odontólogos, auxiliares de consultório dentário e técnico de higiene dental. Já no PMF as equipes requerem apenas um médico generalista e um auxiliar de enfermagem, e são responsáveis por no máximo 1000 a 1200 pessoas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

Em 1994, o PSF possuía apenas 328 equipes em 55 municípios com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de um milhão de pessoas. Em 1997, o Ministério estabeleceu como prioridade em seu plano de ações e metas a expansão dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (SF). A regulamentação dos programas foi feita inicialmente pela Portaria GM/MS nº. 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprovou as normas e diretrizes dos mesmos, reconhecendo-os em conjunto como importante estratégia para contribuir com o aprimoramento e consolidação do SUS.

Em 1998, o Ministério da Saúde publica o Manual para Organização da Atenção Básica, com um arcabouço jurídico-legal avança-se na definição de responsabilidades e na estratégia organizacional do sistema de saúde. Dessa forma, a atenção primária é colocada como prioritária no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde (SOUZA & SAMPAIO, 2002).

Portanto, o PSF é uma excelente alternativa para a reorganização do sistema como um todo, devendo seguir os mesmos princípios do SUS, tais como: integralidade da assistência, universalidade e participação social. Como descrito em alguns documentos do Ministério da Saúde, através do Departamento da Atenção Básica:

[...] Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população (2004).

O PSF se constitui então em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização. A proposta do programa é a superação dos modelos tradicionais nas ações de saúde (inovações nos tipos de contratos de profissionais, nos perfis profissionais, nos tipos de remuneração, nas práticas, etc.), apoiando-se mais nas comunidades, atuando na proximidade e envolvendo-a na política de maneira distinta. A convivência de dois modelos, unidades básicas tradicionais e PSF pode ocorrer em um momento de transição, porém, como apontam os documentos do programa, espera-se uma adoção mais homogênea do PSF pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes (VIANA e DAL POZ, 1997).

Mais recentemente, em 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde, ratificando a necessidade de consolidar e qualificar o PSF como modelo de atenção à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006). Essa iniciativa vem demonstrando bons resultados e o PSF vem evoluindo,

aumentando sua cobertura populacional rapidamente como demonstrado na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela1: Evolução do PSF no Brasil de 1998-2007.

Ano	Nº de ESF implantados	% de cobertura populacional da SF	População
1998	3.062	6,55	159.644.929
1999	4.114	8,78	159.644.929
2000	8.503	17,43	163.957.179
2001	13.155	25,43	172.385.826
2002	16.698	31,87	172.385.826
2003	19.068	35,69	174.648.205
2004	21.232	38,99	177.243.280
2005	24.564	44,35	177.256.093
2006	26.729	46,19	185.619.807
2007	27.324	46,62	188.206.105

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2008.

No ano de 2008, em que completou 15 anos de existência, o PSF ultrapassou a cobertura de 50% da população brasileira. O número de equipes superou os 27,3 mil, garantindo assistência para 93 milhões de brasileiros (BRASIL, Ministério da Saúde, 2008). Como ressalta o Ministro da Saúde:

A Saúde da Família é uma das prioridades deste governo. Os índices são bastante claros. Onde as equipes estão presentes, a vacinação aumenta, as grávidas fazem mais exames de pré-natal, as internações diminuem e a mortalidade infantil cai (José Gomes Temporão, durante o lançamento do programa Mais Saúde, Brasília, dezembro de 2007).

Também, no relatório anual da Organização Mundial de Saúde de 2008, através do documento “Atenção Primária à Saúde, agora mais do que nunca”, o Brasil vem sendo citado, se destacando como exemplo de iniciativa de implantação de políticas que adotem cuidados primários de saúde. O PSF tem sido destaque como modelo a ser seguido por outros países, na tentativa de combater a desigualdade e a ineficiência dos problemas de saúde. O editor responsável pelo relatório, Win Van Lerberghe, afirmou “o programa é um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados básicos... O

programa brasileiro demonstra o modo como o sistema deve caminhar” (JORNAL DO BRASIL, 2008).

Diante deste contexto, o PSF apresenta-se como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, impactar a configuração do mercado de trabalho e a própria formação de profissionais para o setor (CORDEIRO, 1996; VIANA e POZ, 1998).

Sem dúvida, o PSF é um grande aliado para a expansão do mercado de trabalho para o setor saúde. Estima-se em algo próximo dos 400 mil o número de postos de trabalho envolvidos diretamente na condução do programa, sem contar o pessoal de apoio administrativo. Porém, apesar da expansão de postos de trabalho, uma das grandes dificuldades encontradas desde a sua implantação é em relação à fixação desses profissionais, principalmente da categoria médica. De fato, o PSF remunera o médico diferenciadamente, para atrair melhores profissionais, porém, o sistema formador ainda não está orientado para a formação de médicos generalistas, e muitos graduados não possuem o perfil adequado para atuar no PSF, o que dificulta a contratação desse tipo de profissional e a expansão do programa. Além disso, os recursos humanos não são na maioria das vezes contratados como funcionários públicos, geralmente os contratos são realizados por associações da comunidade, por organizações não governamentais ou instituições parceiras, o que incentiva a institucionalização e a organização, mas não garante a estabilidade e os direitos trabalhistas (NESCON / UFMG, 2007).

Um estudo realizado por Campos em 2005 no município de São Paulo no intuito de avaliar por que o médico não fica no PSF, confirmou a hipótese da existência de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos. Os fatores que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram capacitação, distância até o local de trabalho, e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho, sendo os fatores que mais influenciam a rotatividade os fatores higiênicos. Quanto à remuneração, a pesquisa indicou que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa (CAMPOS & MALIK, 2008).

Apesar dessas importantes conquistas do programa até hoje, o acompanhamento das discussões sobre as dificuldades encontradas em muitos municípios revela a complexidade do tema, quanto ao enfrentamento de problemas estruturais que dão a dimensão dos grandes desafios ainda presentes.

O médico de família

O médico de família (MF) é um clínico generalista, que atende a toda família, prestando atendimento em todas as etapas de vida do paciente, desde a infância até a velhice. O acompanhamento aos pacientes envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a terapêutica, e a reabilitação.

Responsável pela “porta de entrada” do paciente no sistema de saúde atua de forma integral, a fim de resolver a maioria dos problemas da população no âmbito local e, quando necessário direciona o paciente aos outros níveis de assistência, como, por exemplo, internação hospitalar ou avaliação de um especialista. Deve atuar de forma articulada com a rede, garantindo um fluxo de referência e contra-referência. Diferente dos especialistas, que oferecem atenção apropriada dentro de sua área de competência em um breve momento, o MF deve integrar a atenção para a variedade de problemas que o indivíduo apresenta de forma continuada.

Segundo Duncan (2004) no SF, observa-se uma maior variedade de diagnósticos, um forte componente dedicado à prevenção de doenças, uma alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e uma familiaridade dos profissionais tanto com os pacientes quanto com seus problemas. Nesse sentido, o médico de família atua no âmbito familiar, mais próximo à realidade local, criando um vínculo, com uma prática centrada no paciente, com a valorização da relação médico-paciente, da escuta, comunicação e sentimentos, no intuito de entender o paciente como um todo (DUNCAN, 2004). Dessa forma, favorece a adesão aos tratamentos propostos e mantém um melhor acompanhamento das cronicidades existentes. Essas características são citadas como princípios da Medicina de Família,

“A Medicina de família é a medicina centrada no paciente, na pessoa, não na doença. O paciente procura o médico de família não apenas por padecer desta ou daquela doença- que poderia ser muito bem tratada pelo especialista correspondente - mas sim porque o médico de família é

o seu médico. Não é o médico que cuida ou do seu coração, ou do seu fígado, ou da depressão ou da artrose. É o médico que cuida dele, da pessoa” (SOBRAMFA, 1998).

Como bem descreve o documento editado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 2004: a Medicina de Família aborda o processo saúde-adoecimento como um fenômeno complexo, relacionado à interação de fatores biológicos, psicológicos, sócio-ambientais e espirituais, sendo, portanto um processo influenciado fortemente pela estrutura familiar e comunitária do indivíduo.

O conceituado canadense McWhinney, considerado um dos maiores estudiosos da medicina de família definiu em seu livro “*Textbook of family medicine*”, em 1997, quatro competências próprias da especialidade: 1) solução de problemas não diferenciados; 2) competências preventivas; 3) competências terapêuticas (de problemas freqüentes de saúde); 4) competência de gestão de recursos (SBMFC *apud* MCWHINNEY, 2004). Dessa forma, em 2002, a Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar (WONCA EUROPA) e a Organização Regional Europeia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) definiram em consenso a disciplina de Medicina de Família e Comunidade bem como as respectivas funções profissionais, descrevendo-se ainda as competências nucleares dos médicos de família. Delinearam os elementos essenciais da disciplina acadêmica e os serviços que os médicos de família da Europa deveriam proporcionar aos seus pacientes, de forma que os cuidados de saúde prestados sejam da mais elevada qualidade, bem como com uma boa relação custo-efetividade (WONCA, 2002).

Assim, no Brasil, o MS definiu algumas atribuições específicas do médico de família para atuação no PSF tais como, assistência integral aos indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano, a realização de consultas clínicas e procedimentos na USF e no domicílio, a realização de atividades de demanda espontânea, os encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade, a participação das atividades de Educação permanente dos demais profissionais da equipe e o gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

Além dessas atribuições específicas, todos os profissionais do PSF, incluindo os médicos devem seguir as normatizações publicadas pelo Ministério da Saúde para atuação no programa. É importante destacar que, em algumas regiões do país, o médico de família é o único profissional para acolher e tratar a população, na maioria das vezes, extremamente carente. E muitas vezes, vêm-se sobrecarregados com a responsabilidade de prestar cuidados a um número exagerado de famílias comprometendo a qualidade e a diversidade das ações que deveriam desenvolver. Além disso, a inexistência e/ou a precariedade de sistemas de referência bem como dos serviços de apoio diagnóstico e tratamento, em muito locais, constituem um sério problema, comprometendo a resolubilidade esperada do atendimento. Outro fator importante é em relação a instalação de algumas unidades de saúde. Em muitas regiões, as equipes trabalham em locais de difícil acesso, regiões de extrema pobreza e rodeadas por áreas de violência, colocando a própria segurança dos profissionais em questão.

Certamente, diante de tantos desafios, tantas atribuições e responsabilidades dentro de uma comunidade cabem-nos questionar se os gestores compreendem a importância do profissional do PSF para o sistema de saúde brasileiro? Os municípios com o programa em expansão estão oferecendo condições dignas de trabalho a esses profissionais? Os médicos que atuam no PSF estão preparados, satisfeitos e comprometidos para exercer essa função dentro do sistema público de saúde?

2.2 A profissão médica

Primeiramente para entender a profissão médica, precisei recorrer a alguns trabalhos realizados sobre o conceito de profissão. Revisando alguns trabalhos sobre o assunto, estes, de uma maneira geral, identificaram os dois elementos que caracterizam uma profissão: o domínio de certo conhecimento e o controle do mercado de trabalho (Pereira, 1995).

Segundo Freidson (1996),

[...] o conceito sociológico de profissão é a união de conhecimento, discurso, disciplinas e campos aos meios sociais, econômicos e políticos por meio dos quais as pessoas podem ganhar poder e exercê-lo. O profissionalismo é definido por circunstâncias típico-ideais que fornecem aos trabalhadores munidos de conhecimento os recursos através dos quais eles podem controlar seu próprio trabalho tornando-se, desse modo, aptos a criar e a aplicar aos humanos o discurso, a disciplina ou o campo particular sobre os quais têm jurisdição. A profissão é antes de tudo e principalmente, um tipo específico de trabalho especializado (1996, p 141).

Em relação ao conhecimento necessário à profissão, destacam que em geral, o profissional aprende muito mais do que utiliza na prática diária, porém, para alcançar o estatuto profissional é necessário a submissão a um rígido e longo treinamento, orientado por um currículo padronizado, “a saber que o profissional é alguém que sabe tanto que pode comunicar somente uma pequena parte disto”(WILENSKY, 1970 *apud* PEREIRA,1995). Enfatizam ainda que, tal conhecimento necessário deve ser complexo, sistematizado, institucionalizado, aplicável por poucos e de utilidade reconhecida pela clientela.

Para Moore (1970, *apud* PEREIRA 1995) uma profissão deve utilizar sistematicamente o conhecimento, para solucionar os problemas da clientela. Nesse sentido, a medicina se destaca, pois, traz a resolução de problemas concretos da vida dos cidadãos. Com o poder de convencimento à clientela nas mãos, detém o monopólio sobre a atividade, persuadindo a sociedade que entende que apenas àquele profissional é capaz de resolver os seus problemas e somente este pode fazer o trabalho com sucesso. Mas, para que isso ocorra, o domínio de certos conhecimentos exigidos em uma profissão não é o suficiente, é necessário que o profissional seja reconhecido pela clientela por uma conduta padronizada, seguindo alguns preceitos legais sobre a atividade exercida. Assim, a auto-regulação de uma profissão se formaliza com o estabelecimento de um código de ética, que deve ser cumprido por todos os profissionais.

Porém, não basta dominar todo conhecimento necessário e submeter-se às regras impostas, é necessário também o monopólio do exercício de sua atividade no mercado de trabalho (PEREIRA, 1995). Neste sentido, a profissão se organiza em associações e pressiona o Estado. Devendo se preocupar com os problemas

relativos às condições do exercício do trabalho (salário, regime de trabalho, férias, condições de trabalho, etc.) e também com a habilitação e formação de seus futuros integrantes e com a relação que estabelecem entre si e com seus clientes, dessa forma, exercem certa autonomia² capaz de gerar um reconhecimento perante o Estado e a sociedade. Segundo Schraiber (1995), a exigência de autonomia técnica na medicina é uma premissa para a realização do adequado exercício profissional, como ideal de prática.

Em relação ao controle do mercado de trabalho, Freidson (1996) relata que o controle ocupacional do próprio mercado de trabalho é denominado reserva de mercado de trabalho, porém, é exigido um registro profissional, que certifique a competência para atuação, colocando a importância do treinamento especializado para o que é distinto do trabalho profissional, ou seja, não basta saber fazer, é preciso ter a certificação comprovando a competência para fazê-lo. Cabe aqui citar o papel do Estado para o profissionalismo, pois, as instituições não podem ser estabelecidas ou mantidas sem o exercício do poder do estado, pois, o controle ocupacional da própria divisão do trabalho, do próprio mercado de trabalho e do modo de ensino vai contra o interesse tanto dos consumidores individuais como das empresas. Dependendo da organização política do Estado, a instituição do profissionalismo é estabelecida, como por exemplo, nas organizações onde o Estado é passivo e as associações profissionais auto organizadas, compostas por membros individuais e grupos da sociedade civil, estas criam reservas de mercado de trabalho e estabelecem escolas para a criação de credenciais. A profissão médica com as múltiplas especializações retrata esse tipo de organização perante o Estado e a sociedade (PEREIRA, 1995).

Porém, a profissão médica nos tempos atuais tem apresentado dificuldades em se manter com o prestígio social adquirido ao longo de sua história. De fato, algumas transformações ocorridas nos determinantes já citados sobre o conceito

² Segundo Pereira (1995), a manutenção da autonomia é considerada pela maioria dos autores, resultante do processo de conquista de hegemonia da profissão no mercado de trabalho, passando a ter autoridade e liberdade para se auto-regular e atuar em sua esfera de competência e, se consolida quando o profissional se torna capaz de decidir as necessidades de seu cliente, não permitindo que ele imponha seu próprio julgamento.

da profissão e o status perante o estado e a sociedade, tais como, o domínio do conhecimento e o controle do mercado de trabalho, vem agravando essa situação. Com a reestruturação do mercado de serviços de assistência médica e também a redefinição da base cognitiva da profissão, do final do século XIX até o início do século XX, a crise se acentuou e vem gerando repercussões até os dias de hoje. Segundo Machado,

A corrente sociológica que advoga a tese de desprofissionalização para os profissionais liberais, como a medicina, fundamenta-se na perda do monopólio do conhecimento, da autoridade sob a clientela, da erosão da autonomia, da mesma forma que à crescente insatisfação do profissional com a introdução dos avanços tecnológicos, os quais invadem áreas do saber e da prática até então exclusivas e monopolistas (*apud* SCRAIBER, 1995).

Desde 1920, as questões relativas à profissão médica vêm sendo discutidas. Durante o “Congresso Nacional dos Práticos”, momento histórico importante realizado na cidade do Rio de Janeiro, diversas questões pertinentes ao trabalho médico foram debatidas, tais como, as resoluções em relação aos diplomas estrangeiros, discutidas até hoje, a limitação das matrículas (restringindo o número de profissionais no setor), à luta contra o curandeirismo, contra o charlatanismo profissional, a defesa da constituição de um sindicato médico, entre outras. Enfim, não é de hoje que se discutem aspectos relacionados ao trabalho médico (PEREIRA, 1995).

Importantes transformações no Brasil e no mundo, tais como, a crescente capitalização do setor saúde, a partir de 1964, com a intensa participação do Estado no financiamento dos serviços e a busca de um profissional especializado, bem remunerado e com prestígio na atividade assistencial, influenciaram sem dúvida diretamente nessas mudanças ocorridas.

Muitas questões decorrentes dessa transformação, com a entrada do estado na organização da rede de assistência médica hoje voltam à tona, com a crise encontrada nos serviços públicos, anunciadas quase que diariamente por noticiários, mais do que uma batalha que se vem travando para garantir o atendimento médico à população com a fixação do profissional no setor, seja ele “especialista” ou “generalista”.

A profissão antes “detentora de conhecimento”, baseada no modelo hegemônico de prática médica, ou seja, um tratamento global, subjetivo, quase que uma arte, associando condutas clínicas e morais, com uma relação médico-paciente individualizada e sem intermediadores que controlasse tempo, forma, metas, valor de consulta, produtividade, hoje, é uma prática submersa de tecnologia, específica, mais especializada, com uso de equipamentos e materiais cada vez mais complexos, perdendo-se também de fato o controle do mercado de trabalho. Essa intensificação do desenvolvimento tecnológico na área médica, em função do processo de capitalização do mesmo repercutiu também em algumas mudanças na educação médica desde então.

Formação médica

Ainda impera no mercado de trabalho médico, no âmbito do exercício profissional, a dicotomia entre a formação generalista e a especialização presente no processo acadêmico. O descompasso entre a remodelação do sistema de saúde no Brasil (reforma sanitária, implantação do SUS, ênfase na atenção básica) e o ensino médico atual, aplicado a uma medicina fragmentada. A modernização e a atualização exagerada do conhecimento, por mais que tenha trazido avanços na aquisição do saber, produziu, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de uma visão fragmentada do mundo e das pessoas. Ao mesmo tempo, na atual sociedade da informação e do conhecimento, o mundo do trabalho tem sofrido mudanças contínuas ocasionadas pelas reestruturações social, cultural, econômica e produtiva, desencadeadas pela revolução tecnológica das últimas décadas, que tem exigido novas competências na formação e para a atuação profissional.

Graduação Médica

Há pelo menos 25 anos, questões e propostas relativas à educação médica têm sido levantadas, submetidas a análises e discussões sistemáticas e, em conseqüência, reformuladas e encaminhadas aos atores envolvidos na graduação médica, sem a produção de resultados efetivos, especialmente quando se propõe incorporá-las à prática de formação profissional (FILHO e RIBEIRO, 2004).

A qualidade do ensino médico vem sendo questionada há muitos anos, principalmente quanto aos requisitos mínimos necessários à formação do médico geral, que está em franco processo de mudança. Novos conceitos estão sendo aplicados com o objetivo de se alcançar um paradigma que equilibre a dimensão tecnológica com as dimensões econômica, social e cultural na assistência à saúde. Mudanças curriculares do curso de graduação indicam orientações para uma formação mais adequada aos tempos de hoje, das quais se destaca a definição do perfil do formando:

Médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social, e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CNE, Ministério da Educação, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, art.3º, 2001).

Contudo, apesar de todos os esforços realizados através de mudanças dos cursos de graduação em medicina, órgãos ligados à formação médica, tais como Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), entre outros, vêm apontando para uma problemática enfrentada no setor saúde com a insuficiente formação do egresso com o perfil hoje desenhado nas diretrizes e que, a cada ano, se insere no mundo do trabalho (FILHO e RIBEIRO, 2004).

No Brasil, num breve relato histórico do movimento da educação médica, observa-se já na década de 60, a intensificação do desenvolvimento tecnológico na área médica, em função do processo de capitalização do mesmo, com amplos reflexos na escola médica. Assim, enquanto os países desenvolvidos focalizavam sua atenção na explosão tecnológica, e ainda, com a organização da estrutura institucional das escolas em departamentos, seguindo as recomendações do Relatório Flexner³ (1910), contribuindo para a massificação de especialidade e a

³ o Relatório Flexner que pretendeu a reformulação do ensino médico no século 20 na Faculdade de Medicina de Johns Hopkins, e publicado em 1910, conjuntamente com a Fundação Carneger dos Estados Unidos. O Relatório Flexner apresenta as seguintes sugestões: 1) definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; 2) introdução ao ensino laboratorial; 3) estímulo à docência em tempo integral; 4) expansão do ensino clínico, especialmente hospital; 5) vinculação das escolas médicas às

fragmentação do conhecimento. Nos países em desenvolvimento a preocupação estava voltada prioritariamente para o problema da escassez da mão-de-obra médica. Como consequência dessa escassez de médicos, a partir da década de 50 ocorre uma explosão no número de escolas de medicina no país.

Em 1960, existiam 29 escolas médicas, passando rapidamente para 73 em 1971. O ritmo de expansão foi acelerado a partir de 1965, tendo-se criado, desde então, 37 faculdades. Em 1968: foram criadas 13 escolas médicas, mais de uma por mês. Em 1992 chegava a 80 em todo o país, terminando o século com 99 cursos de medicina (BEVILACQUA & SAMPAIO, 2002). De 2000 em diante, observamos um aumento importante de escolas médicas privadas sendo criadas, em comparação às demais instituições públicas. (Tabela 2).

Tabela 2: Quantitativo de escolas médicas criadas de 2000 a 2008.

