



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública



FLÁVIO RENATO BARROS DA GUARDA

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DOS
MÉDICOS QUE COMPÕEM EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

RECIFE
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Flávio Renato Barros da Guarda

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DOS MÉDICOS QUE COMPÕEM
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz para obtenção do Grau de Mestre
em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Antônio Wanderley Tavares

Recife

2009

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G914p Guarda, Flávio Renato Barros da.

Perfil sócio-demográfico e motivação dos médicos que compõem equipes de saúde da família na região metropolitana do Recife/ Flávio Renato Barros da Guarda. — Recife: F. R. B. da Guarda, 2009.

176 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Ricardo Antônio Wanderley Tavares.

1. Recursos humanos em saúde. 2. Programa saúde da família. 3. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação de serviços de saúde. I. Tavares, Ricardo Antônio Wanderley. II. Título.

CDU 658.3

Flávio Renato Barros da Guarda

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DOS MÉDICOS QUE COMPÕEM
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz para obtenção do Grau de Mestre
em Ciências.

Aprovado em: 21 /05/ 2009

BANCA EXAMINADORA

Dr. Ricardo Antônio Wanderley Tavares
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dra. Clara Maria Monteiro de Freitas
Universidade de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos meus pais, por terem me concedido o dom da vida, o exemplo e a coragem para enfrentar os desafios.

Ao professor Ricardo Tavares, pela lisonjeira confiança que depositou em mim e pelos ensinamentos que contribuíram para que iniciasse minha jornada no campo da Saúde Pública.

À minha mulher, Rafaela, pela compreensão, apoio e iniciativas que me deram o suporte para que este trabalho pudesse ser construído.

Às professoras Gisele Gouveia e Kátia Medeiros, pela simpatia e presteza com que atenderam a cada solicitação que fiz.

À professora Clara Maria Freitas por todos os ensinamentos durante a graduação, pelo incentivo e apoio para que continuasse minha formação acadêmica, e, principalmente, pela atenção, doçura, sinceridade e alegria estampados em seu rosto.

A extensão da jornada é determinada pela sua capacidade de vislumbrar o objetivo que deseja alcançar e pela sua disposição para dar o primeiro passo.

O tamanho do desafio é ditado pela sua coragem para lidar com os obstáculos e pela perseverança de não se deixar abater quando tiver que lidar com derrotas.

As dores pelas perdas e insucessos ao longo da estrada podem ser minimizados pela humildade para aceitar fraquezas e pela sua resignação para continuar caindo, levantando e aprendendo com os próprios erros.

Os sabores da vitória só serão sentidos se a persistência superar o pessimismo e a ação superar o pensamento

GUARDA, F.R. B. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E MOTIVAÇÃO DOS MÉDICOS QUE COMPÕEM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

RESUMO

O trabalho em equipes de saúde da família caracteriza-se pela alta exigência de compromisso e responsabilidade. Dessa forma, a motivação torna-se essencial na busca por maior eficácia e, conseqüentemente, por maior qualidade na assistência prestada. Além disso, a identificação com o trabalho comunitário figura como aspecto fundamental para a fixação do médico, sugerindo que o perfil profissional pode estar relacionado à motivação para o trabalho. O objetivo desta dissertação foi identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico e a motivação para o trabalho dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na Região Metropolitana do Recife. Para tanto, procedeu-se um estudo descritivo de corte transversal, com amostra de 76 médicos em dez municípios. Os resultados apontam que entre os médicos, 47,4% são mulheres, 76,3% têm mais de 40 anos de idade e 86,8% possuem cursos de pós-graduação. Apresentam Força Motivacional mediana, sendo os fatores de expectativa e valência os maiores responsáveis pela sua média ($x = 80,52$). Comparando os resultados obtidos para Valências, Expectativas e Instrumentalidade, pode-se afirmar que os fatores que mais levam os médicos do PSF a se engajarem no trabalho são os fatores de expectativa relacionados à Responsabilidade; os de valência relacionados à Sobrevivência pessoal e os de instrumentalidade relacionados ao Envolvimento. As variáveis renda, faixa etária e tipo de vínculo estabelecido com o município estiveram relacionadas aos fatores expectativa e instrumentalidade, porém nenhuma característica sócio-demográfica foi identificadas como preditora da à Força Motivacional.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde, Programa saúde da família, Atenção primária à saúde, Avaliação de serviços de saúde.

GUARDA, F.R.B.. SOCIAL-DEMOGRAPHIC PROFILE AND MOTIVATION ON PRIMARY CARE PHYSICIANS IN METROPOLITAN PERIMETER OF RECIFE - BRAZIL Dissertation (Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

ABSTRACT

Motivation is essential to most efficacy and quality in public health programs in Brazil. In addition, personal community work identification seems like an important aspect to doctor's permanence. It suggests that personal profile can be associated with work motivation. The aim of this dissertation was to identify possible association between social-demographic profile and work motivation in primary care physicians in metropolitan perimeter in Recife – Brazil. This cross sectional descriptive study to use a sample of 76 physicians, in ten cities of metropolitan perimeter of Recife. 47.4% of the professional are women, 76.3% are over 40 years and 86.8% performed post graduation courses. Motivational Power was median (80.52). Valences, expectative and Instrumentality was compared to identify factors that make physicians engage in work. Factors pointed were expectative related to Responsibility; valences related to personal survival and; instrumentality factors related to involvement. Income, age and type of work contract were related to expectative and instrumentality factors, however, any social demographic was identified like a predictor of Motivational Power.

Key-words: Health Manpower, Family Health Program, Primary Health Care, Health Services Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 -	Principais teorias motivacionais	27
FIGURA 1 -	Relação entre esforço, desempenho e motivação	29
FIGURA 2 -	Modelo das construções do Significado do Trabalho	38
QUADRO 2 -	Quadro 2 - Fatores Valorativos	39
QUADRO 3 -	Fatores Descritivos	40
FIGURA 3 -	Bases teórico-metodológicas que contribuíram para a elaboração do IMST	41
FIGURA 4 -	Mapa da região metropolitana do Recife	43
QUADRO 4 -	Número de USF e ESF da Região Metropolitana do Recife	46
QUADRO 5 -	Distribuição da amostra de médicos por município da Região	47
QUADRO 6 -	Distribuição da amostra de médicos por Distritos Sanitários no município do Recife	47
QUADRO 7 -	Distribuição da amostra de médicos por Regional de saúde no município de Jaboatão dos Guararapes	48
QUADRO 8 -	Distribuição da amostra de médicos por Distritos Sanitários no município de Olinda	48
QUADRO 9 -	Variáveis sócio-demográficas	49
QUADRO 10 -	Variáveis obtidas após análise dos itens do IMST	49
QUADRO 11 -	Distribuição dos médicos por equipes de saúde da família	54
GRÁFICO 1 -	DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR SEXO EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA	55
GRÁFICO 2 -	DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR VÍNCULO EMPREGATÍCIO	61
GRÁFICO 3 -	Distribuição dos Médicos pela Força Motivacional	77
QUADRO 12 -	Comparação das Médias nos fatores Valorativos, Expectativas e Instrumentalidade	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição dos Médicos por faixa etária e formação profissional	57
TABELA 2 -	Distribuição dos Médicos segundo renda, tempo de trabalho e tipo de vínculo	59
TABELA 3 -	Distribuição dos médicos segundo local de residência	63
TABELA 4 -	Distribuição dos tipos de vínculo das atividades realizadas além do PSF e motivo que influenciou na escolha do PSF	65
TABELA 5 -	Distribuição dos Médicos por motivo que os levariam a sair da equipe à qual estão atualmente vinculados	67
TABELA 6 –	Fatores Valorativos	68
TABELA 7-	Escore dos participantes nos fatores de Expectativas	70
TABELA 8 -	Fatores Expectativas relacionadas às características sócio-Demográficas	72
TABELA 9 –	Relações entre fatores de expectativas e motivos que levaram o profissional a trabalhar no PSF	73
TABELA 10 –	Escore nos valores de Instrumentalidade	75
TABELA 11 -	Distribuição das características sócio-demográficas pela Força Motivacional	80