Ano	Federais	Estaduais	Municipais	Privadas	Total
2000	2	1	0	3	6
2001	0	3	0	4	7
2002	2	2	1	6	11
2003	0	1	0	7	8
2004	1	1	0	11	13
2005	0	0	0	10	10
2006	0	0	0	6	6
2007	3	0	0	9	12
2008	0	0	0	2	2
Total	8	8	1	58	75
%	10,66%	10,66%	1,33%	77,33%	100%

Fonte: www.escolasmedicas.com.br (acesso em 08/03/2009)

Apesar de as escolas médicas brasileiras já formarem médicos em quantidade acima do necessário em termos populacionais, existe uma má distribuição de médicos do ponto de vista geográfico (Tabela 3).

universidades; 6) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; 7) estímulo à especialização médica; 8) vinculação da pesquisa ao ensino; e 9) controle do exercício profissional pela profissão organizada (WALKER & SILVA).

Tabela 3: Número de graduados em Medicina por região -2005.

Região	Número de graduados
Região Norte	433
Região Nordeste	1459
Região Sudeste	6125
Região Sul	1525
Região Centro-Oeste	462
Total	10004

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - IDB- Indicadores e Dados Básicos do Brasil. 2007

A distribuição geográfica dos médicos acaba por influenciar o bem-estar social uma vez que estes são os principais provedores dos serviços de saúde. Contudo, a distribuição dos médicos resultante do processo individual de escolha nem sempre coincide com a distribuição considerada socialmente adequada. O que muitas vezes se observa é que, mesmo que a oferta total de médicos em um país apresente uma relação médico/habitante adequada, a distribuição dos profissionais tende a ser concentrada em certas regiões, gerando um resultado socialmente indesejado. Os principais fatores destacados na literatura como sendo importantes na escolha do médico são as oportunidades de mercado de trabalho e o local onde o médico realizou seus treinamentos, ou seja, onde fez a graduação e/ou sua residência médica (PÓVOA & ANDRADE, 2006).

Tabela 4: Distribuição de médicos por regiões socioeconômicas brasileiras Brasil 2006

Região	Relação médico/1.000 hab.	Nº total de médicos
Região Norte	0,84	12596
Região Nordeste	1,02	52422
Região Sudeste	2,31	183498
Região Sul	1,79	48786
Região Centro-Oeste	1,71	22711
Total Brasil	1,71	320013

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - IDB- Indicadores e Dados Básicos do Brasil. 2007

A busca pelo equilíbrio entre a quantidade de médicos no mercado de trabalho, e a necessidade deste profissional no sistema público de saúde, é tema

freqüente de discussões entre os especialistas em recursos humanos em saúde no Brasil. Existe uma preocupação freqüente além do aumento da oferta de médicos, sem uma distribuição adequada para a necessidade atual da população, mas também com a excessiva especialização destes (BEVILACQUA e SAMPAIO, 2002).

Após a graduação, com a conclusão de seis anos de estudo, o aluno recebe o registro com a certificação emitida pelo conselho de medicina local e já está apto a clinicar ou então poderá se especializar para trabalhar em alguma área de atuação específica, onde exige tal comprovação. Observa-se constantemente já durante a graduação, a escolha precoce pela especialização, gerando o comprometimento da formação acadêmica nas áreas básicas necessárias para o exercício profissional. O modelo empregado não articulado com as necessidades do sistema de saúde, também ajuda, priorizando o modelo assistencial com a prática hospitalar dominante interferindo na escolha do aluno.

Dessa forma, observamos uma maior concentração de profissionais médicos nos núcleos urbanos, onde existe o maior número de escolas médicas, e já que necessitam de equipamentos, instalações, e do convívio com outros especialistas. Sendo assim, os alunos são influenciados a se fixar próximo ao ambiente que almejam crescerem profissionalmente, condicionados pelo próprio capital cultural, oriundo tanto da classe social a que pertencem, como também dos currículos que os formaram, deixando de lado o interesse pela formação básica, generalista. Este fato também justifica a dificuldade de fixação dos profissionais em algumas regiões, visto que estes são atraídos pelo mercado de trabalho local, pela oportunidade de cursos de especialização e atualização nestes grandes centros formadores e tendem a se estabelecerem profissionalmente nestas regiões (GUGLIELMI, 2006).

Especialização Médica

A especialização na área médica é um processo que ocorre após a formação de caráter geral, sendo, portanto, alcançada após a graduação. No caso brasileiro, a condição de especialista pode ser alcançada de dois modos. Através do mecanismo formal do sistema de ensino, em nível de pós-graduação: lato

sensu conhecido como residência médica, e stricto sensu, através da obtenção dos graus de mestre e doutor; e ou, através do reconhecimento, por um órgão de certificação profissional, geralmente a associação médica da especialidade, que, outorga o título de especialista.

A residência médica tem sido considerada a melhor forma de aprimoramento profissional e de especialização em medicina. Sua característica básica de treinamento em serviço, sob supervisão, consolida o aprendizado cognitivo, e principalmente, permite o desenvolvimento de habilidades e a vivência de atitudes que regem a conduta médica. Tanto a aquisição de conhecimento teórico quanto o desenvolvimento de habilidades podem ser alcançados ao longo da graduação médica. No entanto, a dimensão afetiva que se estabelece na relação médico-paciente, envolvendo aspectos afetivos do próprio médico, do doente, da família deste, e de sua inserção num contexto econômico e social, que definem a prática médica, só pode ser desenvolvida a partir do acompanhamento cotidiano do trabalho com a supervisão de médicos mais experientes (BEVILACQUA e SAMPAIO, 2002). Assim, essa característica de treinamento em serviço na prática médica encontra sua melhor forma de atuação na residência médica, conceituada pela Lei nº. 6.932, de 7 julho de 1981, como:

[...] modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (Art. 1º).

A regulação de especialidades médicas é realizada, desde 1977, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão responsável pelo credenciamento e avaliação dos programas legitimados nacionalmente junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM). Atualmente, o CFM reconhece 52 especialidades médicas (Resolução CFM Nº 1.666/2003) (Quadro 1).

Quadro 1: Relação das Especialidades Médicas reconhecidas no Brasil

ESPECIALIDADES MÉDICAS	
1. Acupuntura	27. Mastologia
2. Alergia e imunologia	28. Medicina de família e comunidade
3. Anestesiologia	29. Medicina do trabalho
4. Angiologia	30. Medicina do tráfego
5. Cancerologia (oncologia)	31. Medicina esportiva
6. Cardiologia	32. Medicina física e reabilitação
7. Cirurgia cardiovascular	33. Medicina intensiva
8. Cirurgia de cabeça e pescoço	34. Medicina legal (ou medicina forense)
9. Cirurgia do aparelho digestivo	35. Medicina nuclear
10. Cirurgia geral	36. Medicina preventiva e social
11. Cirurgia pediátrica	37. Nefrologia
12. Cirurgia plástica Reparadora	38. Neurocirurgia
13. Cirurgia torácica	39. Neurologia
14. Cirurgia vascular	40. Nutrologia
15. Clínica médica (Medicina interna)	41. Oftalmologia
16. Coloproctologia	42. Ortopedia e traumatologia
17. Dermatologia	43. Otorrinolaringologia
18. Endocrinologia	44. Patologia
19. Endoscopia	45. Patologia clínica/Medicina laboratorial
20. Gastroenterologia	46. Pediatria
21. Genética médica	47. Pneumologia
22. Geriatria	48. Psiquiatria
23. Ginecologia e obstetrícia	49. Radiologia e diagnóstico por imagem
24. Hematologia e hemoterapia	50. Radioterapia
25. Homeopatia	51. Reumatologia
26. Infectologia	52. Urologia

Fonte: Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira, 2008.

As distribuições das vagas disponíveis para especialização nem sempre estão de acordo com a necessidade dos serviços e a demanda da população.

A especialidade Medicina de Família e Comunidade

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica com foco privilegiado na APS e, por isso, é considerada especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Foi criada nos anos 60 nos Estados Unidos, país com grande influência da fragmentação e especialização médica. Surgiu da necessidade de médicos e pacientes de reconhecer um ao outro e entender o processo saúde-doença, já que os médicos especialistas dedicam-se a um determinado órgão, sem, contudo, analisar o conjunto dos problemas da saúde de cada indivíduo. Outros países aderiram a esta especialidade não só pelo fato

da atenção continuada, mas também como maneira de racionalizar os gastos governamentais com a saúde (SBMFC, 2006).

A especialidade foi reforçada após a conferência de Alma Ata que valorizou o nível primário da atenção, a integralidade e a hierarquização. Hoje a especialidade está difundida em todo o Mundo - só na Europa são 22 países- com formação especializada e diferentes nomenclaturas (Family Physician, no Canadá, General Practitioners no Reino Unido, Assistente de Clínica Geral em Portugal, etc.).

Está inserida no curso de graduação e pós-graduação de todos os países europeus, constituindo em sua maioria, departamentos, áreas ou disciplinas próprias. Essa realidade se repete também nos Estados Unidos da América (EUA), na Austrália e no Canadá. Nos EUA, por exemplo, não é possível haver a abertura de uma faculdade de medicina sem um departamento de MFC.

Países como Portugal, Canadá, Inglaterra, Cuba e Holanda consideram o especialista em MFC (com diferentes denominações) como o profissional de primeiro contato, com excelentes resultados. Na Inglaterra, 51% de todos os médicos do país são clínicos gerais (General Practitioners), no Canadá, representam 55%, em Cuba, cerca de 65% e na Holanda eles já somam 33%.

No Brasil, apesar de existir desde 1976 e ter sido uma das primeiras especialidades oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) já em 1981 e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1986, com o nome de Medicina Geral Comunitária, mudando para o atual em 2001, ela ficou muito tempo em posição marginal. Ao contrário do que se passa nos países do primeiro mundo, esses programas durante muitos anos não receberam apoio nem incentivos pelos gestores da saúde no Brasil, só ganhando maior visibilidade após a expansão do PSF. (SBMFC, 2004). Atualmente existem 50 programas de MFC em atividade e/ou em processo de credenciamento junto à CNRM.

Porém, embora exista a especialização, ela não é, segundo o Ministério da Saúde, requisito para que o profissional atue no programa. E, certamente, com a celeridade da implantação do PSF no país, vem ocorrendo à incorporação de

profissionais com formação e perfil nem sempre adequados para compor as equipes.

Em 2005, ao analisar os Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, o Departamento de Gestão de Educação em Saúde (DEGES) concluiu que ainda existem poucas vagas direcionadas a essa especialidade, comparadas com outras cadeiras (Clínica Médica: 28,9% das vagas de Residência; Medicina de Família e Comunidade: 1,2% das vagas), podendo assim justificar o quantitativo de profissionais com titulação e o perfil de profissional encontrado atualmente no mercado.

Dessa forma, um dos desafios ainda enfrentados no Brasil, mesmo com o reconhecimento da especialidade é a dificuldade de ampliação, divulgação e qualificação desses programas tanto dentro do âmbito educacional como no profissional, e principalmente entre a classe médica atuante no sistema público de saúde.

No âmbito educacional, o movimento de inserção da MFC na graduação de ensino das faculdades de medicina brasileira se tornou mais relevante a partir da homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, em 2001. Desde então, vêm ocorrendo mudanças mais consistentes no ensino médico em nosso país, que consideram e reconhecem a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nos sistemas de saúde, e da Estratégia Saúde da Família (ESF). A MFC tem tido importante papel nesse processo, por ser uma especialidade voltada à APS, com sobreposição entre os seus princípios e práticas.

Pode-se dizer, então, que a opção brasileira por um modelo de assistência baseado na atenção primária à saúde, e a implantação das diretrizes curriculares nacionais, abrem fortes perspectivas para a efetivação da participação da MFC e da APS nos currículos e programas de graduação e pós-graduação no Brasil, porém, essa inserção ainda é incipiente e carece de sistematização e incentivo, principalmente por meio da criação de espaços acadêmicos que incentivem a presença do Médico de Família e Comunidade em seus quadros (SBMFC, 2007).

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) esses esforços tornaram-se mais evidentes. A necessidade de capacitação dos recursos humanos para o setor propiciou a criação de cursos paralelos de formação multiprofissional em SF, muitos com apoio do MS que investem em pólos de capacitação e cursos específicos. Exemplos de iniciativas como a Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em grandes cidades (REDE MAES) um espaço para aperfeiçoamento, expansão e regulação da formação através de especialização, nas regiões metropolitanas, apoiada pelo MS, por intermédio do Departamento de Gestão e Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/ MS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os pólos de educação permanente (PEP); o programa de bolsas para educação pelo trabalho, o empenho do governo em apoiar novas idéias e práticas de formação, como o Pró-Saúde, entre outras atividades desenvolvidas. Porém, esses esforços ainda estão aquém do ideal e, além disto, é real a grande rotatividade de profissionais na área, o que dificulta a capacitação de todos.

2.3 O Mercado de trabalho e Regulação profissional

O trabalho médico hoje

As intensas mudanças tecnológicas, organizacionais, políticas e institucionais que acompanharam a municipalização da saúde, com a implantação do SUS, na década de noventa, e a expansão dos setores de mercado no interior da assim chamada medicina suplementar repercutiram de forma significativa não somente sobre as dimensões ocupacionais do setor saúde, alterando seu peso em relação aos demais setores da economia, como sobre a distribuição institucional da força de trabalho no setor.

No campo do trabalho médico, reproduz-se a divisão do trabalho em especialidades e atividades não especializadas, resultando num processo de

fragmentação do cuidado médico entre diversos profissionais – “o corpo do usuário subdividido pelo olhar das várias especialidades médicas” (GIRARDI e CARVALHO, 2002).

Assim como, o incentivo às especializações, a fragmentação do cuidado e a incorporação excessiva das tecnologias avançadas modificou não apenas os custos da assistência à doença, mas também reestruturou a medicina como prática social, ao concentrar os recursos técnicos diagnósticos e terapêuticos nos hospitais, estabelecendo modos de prestação de serviços que requerem mais normas para a racionalidade médica e crescente controle administrativo e de custos sobre a prática médica.

Além da procura incessante no mercado de trabalho por práticas hospitalares é muito comum o médico acumular diversas atividades e vínculos no setor, para complementação de renda e realização profissional.

A Regulação da profissão

Atualmente no Brasil, se, de um lado, convive-se com uma rigidez no sistema de autorização e controle do exercício profissional que delimita através de leis, monopólios sobre campos de prática, por outro lado, não existe um fórum de discussão e acordo sobre a regulação do trabalho, das competências profissionais, do compromisso ético, entre outros aspectos, como as demandas de regulamentação profissional que precisam ser enfocadas sob a ótica do interesse público. A regulação da profissão médica, especializações, residência médica e as influências exercidas por estas no mercado de trabalho precisam ser revisadas e adequadas para acompanhar a reestruturação do modelo assistencial que se propõe atualmente.

Assim como, os conceitos corporativistas, citando, as associações médicas, em especial a Associação Médica Brasileira, com legislações um tanto liberais para a implantação e criação de especialidades médicas no Brasil. Essa carência de regulação contribui ainda mais para a fragmentação da prática no setor saúde, interferindo no processo de formação de médicos generalistas, incentivando a formação de especialista. Esse modelo de formação adotado em muitas escolas médicas acaba por influenciar o deslocamento destes profissionais recém-

formados para áreas que sabidamente terão reconhecimento profissional e diretamente, influenciando o mercado de trabalho (GIRARDI e CARVALHO, 2002).

Alguns países conseguem de certa forma centralizar para regular e estabelecem critérios para a inserção do médico no mercado de trabalho, é o caso do Canadá por exemplo. Em Quebec, a formação médica se dá em seis ou sete anos e compreende três etapas: a pré-clínica, dois ou três anos, o período de externato, em que eles estão junto do paciente, fazendo estágios habituais de pediatria, de psiquiatria, de Obstetrícia, de medicina interna e a residência em medicina familiar (obrigatória). Desde 1988, todos os médicos generalistas devem passar obrigatoriamente pelo programa de residência em medicina familiar, com duração de dois anos (MS, 2001).

No Reino Unido também acontece essa regulação profissional, existem no país cerca de 36 mil General Practitioner (GP) e 19,5 mil especialistas (consultants). A educação médica básica tem seu acesso controlado pelo governo, por causa dos custos de treinamento. O aluno entra diretamente na escola, com a idade de 18 anos e o curso tem duração de 5 a 6 anos. Todas as escolas médicas no Reino Unido têm departamentos de prática generalista durante a educação médica básica. Na conclusão do curso há um pré-registro de um ano compulsório ou residência supervisionada pela universidade na prática generalista (MS, 2001). Dessa forma, esses dois países conseguem a regulação profissional priorizando a atenção primária com a prática generalista dentro do contexto da formação e inserção do médico no mercado de trabalho .

2.4 Políticas de Recursos Humanos

Diversas transformações vêm ocorrendo no Brasil ao longo dos anos em relação às políticas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, nos diversos setores de trabalho, à forma de contratação, os tipos de vínculo, os mecanismos de remuneração e incentivos, os direitos trabalhistas, entre outras.

As propostas de políticas de recursos humanos para a saúde movimentam, atualmente, uma discussão voltada para a ampliação da capacidade de gestão

nas diferentes esferas de governo, buscando aperfeiçoar os instrumentos normativos na área. Segundo Pierantoni (2004), “trata-se de uma tentativa de reversão da herança conservadora e patrimonialista que se contrapõe a uma administração pública profissionalizada que utilize a valorização do trabalhador, o desenvolvimento de habilidades e suas responsabilidades”.

As Políticas de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde são exemplos de mobilizações constantes no setor, que interessam a razão pública e a determinadas noções de bem estar público, social e econômico; os quais se relacionam com a regulação da distribuição dos seguintes bens: do conjunto e do perfil de recursos humanos oferecidos pelos prestadores aos usuários dos serviços, que definem em grande parte, a qualidade, a efetividade, a sua oportunidade, assim como o acesso real da população aos serviços de saúde; dos empregos (oportunidades de trabalho), salários e remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada oferecidos pelos empregadores aos trabalhadores; das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual quanto no coletivo, oferecidos pelas instituições formadoras aos futuros profissionais; dos títulos de direito exclusivo e dos títulos e certificados reservados que conferem direitos legais de propriedade sobre campos de trabalho e reservas de mercado (SEIXAS, 2002).

Os recursos humanos no setor saúde constituem a base para a viabilização e implantação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. É sabido que, todos os investimentos direcionados aos recursos humanos irão influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado do seu trabalho, é um caminho prático e certo para a implantação do sistema.

É necessário tomar uma série de providências no campo da legislação do trabalho, de modo a contemplar as peculiaridades do trabalho em saúde, na medida da importância deste setor no conjunto da economia e, principalmente, dos reflexos que as relações de trabalho projetam sobre a qualidade do atendimento à saúde como um direito de cidadania. Alguns dispositivos Legais

que orientam a ação do Ministério da Saúde na efetivação dessa Política de Recursos Humanos em Saúde são:

- Constituição Federal (inciso III, artigo 200): Estabelece como atribuições do SUS: a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema;
- Lei nº. 8.080/90: explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para formalização e execução da política de recursos humanos;
- Lei nº. 8.142/90: institui a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos, carreiras como critérios para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.
- Emenda Constitucional nº 19/1998: prevê a instituição de um comitê, no âmbito dos três níveis de governo, para dispor sobre critérios para fixação de padrões de vencimento e obrigatoriedade dos entes federados em manter escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público (art. 39);
- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS/2003): reconhece a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde.
- Portaria GM/MS nº. 1.318/07: que dispõe sobre as “Diretrizes nacionais para instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS”;

Esses esforços de mudança dos instrumentos de gestão do SUS na área de recursos humanos vêm sendo discutidos em diversos encontros como: a I e II Conferência nacional de Recursos Humanos em Saúde (1986 e 1993); a Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (2005) e mais recentemente, o Pacto pela Saúde (2006) também apontando algumas diretrizes para a gestão do trabalho no SUS.

As políticas praticadas atualmente no SUS em relação aos profissionais do setor público de saúde e não diferentemente para o PSF vêm apresentando diversas distorções em muitos municípios. A autonomia do gestor em decidir a forma de contratação bem como a remuneração, plano de cargos, carreira, salários, adicionais entre outras, vem gerando desgastes e prejuízos na

manutenção desses profissionais. Em diversos municípios, para a implantação do programa são editados documentos, normatizações ou leis a fim de estabelecer a forma de contratação e remuneração dos profissionais. Assim, em muitas regiões a legislação vigente para o PSF fere os princípios da constituição federal, como os direitos trabalhistas. É sabido que os gestores devem lidar com cautela em relação às modificações necessárias à área de recursos humanos, já que estão sujeitos a determinações superiores e não podem ferir a lei de Responsabilidade fiscal⁴, porém essas medidas utilizadas devem encontrar maneiras de manter o quadro de profissionais, sem ferir os princípios legais da legislação trabalhista.

A discussão sobre recursos humanos hoje é fundamental para a viabilidade do SUS. O sistema público não tem conseguido uma aderência dos profissionais de forma permanente por causa da má remuneração e das precárias condições de trabalho. A dificuldade de obter médicos para trabalhar no PSF está presente em diversas regiões, e vem gerando distorções tanto na forma de contratação quanto ao valor de remuneração praticada no momento. A variação dos salários nas regiões, inclusive em cidades do mesmo estado, sem garantia trabalhista e estabilidade de emprego gera a migração constante desses profissionais. A oferta de maiores salários atrai os profissionais, porém não garante a fixação destes, gerando uma migração constante dos profissionais em busca de melhores condições (Quadro 2).

⁴ Em muitas localidades os vínculos são de contratos temporários, sem direitos trabalhistas, feitos por cooperativas. A justificativa declarada como causadora de tal fato é a Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual só permite o limite máximo com gastos de pessoal, na esfera municipal, de 60% da Receita Corrente Líquida, sendo 6% para o Poder Legislativo, incluindo Tribunal de Contas quando houver, e 54% para o Poder Executivo (GUCLIELMI,2006).