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	15
3.1	Objetivo Geral	15
3.2	Objetivos Específicos	15
4	PERFIL PROFISSIONAL E ROTATIVIDADE	16
5	MOTIVAÇÃO E TEORIAS PROFISSIONAIS	25
6	MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO E SUA MENSURAÇÃO	33
7	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
7.1	Área de Estudo	43
7.1.1	Caracterização dos Municípios	44
7.1.2	Caracterização da Rede de Saúde	45
7.2	População de Estudo	46
7.3	Desenho de Estudo	48
7.4	Definição de Variáveis	48
7.5	Coleta de Dados	50
7.6	Processamento dos Dados	51
7.7	Análise dos Dados	51
7.7.1	Perfil Sócio-Demográfico	51
7.7.2	Composição do IMST	52
7.7.3	Análise da Motivação	52
7.8	Considerações Éticas	53
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
8.1	Perfil Sócio-Demográfico	54
8.2	Mensuração da Motivação	68
8.2.1	Valências dos Resultados do Trabalho	68
8.2.2	Expectativas dos Resultados do Trabalho	69
8.2.3	Instrumentalidade	74
8.2.4	Força Motivacional	76
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	85

1 INTRODUÇÃO

Mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro ao longo das últimas duas décadas culminaram na criação do Programa Saúde da Família (PSF), o qual se constitui como estratégia para a qualificação da assistência e para a organização da atenção básica, fundamental para atingir os objetivos do SUS (ROSA e LABATE, 2005).

Criado em 1994, o Programa Saúde da Família apresenta propostas para mudar a concepção de atuação dos profissionais de saúde, priorizando ações de assistência com base na integralidade, tratando o indivíduo como sujeito dentro de seus espaços social, econômico e cultural, considerando essa dimensão globalizante (ROSA; LABATE, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF tem como objetivo geral:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atenção nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1999).

Esta estratégia tem proporcionado a melhoria de alguns indicadores de saúde, porém, enfrenta dificuldades de operacionalização no que se refere à política de recursos humanos, particularmente quanto a insuficiência de profissionais preparados para o desempenho das atividades. Isso ocorre, entre outros fatores, pela falta de iniciativas que promovam a adequação dos Recursos Humanos ao perfil profissional necessário, e pela necessidade de valorização do trabalhador a fim de propiciar a adesão e a fixação destes (GUGLIELMI, 2006).

Além disso, a expansão do PSF ainda enfrenta outra grande dificuldade que é a ausência de RH em municípios com precárias condições econômicas e sociais, particularmente aqueles mais distantes dos grandes centros urbanos (SANTOS, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005):

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 os setores público e privado, resultando em baixa produtividade, migração (inclusive transnacional), sobrecarga de trabalho, e em salários inadequados [...].

Parece haver um consenso entre o Relatório Preliminar do Ministério da Saúde (MS) de 1999, o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF de 2000, o Relatório de Pesquisa do MS de 2001, e o Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação do MS de 2002, quanto à dificuldade de fixação dos Recursos Humanos no Saúde da Família. Estes documentos apontam a alta rotatividade dos profissionais como um dos grandes desafios a serem enfrentados, tanto nos grandes centros urbanos, quanto no interior.

Entretanto, observa-se que a dificuldade de fixação do médico no Saúde da Família ocorre tanto no interior quanto nos centros urbanos, sugerindo que a rotatividade dos médicos possa estar relacionada a outras questões, como por exemplo, o perfil desses profissionais (GUGLIELMI, 2006).

Além das questões relacionadas ao perfil dos profissionais, a fixação destes pode estar relacionada a questões como valorização e motivação para o trabalho, o que nos leva a questionar qual o significado que os profissionais de saúde atribuem ao próprio trabalho, pois estes significados são componentes mediadores das relações entre o indivíduo e seu mundo (BRUNER, 1997).

Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) analisaram as principais teorias sobre motivação no trabalho, descrevendo-a como essencial para a criação de um clima de trabalho estimulador, satisfatório e produtivo, tanto para as organizações como para seus integrantes.

Em estudo realizado com bancários e profissionais de saúde do Rio Grande do Norte, Borges e Alves Filho (2001) desenvolveram e validaram um instrumento para a mensuração de dois dos componentes do significado do trabalho (atributos valorativos e descritivos), além da motivação no trabalho.

Alves Filho e Borges (2005) avaliaram a motivação para o trabalho entre os profissionais de saúde do SUS em Natal, Rio Grande do Norte, objetivando estimar o quanto os profissionais do SUS estão motivados para o trabalho, suas prioridades motivacionais, além da possibilidade de associação entre os níveis de motivação e o significado do trabalho. Os resultados dessa pesquisa apontam que os referidos profissionais apresentam motivação mediana e que as condições de trabalho parecem figurar como preditoras da Força Motivacional.

Embora alguns estudos tenham descrito o perfil dos médicos (BEINNER; BEINNER, 2004; BRASIL, 2000a; COTTA et al., 2006; FROTA, 2006), analisado as questões da fixação (BENNING; GUARDA, 2007; DAL POZ, 2002; GIRARDI;

CARVALHO, 2003; GUGLIELMI, 2006) desses no Programa Saúde da Família ou investigado aspectos da motivação no trabalho (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005; ALVES FILHO; BORGES, 2005; ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001), observa-se uma lacuna no conhecimento acerca da associação entre esses perfis, a motivação para o trabalho e a rotatividade desses profissionais.

A descrição do perfil sócio-demográfico dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios necessários a possíveis readequações de programas e currículos de capacitação oferecidos para as equipes de Saúde da Família, sob a perspectiva da realidade dos profissionais que atuam diariamente com as famílias e com a comunidade.

Os capítulos que estão apresentados em tópicos na introdução que segue, discutem as questões levantadas nessa breve apresentação do problema. O primeiro busca identificar características sócio-demográficas, revisando estudos sobre o perfil e sobre a rotatividade desses profissionais. No segundo capítulo são discutidas as principais teorias motivacionais, bem como a motivação para o trabalho entre os profissionais de saúde. O terceiro capítulo descreve as bases teórico-metodológicas utilizadas para a elaboração do Inventário de Motivação e do Significado do Trabalho (IMST), o qual foi adotado como instrumento de referência para a consecução dos objetivos desta dissertação.

2 JUSTIFICATIVA

O Programa Saúde da Família configura-se como uma nova concepção de trabalho, a qual requer novas formas de vínculo, tanto entre os membros de uma equipe de saúde, como entre esses e a comunidade. Dessa forma, o trabalho torna-se mais desafiador e requer a presença de profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, ou seja, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção e proteção.

Tais características devem ser inerentes à todos os profissionais que compõe a equipe de saúde da família, de modo que o trabalho seja desenvolvido dentro de uma perspectiva multiprofissional. Entretanto, alguns estudos (CAMPOS; MALIK, 2008; PIERANTONI, 2001) apontam que os profissionais médicos, além de se candidatarem menos às vagas oferecidas para o PSF, também representam o maior percentual de desligamentos voluntários do Programa, levantando hipóteses de que o perfil desses profissionais pode interferir na rotatividade desses profissionais (GUGLIELMI, 2006).