Quadro 2: Relação de ofertas para médico de PSF e salários praticados nas diversas regiões do Brasil

Oferta	Local	Salário
PSF E PLANTÕES	PRINCESA ISABEL-PB	R\$ 15.000,00
PSF + PLANTÕES	JAGUARARI-BA	R\$ 14.750,00
CENTRAL MED	SEABRA-BA	R\$ 13.000,00
MÉDICO PSF	ITACARAMBI-MG	R\$ 13.000,00
MEDICO PARA PSF	PORTO REAL -RJ	R\$ 12.000,00
MÉDICOS DE PSF	PARATINGA-BA	R\$ 12.000,00
CENTRAL MED	LENCOIS-BA	R\$ 12.800,00
CENTRAL MED	BRUMADO-BA	R\$ 11.600,00
MEDICO PSF	CHORROCHO-BA	R\$ 11.000,00
CENTRAL MED	MEDINA-MG	R\$ 11.000,00
MÉDICO PARA PSF	RIO SONO-TO	R\$ 11.000,00
MEDICOS PARA PSF	CANAVIEIRAS-BA	R\$ 10.000,00
CLINICAR SAUDE	TABAPORA-SP	R\$ 10.000,00
MEDICO PSF	GUARANTA DO NORTE-MT	R\$ 9.500,00
MEDICO PARA PSF	CARMO DO PARANAIBA-MG	R\$ 9.370,00
PSF + PLANTÕES	HELIOPOLIS-BA	R\$ 8.500,00
MÉDICO PSF ITATIBA	ITATIBA-SP	R\$ 8.000,00
VAGAS PARA PSF	CARRAPICHEL-BA	R\$ 8.000,00
VAGA PARA PSF	BARRA DO BUGRES-MT	R\$ 8.000,00
MEDICOS PARA PSF	CACERES-MT	R\$ 7.500,00
VAGA MÉDICO PSF	JAGUARUANA-CE	R\$ 7.500,00
MÉDICO PSF	NAO-MÉ-TOQUE-RS	R\$ 7.200,00
VAGA PARA PSF	CAPAO BONITO-SP	R\$ 7.200,00
MÉDICO PSF	ITAPEVA-SP	R\$ 7.000,00
MÉDICOS PSF	TEOFILO OTONI-MG	R\$ 6.600,00
SIMPLIFICADO	MIRANTE DA SERRA-RO	R\$ 6.600,00
MEDICO PARA PSF	MATRINCHA-GO	R\$ 6.500,00

Fonte: www.portalmedico.org.br (acesso em 08/03/2009)

Observa-se que há uma grande variação dos salários praticados, em busca de fixação de médicos no programa, os municípios oferecem salários diferenciados para atrair os profissionais, mas não garante a sua fixação (CAMPOS & MALIK, 2008).

Se não houver solução para a questão dos recursos humanos, o SUS não se viabiliza. É necessária, a criação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salário (PCCS), que estimule o médico e a adesão dos profissionais ao sistema.

A necessidade de criação do PCCS para os trabalhadores do SUS foi discutida e aprovada pelas entidades médicas do Brasil durante o Encontro Nacional das Entidades médicas, realizado em 29 de maio de 2003. As entidades decidiram lutar por uma carreira de médico no SUS para fortalecer o profissional médico e, conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde. Baseado na complexidade do ato médico, na sua responsabilidade na equipe e no tempo de formação do curso de medicina, no PCCS o médico deveria ter um diferencial a mais com relação às outras categorias profissionais de nível superior da saúde. De acordo com a proposta enviada ao Ministério da Saúde pelas entidades médicas no PCCS, o ingresso na carreira de médico no SUS deveria ser realizado através de Concurso Público de Provas e Títulos específicos em Medicina, com a participação das Entidades Médicas em todas as fases do concurso, havendo a evolução na carreira mediante tempo de serviço e qualificação permanente, como a obtenção de título de especialista e participação e desempenho em cursos reconhecidos. Para a implantação efetiva do PCCS, as entidades decidiram solicitar ao Ministério da Saúde a determinação de sanções financeiras contra prefeituras e estados que não estejam cumprindo o Plano de Carreira, Cargos e Salários buscando parceria com o CONASEMS para apoio de implantação em nível nacional e estadual, conseguindo apoio popular e político para que os estados subsidiem os milhares de municípios sem possibilidade de manter médicos (CFM, 2008).

Para o PSF não é diferente, sem uma política de RH efetiva e em vigor sendo cumprida pelos gestores dos municípios a fim de valorizar o profissional de carreira que atua no setor e sem condições de trabalho favoráveis para o atendimento da população é inviável a expansão do programa e consolidação do SUS.

3. OBJETIVOS E MÉTODOS

3.1 Objetivos

Objetivo geral

Analisar os fatores que influenciam na permanência do profissional médico no Programa Saúde da Família, utilizando como estudo de caso a situação do Município de Duque de Caxias.

Objetivos específicos

São os seguintes os objetivos específicos deste Projeto:

1. Caracterizar os principais aspectos relativos à profissão médica, sua formação, regulação profissional e ao mercado de trabalho;
2. Caracterizar e identificar as políticas de recursos humanos praticadas no município selecionado em relação ao PSF; e
3. Identificar a percepção dos profissionais médicos a respeito do trabalho no Programa Saúde da Família.

3.2 A pesquisa

Natureza

Trata-se de pesquisa de natureza experimental ou explicativa (Gil, 1994, p. 45-47 e Triviños, 1987, p. 112), por pretender encontrar explicações para as dificuldades de manutenção dos médicos de família no Programa, utilizando metodologia qualitativa, descrita adiante.

Através de um estudo de caso realizado no município de Duque de Caxias supõe-se que se possam adquirir conhecimentos sobre os fatores envolvidos para a fixação do médico no PSF, como já mencionado como um problema em todo o território nacional, a partir da exploração intensa deste município.

O estudo de caso como modalidade de pesquisa é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em

casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, delimitado, contextualizado no tempo e lugar, para que se possa realizar uma busca aprofundada de informações. Permite que um aspecto de um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado. Além disso, parece ser apropriado para investigação de fenômenos quando há uma grande variedade de fatores e relacionamentos que podem ser diretamente observados e não existem leis básicas para determinar quais são importantes. (Ventura, 2007)

Cenário de estudo

O cenário do estudo é o município de Duque de Caxias, que se localiza na região da Baixada Fluminense, na área da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. As principais características gerais e sócio-demográficas de Duque de Caxias são descritas a seguir.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) o Município de Duque de Caxias, localizado na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, tem seu território dividido em quatro distritos: o 1º e 2º distritos são de características urbanas; o 3º e 4º distritos são de características predominantemente rurais. Apresenta uma população estimada de 872.762 habitantes, sendo 48% de homens e 52% de mulheres. Aproximadamente 78% da população estão localizadas no 1º e 2º distritos (4.285 habitantes/km²), com uma densidade populacional bem distinta do 3º e 4º distritos (532 habitantes/km²) (IBGE, *apud* DATASUS, 2009).

A rede de assistência médica pública no Município de Duque de Caxias conta hoje com três hospitais municipais, sendo um hospital exclusivo para atendimento à população infantil, um hospital estadual, oferecendo atendimento de emergência traumato-cirúrgica para todas as faixas etárias, com uma maternidade de alto risco, duas maternidades municipais, seis unidades pré-hospitalares fixas, seis unidades básicas tradicionais e 39 unidades com 70 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com uma cobertura populacional de 28%. Incorporadas às ESF possui 36 equipes de saúde bucal qualificadas no MS e dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Ocupando uma área equivalente a 6,8% do Estado do Rio, o município de Duque de Caxias é responsável pela segunda maior arrecadação de ICMS do Estado, atrás apenas da capital. A economia do município é destaque no cenário nacional. Enquanto o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, nos últimos quatro anos, foi de 6,8%, no mesmo período, a economia de Duque de Caxias teve um incremento de 41,6%. O município é considerado um “oásis” de investimentos no país. (GAZETA MERCANTIL, 2008). É responsável por 45% do PIB total da Baixada Fluminense. Com uma geografia privilegiada para investidores, o desenvolvimento de Duque de Caxias está calcado em um tripé bem-sucedido formado pelo incentivo municipal, a localização estratégica e, principalmente, a proximidade com a Refinaria de Duque de Caxias (REDUC).

Apesar de ser um pólo econômico bem sucedido, e ocupar a vice-liderança na receita anual, a cidade é o 27º município fluminense em termos dos indicadores sociais, estudo que avalia os setores de educação, saneamento e habitação (GAZETA MERCANTIL, 2008). Em todo o município, 31% das residências não têm abastecimento de água potável, e somente 56,4% utilizam sistema de esgoto sanitário. Em 2007, o município apresentava um coeficiente de mortalidade infantil de 38,3/mil nascidos vivos. Há um grande contraste, dessa forma, entre a economia e as condições de vida da população. De acordo com dados do IBGE, em 2000, a taxa de alfabetização da cidade foi de 92,4%, índice equivalente ao de Belford Roxo, Município com arrecadação de ICMS 82% inferior ao de Caxias (Tabela 5).

Tabela 5: Indicadores sócio-econômicos do Município de Duque de Caxias

Variáveis		Indicadores
PIB (R\$)		18.309.544.760,00
População		872.762
PIB per capita (R\$)		20.978,85
IDH (1)		0,753
IDI (2)		0,64
Taxa de analfabetismo	Pop. de 10 a 15 anos	3,8
	Pop. de 15 anos ou mais	8,0

Fonte: INEP 2007

(1) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), (2) Índice de Desenvolvimento da Infância (IDI).

Unidade de Análise

A unidade de análise do presente trabalho foi composta pelos médicos de família que atuam no Município de Duque de Caxias há pelo menos dois anos.

Considerando que a intenção foi identificar, analisar e categorizar os fatores que interferem na fixação destes profissionais no programa, cada profissional, individualmente, constituiu uma unidade de análise, sendo, portanto, entrevistados individualmente. Abordei apenas a categoria médica por ser esta a que vem apresentando maior rotatividade no município estudado, acarretando em desativação de unidades com mudança de modalidade para PACS; diferentemente das outras categorias que também compõem a equipe multiprofissional do PSF.

3.3 Métodos e procedimentos

Levantamento e análise bibliográfica e documental

Com relação ao perfil dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, analisei dados de pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, FIOCRUZ e NESCON/UFMG (1994, 2007), também busquei apoio nos trabalhos de Viana e Dal Poz (1997), e Cordeiro (1996). Quanto aos aspectos que envolvem a profissão médica e sua formação, utilizei os trabalhos de Pereira (1995),

Scraiber (1995), Freidson (1996), Souza e Sampaio (2002) e Bevilacqua (2002); em relação ao mercado de trabalho profissional, busquei apoio em Girardi e Carvalho (2002) e Silva e Costa (2002); já quanto à regulação da profissão no Brasil utilizei os trabalhos de Filho (2003), Pierantoni (2003 e 2004) e Machado (1997 e 2003). Quanto à legislação e normas vigentes no país sobre o assunto, pesquisei em alguns instrumentos tais como: as portarias do Ministério da Saúde referentes ao PSF e PACS (1994-2007), em especial a Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006, referente à Política Nacional de Atenção Básica. Também considerei documentos editados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) que estabelecem regras para a especialidade e a sua formação.

O trabalho levou em consideração, ainda, a legislação que rege a política de recursos humanos do SUS, como: a NOB-RH/SUS (2003); a Portaria GM/MS nº. 1.318, de 5 de junho de 2007, que estabeleceu as “Diretrizes nacionais para instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS”, além de documentos oficiais da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias sobre as políticas de recursos humanos praticadas no município como a Consolidação de Leis Municipais, incluindo o estatuto dos servidores, entre outros. Antes de iniciar o trabalho de campo, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá, de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Levantamento da rotatividade dos médicos

Para o levantamento da rotatividade dos médicos das ESF de Duque de Caxias utilizei as fichas funcionais dos médicos que saíram do Programa no período de 2005 a 2008. Este período foi escolhido porque foi quando houve uma forte expansão do Programa no Município, quase triplicando o total de equipes existentes. Calculei as médias de admissões e de desligamentos no período.

Perfil e satisfação dos profissionais

Para analisar o perfil dos profissionais envolvidos realizei entrevistas utilizando um questionário semi-estruturado com os médicos de família do

município (Apêndice I). O critério de inclusão dos participantes do estudo foi o de estar atuando como médico de família há mais de dois (2) anos no Município. Este critério se justifica devido à alta rotatividade de médicos no momento da pesquisa e à necessidade de obter respostas fundamentadas na experiência dos profissionais. Foram entrevistados 25 médicos de família que apresentavam esse critério durante a pesquisa, cinco profissionais não concordaram em participar da pesquisa.

O questionário foi dividido em blocos temáticos a fim de levantar o perfil, a trajetória no mercado de trabalho, o trabalho no PSF e a satisfação ou insatisfação com a função, distribuídos da seguinte forma:

- **Perfil do profissional entrevistado:** sexo, idade, local de residência, vínculo com o município – para levantar e avaliar as características que predominam no médico do PSF deste município;
- **Trajétória profissional:** tempo de trabalho no PSF, tempo de trabalho no SUS, tempo de graduação, especialização, trabalhos anteriores ao PSF, outros vínculos de trabalho – para conhecer a experiência do profissional desde a sua formação acadêmica, a trajetória no mercado de trabalho até os dias de hoje do âmbito profissional;
- **Considerações de trabalho no PSF:** estrutura da unidade, acesso ao local de trabalho, remuneração, carga horária, carga de trabalho, capacitação em serviço, apoio técnico em serviço, relação com a equipe, pretendendo conhecer as condições atuais para realização do trabalho no PSF;
- **Principais motivos para o exercício do trabalho no PSF:** com intuito de saber o porquê de atuar no PSF, o que mais estimula o profissional médico a manter o trabalho no PSF;
- **Satisfação geral:** pretendendo conhecer as vantagens e desvantagens do trabalho no PSF, como o profissional se sente atualmente e as alterações ocorridas após a inserção do profissional no PSF no município estudado, em relação à remuneração, jornada de trabalho, condições de trabalho, autonomia técnica, relação com o paciente, prestígio profissional e competência técnica.

As perguntas relativas ao último item seguiram o modelo adotado na pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF”, realizada em 2000 pela FIOCRUZ para o Ministério da Saúde. Antes da aplicação definitiva, apliquei o questionário num teste piloto junto aos médicos de família que não participaram da pesquisa. Em todas as entrevistas realizadas foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que é apresentado no Apêndice 2.

Percepções sobre as condições para a permanência

É importante destacar que, para os objetivos deste estudo, o método de pesquisa também deveria ser instrumentalizado por uma técnica que possibilitasse uma aproximação empática do pesquisador à experiência dos participantes do estudo, capturando as significações atribuídas por estes às questões analisadas. O instrumento escolhido deveria favorecer a livre expressão dos pensamentos e sentimentos dos informantes, permitindo emergir os significados relacionados ao tema. Decidiu-se então, pela utilização da técnica do grupo focal, como instrumento de coleta de dados.

Partindo-se do princípio que “o grupo focal é uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa, a partir de sessões em grupo, nas quais 6 a 20 pessoas compartilham alguns traços comuns e discutem aspectos de um tema sugerido” (HASSEN, 2002, p 161). O local para a realização do grupo deve ser neutro, acessível, não movimentado e composto de uma sala com mesa e cadeiras. Com toda privacidade possível e silêncio suficiente para obtenção de fitas gravadas audíveis.

A aplicação da técnica requer que o trabalho do grupo tenha um moderador não diretamente envolvido na pesquisa, desta forma solicitei apoio ao orientador para realização do grupo focal, ficando, dessa forma, neutra para as discussões e com a garantia de que os participantes não deveriam se sentir parte do estudo e sim informantes da pesquisa. Esse tipo de problema acontece em outras pesquisas, como mostram Lincoln e Cuba:

[...] O simples conhecimento, por parte do sujeito, de que está envolvido em um estudo, é suficiente para alterar, de forma significativa e certamente em um nível desconhecido, sua resposta diante de um pesquisador. A preparação do grupo para discussão, com a criação de um clima favorável à exposição de pensamentos e sentimentos, torna-se

crítica para minimizar esses efeitos indesejáveis (*apud* GONZÁLEZ REY, 2002:78).

Foram realizadas duas sessões de grupo focal com dez médicos de família selecionados aleatoriamente e, já previamente entrevistados, do PSF do Município de Duque de Caxias. Os médicos de família foram selecionados em função de: apresentarem características semelhantes e demonstrarem mais disponibilidade e interesse em participar de discussões que envolvem o PSF no município. O acerto da utilização desses critérios ficou demonstrado pelo fato dos próprios participantes terem solicitado a realização de uma segunda sessão do grupo focal ao invés de apenas uma, pois tinham muito a dizer.

No trabalho de campo foi possível explorar todo o conteúdo do roteiro inicial, além de se assegurar espaço para os participantes debaterem sobre os principais assuntos que os angustiam, as experiências do cotidiano de cada um, os motivos do trabalho no PSF, os significados, as emoções e as reações que cada profissional apresenta diante de certas circunstâncias, o que trouxe muita riqueza de informação para a pesquisa. Além dos dez médicos selecionados, estavam presentes: a pesquisadora, um moderador (o orientador desta pesquisa) e dois assistentes (colegas de trabalho) responsáveis por transcrever as falas e expressões dos participantes e realizar a gravação das sessões. O moderador ficou com os tópicos principais delineados e foi o responsável por abordar e provocar os participantes em todos eles.

Na aplicação do método surgiram dificuldades relacionadas com minha posição na Coordenação do Programa. Por exemplo: como lidar com os profissionais atuantes nas equipes sendo membro da Coordenação? Como questioná-los sobre certos assuntos? Como deixá-los à vontade para posicionamentos, questionamentos e indagações? Os participantes demonstraram estar a vontade para as discussões, embora a vontade de todos de exaurir os temas debatidos, talvez tenha sido influenciada pelo fato da pesquisa estar sendo conduzida por pessoa da Coordenação do Programa, como se eles estivessem aproveitando a oportunidade para levantarem suas queixas, desabafos e de certa forma virem a influenciar futuras decisões da Coordenação. Ficou clara a necessidade dos participantes de contarem com um espaço de discussão coletiva

para enfrentarem os problemas do dia a dia. Desta forma foi necessário realizar duas sessões, cada uma com duração de quatro horas.

O roteiro do grupo focal teve como objetivo obter informações mais aprofundadas sobre as percepções dos profissionais sobre o trabalho no PSF atualmente, enfocando as questões extremamente necessárias para a sua permanência no PSF. Foram abordadas questões sobre: as condições de trabalho, as experiências vividas no cotidiano do trabalho, as políticas de recursos humanos praticadas no município, o mercado de trabalho atual e as expectativas para o futuro (Apêndice 3).

As falas e expressões dos médicos de família foram transcritas e mantidas às seqüências de argumentos e entendimento/interpretação das mesmas. Houve a preocupação de manter a fidelidade ao método da pesquisa qualitativa escolhido, procurando-se evitar a interferência nos sentidos e significados utilizados pelos participantes. Para a análise das falas dos participantes utilizei a metodologia com base no método de análise de conteúdo (BARDIN, 2007). As etapas seguidas para realização da análise foram as seguintes:

1. Pré-análise: organização do conteúdo obtido afim de sistematizar as idéias iniciais. Realizada leitura flutuante para identificação das categorias de análise – de acordo com o proposto pelo método de análise de conteúdo - tanto das falas dos participantes do grupo focal, quanto das respostas obtidas nos questionários;
2. Exploração do material: nesta fase – longa e fastidiosa – foi realizada a codificação das categorias e agrupamento dos trechos de fala por categoria; ou seja, buscando-se os elementos essenciais (temas) que correspondiam às categorias previamente definidas.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: a partir da análise das falas fiz um confronto entre estas e o referencial teórico que fundamentou o estudo, buscando inferências e interpretações a propósitos dos objetivos previstos, ou que digam respeito a descobertas inesperadas.

Ao desenvolver a análise cheguei a um conjunto de temas e categorias de análise sintetizados no Quadro 3, a seguir. Adiante especifico detalhadamente cada um dos temas.

Quadro 3: Estrutura de análise e categorias adotadas

Tema 1: Condições de Trabalho	Tema 2: O trabalho no PSF	Tema 3: Políticas de RH para o PSF do município	Tema 4 O mercado de trabalho	Tema 5: Reconhecimento profissional
Percepções das condições de trabalho nas USF do município	Percepções sobre os aspectos envolvidos no processo de trabalho da equipe do PSF	Percepções sobre as políticas de Rh praticadas no município para o PSF	Percepções sobre o mercado de trabalho do médico	Percepções sobre o reconhecimento da especialidade (MFC)
1.1 Estrutura física das unidades	2.1 Sobrecarga de trabalho	3.1 Remuneração e direitos trabalhistas	4.1 Regulação profissional	5.1 Reconhecimento pela categoria médica
1.2 Acesso à unidade	2.2 Demanda espontânea	3.2 Jornada de trabalho	4.2 Múltiplos vínculos de trabalho	5.2 Méritos do trabalho no PSF
1.3 Insumos e materiais necessários para a realização do trabalho	2.3 Interferências políticas	3.3 Isonomia salarial		
	2.4 Responsabilidade técnica e Hierarquia	3.4 Educação continuada	4.3 Expectativas da carreira para o futuro	
	2.5 Trabalho em equipe			

Fonte: Elaboração própria, a partir das categorias de análise adotadas.

Tema 1: Condições de trabalho

- Estrutura física das unidades: condições do imóvel onde as equipes estão alocadas; todas as questões relativas ao estado de conservação do local de trabalho (obras e reformas realizadas, presença de infiltrações, de mofo, umidade, vazamentos) e também ao conforto necessário para a realização do trabalho pelos profissionais de saúde (ventilação, luminosidade, espaço físico para realização do trabalho, local para higiene das mãos, condições sanitárias, etc) foram consideradas;
- Acesso ao local de trabalho: a localização das unidades de saúde e as questões relatadas para se chegar ao trabalho diariamente; e

- Insumos e materiais: todos os aspectos relatados sobre o abastecimento de insumos e materiais necessários para a realização do trabalho da equipe.

Tema 2: O Trabalho no PSF

- Sobrecarga de trabalho: questões relativas ao número de pessoas atendidas, ao quantitativo de famílias cadastradas e a multiplicidade de diagnósticos encontrados no cotidiano do trabalho;
- Demanda espontânea: os aspectos relacionados à solicitação de consulta médica pelo usuário sem a devida marcação prévia;
- Interferências políticas no PSF: as pressões de cunho político relatadas pelos profissionais e a interferência no âmbito da prática clínica;
- Hierarquia e a responsabilidade técnica: aspectos relacionados à posição do médico frente a equipe, os gestores e os usuários, e os aspectos legais sobre a responsabilidade da conduta médica; e
- O trabalho em equipe: questões relacionadas à integração da equipe multiprofissional, as divergências dos membros, o isolamento, a cumplicidade, e outros sentimentos presentes no cotidiano do trabalho.