Além das questões relacionadas ao perfil dos profissionais, a fixação destes pode estar relacionada com a valorização e motivação para o trabalho, o que nos leva a indagar qual o significado que os profissionais de saúde atribuem ao próprio trabalho, pois estes significados são componentes mediadores das relações entre o indivíduo e seu mundo (BRUNER, 1997).

Embora diversos estudos tenham descrito o perfil dos médicos ou investigado aspectos da motivação no trabalho, observa-se uma lacuna no conhecimento acerca da associação entre esses perfis e a motivação para o trabalho desses profissionais.

Portanto, a descrição do perfil sócio-demográfico dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios necessários a possíveis readequações de programas e currículos de capacitação oferecidos para as equipes de Saúde da Família, sob a perspectiva da realidade dos profissionais que atuam diariamente com as famílias e com a comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico e a motivação para o trabalho dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na Região Metropolitana do Recife.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil dos médicos do PSF Região Metropolitana;

- b) Avaliar o grau de motivação para o trabalho dos profissionais médicos que compõem as equipes de saúde da família.

- c) Identificar os fatores que interferem na Força Motivacional dos médicos do PSF;

4 PERFIL PROFISSIONAL E ROTATIVIDADE

Tensões e movimentos reformadores que marcaram a década de 80 do século passado também permearam o setor saúde, culminando com a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), delimitando importante transformação no modelo assistencial do Brasil.

As transformações ocorridas, segundo Viana (1998), caracterizam-se pela criação de um sistema nacional de saúde, descentralizado, no qual o gestor será o executivo municipal, com propostas de criação de novas formas de gestão que incluem a participação de todos os atores envolvidos (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

A partir de 1988, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram tomadas para viabilização do novo sistema, iniciando-se pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) que institui o Sistema Único de Saúde. Destacam-se, ainda, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080/90 e 8142/90), o Decreto n. 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996.

Um exemplo de como esses instrumentos jurídico-institucionais contribuíram para a consecução dos objetivos do novo sistema de saúde, é a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, a qual estabelece o processo de regionalização como uma estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Essa norma prevê que a regionalização deve compreender as noções de território, não exclusivamente restrito à abrangência municipal, mas que seja capaz de assegurar assistência adequada às comunidades, otimizando os recursos disponíveis na região (BRASIL, 2001b).

Dentro desse contexto de sistema de saúde universal e territorializado foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual teve rápida expansão e, em 1998 tornou-se a principal estratégia governamental de implantação da atenção básica no Brasil (CAMPOS; MALIK, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), em apenas 10 anos, cerca de 38,3% da população brasileira já era atendida e o Programa já havia sido implantado em 84,55% dos municípios.

O modelo de atenção proposto pelo PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em substituição à rede de saúde tradicional.

Dessa forma, requer que as unidades de saúde da família (USF) estejam integradas ao restante da rede de serviços, pois passam a ser a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Essas unidades de saúde da família são regionalizadas, com clientela territorializada e adscrita, com equipes de saúde da família responsáveis pelo acompanhamento da população residente na região.

Nesse modelo o foco da atenção ocorre sobre a família e a comunidade, sendo fortemente valorizado o vínculo entre os profissionais e a população (CAMPOS; MALIK, 2008), e seu objetivo é garantir atenção integral à saúde das famílias e a hierarquização da assistência (BRASIL, 2000b).

A composição mínima de uma ESF é: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, os quais deverão, necessariamente, residir na área de atuação da equipe de saúde da família, a fim de estabelecer vínculo com a população local (BRASIL, 2006).

As atribuições específicas dos membros da equipe estão previstas em portaria do MS (BRASIL, 2006). Para esta dissertação, entretanto, além da motivação, serão abordadas apenas as atribuições e o perfil sócio-demográficos profissionais de medicina.

Ao médico, cabe prestar atenção integral aos indivíduos de diversas faixas etárias, sendo responsável pelo acompanhamento do paciente. Espera-se que esse profissional incorpore ao atendimento aspectos emocionais, familiares, sociais e preventivos, devendo realizar, além de ações de assistência, outras educativas, coletivas e comunitárias, juntamente com os outros profissionais, além de participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a permanência (ou não) desses profissionais nas equipes de saúde da família constitui-se em importante desafio, tanto para a criação e manutenção do vínculo entre equipe de saúde e comunidade (objetivo do programa), quanto para a política de Recursos Humanos do SUS, possibilitando, desta forma, o acompanhamento e a avaliação da estratégia.

Pierantoni (2001) ressalta três dimensões críticas para os Recursos Humanos setoriais:

a) **aspectos da dimensão regulatória** - concernentes a mecanismos de interação entre o processo de trabalho e a legitimação profissional;

b) **aspectos da dimensão estrutural** - relativas à formação e a disponibilidade do mercado de trabalho e;

c) **aspectos da dimensão gerencial** - relacionados com a gerência de sistemas e serviços de saúde.

Em relação à dimensão regulatória, a existência de monopólios profissionais é fator limitante ao trabalho interdisciplinar:

Nos processos de mudança no campo das políticas públicas de saúde é inegável a participação da profissão médica. Essa participação é explicitada, entre outras coisas, pela dominação e habilidade em se opor e rejeitar mudanças indesejáveis (PIERANTONI, 2001, p.355).

Na dimensão estrutural destaca-se o distanciamento entre o setor educacional e as discussões das reformas implantadas no setor saúde, visando uma melhor aplicabilidade de conteúdos e práticas pedagógicas capazes de atender às reais e atuais necessidades do sistema de saúde. Aspecto também relevante é a grande valorização do docente acadêmico pela dimensão da sua pesquisa, e não pelo exercício da atividade ensino.

Dentre os aspectos da dimensão gerencial, salienta-se a dificuldade encontrada pelos gestores quanto à avaliação de desempenho. Tal fato se deve, entre outras causas, à rotatividade dos profissionais no PSF.

Rotatividade de profissionais é caracterizada por Anselmi (1988, p.14) como “Desligamentos de um certo número de empregados e admissão de novos para preencher os claros deixados na organização, revelando a movimentação da força de trabalho entre o mercado de trabalho e a instituição”. Para a autora, a rotatividade não deve ser vista necessariamente como um mal, especialmente quando se refere à voluntária, que é a expressão de uma busca do profissional por melhores condições de trabalho.

Para a organização também não interessam níveis de rotatividade iguais a zero, pois poderiam significar uma instituição estagnada e não oxigenada. Porém, ainda segundo esta autora, é preciso uma avaliação criteriosa quando esta rotatividade aumenta significativamente.

Chiavenato (2000) define rotação de recursos humanos como “O volume de pessoas que ingressam e saem da organização, estabelecendo intercâmbio entre ela e o ambiente”.

Apesar de se saber da existência da rotatividade entre os médicos, poucos estudos avaliam a questão (BENNING e GUARDA, 2006; BRASIL, 2002a; CAMPOS; MALIK, 2008; GUGLIELMI, 2006;).

Seixas e Stella (2000 apud GUGLIELMI, 2006), apontam que os médicos, além de se candidatarem às vagas de PSF em menor número que os demais profissionais de saúde, representam, também, o maior componente de desligamentos. Estes podem se dar de duas maneiras: involuntariamente e voluntariamente, que são os considerados desistentes.

Guglielmi (2006) realizou um estudo no qual foram apresentados dados acerca da rotatividade dos médicos no PSF, buscando uma contextualização do problema da fixação com fatores de ordem econômica, sociológica e histórico-política. Como resultados, aponta que as estratégias a serem utilizadas para a resolução do problema da não permanência do médico no PSF sejam, entre outras, a construção de uma nova proposta curricular para a formação destes profissionais, a valorização econômica dos médicos e a ampliação do número de médicos na assistência à população.