Tema 3: Políticas de RH para o PSF

- Remuneração, direitos e vantagens trabalhistas – as percepções sobre o salário bem como os direitos e vantagens trabalhistas praticados no momento para os médicos de família do município
- Jornada de Trabalho – aspectos relacionados à jornada de trabalho determinada pelo MS para o médico de família e as percepções sobre o cumprimento da carga horária estabelecida.
- Isonomia salarial - as repercussões da equiparação salarial com as demais categorias de nível superior integrantes da equipe
- Educação continuada - as percepções sobre o apoio técnico e as capacitações das equipes realizadas.

Tema 4: O mercado de trabalho

- Regulação profissional: percepções sobre a regulação da profissão médica e especialidades;
- Múltiplos vínculos de trabalho: percepções sobre os demais vínculos de trabalho no setor saúde;
- Expectativas da carreira para o futuro: impressões sobre a carreira de médico de família no mercado.

Tema 5: Reconhecimento profissional

- Reconhecimento pela categoria médica: aspectos relacionados ao reconhecimento do médico de família pelos colegas de profissão;
- Méritos do trabalho no PSF: as sensações experimentadas com o trabalho no PSF.

4. FIXAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA: OS PROBLEMAS ENCONTRADOS

Neste capítulo discuto algumas particularidades do PSF do Município de Duque de Caxias quanto às políticas de RH e ao processo de implantação das ESF. Apresento o levantamento da rotatividade do médico no município no período compreendido entre 2005 e 2008 e as percepções dos médicos sobre os fatores que interferem na permanência do profissional no município relatadas nas entrevistas e no grupo focal.

4.1 Políticas de RH e implantação das ESF

Políticas de recursos humanos

O Município iniciou a implantação das primeiras ESF em 1997. Como não existiam profissionais concursados específicos para a atuação no Programa na época, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuavam na rede de serviços de saúde (hospitais e unidades básicas tradicionais) foram convidados a migrarem para o PSF. Muitos profissionais optaram por essa permuta em busca de uma atuação diferenciada, de novos desafios e uma remuneração diferenciada para uma jornada de trabalho integral, com carga horária de 40 horas semanais.

Não existia, então, nenhum regimento legal para garantir os direitos dos profissionais que atuavam no PSF. Todos os profissionais de carreira (estatutários) tinham o regime de trabalho de 20 horas semanais e recebiam seus proventos, direitos e vantagens em cima deste, e no PSF o regime de trabalho era diferenciado, através de uma gratificação com valor fixo. Diante disto, foi necessária a criação de um Regime Especial de Trabalho para o atendimento às características do Programa no município. Uma Lei Municipal (Lei nº. 1.561, de 09/02/01) foi promulgada para a inclusão dos profissionais no regime do PSF. Esta Lei determinava a inclusão de apenas uma categoria profissional, a de médico

generalista, detalhava a remuneração, sendo o vencimento base, para uma jornada de 20 horas, acrescidos de uma gratificação, para uma jornada de trabalho integral de 40 horas semanais, e com um limite de teto salarial. As demais categorias profissionais não foram contempladas pela Lei.

Em agosto deste mesmo ano, foi modificada pela Lei nº. 1584, de 24/08/01 para contemplar a categoria de enfermeiro, criando a isonomia salarial para o PSF dentro do município. Em 2005, houve nova alteração, pela Lei nº. 1892, de 01/07/05, inserindo novas categorias a serem contempladas pelo regime especial de trabalho do PSF, como: cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário, nutricionistas, assistentes sociais, professores de educação física, instrutores de práticas corporais, fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Desde a criação dessas leis, os profissionais do PSF vêm demonstrando insatisfação em relação aos direitos trabalhistas, já que a legislação não garante de fato todos os direitos do funcionalismo público estipulado pelo Regime Jurídico dos Servidores. Em 2003, os profissionais encaminharam documento ao Prefeito, reivindicando diversas alterações, e, dentre elas, podem ser destacadas as seguintes:

- Existência de teto salarial, com a remuneração bruta das categorias de nível superior limitada, logo, os reajustes salariais e as vantagens adquiridas ao longo dos anos, concedidos ao funcionalismo acabam por não alterarem o valor bruto e por não configurarem reajuste real, como podemos visualizar na planilha no Apêndice IV.
- A gratificação concedida para o regime especial de trabalho no PSF, não serve como base de cálculo para qualquer tipo de adicional ou remuneração de 13º. Salário e concessão de 1/3 de férias e que no período de afastamento do profissional por doença, e, justamente no período em que ele mais necessita de sua remuneração integral, a legislação não beneficia o funcionário com a remuneração integral, ou seja, não permite que lhe seja concedida a gratificação; tal mecanismo, como observado implica o não recebimento dos adicionais, divergindo da Lei Orgânica do Município a Lei nº. 1506 de 14/01/00, que instituiu o

Regime Jurídico dos Servidores Públicos do Município (Ofício SMS/CADM N° 244 de 26/05/2003).

Entre 2005 e 2008, também houve contratações temporárias de profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos) para comporem as novas equipes em processo de implantação. Os contratos administrativos com os profissionais eram firmados diretamente pela Prefeitura, com base na Lei nº. 1.922, de 08/12/05. A remuneração estipulada em contrato era um pouco inferior aos estatutários, mas os temporários contavam com algumas vantagens asseguradas em lei como: 13º. salário, férias e licenças.

Em 2007, foi publicado o primeiro Edital de Concurso Público pela Prefeitura Municipal de Duque de Caxias, que contemplava a abertura de vagas para médicos, dentistas e enfermeiros específicos para o PSF com vencimento base no valor integral, sem gratificação e jornada de trabalho de 40 horas semanais. No entanto, após recebimento do primeiro pagamento, foi constatado que a remuneração encontrava-se detalhada como constante no Regime Especial, ou seja, constando a gratificação, diferentemente do Edital.

No início de 2009, em função da implantação de nova estrutura administrativa da Atenção Básica – que visa à reestruturação e grande ampliação do Programa – a Coordenação do mesmo encaminhou documento apontando as dificuldades de fixação dos profissionais que mencionava as várias reivindicações dos profissionais, insatisfeitos com o regime estipulado até o momento. As limitações impostas pela legislação atual constituem possivelmente o principal empecilho para a expansão do Programa, por não conter dispositivos que facilitem a fixação dos profissionais.

Pode-se dizer, portanto, que em Duque de Caxias há, no momento, dois regimes de contratação para o PSF – estatutários e celetistas –, tal como acontece em outros municípios do país. A existência de dois regimes com diferentes remunerações, garantias e vantagens, além das insuficiências principalmente do Regime Estatutário são fatores que geram insatisfação entre os profissionais e contribui para dificultar sua fixação no Programa.

Implantação das ESF

Neste tópico destaco algumas informações importantes sobre o processo de implantação das USF. Em alguns bairros de Duque de Caxias há grande dificuldade para se encontrar imóveis ou espaços adequados para a construção e implantação das unidades de saúde. Em virtude disto, não existe uma nem um padrão arquitetônico, nem condições minimamente uniformes dos espaços físicos em termos da estrutura física e das condições de trabalho dos imóveis utilizados pelas USF até o momento. Pode-se resumir os tipos de unidade existentes da seguinte forma:

- Imóveis residenciais, locados ou cedidos e adaptadas para o funcionamento do PSF – situação de muitas unidades, especialmente as mais antigas, implantadas em 1997 e 1998;
- USF em unidades básicas já existentes – neste caso o espaço é dividido entre os dois modelos – a unidade básica de saúde tradicional e a ESF;
- USF em CIEPs municipalizados – o espaço utilizado não é adequado, mas não pode sofrer alterações pelo fato dos CIEPS serem tombados pelo patrimônio histórico;
- USF em espaços cedidos pelas associações de moradores ou igrejas – na maioria desses casos os espaços são inadequados e não podem ter suas plantas modificadas; e
- Uma USF que reúne quatro equipes num galpão adaptado.

Não houve, portanto, um planejamento adequado para a localização e implantação das equipes. Não se contou com uma análise da geografia local para se determinar o melhor local para a implantação, embora as unidades tenham sido localizadas em áreas carentes do ponto de vista sócio-econômico e epidemiológico. Por isto, muitas equipes têm dificuldades para realizarem visitas domiciliares em algumas micro-áreas, que estão distantes da unidade.

Outro fator importante diz respeito à manutenção e reformas das instalações das USF. Não existe um setor específico para a realização de reparos e manutenção para as unidades do PSF, e muitas vezes sem a devida manutenção, os espaços além de inadequados ficam sucateados com o tempo.

Há muitas infiltrações, mofo, umidade, rachaduras nas estruturas, paredes sem pinturas, rede elétrica avariada, banheiros com vazamentos, entre outras situações.

Em diversas USF não há ligação adequada (ou oficial) com serviços públicos básicos – água, luz e telefonia –, há problemas constantes quanto ao abastecimento dos mesmos, prejudicando a realização das atividades. Há uma dificuldade importante na comunicação entre as equipes e a coordenação. Por não existir ligação telefônica em todas as unidades, os profissionais acabam por utilizarem o próprio celular para se comunicar com a supervisão, coordenação e demais setores.

Os serviços de limpeza, vigilância e de apoio administrativo das USF são terceirizados. Na maioria das vezes, os auxiliares administrativos, que têm por responsabilidades cuidar do ponto de frequência das ESF e da agenda da Unidade, são escolhidos por indicação política local. Esta situação vem causando interferência no trabalho das ESF e gerando muita insatisfação entre seus integrantes. Tais auxiliares são trocados a cada quatro anos, em função das eleições, o que resulta em perda de continuidade dos serviços que realizam.

4.2 A rotatividade dos médicos de família

Com base nos documentos de admissão e desligamento, identifiquei o quantitativo de profissionais que passaram pelo Município durante esse período. Infelizmente a Coordenação do PSF não registrou os motivos de desligamento dos profissionais, não sendo possível contar com essa informação que seria de grande utilidade para a pesquisa.

Tabela 6: Rotatividade dos médicos de família de Duque de Caxias

Variáveis	2005	2006	2007	2008	Média
Número de ESF	50	66	66	70	63,0
Total de médicos admitidos	29	36	27	35	31,8
Total de médicos desligados	13	11	26	38	22,0
Médicos admitidos / N° de equipes	58%	55%	41%	50%	50%
Médicos desligados / N° de equipes	26%	17%	39%	54%	35%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SMS de Duque de Caxias (2008).

Os dados da tabela acima mostram que: apesar da implantação de equipes, com constantes contratações de médicos, o número de desligamentos vem aumentando ao longo dos anos. Como se pode ver que um número equivalente a 50% dos médicos são admitidos em média a cada ano e outros 35% são desligados. No ano de 2008, mesmo com a realização do concurso público, com 97 vagas abertas específicos para médicos de família, sendo convocados em um primeiro momento 57 classificados, nota-se que ocorreram bastantes admissões, porém, o número de desligamentos também aumentou, confirmando assim a alta rotatividade existente no programa do município em relação à categoria médica.

Este fato é muito preocupante, já que o déficit desses profissionais compromete os prazos de execução dos projetos de expansão (PROESF) em andamento, gerando perda de incentivos financeiros e devolução de incentivos de equipes já implantadas junto ao MS. O Programa não consegue avançar e acaba perdendo a credibilidade com a população, já que os demais membros da equipe ficam desestimulados e perdem o referencial deste profissional como, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que ficam sem saber quando vão poder contar com médico na equipe e/ou até quando o médico ficará para orientar, tratar e acompanhar a população, prejudicando, dessa forma, as atividades

realizadas, podendo inclusive interferir nos indicadores de saúde do Município. Ocorre também um gasto excessivo com treinamentos para profissionais que não permanecem no programa.

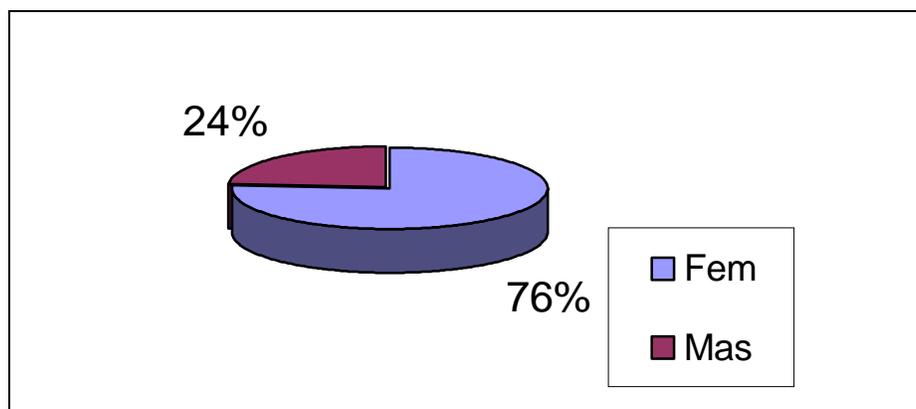
4.3 Perfil dos médicos de família entrevistados

Através dos questionários foi possível identificar o perfil dos médicos entrevistados, que serão detalhados a seguir:

Quanto ao sexo

Evidenciamos o que já vem ocorrendo com as mudanças no mercado de trabalho, um predomínio da classe feminina (**Gráfico 1**). Encontramos um percentual maior de mulheres (76%) em relação aos homens (24%) atuando no PSF.

Gráfico 1: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias segundo o sexo, 2008



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008).

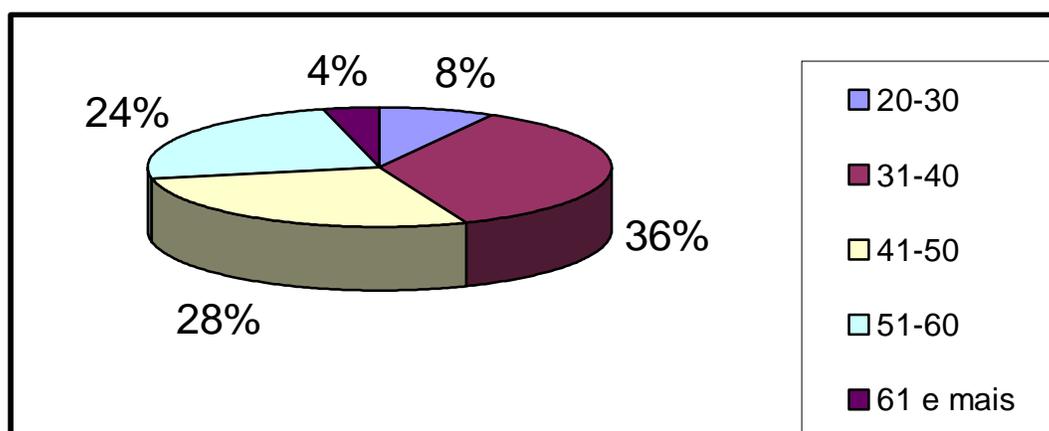
Apesar de tradicionalmente a medicina ser uma carreira de predomínio masculino, como demonstrado em pesquisas sobre médicos no Brasil (MACHADO et al,1997) (CFM,2004), o PSF de Duque de Caxias é um campo de atuação de predominância feminina. Pesquisas anteriores mostram que esta situação ocorre em outras partes do Brasil. O relatório da pesquisa realizada pela FIOCRUZ para o Ministério da Saúde sobre os médicos e enfermeiros aponta que [...]que o programa absorve mais mulheres em suas equipes de trabalho (, 2000, p.29).

Outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro encontrou [...] um percentual expressivo de mulheres (88,9%) em relação ao de homens (11,1%) trabalhando como Médicos de Família. (ROMANO, 2005, p.92)

Quanto à faixa etária

Analisando os dados sobre a faixa etária, percebe-se um predomínio da faixa etária entre 31 a 40 anos (36%), no auge da carreira profissional. Mas, já apresentando um equilíbrio entre as faixas etárias seguintes entre 41 a 50 anos (28%) e entre 51 a 60 anos (24%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias segundo a faixa etária, 2008



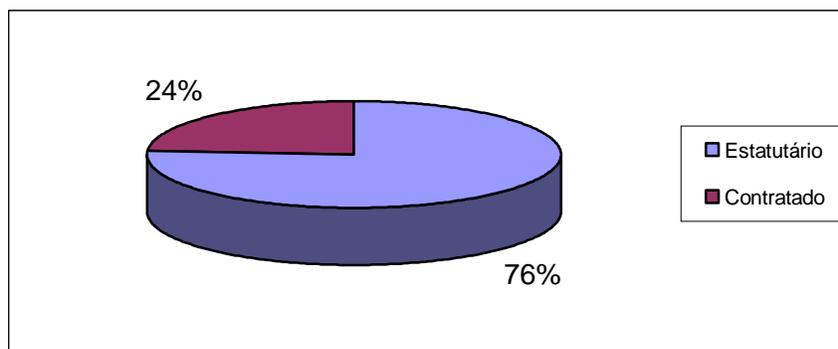
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

Quanto ao vínculo profissional com o município

Há um predomínio importante (76%) de estatutários no programa em relação aos contratados (24%) (Gráfico 3). Várias razões para explicitar essa predominância de estatutários no PSF de Duque de Caxias são relevantes: o fato de estar analisando médicos com mais de dois anos de PSF é um ponto que favorece o predomínio de estatutários (vínculo mais estável), o processo de implantação do PSF no município, em 1997 com a migração de diversos profissionais concursados de outras áreas da rede de serviços de saúde (pediatras, clínicos gerais, ginecologistas) sendo convidados a permutar para o PSF, naquela época com uma remuneração gratificante e vantajosa sendo que muitos permanecem até hoje, e a realização de concurso público incluindo a

carreira de médico de família no rol de especialidades aumentando ainda mais o percentual de estatutários.

Gráfico 3: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias segundo o vínculo empregatício, 2008



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

Quanto à trajetória no mercado de trabalho

Neste item analiso a experiência do profissional comparando o tempo de formação, o tempo de trabalho no SUS e o tempo de trabalho no PSF. Identifiquei, também: a presença de acumulação em outros vínculos de trabalho (hospitais públicos, privados, consultório, etc.); a experiência de trabalho como médico de família em outro município; e se o PSF é o primeiro emprego do profissional.

Em relação ao tempo de formado, percebemos que o maior grupo (44 %) é constituído por médicos que têm mais de 20 anos de formados, 28% têm entre 10 e 20 anos de formados e outros 28% menos de 10 anos de formação. Observou-se, também, que 36% dos profissionais que atuam no PSF está há mais de sete anos no Programa e outros 36% estão no Programa há menos de três anos. Enquanto 28% estão entre mais de três anos e menos de sete anos, atuando no PSF (Tabela 7).

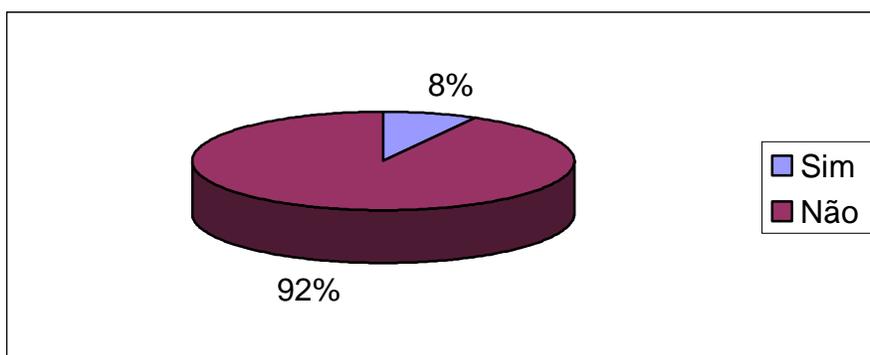
Tabela 7: Distribuição dos 25 médicos de família pesquisados de Duque de Caxias em relação ao tempo de formado e tempo de trabalho no PSF, 2008

Tempo de formado			N	Tempo de trabalho no PSF		
Tempo de formado (anos, meses)	Tempo de trabalho no SUS (anos, meses)	Tempo de trabalho no PSF (anos, meses)		Tempo de formado (anos, meses)	Tempo de trabalho no SUS (anos, meses)	Tempo de trabalho no PSF (anos, meses)
33,0	27,0	2,0	1	30,0	25,0	8,0
30,0	25,0	6,0	2	29,0	14,0	8,0
30,0	25,0	8,0	3	21,0	21,0	8,0
30,0	30,0	6,0	4	14,0	14,0	8,0
30,0	5,0	5,0	5	29,0	29,0	7,0
29,0	14,0	8,0	6	24,0	19,0	7,0
29,0	29,0	7,0	7	21,0	17,0	7,0
24,0	10,0	2,8	8	18,0	9,0	7,0
24,0	19,0	7,0	9	12,0	7,0	7,0
21,0	17,0	7,0	10	9,0	9,0	6,6
21,0	21,0	8,0	11	30,0	25,0	6,0
20,0	3,0	3,0	12	30,0	30,0	6,0
20,0	18,0	5,0	13	30,0	5,0	5,0
18,0	9,0	7,0	14	20,0	18,0	5,0
14,0	14,0	8,0	15	6,0	5,0	5,0
13,0	3,0	3,0	16	3,5	3,5	3,5
12,0	7,0	7,0	17	20,0	3,0	3,0
12,0	8,0	2,6	18	13,0	3,0	3,0
9,0	9,0	6,6	19	4,0	3,0	3,0
7,0	2,0	2,0	20	24,0	10,0	2,8
6,0	5,0	5,0	21	3,0	3,0	2,7
4,0	3,0	3,0	22	12,0	8,0	2,6
4,0	2,0	2,0	23	33,0	27,0	2,0
3,5	3,5	3,5	24	7,0	2,0	2,0
3,0	3,0	2,7	25	4,0	2,0	2,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008).