Benning e GUARDA (2006) analisaram o tempo médio de permanência de profissionais médicos e de enfermagem no estado de Pernambuco e observaram que 36,2% dos médicos vinculados ao Programa desligaram-se ou mudaram de equipe no período de 2001 a 2006, o que possivelmente compromete o cumprimento dos objetivos do programa, no que se refere ao estabelecimento de vínculos e responsabilidades entre estes profissionais e a população.

Para CAMPOS e MALIK (2008), algumas hipóteses têm sido formuladas quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos no Programa Saúde da Família. As hipóteses podem ser agrupadas nas seguintes categorias: a) *formas de contratação*; b) *condições de trabalho* e; c) *perfil dos médicos*.

a) Formas de Contratação

Ao longo da década de 1990, proliferaram os contratos informais de trabalho e o não-pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais de sua responsabilidade, privando os trabalhadores de direitos garantidos a eles pela lei, como férias, Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salário e aposentadoria. Sem essa proteção, esses profissionais ficam à mercê da instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que se

sucedem no poder, tão presentes na realidade dos Municípios brasileiros (COTTA et al., 2006).

O setor sanitário também sofreu os efeitos dessas formas precárias de contratação, pois o momento de maior expansão do Programa de Saúde da Família coincide com esse período de flexibilização das relações trabalhistas, o qual expandiu-se, inclusive na área pública. Dessa forma, diversas formas de contratação foram utilizadas, priorizando-se a terceirização da mão-de-obra, em detrimento das contratações diretas (CAMPOS; MALIK, 2008).

Diante desse quadro, alguns estudos e documento oficiais levantam a hipótese de que a precariedade dos vínculos levaria à alta rotatividade dos médicos (BRASIL, 2002a; DAL POZ, 2002; GIRARDI; CARVALHO, 2003; MACHADO, 2002; SILVA, 2006;).

Silva (2006) afirma que o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde assumiu contornos preocupantes, a partir da década de 1990, ao possibilitar a vinculação de novos trabalhadores ao SUS através de formas “atípicas” de contratação, tais como as cooperativas de trabalho. Além disso, chama atenção o avanço da flexibilização da jornada de trabalho e das formas de remuneração associadas a essas modalidades de vínculo entre setor privado e setor público, o que se reflete na alta rotatividade dos postos de trabalho.

Essa rotatividade foi discutida em seminário promovido pelo Ministério da Saúde juntamente com a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, visando identificar caminhos que contribuíssem para a construção de alternativas nacionais para a política de Recursos Humanos do SUS. Para tanto, foram realizadas discussões importantes, como os paradigmas que orientam o campo de recursos humanos, os impactos dos processos de reforma setorial sobre os recursos humanos, os desafios e estratégias para a interiorização dos serviços de saúde, os pressupostos para a formulação de políticas e os aspectos éticos envolvidos neste setor (BRASIL, 2002a). Durante o seminário foi apontada, ainda, a necessidade de regulamentação da inserção de profissionais no Programa, de modo a evitar desvios e possível desvirtuação da proposta (rotatividade, diminuição de carga horária, etc).

b) Condições de Trabalho

O problema da fixação dos profissionais médicos foi estudado por Moromizato (1992), o qual avaliou a rotatividade dos profissionais médicos, de enfermagem e farmacêuticos no interior do estado de São Paulo no período de 1987 a 1990 e constatou a insatisfação dos mesmos, sobretudo, com os seguintes aspectos: baixa remuneração, pouca possibilidade de aperfeiçoamento profissional, inexistência de um adequado plano de carreira e insuficiência de recursos técnicos.

No que se refere ao PSF, a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde da família, dificuldades estruturais como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, bem como a insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, também podem contribuir para a rotatividade dos médicos (CAPOZZOLO, 2003 apud CAMPOS; MALIK, 2008).