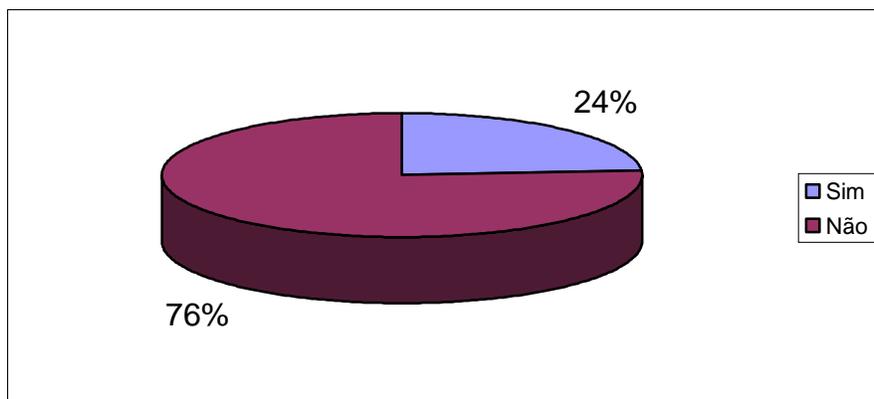
Com esses dados, percebemos tanto o predomínio de profissionais antigos de profissão como também de recém-formados no programa do município. Destes profissionais, 8% informaram como sendo o primeiro emprego o trabalho no PSF do Município e 24 % informaram já ter trabalhado em PSF anteriormente (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias que relataram o PSF como primeiro emprego, 2008



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

Gráfico 5: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação à experiência de trabalho anterior em PSF, 2008

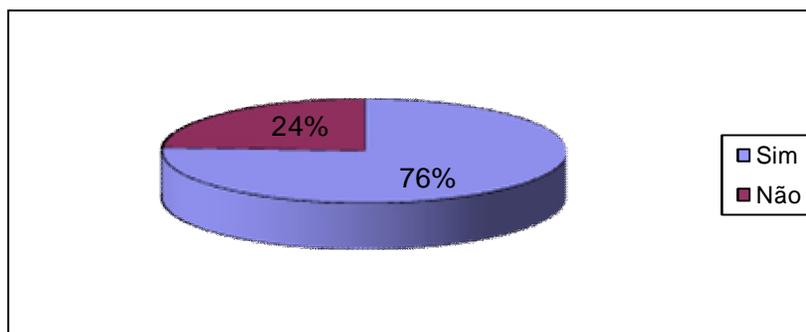


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

O predomínio de profissionais antigos de carreira no PSF também explica o fato de se ter encontrado muita acumulação de outros vínculos. Como já relatado na literatura é muito comum na classe médica a acumulação de vários vínculos trabalhistas. Este fato também prevalece com os profissionais de Duque de Caxias que mesmo trabalhando no PSF, com dedicação de 40 horas semanais, a maioria dos médicos possui outros vínculos concomitantes tais como, plantões em

hospitais públicos e/ou privados, em ambulatórios de especialidades e consultório particular (Gráfico 6).

Gráfico 6: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação à existência de outros vínculos concomitantes com o PSF, 2008



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

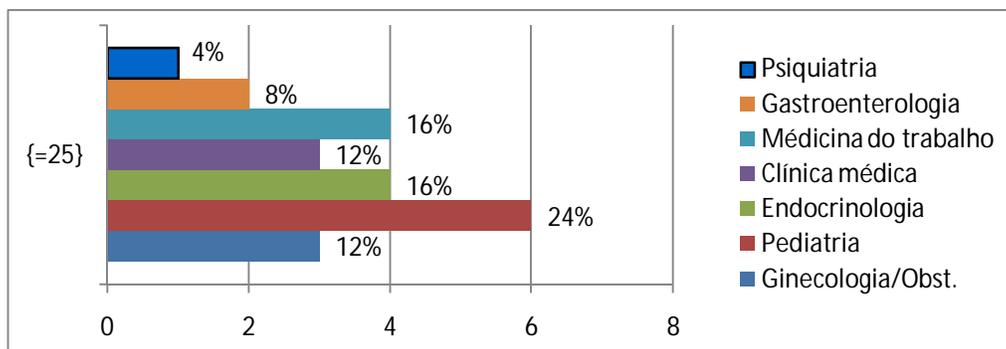
Quanto à especialização original

É muito comum encontrar médicos de família cuja formação é em outra especialidade. Todos os entrevistados relataram terem formação especializada. Observa-se um predomínio de pediatras (24%) seguidos por outras especialidades como medicina do trabalho e endocrinologia (16%), clínica médica e ginecologia/obstetrícia (12%), gastroenterologia (8%) e psiquiatria (4%) (Gráfico 7).

Este fato também foi relatado na pesquisa sobre o Perfil de Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil, realizada pela Fiocruz para o Ministério da Saúde em 2000:

Os médicos que atuam no PSF têm como área de atuação 10 principais especialidades: 1) medicina interna (28,38%), 2) medicina geral comunitária (14,39%), 3) pediatria (13,38%), 4) gineco-obstetrícia (5,88%), 5) cirurgia da mão (3,79%), 6) cirurgia geral (3,51%), 7) medicina sanitária (2,64%), medicina do trabalho (1,49%), 9) anesthesiologia (1,22%), psiquiatria (0,88%) (2000, p 31.).

Gráfico 7: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação a especialização original, 2008

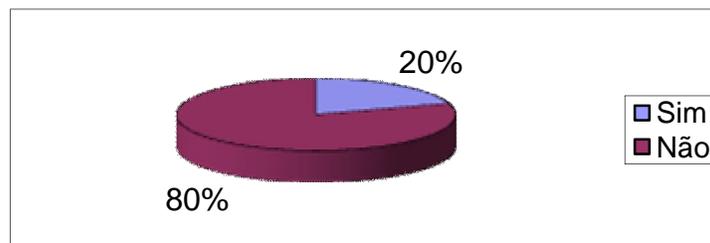


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

Especialização em Medicina de Família e Comunidade

A presença de médicos especialistas em Medicina de Família ainda é muito pequena em relação às outras especialidades. O fato de não ser uma exigência para a atuação no programa, diferente de outras especialidades, contribui para esse perfil encontrado atualmente. A criação de novos cursos de especialização específicos para Saúde da Família, pós-graduação, mestrado e /ou doutorado, e também, a prova de titulação realizada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade com o apoio do Departamento de Atenção Básica vêm contribuindo para a presença de alguns especialistas em MFC dentre os médicos atuantes no Município, porém o quantitativo ainda é muito pequeno (20%) (Gráfico 8).

Gráfico 8: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação a presença de especialização em MFC, 2008



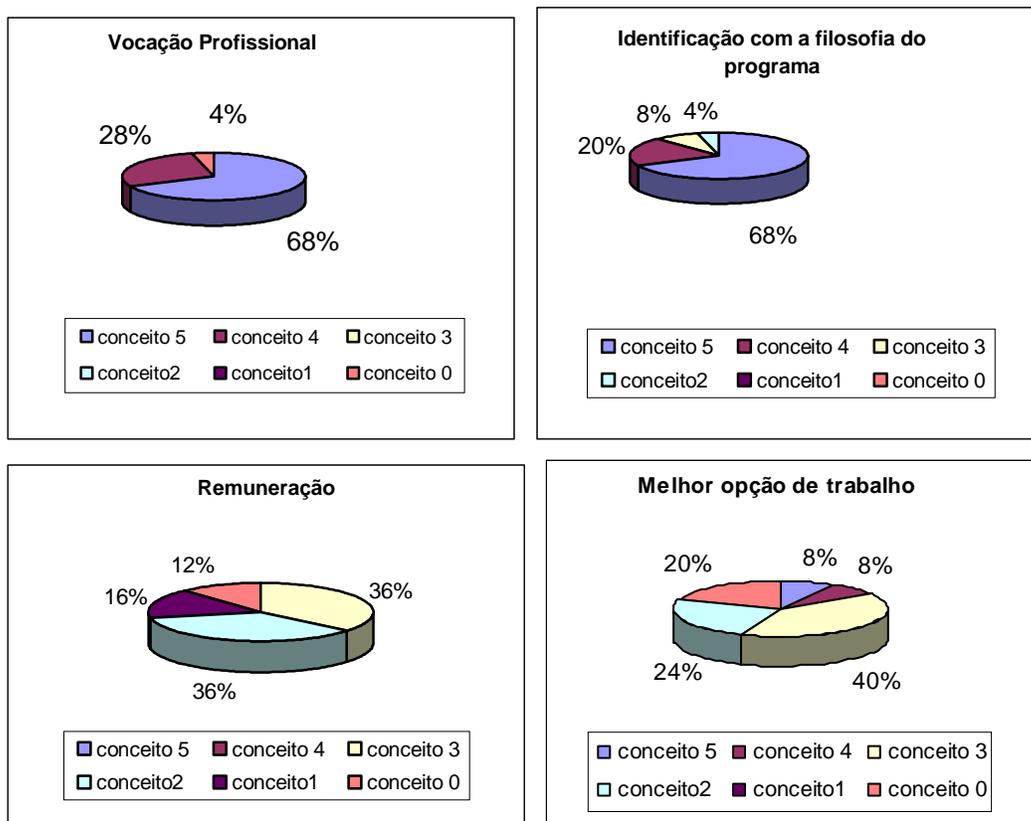
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

Principais motivos para o exercício do trabalho no PSF

Com o intuito de saber o que mais estimula o profissional a manter o trabalho no PSF foi formulada uma questão abordando sete tópicos: satisfação profissional, vocação, remuneração, melhor opção de trabalho no momento, possibilidade de servir a comunidade, apoio técnico em serviço e identificação com a filosofia do programa. Foram atribuídos conceitos de 0 (mínimo) à 5 (máximo) para cada tópico. (O Apêndice V apresenta o conjunto das respostas).

O maior conceito (5) foi atribuído pela maioria dos profissionais para vocação profissional e identificação com a filosofia do programa (68%), seguidos pela possibilidade de servir a comunidade (52%). Os tópicos que receberam mais conceitos negativos foram: remuneração e melhor opção de trabalho no momento (Gráfico 9).

Gráfico 9: Principais motivos para o exercício no PSF.

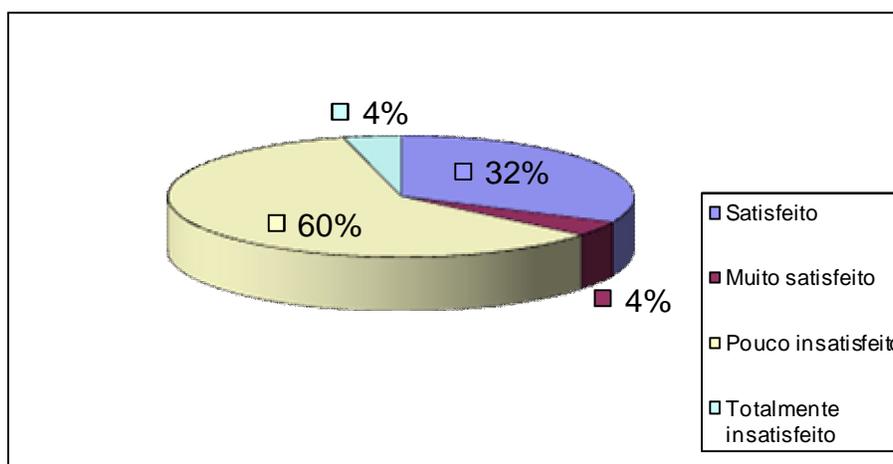


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

Satisfação geral

Pretendendo conhecer o grau de satisfação do profissional com o trabalho, observamos que uma grande parcela dos profissionais (60%) encontra-se pouco insatisfeitos com o trabalho no PSF, 32% estão satisfeitos e 4% variam entre muito satisfeito e totalmente insatisfeito (Gráfico 10).

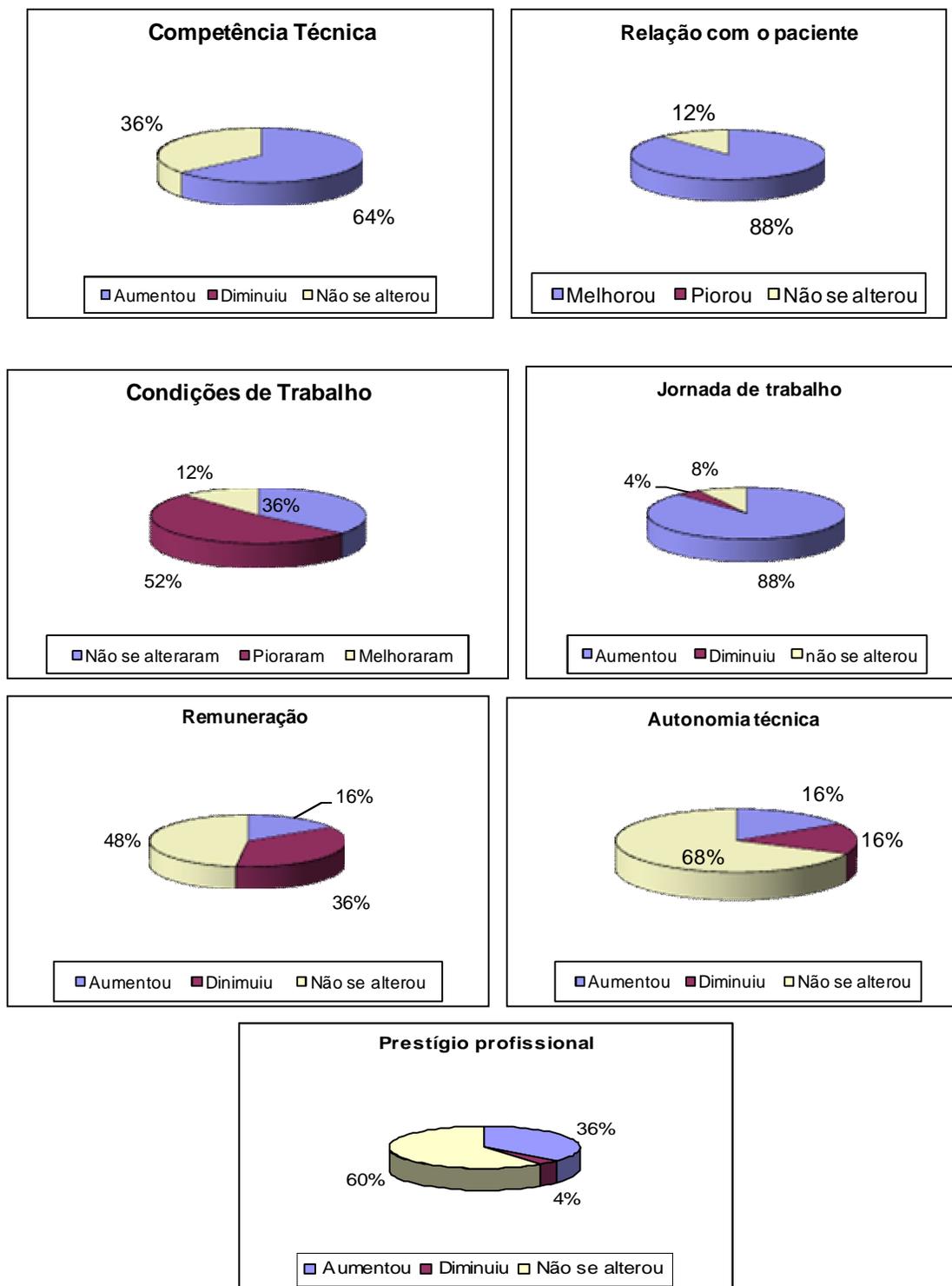
Gráfico 10: Distribuição dos médicos de família de Duque de Caxias em relação ao grau de satisfação geral com o trabalho no PSF, 2008.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

Em relação à opinião dos profissionais sobre as principais alterações ocorridas na remuneração, na jornada de trabalho, nas condições de trabalho, na autonomia técnica, na relação com o paciente, o prestígio profissional e a competência técnica, após a inserção no PSF, a maioria dos médicos relatou que o trabalho no PSF aumentou a competência técnica (64%), a relação com o paciente melhorou (88%), a jornada de trabalho aumentou (88%) apesar de não ter a remuneração alterada (48%) e em condições de trabalho piores (52%). Em relação ao prestígio profissional e a autonomia técnica a maioria informou não ter sido alterado (Gráfico 11).

Gráfico 11: A opinião dos médicos de família de Duque de Caxias em relação às alterações ocorridas na vida profissional após a inserção no PSF, 2008



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do questionário da pesquisa (2008)

4.4 As percepções dos médicos de família

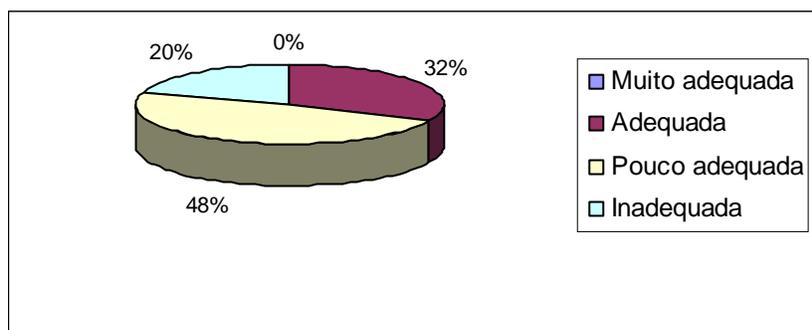
Neste tópico descrevo as respostas das entrevistas correlacionando-as com as percepções do grupo focal. Todas as falas e percepções relatadas no trabalho de campo foram categorizadas e distribuídas em cinco temas: condições de trabalho, o trabalho no PSF, políticas de RH para o PSF, mercado de trabalho e reconhecimento profissional.

Tema 1 Condições de trabalho no PSF - Este tema contempla as seguintes questões: estrutura física das unidades, acesso ao local de trabalho e disponibilidade de materiais e insumos.

Estrutura Física das unidades:

Em relação à estrutura física existente nas unidades, a maioria do grupo se mostrou insatisfeito com a estrutura do local de trabalho. Relataram ser pouco adequada (48%) e inadequada (20%). Uma parcela (32%) informou ser adequada a estrutura da Unidade (Gráfico12).

Gráfico 12: Percepção dos médicos em relação à estrutura da Unidade de Saúde da Família



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados das entrevistas.

Estes dados confirmam as diferenças existentes em relação às unidades desde a implantação das equipes no município, também relatado durante o grupo focal:

Estrutura física, eu entendo assim: Tem colegas que trabalham em locais adequadas e já tem colegas que estão em unidades que não tem condição nenhuma, tem mofo, aquilo ali não foi construído com intuito de ser uma unidade de Saúde da Família. Pegou-se uma casa e alugou para começar o trabalho (M 3).

O fato de algumas equipes estarem instaladas em unidades básicas de saúde, funcionando no mesmo local a unidade básica de saúde tradicional e a ESF, e outras, situadas em CIEPs municipalizados ou em associações de moradores também tem sido relatado como ponto negativo pelos profissionais, dificultando o processo de trabalho.

A minha unidade fica dentro de um posto municipal de saúde, só tenho duas salas para trabalhar, e uma sala é para tudo, às vezes entra um e o outro tem que sair para trabalhar, e ainda batemos de frente com o funcionamento do posto. Fica uma grande bagunça, aquela recepção, sala de espera e eu médica ainda tenho que dar suporte ao posto quando necessário (M 6).

Recentemente, algumas unidades foram construídas baseadas em um modelo recomendado no “Manual de estrutura para Unidades Básicas de Saúde” editada em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Porém, nem sempre é possível encontrar espaços adequados e próximos às áreas já cadastradas suficientes para a instalação e mudança de localidade das equipes, sendo, o número de equipes localizadas nesse local hoje ainda muito pequeno. Além disso, algumas unidades estão com obras inacabadas e obras mal feitas impossibilitando a instalação da equipe. Como relatado durante a fala do profissional, angustiado por estar sem unidade para trabalhar, devido à obra:

Eu não tenho unidade até hoje a gente está na rua, funcionando provisoriamente em uma garagem, há 1 ano e 10 meses, e o local que estão preparando parece não ser um local adequado, só tem uma janela, só tem uma porta na frente, e uma parede toda mofada. Eu não acho que é um local adequado [...] (M 7).

Durante as falas dos profissionais, foi muito presente o sentimento de tristeza e angústia diante dos problemas encontrados nas unidades, sem uma estrutura adequada e satisfatória para a instalação dos profissionais e o funcionamento do programa. Relatam mágoas, sentimentos de revolta e insatisfação com o local do trabalho, relatam dificuldades em relação às condições sanitárias encontradas e a falta de conforto necessário para trabalhar.

Quanto às questões de estrutura, tínhamos uma geladeira para os funcionários, precisaram utilizar para colocar o material de tuberculose, e até hoje não colocaram outra no lugar, enfim estamos sem geladeira. Somos induzidos a comer na rua, porque não tem aonde colocar a comida, água nem se fala! Nós compramos galão de água todo mês (M 1).

Tem que falar das condições sanitárias das unidades, que às vezes não tem nem água para trabalhar (M 9).

Faltam as necessidades básicas: banheiro, descarga não funciona, não tem água, nós que compramos (M 1).

Unidades sem água, não ter água para lavar as mãos e examinar o paciente. Se comunicar a coordenação tem que ir para rua fazer VD e lavar as mãos na casa do paciente quando tem! (M 2).

Os profissionais desabafam comparando o tempo que fica no trabalho com o do convívio familiar e também a questão da organização da unidade necessária para a realização do trabalho, o que gera despesas ao próprio funcionário: E se conforma por causa da necessidade de manter o trabalho:

Nós passamos mais tempo da nossa vida na unidade trabalhando, do que na nossa própria casa no convívio familiar (M 2).

Nós não fazemos somente o trabalho médico; fazemos compras, colocamos estrutura, vai dando o seu jeito para trabalhar (M 8).

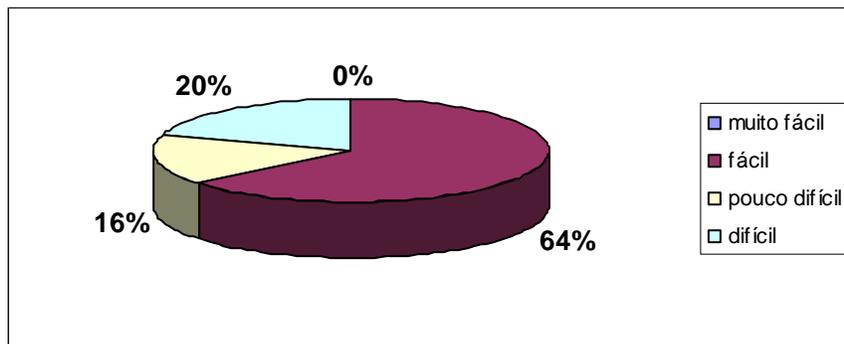
Não tem geladeira, que obriga a comer na rua, mais um gasto, mais despesas, não tem incentivo como auxílio - distância. E em relação à parte pessoal o maior problema é com relação à remuneração salarial! (M 22)

[...] Vai dando o jeito porque precisa trabalhar! (M 2).

Acesso ao local de trabalho

A maioria das profissionais relatou como fácil o acesso ao local de trabalho (64%). O fato do Município de Duque de Caxias ser cortado por uma Rodovia Federal (BR040) facilitando o acesso de diversas localidades do Estado e também por oferecer diversas linhas rodoviárias e uma ferrovia influencia na viabilidade de acesso às unidades (Gráfico 13).

Gráfico 13: Percepção dos médicos em relação ao acesso às USF.



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados das entrevistas.

Porém, apesar de não relatarem dificuldades para chegar à unidade, discutiram a falta de viaturas para a logística do PSF (entrega de impressos, reposição de materiais, entrega de estatísticas) que são realizados pelos próprios profissionais com seus veículos e a falta de incentivo financeiro como auxílio-transporte.

Disponibilidade de Materiais e Insumos:

A dificuldade encontrada pelos profissionais em relação às requisições dos materiais e a entrega na USF foi relatada como ponto negativo que atrapalha o trabalho no PSF.

Quanto às condições de ter material para trabalhar, ainda está muito confuso quanto à questão da receptividade do pedido e a chegada desse material, é a estrutura de mobilização, as pessoas precisam se movimentar, os papéis precisam se movimentar, necessitando de mobilizações para tal, os papéis precisam ir e vir, o material precisa vir para agente trabalhar e não tem viaturas para isso. As pessoas que vão buscar. Eu não vejo ninguém sair do hospital para buscar material no almoxarifado para trabalhar. (M 3)

Mesmo pedindo o material, esbarra em um monte de burocracias, por exemplo: estou sem receituário azul desde que comecei a trabalhar nessa unidade, e para ter um tive que fazer um relatório para justificar o porquê nunca tive se sempre pedi e nunca me deram. Fiz o relatório e até hoje não recebi. (M 1)

A insatisfação dos profissionais em relação à falta de equipamentos e materiais suficientes, e viaturas para a distribuição dos materiais para todas as equipes ficaram evidentes como um ponto negativo que interfere diretamente no cotidiano de trabalho de todas as equipes do PSF.

Para começar: no PSF nós não temos telefone, como posso pedir SAMU, vaga para internação? Para consultas ginecologia/pré-natal: falta sonnar, fita métrica, gel – via carro da prefeitura, a necessidade deveria vir até nós, não sou eu que tenho que me deslocar para pegar. Ter duas viaturas no PSF para 70 equipes é muito pouco. Fisioterapia? Ah! Nem pensar! Quem consegue? Reabilitação? Falta material de escritório, seringa, agulha, material de curativo, enfim materiais em geral. Os pedidos de materiais deveriam ser feitos com antecedência!(M3) (Gesticula bastante para que todos compreendam o que quer dizer.) Todos ouvem a fala como se compreendessem a realidade passada. Todos falam da logística problemática e estrutura física das unidades (o transtorno é geral)

Outro fator evidente que tem dificultado o trabalho é a falta de medicamentos básicos na unidade. A falta de um profissional farmacêutico nas

unidades de PSF resultou na retirada dos medicamentos que são disponibilizados através de uma farmácia pólo de referência para o PSF ficando na maioria das vezes distantes da localidade para muitos pacientes, interferindo diretamente no tratamento recomendado.

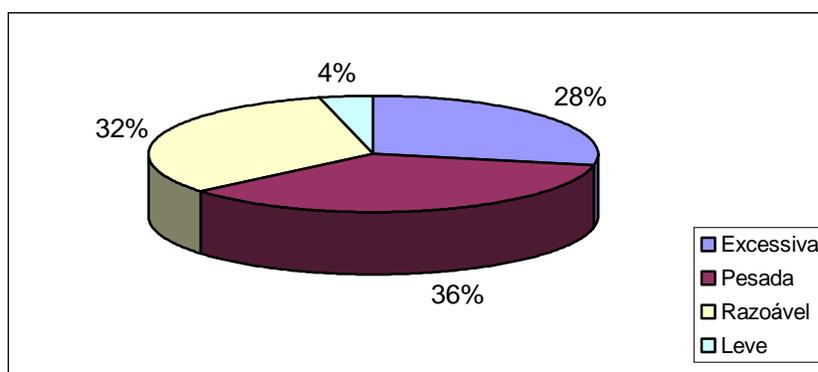
Em relação à retirada de medicações do PSF para o paciente dificulta muito. A distância para pegar o remédio é longa. Às vezes, é melhor prescrever para o paciente comprar na farmácia popular que com uma passagem ele consegue buscar. Queríamos um farmacêutico nas unidades, facilitaria muito (M 2).

Tema 2: O trabalho no PSF – Este tema contempla as seguintes questões: a carga de trabalho, a demanda espontânea, responsabilidade técnica e hierarquia, a interferência política no PSF e o trabalho em equipe.

Carga de trabalho

A maioria dos profissionais considera a carga de trabalho no PSF como pesada, citaram como principais fatores contribuintes a dificuldade encontrada com o número de famílias que são responsáveis para acompanhar e o aumento de pessoas nas áreas já cobertas pelo PSF, que devem ser atendidas, sobrecarregando o trabalho (Gráfico 14).

Gráfico 14: Percepção dos médicos em relação à carga de trabalho



As famílias estão aumentando, puxadinhos em todas as casas, aumentando a sobrecarga de trabalho. Existem muitos pacientes no mesmo quintal, aumentando o nº de pessoas a ser atendida naquela família. E se não atender, vão fazer denúncia na ouvidoria. No mesmo quintal, que tinha uma família agora tem cinco. (começa a se exaltar para mostrar sua experiência vivida na unidade) (M 1).

Relatam que não tem como realizar todo o acompanhamento dos pacientes em todas as áreas, devido ao número de famílias, priorizando algumas áreas técnicas.

Aqui são 948 famílias hoje, ou seja, 3792 usuários cadastrados, fora a demanda espontânea. Agora o pré-natal eu não deixo de fazer (M 9).

Durante uma discussão, o moderador provocou o grupo para saber a opinião sobre o modelo de Saúde da Família existente no Brasil e citou o modelo adotado na Espanha, em relação ao nº de pessoas atendidas para uma equipe de Saúde da Família, que na Espanha é de 1200 pessoas para uma equipe, diferente do Brasil que é de 4000 pessoas para uma equipe. Todos concordaram que o modelo adotado no Brasil precisa ser revisado e que o sistema de referência e contra-referência influencia em muito o sucesso do programa.

Lá, na Espanha, tem um sistema de referência diferenciado, a porta de entrada é diferenciada. Aqui não! O paciente tem que ser reavaliado sempre. O PSF tem que ser reavaliado no Brasil! (M 9)

Demanda Espontânea

A discussão sobre o sistema de saúde da Espanha voltou à tona nas questões relacionadas à demanda espontânea. As experiências dos profissionais em trabalhar em unidades grandes com várias equipes e em unidades menores, e também a realização de rodízios entre os profissionais para o acolhimento da demanda espontânea foram citadas como forma de administrar esse problema ainda não solucionado que interfere diretamente no atendimento da equipe.

Nós temos estrutura de uma unidade grande, porém quando nos foi dado essa estrutura tivemos um problema que foi a demanda livre, uma unidade com quatro equipes, achavam que era um grande pronto socorro (M 5).

O local que trabalho precisa de mais equipes. Aliás, a questão de unidades maiores é uma necessidade de todos (M 3).

Tem que rever essa questão de consultas agendadas e não agendadas, se o doutor não está, vai logo fazer ouvidoria. Descaracteriza o PSF em relação à demanda espontânea (M 1).

Já tivemos essa experiência de rodízio aqui na unidade. Acontece que, durante a semana muitas pessoas moram aqui e não são cadastrados, final de semana vão embora (catadores de lixo, por exemplo), e aí quer ser atendido, se não for atendido tenho problemas com a equipe. Os pacientes pensam que aqui é uma grande emergência (M 10).

Também relataram a dificuldade encontrada em relação a atendimentos de emergência ocorridos na proximidade da unidade ou mesmo dentro da unidade e que a equipe não tem recurso para atender, gerando muita angústia no profissional e conflitos com a comunidade. E ainda a falta de avisos (placas) na unidade informando que o PSF não tem emergência, preocupa os profissionais que ficam sem argumento frente aos pacientes.

Um exemplo disso foi um atropelamento que ocorreu em frente ao posto, e as pessoas ficaram questionando porque os médicos não fizeram nada. Eu falei para uma pessoa da comunidade: “Amigão, eu tenho 10 anos de pronto socorro, mas não tenho uma agulha aqui. Chama o bombeiro, não temos remoção especializada Diziam para a equipe: o Hospital aqui em frente e os médicos passeando Eu retruquei: Aqui não é unidade de emergência. Perguntaram-me: E onde está escrito isso? Solicitei à Secretaria Municipal de Saúde um aviso para informar que o PSF não é emergência e a resposta foi: Não podemos fazer isso! Ficamos vendidos nessa história (M 10).

As opiniões sobre o atendimento de emergência no PSF geraram muita discussão e divergências entre o grupo, colocando em foco até a responsabilidade técnica do profissional como médico.

Eu penso diferente, se em frente a minha unidade ocorre um atropelamento, eu vou atender, eu sou médico e me sinto na minha obrigação. Eu posso salvar a vida daquele paciente em alguns segundos. Evitar que se mexa; orientar quanto às vias aéreas até a chegada do transporte especializado. Isso é uma questão pessoal (M 9).

Responsabilidade Técnica e Hierarquia

O modelo de trabalho no PSF com equipe multiprofissional foi debatido gerando conflitos de opiniões sobre as responsabilidades atribuídas aos profissionais dentro da equipe. A presença de diversas categorias inclusive com diferentes níveis de escolaridade, em algumas ocasiões, tem gerado conflitos em relação à responsabilidade técnica de cada profissional. A questão da hierarquia dentro da unidade parece não estar bem definida para alguns membros da equipe e a distância entre a chefia e a unidade parece atrapalhar a resolução desses problemas.

O modelo de gestão proposto em equipe multiprofissional, multidisciplinar, tem que ter chefias multidisciplinares, o modelo deve trabalhar em equipes. Cada categoria tem a sua autonomia. Cada categoria tem uma normativa, uma diretriz, existe uma coordenação que foi delegada, por distrito uma supervisão é claro (M 9)

O local de trabalho não deve existir sem ter um chefe. A distância do chefe na coordenação é muito longa. Eu acho que deveria ter uma chefia dentro de cada unidade. Só não posso aceitar que o chefe não tenha pelo menos nível superior (M 3).

Enfermeiros sentem-se assim, os ACS acham que o chefe é o enfermeiro. Porém quem responde é o médico. A atitude de chefe é do enfermeiro “(M 2)

A questão da isonomia salarial praticada no município para as categorias de médico, enfermeiro e odontólogo do PSF, também contribui para os conflitos ocorridos, interferindo diretamente no grau de responsabilidade dentro da equipe. Concordam que o salário do médico seja diferenciado em relação ao enfermeiro pela situação em que o médico se encontra em relação à responsabilidade ética, civil e criminal com o paciente e se o salário é igual para todos os profissionais de nível superior a responsabilidade também deve ser igual no PSF.

Em relação à isonomia salarial, existem profissionais e profissionais. O meu colega ganhando a mesma coisa que eu e não faz a metade que faço. Se eu pudesse eu mudava de unidade (M 6)

Eu acho o seguinte: se o enfermeiro ganha igual é uma conquista, mas tem que trabalhar (trabalhos iguais/ salários iguais) Já se existe privilégio é sacanagem! A isonomia eu não vejo atrelado a depreciar o trabalho de outra categoria. Acho que o salário não é bom, não é atrativo, temos que brigar para que o trabalho seja diferenciado. Nivelar por responsabilidade civil é outra coisa e não depreciar o trabalho realizado por outra categoria (M 9)

Interferência política no PSF

O fato de alguns funcionários da unidade, contratados, indicados pelos políticos da localidade, receber atribuições administrativas sem estar apto e receber treinamento adequado para a função, contribui com a insatisfação dos médicos no PSF. Muitas vezes, os políticos locais manipulam esse funcionário para se prevalecer e conseguir prioridades no atendimento médico, mesmo sem saber o funcionamento, as normas e rotinas do programa.

A interferência política nas áreas de PSF é muito ruim e contribui para o problema. Na minha área, por exemplo, o vereador saiu dando casas para todo mundo a 10 reais, aumentou em muito o número de famílias da região. Como posso dizer para aquela pessoa que agora está morando na minha área que não vou atendê-la? (M 2).

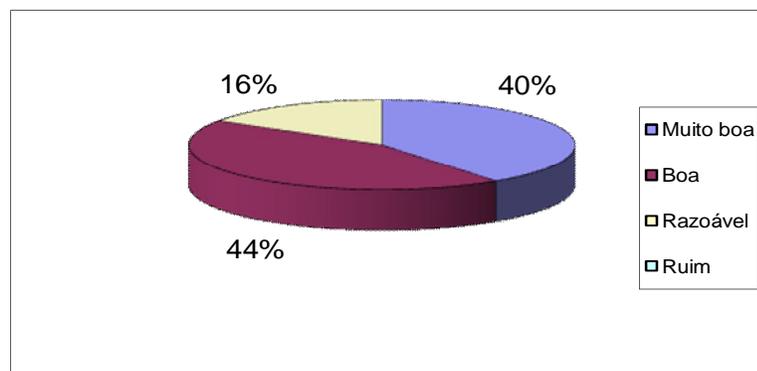
A parte política neste governo teve muito, não pode existir isso... Essa questão de interferir na parte profissional é muito ruim para nós. Agente tem pessoas não preparadas no posto que quer interferir no trabalho.(M 5)

Isso que eu estou falando, não pode ter um administrativo querendo interferir na conduta do médico. (Exalta-se profundamente, reforçando sua fala inicial contra a força política e administrativa frente ao médico e enfermeiro) (M 3)

Quando abriu essa unidade aqui no Jardim Gramacho, colocaram aqui dentro um paciente parado, já sem nada por fazer. O administrativo (a pedido do vereador) acha que tem que colocar aqui dentro da unidade. (Conta a experiência do óbito que houve na unidade, citando a Interferência do administrativo contra a palavra do médico)(M 5).

O trabalho em equipe

Gráfico 15: Percepção dos médicos sobre a relação com os membros da equipe



A percepção dos profissionais sobre a relação com os membros da equipe é relatada como boa para 44% dos médicos entrevistados e muito boa para 40%. Uma pequena parcela (16%) relatou como razoável essa relação entre os membros da equipe (gráfico15).

Apesar desses dados positivos, foi marcante nas falas dos profissionais o sentimento de isolamento, de solidão presente, decorrente da dificuldade em lidar com diversas categorias profissionais na mesma equipe, gerando disputas entre as classes, dificultadas no PSF do município com a equiparação salarial independente da responsabilidade de cada profissão. Entre os médicos todos relataram que não se sentem trabalhando em equipe.

A relação profissional na equipe não existe. Eu concordo quando o enfermeiro pode ganhar o mesmo salário que o médico ou até maior, quando tem a relação profissional, assumir responsabilidades e não interferir na minha conduta. As enfermeiras que trabalham na minha unidade são doutoras. Existe essa competição entre as classes

profissionais. Elas entram numa de competir, chamadas “enfermédicas” (M 8).

A regulamentação da profissão foi citado como ponto que ainda interfere na disputa entre as classes profissionais.

Isso é culpa dos próprios médicos. Ainda não regulamentado no congresso o Ato Médico. Então, querem invadir a nossa profissão. Existe uma orientação do Cremerj para todos os médicos colocarem no jaleco a palavra médico, e acabar de vez com a história dos enfermédicos (M 9).

O sentimento de solidão foi relatado pelos médicos interferindo no cotidiano do trabalho e na satisfação do profissional. Os médicos relatam a dificuldade de diálogo, a falta de espaços para trocas de informações, de espaços para discussão de casos-clínicos, troca de experiências com outros profissionais e até de momentos de confraternização. O fato de muitas equipes trabalharem sozinhas dentro de uma unidade contribui ainda mais para a solidão, diferente de equipes conjugadas, com vários profissionais convivendo na mesma unidade que favorece trocas. Como complicador dessa relação de equipe citam a cobrança da população e da coordenação do programa em cima do profissional médico sendo excessiva e na maioria das vezes sem respaldo para tomar certas decisões na equipe, gerando discórdias na equipe e rivalidades em relação às outras categorias profissionais, principalmente entre o médico e o enfermeiro da equipe que com a existência de isonomia salarial contribui ainda mais para agravar a situação. Os médicos diante de tantos problemas ficam insatisfeitos e infelizes no ambiente de trabalho.

Eu me sinto sozinha, eu trabalho sozinha como médica na minha unidade. Eu me sinto impotente e infeliz, estou francamente chutando o balde. A gente não tem respaldo nenhum. Apenas tem que cadastrar e atender senão tem ouvidoria (M 6).

Eu me sinto extremamente isolada, a única troca que tenho de informação é através do meu telefone celular. O isolamento não é só técnico, a gente tem isolamento dessa troca. No final do ano, se tirar uma tarde para troca de informações, confraternização, estimula! Isso faz falta! Relembrando o curso Humaniza SUS, tratar bem, ouvi-lo. Quem ouve a gente? A escuta é muito complicada existe um isolamento, uma solidão de troca, tem que ter o tempo todo, uma acolhida na parte técnica, social do paciente. Ele te cobra. Existe solidão em todos os níveis. A minha unidade é solitária, não trabalho com outras equipes (M1).

Não conseguimos ter um encontro, um grupo para estudo de casos, nunca pode; tem que estar na unidade atendendo. Essa é uma necessidade que nós temos (M 5).

Solidão? Existe demais dentro da equipe, em virtude do salário do médico ser igual ao do enfermeiro, escuta-se: você deve ser um “M” em aceitar trabalhar com o mesmo salário que eu enfermeiro. O restante da equipe, as outras categorias são super unidos porque eles aceitam trabalhar por esse valor! (M 3)

Falta a união dos profissionais do PSF! Somos únicos, precisamos trabalhar juntos! Isso não acontece no PSF! Salvo na dengue, o que seria de mim sem o enfermeiro da minha equipe para hidratar as criancinhas com a experiência que tem! (M 3)

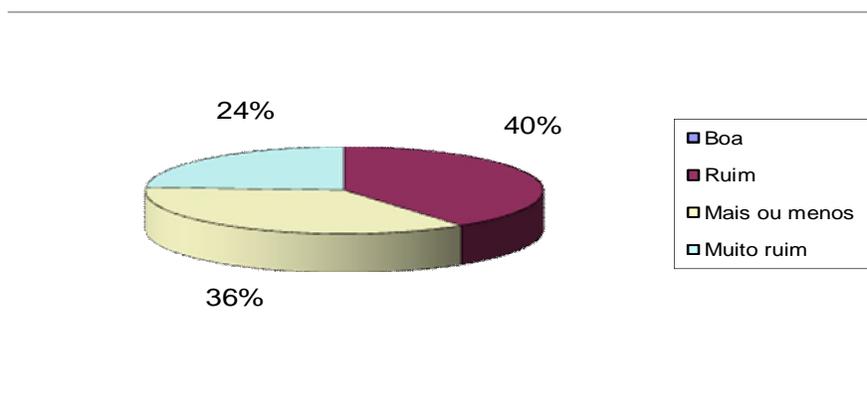
Tema 3 - Políticas de RH praticadas no município para o PSF

O tema que mais provocou discussão e repercussão na fala dos profissionais foi em relação à política de RH incluindo remuneração, carga horária, isonomia salarial e educação continuada.

Remuneração:

Em relação à remuneração praticada para o PSF consideram o salário ruim (40%), mais ou menos (36%) e muito ruim (24%) (Gráfico 16). Relataram o salário não ser adequado para uma carga horária de 40 horas semanais em comparação a outros serviços e demais salários praticados em outros setores.

Gráfico 16: Percepção dos médicos sobre a remuneração praticada no município para o PSF



Quanto ao salário eu ainda vou ganhar o que mereço. Essa filosofia de médico ter dois ou mais empregos é uma doença. Ainda vamos conseguir ganhar o salário ideal no PSF. Tem muita gente com vontade de fazer, porém, outros não! (M 3)

Muito ruim para muitas horas de trabalho, muita dedicação, muita cobrança, tanto social, quanto administrativa (M 2)

Pouco para a natureza do trabalho, estar sempre bem, atender exigências do trabalho e da comunidade (M 17)

Exaltam-se na discussão sobre a remuneração e a gratificação recebida, sem a devida valorização e o reconhecimento profissional para uma carga de trabalho pesada e com dedicação de muitas horas de trabalho. Ainda comparam com outros setores de trabalho e até com outras profissões que recebem salários atraentes e cumprem uma carga horária compatível, não tendo que complementar a renda em outros empregos.

O trabalho não é mais atrativo, estamos ganhando muito mal! Não dá para ter orgulho de ser médico! A solução seria a princípio dar um Day-off para o médico. Quem tem família não consegue sustentá-la com esse salário e não dá para ter outro trabalho devido à carga horária extensa (M 6)

Péssima, não existe valorização do profissional, não há incentivo, passamos nosso tempo no serviço e não recebemos férias, 13º salário em cima do salário mensal. Além disso, quando há aumento dos proventos (vencimento) a gratificação do PSF diminui. Isso é falta de respeito com o profissional. Por isso o médico não fica no PSF. É mais respeitado e valorizado na rede e ainda, onde as 20 horas de trabalho se transformam em apenas oito horas de dedicação. Aí sim vale a pena! A hora em que os profissionais da atenção básica tiverem seu verdadeiro valor, e seu trabalho o verdadeiro reconhecimento, não faltará mão de obra para o PSF (M 6).

A resposta começa assim: Eu desafio qualquer profissional médico do CTI, do hospital, do ambulatório e da emergência para ficar um dia no atendimento no PSF, atendendo criança, RN, idoso, pré-natal, etc. Vamos ver se consegue! Ah! Vou ajudar e empresto o livro Medicina de Família (Duncan) que a coordenação me disponibilizou. Para quem trabalha no PSF é assim. O salário teria que ser o triplo para não dizer o quádruplo! (Toda a sua fala é irônica para repassar a sua realidade) (M 3).

Considerando a carga horária de dedicação exclusiva deveria ser equivalente a qualquer profissional de nível superior que assim atua, como por exemplo, os engenheiros, com remuneração em torno de 12 mil reais (M 10)

Inadequada à carga horária de 40 horas semanais, fazendo com que procuremos outras formas de remuneração para complementar a renda, no período noturno, no final de semana [...] (M 8)

Mais ou menos ganhamos de acordo com o salário líquido aproximadamente 25 reais por hora trabalhada. É uma vergonha! (M 12)

A dedicação é muito grande e o comprometimento com o paciente e seus familiares é muito intenso, havendo necessidade de equilíbrio emocional e capacitação constante, a remuneração tem que permitir essa dedicação exclusiva. (M 24)

Ainda relatam a dificuldade encontrada até quando estão doentes e são descontados do salário em caso de licença.

Se tiver um atestado médico, tem que tirar BIM, e é descontado. Se tiver que ficar doente é falta tem que ficar ligando para pedir um favor para ficar doente porque se coloca um atestado é descontado. Se ficar mais de 15 dias afastado é colocado à disposição (M 5).

Carga horária

Os profissionais mostraram-se bem exaltados para falar sobre a carga horária exigida para os médicos do PSF, em relação aos demais setores. A redução do horário de trabalho, e a disponibilidade para o convívio familiar foi citada como pontos importantes para a decisão de atuar no PSF.

A carga horária deveria ser racionalizada para 8 às 16 horas, contraditória com o nível central atualmente de 9 às 17 horas com horário de almoço, dificulta a dinâmica do trabalho e resolutividade. Além disso, falta retroalimentação do nosso trabalho. Não existe conforto e o ambiente receptivo como deveria nas unidades (M 9).

Uma carga horária de 30 horas é suficiente para um bom trabalho se este for sério. A carga horária me proporciona eu estar com a minha família, sem trabalhar sábado, domingo, noite (M 3).

Muito tempo de dedicação e insatisfação profissional, falta reconhecimento do trabalho (M 4)

Para cumprir uma carga horária de 40 horas semanais, o profissional teria que ser muito bem remunerado, já que limita em muito seu convívio familiar, a atualização profissional e o cumprimento de outras obrigações de cidadãos (M24).

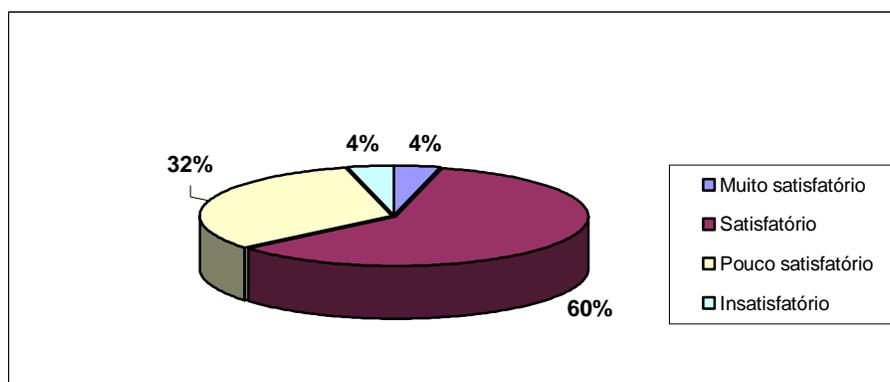
Educação continuada

Em relação ao processo de educação continuada recebido pelos profissionais do PSF relataram a falta de espaços para discussões de casos clínicos, a falta de periodicidade para a realização dos cursos, sem uma agenda mensal de treinamentos estipuladas previamente, a falta de volume para treinamentos com cursos curtos e elaborados na maioria das vezes às pressas e a distância dos especialistas em relação ao PSF. A educação continuada foi citada pelos participantes como primordial para a atuação do médico de família.

Sinto falta de cursos de educação continuada, das capacitações e treinamentos práticos e espaços de discussão para trocas de informação e experiências com os colegas, faltam oportunidades para realização dos encontros. Seria ótimo se as equipes de supervisão promovessem esses encontros, e que houvessem visitas periódicas de profissionais especialistas que nos ajudassem em casos mais complexos (M 22).

Em relação ao apoio técnico das ESF realizado pela coordenação e equipes de supervisão do programa, 60% dos médicos afirmaram ser satisfatória. Porém, em algumas localidades observam-se falhas no apoio oferecido, com cobranças extremas e sem o auxílio técnico adequado (Gráfico 17).

Gráfico 17: Percepção dos médicos em relação ao apoio técnico

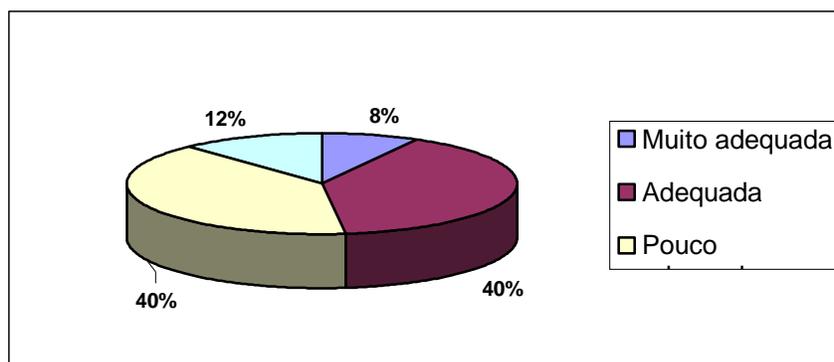


(...) na supervisão do 2º distrito, não temos nenhum tipo de evento científico para discussão dos problemas, para discutir as especificidades locais, pertinentes à realidade daquele local. Reunir com os profissionais, levantar o perfil epidemiológico e estratégia para solucionar os problemas locais. A coordenação deveria sentar freqüentemente para discutir os problemas locais por distrito. Por exemplo: a implementação de DOTS - Qual o perfil onde eu trabalho em relação à tuberculose? Qual a incidência? (M 8).

Funciona apenas a vigilância no cumprimento da carga horária, sem auxílio técnico adequado (M 2)

Em relação à capacitação das equipes, o grupo ficou bem dividido na opinião, entre adequada e pouco adequada (40%) (Gráfico18). Como relatado em algumas falas, o insucesso do trabalho em equipe pelo pouco interesse e comprometimento de alguns membros em aprender interfere no andamento do trabalho.

Gráfico 18: Percepção dos médicos em relação à capacitação da equipe.



Eu já trabalhei em equipes maiores e menores. O que diferencia é a capacidade dessas equipes. Existem equipes mais capacitadas, equipes determinadas, incapacitadas, equipes antigas não capacitadas, equipes novas capacitadas... Eu tenho seis Agentes Comunitários de Saúde, e na verdade não dá um. Quando eu me ofereci para capacitar a equipe, eu ouvi "Dr. eu tenho muito trabalho, e não preciso disso". Torna-se difícil desenvolver um trabalho legal na comunidade (M 10).

[...] quem já trabalha há algum tempo está mais do que capacitado, precisa é reciclar, tem que ver o perfil de cada um, quem tem e quem não tem perfil para trabalhar com a estratégia. (M9)

Também relatado a inserção de novos profissionais sem o treinamento adequado e sem o perfil para trabalhar, impossibilitando o desenvolvimento das atividades pela equipe.

[...] chega o colega novo e quer fazer o que acha certo e não quer fazer educação em saúde. Para mim, parece que jogaram uma pedra e parou tudo (M 3).

Em relação às dificuldades técnicas apresentadas pelos profissionais relataram ser muito difícil trabalhar com várias faixas etárias, vários tipos de atendimentos e ainda ser cobrado pela população em certas atitudes que não tenha competência técnica e não tenha formação específica para fazê-lo. relatam também a dificuldade encontrada em relação ao sistema de referência e contra-referência do Município.

Em relação aos problemas técnicos: por exemplo, você é pediatra, trabalha no PSF; no início me assustava ter que atender todas as faixas etárias, e ainda pacientes hipertensos, diabéticos, fazer pré-natal. Até essa realidade entrar em você, demora. Até hoje eu não me acostumei a atender idoso. Às vezes, eu peço suporte a outros profissionais de outras especialidades. Isto me angustia muito!

A própria comunidade te cobra o atendimento em outras especialidades. Apesar das capacitações até você passar para a população que estamos

na atenção básica, que não podemos solicitar os exames mais complexos (específicos). Temos muitas dificuldades em relação às referências. Até em casa temos que reler assuntos de outras áreas (M 8).

M 4 (23): A comunidade te vê como médico deles, acham que nós temos resolver todos os problemas.(Mostra angústia de “ter que resolver”)

Tema 4: O mercado de Trabalho

Este tema contempla algumas questões sobre o mercado de trabalho atual para o profissional médico, as percepções sobre a regulação da profissão, o trabalho no PSF e os demais vínculos e as expectativas da carreira de médico de família para o futuro.

Em relação à regulação profissional afirmaram não existir ainda no país um mecanismo de regulação satisfatório para a distribuição das especialidades em comum acordo com a necessidade da população. O moderador ainda provocou relatando a experiência de outros países que regulam a profissão médica como, por exemplo, a Inglaterra que possui um mecanismo centralizado para regular mesmo no setor privado e hoje 51% dos médicos são generalistas.

A especialização médica no Brasil é muito promíscua! Ultrapassa a liberdade. A cada esquina tem um curso de pós-graduação, não tem um controle sobre isso (M 10).

Com relação ao trabalho exercido no PSF e os demais vínculos de trabalho relatam uma grande diferença no volume de atendimento, na relação médico-paciente e na resolutividade esperada.

O volume de atendimento no PSF é diferente de trabalhar nos hospitais e ambulatórios da rede. Muitas vezes muitas coisas se perdem em relação à avaliação clínica do doente no hospital. Eu trabalho na rede e no PSF e me controlo para fazer um atendimento melhor no hospital (M 8)

Eu vejo pelo lado de trabalhar na iniciativa privada o paciente é diferenciado, a exigência, a margem de lucro, o atendimento e se o médico for empregado é pior ainda. A exigência é muito grande. Na rede pública temos mais autonomia do que na rede privada. A diferença está na expectativa de resolução, rede conveniada para rede privada. A resolução no PSF é menor e a autonomia profissional é maior. No PSF o vínculo é maior, a afinidade ao paciente é maior (M 9).

Eu atuo no PSF de uma maneira e na rede de outra. No PSF você integra à família deles, sabe quais são os problemas no âmbito familiar. No plantão você é mais resolutivo, mais objetivo, tem que resolver o problema na hora. O Vínculo no PSF é maior (M 6).

Sobre as expectativas da carreira do médico de família para o futuro mostraram-se bastante pessimistas, colocando a situação encontrada atualmente no Município desestimulante, principalmente sobre a questão salarial, fazendo-os pensar em desistir. O fator que estimula a continuidade do profissional no programa atualmente é o vínculo estabelecido com a comunidade.

A falta de motivação, mágoas, decepções, tristeza, desilusão, insatisfação e falta de esperança foram percebidas claramente na fala dos profissionais durante a discussão.

Estou muito preocupada, uma está há oito anos no PSF, outra há 7 anos e nada mudou até hoje em relação as condições trabalhistas. Nós vamos adoecer! Eu dou mais 2 anos para as coisas mudarem, senão mudarem adeus! Não vou conseguir sustentar a minha filha com o salário que tenho. (M 3) (Fala com tristeza da possibilidade de não melhorar e não ter como sustentar a família).

Eu também pensava assim. Quando vim trabalhar no PSF vim para ficar dois anos, ganhar um dinheiro e depois sair. Já estou há oito anos e sem pretensão de sair. É claro que a questão salarial não é mais atrativa, não é o principal. O principal é o vínculo com a comunidade. Essa questão salarial obriga a trabalhar sábado, domingo, noite, sem ter tempo para ficar com a família (M 8)

Aqui em Caxias nós fomos pioneiros, demos o pontapé inicial, tem é que reorganizar a rede, os PSF, cumprir o que o Ministério da Saúde preconiza. Trabalhando sem condições, sem estruturas, com contingente de famílias muito grande. Ainda temos que arrumar muito o PSF. Acho que deveria motivar mais agente. Se não tiver incentivo, muitos vão sair e o PSF vai acabar!(M 6).

Eu dou três meses, já estou adiantando o que vou passar. O que move os ponteiros é o salário. Não tem como complementar. Aí dar plantão noturno não ficar com a família e ainda tem os eventos no sábado. O PSF hoje em dia é a escolta de todos (M 5)

Até a questão do concurso muitos que entraram já saíram. O atrativo maior do concurso foi o salário, muitos não sabem o que é o PSF. A tendência é o médico ir deixando. E agora com as UPAS o salário não compensa mesmo! Na UPA um plantão de 24 horas no final de semana se ganha quatro mil reais, o mesmo salário para trabalhar 40 horas no PSF.

Em relação à carreira, se o salário aumentar dá para fazer carreira! Não temos expectativas de melhorar! Por mais que seja um programa fabuloso. Não temos como sair de um trabalho diarista, vai para o noturno, volta para o de dia e receber esse salário! Trabalhar apenas em dois plantões noturnos na semana você já ganha isso! (M 10).

Quando se pensa em um empreendimento você espera um crescimento profissional, melhorias na remuneração, etc. Esse é o nosso objetivo. A saúde da família tem tudo para crescer e dar certo, mas não é nossa

realidade, não temos estímulo e reconhecimento. Somos corajosos, mas não temos a contrapartida. Quando entramos caímos aqui para fazer um trabalho de qualidade e aí você se apaixonou, porém você vê que não há troca é como se fosse um “Amor platônico” Eu também penso no meu futuro. Imagine a nossa aposentadoria, o nosso contracheque só diminuindo! E aí cadê aquele sonho, a paixão. Você começa a pensar em tudo isso! O que nos mantém é o vínculo com a comunidade. Temos cobrança, fiscalização o tempo todo, até a parte de supervisão técnica está falha! E aí aquela empresa que sonhamos vai falir! E a gente se machuca. Vamos adoecer. Vai ter que ter uma equipe de saúde mental para tratar dos profissionais do programa saúde da família (M 1)

As palavras do nosso dia-a-dia: Ter um paciente com varizes e não ter angiologista, ter a Dona “ P...” que precisa operar e não consegue uma vaga para cirurgia. Estão enganando a população! No Brasil o câncer de colo do útero é o 2º em número de casos nas mulheres, eu colho o preventivo na unidade, a lâmina perde a validade, do tempo de coleta até a chegada do material ao laboratório, e às vezes se perde o resultado. Nós adoecemos por ver um caso desses e não poder fazer nada. A logística no PSF não tem, eu que tenho que pegar o meu carro para fazer a coisa acontecer, telefone não tem (compramos cartão para ligar). E ainda escutar do paciente: “Drª você me mandou para o endócrino e o Dr. nem olhou para a minha cara. Eu vou ficar aqui mesmo e não vou para lugar nenhum. Você é a minha médica. Não quero mais ir nesse lugar!” Ainda no adoecer, o paciente é fora de área, se baixar um barraco na ouvidoria, o profissional é culpado. E tem que explicar o porquê não atendeu o paciente. E ainda é obrigado a fazer a visita domiciliar para atender o paciente. É por isso que nós vamos adoecer. Eu já comecei, já fiz um pico hipertensivo! Eu não sei aonde vamos parar! (M 3)

Concluem que o que mantém o profissional é o vínculo com a comunidade. Concordam que daqui a pouco tempo irão adoecer. E não há plano de cargos, carreira e salários, e sobre a aposentadoria estão preocupadíssimos. Todos estão no limiar, apesar de não terem oportunidades para reunir e conversar, reforçam o sentimento de solidão presente no PSF.

A gente acaba se envolvendo de tal forma, que não consegue se desprender, você se insere dentro do contexto e não consegue sair, se envolve com os pacientes, pára e pensa “Alguma coisa eu consigo fazer aqui. Se eu não estiver aqui o que será dessa população?” Tenho esperança a cada novo governo de melhorar! (M 2)

Adoecer é o futuro! Não há com quem dividir as angústias, não há apoio para a ajuda diagnóstica. (M 1)

Tema 5: Reconhecimento Profissional

O reconhecimento do médico de família pelos demais profissionais de saúde, inclusive pelos próprios médicos especialistas que deveriam dar suporte ao SF, ainda estão muito aquém do desejado, relatam diversas situações de

desprezo e descaso por estarem atuando no PSF, como se o MF não tivesse o seu valor.

Muito mal reconhecidos, vide guia de referência e contra-referência. Que postura antiética, os especialistas mandam recados pelos pacientes, como se nós estivéssemos na unidade de atenção básica e não sabemos nada. Você escutar da própria colega de faculdade: você é médica de família? Sai dessa! O pré-natal de alto risco nunca se enquadra no protocolo da referência e não temos nenhum retorno. Os profissionais dos postos falam para o paciente: Por que o seu médico não fez isso? Por que não pediu tal exame? Os colegas especialistas não entendem que o PSF é atenção básica e que nós não podemos solicitar tudo. Nós não somos bem vistos frente aos outros colegas (M 1).

Pior ainda é ouvir de pessoas que te conhecem, que trabalham com você: Você ganha mal, e ainda por cima não é reconhecido. Tem um conceito negativo do médico de família. Não receber a contra-referência ou receber com recadinhos mal-criados pelos pacientes. E o paciente já chega querendo ir ao especialista. O paciente é orientado e encaminhado para o especialista, não consegue, volta para você resolver. Médicos de hospital de emergência falam: Você é do PSF não estudou não? Você é maluco? Trabalha muito e ganha mal! Você é médico do PSF? Está ficando “bundão”?(M 10)

A visão de médico do PSF atualmente muitos profissionais não valoriza, outros acham que é de muita coragem, tratar de tudo, todo tipo de paciente. Não é para qualquer um. Temos como nos valorizar. “Eu gosto de Pediatria e de medicina” O material para estudo no PSF é muito bom, relembrar a faculdade. Nós temos que nos valorizar (M 6).

Quem conhece e sabe como funciona o PSF respeita. Quem não tem noção não respeita! Os estudantes de medicina falam: Médico de família ganha mal, mas é muito legal! (M 10)

Em relação aos usuários mostraram-se bastante satisfeitos com o reconhecimento do trabalho realizado sendo um estímulo para a continuidade no programa e citam os méritos do trabalho realizado que proporcionam muita satisfação profissional.

Ver uma criança vir até mim e me dar um abraço, saber qual doce eu gosto, gera uma satisfação imensa (M 3).

Mérito grande é fazer o pré-natal de uma gestante, segurar o bebê no colo, saber que o aleitamento materno exclusivo está alto na área. Você ver que o trabalho que faz é muito bom, tem resultado. O certo seria ter uma abrangência. Ver um hipertenso, fumante que parou de fumar após as minhas orientações! Mudanças de hábitos de vida dos pacientes com as nossas orientações. É muito gratificante. O que dificulta é essa prisão, não ter liberdade de se poder visitar um paciente internado, porque se tiver fiscalização na unidade e eu não estiver, levo falta. Temos que ter essa liberdade como médico! (M6).

Mérito que se observa quando fazemos aquela papelada toda, o fechamento e vê o seu trabalho dando resultado, o planejamento familiar funcionando. Ver a mudança do próprio usuário no programa. É claro que a população quer um Pronto Socorro. O PSF não supre todas as necessidades da comunidade. A comunidade está expandindo muito, e é muito flutuante! Vem para casa de parentes e quer consulta, depois vai embora. Na maioria das vezes dá para ver que o trabalho está funcionando (M 8).

Ser do PSF é ser um profissional exclusivo, o paciente confia em tudo, as pessoas quando descobrem que o médico vai entrar de férias até choram! (M 3).

Estou há oito anos no PSF, quem te valoriza é o usuário! Foi realizado o recadastramento, perdi uma área inteira, deveriam manter a mesma área, porque os pacientes já criaram um vínculo. Os pacientes não querem que saia. Já pensei em mudar de unidade, mas desisto por causa dos pacientes. É gratificante! A permanência do médico está aí! O ruim é: dedicar a vida ao trabalho e cadê a nossa valorização? E na hora de aposentar? Quanto vale o médico? (M 5).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como tema a dificuldade de fixação do médico no PSF no âmbito nacional e especialmente no município de Duque de Caxias. O problema enfrentado com os recursos humanos nos serviços públicos de saúde, principalmente da classe médica, vem interferindo diretamente na evolução e continuidade do programa. Embora seja de extrema importância a presença do médico de família no sistema, as políticas adotadas pelos governantes não favorecem o desenvolvimento desta prática no SUS.

Alguns fatores importantes para mudança já estão ocorrendo e são discutidas na literatura como a reavaliação da formação médica, as mudanças das diretrizes curriculares do curso de graduação, a diversificação dos cursos de atualização e especialização, a expansão de cursos de educação à distância para formação e capacitação em Saúde da Família porém, ainda é necessário a efetiva regulação do mercado de trabalho com reconhecimento profissional e estímulo ao trabalho no PSF.

As pesquisas citadas realizadas desde a implantação do PSF demonstram que não basta expandir o Saúde da Família, aumentar a cobertura, e implantar mais equipes, se o profissional médico fundamental para acompanhar e orientar a população não fica, e mesmo os que ficam permanecem insatisfeitos e na maioria das vezes acabam desistindo de continuar.

Neste estudo realizado em Duque de Caxias podemos comprovar tal fato, o aumento da cobertura do programa e expansão do número de equipes e que mesmo com a realização de concurso público específico para PSF encontramos uma alta rotatividade de médicos com 50% admitidos em média a cada ano e outros 35% desligados.

O resultado obtido é justificado em razão da política retrógrada adotada para o PSF, na qual podemos apontar a carga horária elevada, a remuneração praticada e a carga pesada de trabalho com quantitativo excessivo de pacientes vinculados à uma equipe de saúde. As condições insalubres em que se encontram nas USF, com infra-estrutura inadequada, com falta freqüente de abastecimento

de água e luz, sem linha telefônica, dificultando a comunicação com a coordenação e demais serviços, onerando os gastos com telefonia celular, a falta de logística para entrega e recebimento de materiais e insumos, entre outros. Todos esses fatores atrapalham o andamento das atividades, gerando insatisfação quase que diariamente durante a rotina profissional.

Por essas razões, muitos médicos preferem atuar apenas em hospitais, pronto-socorros e UPAs, por 24 horas de plantão, com remuneração quase semelhante ao praticado para 40 horas semanais, e ainda não ter que enfrentar as dificuldades mencionadas.

Sem contar as interferências políticas impostas em determinados locais, as dificuldades técnicas com os múltiplos diagnósticos encontrados, as barreiras com o sistema de referência e contra-referência, a demanda espontânea e com cobrança da população devido à carência de serviços de saúde, a falta de apoio técnico e capacitações adequadas, a falta de reconhecimento do trabalho realizado e principalmente o isolamento profissional que mesmo estando em meio a múltiplas categorias profissionais ocorre em detrimento de conflitos de corporações.

De fato, os médicos avaliam as condições de trabalho necessárias para a permanência no emprego, influenciados de certa forma pelo mercado de trabalho, colocam os pontos positivos e negativos em uma balança e escolhem onde querem trabalhar. Portanto, a política pública deve se preocupar não somente em implantar novos postos de PSF, mas também oportunizar aos profissionais desta área melhores condições de trabalho.

Enfim, todos esses fatores foram relatados pelos médicos nesse estudo, por interferirem diretamente na permanência destes no programa, servindo de pontos para reflexão entre gestores, profissionais de saúde, representantes de conselhos de saúde, formuladores de políticas públicas de saúde e educação. Assim, este estudo se constitui em ponto de partida para uma permanente reflexão na busca de novos caminhos para o pleno alcance dos objetivos da política de saúde em Duque de Caxias e no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. M. O. O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza. Expressão Gráfica e Editora Ltda., 1998.

AGUIAR, R. A rede multicêntrica de apoio à especialização em Saúde da Família em regiões metropolitanas. DEGES/SGETES. Brasília, setembro, 2005.

BEVILÁCQUA, R. G. e SAMPAIO, S. A. P. As especializações, histórico e projeções. In: NEGRI, B., FARIA, R. e VIANA, A. L. A. Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mercado de trabalho (org.). São Paulo: Unicamp, 2002 (p. 33-90).

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família. Brasília: MS, 2004, 139 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH- SUS. 4ª versão. Brasília-DF 27 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. IDB- Indicadores e Dados Básicos do Brasil, 2007. Disponível em: www.datasus.gov.br (Acesso: 08/03/09)

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família, 2004. Disponível em: www.saude.gov.br/dab (Acesso: 01/04/08).

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Evolução do PSF no Brasil, 2007. Disponível em: www.saude.gov.br/dab (Acesso: 01/04/08).

BRASIL, Ministério da Saúde & FIOCRUZ. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família. 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: MS, 2002. 184p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Preliminar: Avaliação da implantação e funcionamento do PSF. Brasília: Editora MS, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família ultrapassa a marca dos 50% de brasileiros atendidos. Brasília. Imprensa. Em: 12/02/2008. disponível em: www.saude.gov.br/noticias (Acesso :18/02/08).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: Relatório Final. Brasília: Editora MS, 2002. 80p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Seminário sobre incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2003. 17p.

BRASIL, Ministério da Saúde. I Seminário Internacional em Saúde da Família. Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília, 2001. p 33-38.

CAMPOS C. & MALIK A., Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. RAP-Rio de Janeiro 42 (2):347-68, Mar/Abr, 2008.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Públ., v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CFM & AMB. Relação das especialidades médicas disponíveis no Brasil. Disponível em: www.amb.org.br. (Acesso em 08/03/2009).

CFM. Ofertas de trabalho para médicos no PSF. Disponível em: www.portalmédico.org.br. Acesso 18/01/2009.

CAPOZZOLLO A.A. No olho do furacão: O trabalho médico e o programa saúde da família. 2003. 269 p. Unicamp. Campinas/ SP. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cadernos Saúde da Família, ano 1, n.º 1, p.13-18. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

DUNCAN B.B. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 1996.

FILHO, R.M. e PIERANTONI, C.R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: Ministério da Saúde (org.) Observatório de recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. volume 2. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p:139-162.

FILHO, W.R & RIBEIRO, V.M.. A Escolha Precoce da Especialidade pelo Estudante de Medicina. Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 28, n° 2, maio/ago. 2004.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, C. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad.Saúde Pública, Mar/Abr. 2005, vol. 21, No 2, p. 490-498.

GIRARDI S. N. & CARVALHO C.L. Mercado de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde. In: NEGRI, B., FARIA, R. e VIANA, A. L. A. Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mercado de trabalho (org.). São Paulo: Unicamp, 2002 (p. 221-251).

GOMES, M.E. & BARBOSA, E.F. A Técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. Educativa: Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais. Publicação interna, fev. 1999.

GONZÁLEZ REY. Pesquisa Qualitativa em Psicologia. São Paulo. Pioneira Thomson, 2002.

GUGLIELMI, M.C. A Política Pública “ Saúde da Família” e a permanência – fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco. Tese de doutoramento. IMS/UERJ , abril, 2006.

HASSEN, M. N. Grupos focais de intervenção no projeto sexualidade e reprodução. Faculdades Integradas Ritter dos Reis – Brasil Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 159-177, junho de 2002.

IBGE. Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: DATASUS; disponível em: www.datasus.gov.br (Acesso: 26/01/09).

MACHADO, M.H. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 1997.

MACHADO, M.H. Mercado de Trabalho em Saúde. In: Ministério da Saúde (org.) Observatório de recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p:227-248.

MC WHINNEY IR. A Textbook of family medicine. New York: Oxford University Press:1997.

NESCON/UFMG. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Precarização e qualidade do emprego no programa de saúde da família. Belo Horizonte, junho 2007.

NOGUEIRA, R. P. (coord.) Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde). 35 p.

PEREIRA NETO A. A profissão médica em questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11(4):600-615, out/dez,1995.

PEREZ EP. A propósito da educação médica. Editorial. Rev. Bras. Saude Matern. Infant., Recife 4 (1): 9-13,jan./mar.,2004.

PIERANTONI, C. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, AFR (org.). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde e Organização Pan americana de Saúde, 2004 (p. 51-70).

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

ROMANO V. F. Certificação por competência para o Médico de Família: uma proposta em construção. 2005.170p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ, Instituto de Medicina Social- IMS, Rio de Janeiro, 2005.

SBMFC. A especialização em medicina de família e comunidade e o desafio da qualificação médica para a estratégia de saúde da família. SBMFC, novembro de 2006. Disponível em: www.sbmfc.org.br/artigos (Acesso: 14/04/08).

SBMFC. Desafios do ensino e da aprendizagem da atenção primária à saúde e da medicina de família e comunidade na graduação e pós-graduação em Medicina. Documento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2007. Disponível em: www.sbmfc.org.br (Acesso: 13/04/08).

SBMFC. Medicina de família e comunidade: O que, como, onde e por quê? Material de divulgação e informação. SBMFC, 2004. Disponível em: www.sbmfc.org.br/comunicação/noticias (Acesso: 10/04/08).

SCHRAIBER L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. São Paulo. Rev. Saúde Pública,29(1),1995.

SCHRAIBER L.B. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (91): 57- 64, jan/mar,1995.

SEIXAS, P.H. Política de recursos humanos no sistema único de saúde. Boletim informativo da ABEM. N°6 nov/dez.2002. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/boletim/index.html> (Acesso em: 18/04/08).

SILVA, L.G. A crise no sistema de saúde e o PSF. SINDIMED. Jornal - site de notícias. Disponível em: "<http://www.fenam.org.br/>" (Acesso 04/04/08).

SOARES, C.B. et al. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.3, p. 317-22, set., 2000.

SOUZA, H. M. e SAMPAIO, L.F.R. A tenção Básica. Política, diretrizes e modelos contemporâneos no Brasil. In: NEGRI, B., FARIA, R. e VIANA, A. L. A. Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mercado de trabalho (org.). São Paulo: Unicamp, 2002 (p. 9 -32).

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA S. A. O programa de saúde da família e sua relação com as dimensões da sustentabilidade. Tese apresentada a Universidade de Brasília para obtenção do grau de Mestre. Brasília. 2001, 170p.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução a pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Rev. Socierj. Rio de Janeiro. 2007, 20(5):383-386.

VIANA, A.L. & DAL POZ, M. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família (PHYSIS). Rev. saúde coletiva. Rio de Janeiro 8 (2): 11-48,1998.

VIEIRA, E.T et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. Local: RBPS 2004; 17 (3): 119-126.

WALKER & SILVA. O Relatório Flexner e a educação médica: estudo de caso de avaliação do ensino superior. Disponível em: www.senaaires.com.br/revistavirtual/artigos/ArtCient/ArtCient2.pdf (Acesso 10/02/2009)

WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar. Barcelona: Wonca Europa. OMS, 2002, 40p. Disponível em: www.sbmfc.org.br. (Acesso 18/01/2009)

Fontes documentais

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.634 de 11 de abril de 2002**. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Lei nº. 9.131 de 25 de novembro de 2001**. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Disponível em: "<http://www.abem-educmed.org.br>" (Acesso: 18/04/08).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.318 de 5 de junho de 2007**. Publica as diretrizes nacionais para a instituição ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de saúde e do Programa de Saúde da Família.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6932 de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências. Brasília. DOU de 9/7/1981.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília. DOU de 5/6/98.

DUQUE DE CAXIAS. **Lei nº. 1561 de 09 de fevereiro de 2001**. Cria o regime Especial de Trabalho para atendimento ao Programa de Saúde da Família, e dá outras providências. Duque de Caxias-RJ.

_____. **Lei nº1584 de 09 de abril de 2003**. Modifica dispositivo da Lei nº 1561/01, e dá outras providências. Duque de Caxias-RJ

_____. **Lei nº1892 de 01 de julho de 2005**. Altera o Inciso I do Artigo 2º, da Lei nº 1561/01, modificado pela Lei nº 1584/01. Duque de Caxias-RJ

_____. **Lei nº 1506/01, de 14 de janeiro de 2000**. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos do Município de Duque de Caxias. Duque de Caxias-RJ

_____. **Lei nº1863 de 11 de março de 2005.** Altera o Inciso 3º do Artigo 23, da Lei nº 1506/01, de 14 de janeiro de 2000, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos do Município de Duque de Caxias. Duque de Caxias-RJ

_____. **Lei nº1922 de 08 de dezembro de 2005.** Estabelece as necessidades de contratação temporárias de pessoal de excepcional interesse público e dá outras providências. Duque de Caxias-RJ

DUQUE DE CAXIAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Saúde Coletiva. Programa de Saúde da Família. Carta enviada pelos médicos e enfermeiros do PACS/PSF em 23 de Setembro de 2003 ao Secretário Municipal de Saúde. Duque de Caxias-RJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. **Portaria 1008 de 28 de setembro de 2007.** Edital de abertura do 1º concurso público de 2007 do Poder Executivo Municipal, destinado ao provimento de cargos efetivos de pessoal da Prefeitura. Duque de Caxias- RJ Disponível em: "<http://www.ipdep.org.br>" (Acesso: 25/07/08).

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Administração. Ofício SMS/CADM nº244 de 26 de maio de 2003. Duque de Caxias-RJ.

APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO

1) Identificação:

Nome do entrevistado:	
Cidade/Bairro de Residência:	
USF:	
Houve treinamento específico para a função? () Sim ; () não;	
É funcionário de carreira do município? () Sim ; () não;	
Idade: _____	Sexo: Masculino () Feminino ().
Data da entrevista:	Entrevistador:

2) Trajetória

Tempo de trabalho na USF: _____ anos	Tempo de trabalho no SUS: _____ anos
Tempo de formado: _____ anos	Especialidade original: _____
Término da especialização: _____ anos.	Especialização em SF? () Sim ; () não
Trabalhos anteriores ao PSF: () Não () Sim Especificar: Professor: () ; número de anos _____; Onde? _____ Consultório particular: () ; número de anos _____; Onde? _____ Unidade pública de saúde: () ; número de anos _____; Onde? _____ Unidade particular de saúde: () ; número de anos _____. Onde? _____ PSF em outro município () ; número de anos _____; Onde? _____ Outros () Especificar: _____	
Outros vínculos: Docência: () ; n°. de anos _____; Consultório particular: () ; n°. de anos _____; Serviço público de saúde: () ; n°. de anos ____; Serviço privado : () ; n°. de anos __. Aposentado () n° de anos _____	

3) Em relação às condições de trabalho no PSF, você considera:

A estrutura da USF: (...) Muito adequada; (...) Adequada; (...) Pouco adequada; (...) Inadequada	Justifique: _____ _____
---	--------------------------------------

Carga horária: (...) Muito adequada; (...) Adequada; (...) Pouco adequada; (...) Inadequada.	Justifique: _____ _____
O Acesso ao local de trabalho: (...) Muito fácil; (...) Fácil; (...) Pouco difícil; (...) Difícil.	Justifique: _____ _____
Remuneração: () Boa; () Ruim; () Mais ou menos; () Muito ruim.	Justifique: _____ _____
Carga de trabalho: (...) Excessiva; () Razoável; () Pesada; () Leve.	Justifique: _____ _____
Capacitação em serviço (SMS) : (...) Muito adequada; (...) Adequada; (...) Pouco adequada; (...) Inadequada.	Justifique: _____ _____
Apoio Técnico (Supervisão): (...) Muito satisfatório; (...) Satisfatório; (...) Pouco satisfatório; (...) Insatisfatório.	Justifique: _____ _____
A relação com os membros da equipe: (...) Muito boa; (...) Boa; (...) razoável; (...) Ruim	Justifique: _____ _____

4) Principais motivos para o exercício do trabalho no PSF

Atribua a cada alternativa um valor de 0 (zero) a 5 (cinco), sendo 0 o menor e 5 o maior.

Satisfação profissional	
Vocação	
Melhor opção no momento	
Remuneração	
Possibilidade de servir à comunidade	
Apoio técnico em serviço	

5) Satisfação geral

Que alterações ocorreram na sua vida profissional após trabalhar no PSF?

- 1- Remuneração () Aumentou () Diminuiu () Não se alterou
- 2- Jornada de trabalho () Aumentou () Diminuiu () Não se alterou
- 3- Condições de trabalho () melhoraram () Pioraram () Não se alteraram
- 4- Autonomia Técnica () Aumentou () Diminuiu () Não se alterou
- 5- Relação com o paciente () Aumentou () Diminuiu () Não se alterou
- 6- Prestígio profissional () Aumentou () Diminuiu () Não se alterou
- 7- Competência técnica () Aumentou () Diminuiu () Não se alterou

Quais as vantagens em trabalhar no PSF?

Quais as desvantagens em trabalhar no PSF?

Atualmente como você se considera trabalhando no PSF:

() Muito satisfeito; () satisfeito; () pouco insatisfeito; () totalmente insatisfeito.

APÊNDICE II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Estácio de Sá
Mestrado Profissional em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

Projeto de Pesquisa: Condições de permanência do médico no Programa Saúde da Família.

Responsáveis: Márcia Silveira Ney

Eu, _____, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa: Analisar os fatores que influenciam na permanência do profissional médico no Programa Saúde da Família

Benefícios que possam ser obtidos: Informações para subsidiar a melhoria da gestão do Programa Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde;

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o carácter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador (a) pelos telefones (21) 3231-6135, e-mail: mestradosaudedafamilia@estacio.br

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

APÊNDICE III: ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Título: Condições de Permanência do Médico de Família no Município de Duque de Caxias

Bloco A: Condições de Trabalho (Estrutura das unidades, insumos e materiais e localidade das unidades)

- Qual a percepção do médico de família sobre a estrutura existente nas unidades de Saúde da Família do município de Duque de Caxias?

(Correlacionando com o bem-estar do profissional no local de trabalho)

Bloco B: O Trabalho no PSF (Percepções sobre a atuação profissional, a autonomia técnica, a sobrecarga de pacientes, a interferência política no cotidiano profissional, a demanda espontânea)

- Como se sentem atuando no PSF?

(sentem Solidão ou isolamento durante o trabalho no PSF, apesar de contar com uma equipe multiprofissional?)

- Ficar 40hs na mesma unidade, sozinho ou com poucos colegas de profissão, sem diversificação de ambientes, sem espaços de trocas científicas, culturais, mina o desejo de continuar?
- Quais são os maiores problemas (técnicos, pessoais, sociais) durante o trabalho no PSF?
- Quais são os maiores méritos em trabalhar no PSF?

Bloco C: Políticas de RH: Remuneração X jornada de trabalho X isonomia salarial para todos profissionais de nível superior do PSF

- O que acham a respeito do salário estipulado para o médico de família atualmente no Município?
- E sobre a jornada de trabalho de 40 horas semanais?
- E sobre a isonomia salarial existente entre os profissionais de nível superior do PSF no Município?

Bloco D: O mercado de trabalho

Reconhecimento profissional (reconhecimento dos colegas de profissão, da instituição, dos usuários, gestores)

- Como se sentem em relação aos colegas de profissão que atuam em outros setores no mercado?
- Qual a diferença primordial entre atuar no PSF em relação a outro tipo de serviço de saúde (prestação de serviço)?
- Como se sentem em relação à carreira do médico de família atualmente?
- Quais as impressões em relação à perspectiva de futuro como médico de família? Existe um crescimento funcional?

APÊNDICE IV: TABELA DO CÁLCULO PROGRESSIVO DE PERDAS SALARIAIS COM O REGIME DE GRATIFICAÇÃO VIGENTE PARA O PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR DO SAÚDE DA FAMÍLIA

Níveis	Vencimentoto Base	Abono	Gratificação	Triênio	Auxílio Transporte	Insalub.	IPMDC	Imposto de Renda	Salário Bruto	Salário Líquido	
NS1	1128,42	737,08	2725,44	0,00	não recebe	225,68	124,13	627,50	4816,62	4065,00	Inicial
NS1 (1 triênio)	1128,42	737,08	2612,59	112,84	não recebe	225,68	136,54	624,08	4816,62	4056,00	
NS2 (1 triênio)	1263,83	601,67	2571,97	126,38	não recebe	252,77	152,92	619,58	4816,62	4044,12	
NS2 (2 triênios)	1263,83	601,67	2496,14	202,21	não recebe	252,77	161,26	617,28	4816,62	4038,07	
NS2 (3 triênios)	1263,83	601,67	2420,31	278,04	não recebe	252,77	169,61	614,99	4816,62	4032,03	
NS3 (3 triênios)	1415,49	450,01	2356,61	311,41	não recebe	283,10	189,96	609,39	4816,62	4017,27	
NS3 (4 triênios)	1415,49	450,01	2271,68	396,34	não recebe	283,10	199,30	606,82	4816,62	4010,50	
NS4 (5 triênios)	1585,35	280,15	2095,03	539,02	não recebe	317,07	233,68	597,37	4816,62	3985,57	
NS4 (6 triênios)	1585,35	280,15	1999,91	634,14	não recebe	317,07	244,14	594,49	4816,62	3977,99	
NS5 (6 triênios)	1775,59	89,91	1885,77	710,24	não recebe	355,12	273,44	586,43	4816,62	3956,74	
NS5 (7 triênios)	1775,59	89,91	1779,23	816,77	não recebe	355,12	285,16	583,21	4816,62	3948,25	
NS5 (8 triênios)	1775,59	89,91	1672,70	923,31	não recebe	355,12	296,88	579,99	4816,62	3939,75	
NS6 (8 triênios)	1988,66	0	1396,12	1034,10	não recebe	397,73	332,50	570,19	4816,62	3913,92	
NS6 (9 triênios)	1988,66	0	1276,81	1153,42	não recebe	397,73	345,63	566,58	4816,62	3904,41	
NS7 (10 triênios)	2227,30	0	718,39	1425,47	não recebe	445,46	401,80	551,13	4816,62	3863,68	
NS7 (11 triênios)	2227,30	0	584,75	1559,11	não recebe	445,46	416,51	547,09	4816,62	3853,02	35 anos

Obs 1: O cálculo acima não contempla dependentes por ser variável.

Obs 2: Para cálculo de desconto do IPMDC são computados vencimento + triênios, ou seja, quanto maior o tempo de serviço, menor a remuneração!

Obs 3: Quaisquer adicionais aumentam o desconto, logo, não incentivam a pós-graduação do profissional (Especialização, Mestrado e Doutorado, com respectivamente, 20, 30 e 40% do vencimento), pois os descontos também incidirão sobre os mesmos!

Obs 4: A Remuneração do Profissional no ano de 2001 era R\$ 3.800,00. Com o plano acima, o profiisional com 35 anos de trabalho terá, hoje, remuneração de R\$ 3853,02, se não possuir pós-graduação!

APÊNDICE V: MOTIVOS PARA O EXERCÍCIO NO PSF

Motivos para o exercício no PSF	Satisfação profissional	Vocação	Melhor opção do momento	Remuneração	Possibilidade de servir a comunidade	Apoio técnico em serviço	Identificação com a filosofia do PSF
médico 1	5	5	4	3	5	2	5
médico 2	5	4	2	1	3	0	5
médico 3	3	5	2	0	4	1	5
médico 4	3	5	3	2	4	3	5
médico 5	0	5	0	0	3	2	4
médico 6	3	5	2	2	4	4	5
médico 7	5	5	2	2	5	4	5
médico 8	2	5	3	1	5	3	5
médico 9	5	4	0	2	5	4	4
médico 10	2	5	3	1	5	4	5
médico 11	5	5	5	2	5	2	5
médico 12	3	5	3	3	5	4	5
médico 13	2	5	3	3	5	2	5
médico 14	4	5	4	3	5	4	5
médico 15	3	4	3	1	4	3	3
médico 16	4	4	3	3	5	4	4
médico 17	3	5	0	2	4	4	2
médico 18	5	0	5	0	0	0	5
médico 19	3	5	3	3	4	2	5
médico 20	5	5	3	2	2	2	5
médico 21	3	4	3	3	4	4	3
médico 22	4	4	0	3	5	2	4
médico 23	2	4	0	2	3	3	4
médico 24	3	5	2	2	5	2	5
médico 25	5	5	2	3	5	4	5

Fonte: Elaboração própria a partir da apuração dos questionários.

Obs: os números representam a valoração de cada quesito, de acordo com escala de 0 (mínimo) a 5 (máximo).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)