Souza Júnior e Lucena (2005) também avaliaram a questão da capacitação de recursos humanos para o PSF, sugerindo que a insuficiência e a baixa qualificação dos profissionais de saúde em municípios de pequeno porte do estado de Pernambuco, se dá, entre outros fatores, devido a não fixação domiciliar dos médicos nesses municípios, bem como por sua busca por aperfeiçoamento profissional em grandes centros urbanos. Esta migração parece também estar relacionada às condições sociais, econômicas e sanitárias de diversos municípios brasileiros (BRASIL, 2002a).

c) Perfil dos Médicos

De acordo com a proposta de trabalho do PSF, espera-se que os profissionais da atenção básica sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA et al., 2006).

Assim sendo, características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam no setor saúde, podem influenciar tanto na escolha pela atuação no PSF, quanto no trato com questões inerentes ao trabalho em equipes de saúde da família. Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais, haja vista que este parece estar associado, à identificação com o trabalho comunitário, à formação acadêmica e, à qualificação e capacitação para o desempenho das funções (COTTA et al., 2006).

Portanto, a identificação do perfil profissional pode contribuir pra a melhoria da qualidade, tanto dos serviços, quanto das instituições de formação e aperfeiçoamento profissional. Para Schiappacasse (1984), a determinação desse perfil é a base mais racional para a organização de todo o processo de formação profissional e de avaliação do currículo, e, por conseguinte, toda instituição formadora deve desenvolver e reestruturar de forma contínua os perfis das carreiras profissionais sob sua responsabilidade.

A elaboração e a adoção de medidas – quando necessárias – de reforço dessa qualificação possibilitam, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

Dessa forma a identificação do perfil poderá constituir-se em importante instrumento de diagnóstico e avaliação da estratégia de saúde da família e de todo o sistema de saúde.

Alguns estudos buscaram identificar características sócio-demográficas de médicos, dentro e fora da atenção básica (COTTA et al.,2006; FRANÇA, 2005; FROTA, 2002; MACHADO, 2000;).

Frota (2002) descreveu o perfil dos médicos de São Tomé e Príncipe e descobriu a insuficiência de profissionais médicos, em particular, especialistas, além de apontar uma desordenada utilização desses profissionais, devido à ausência de uma política de formação de recursos humanos para a saúde.

Machado (2000) coordenou uma pesquisa do Ministério da Saúde, a qual traçou o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família e apresentou dados acerca da distribuição e inserção desses profissionais, formação, locais de residência e regime de trabalho, entre outros. Através de um levantamento amostral do contingente ativo, o estudo caracterizou o médico que atua no país, analisando desde os aspectos sócio-demográficos até os aspectos político-ideológicos. Esta caracterização baseou-se em dados de cada estado da federação e posteriormente, de cada região geográfica, para assim traçar o Perfil dos Médicos no Brasil.

Os dados produzidos através desta pesquisa são inéditos no Brasil e na América Latina. Foram aplicados cerca de oito mil questionários, representando um universo em torno de duzentos mil médicos no Brasil, o que permitirá o conhecimento e a produção de análises que visem tanto estudos acadêmicos,

quanto a formulação de políticas de recursos humanos adequadas e coerentes com a realidade no nosso país. A pesquisa identificou aspectos como: características da transição demográfica, formação dos médicos, a tendência à feminilização da profissão, inserção no mundo do trabalho, transformações do mercado de serviços médicos e aspectos político-ideológicos deste profissional.

França (2005) identificou o perfil do médico que atua no Programa Saúde da Família no município de Caruaru, Pernambuco, sob os aspectos demográfico, social, profissional e de conhecimento do SUS e encontrou modificações nesses perfis em comparação com a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2000, principalmente no que se refere à relação com o trabalho e com o SUS.

Por outro lado, alguns estudos descrevem a falta de médicos com o perfil adequado para atuar no programa (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2002a; CAMPOS; MALIK, 2008).

Estudo realizado no município de São Paulo apontou a falta de médicos com o perfil adequado para atuar no PSF como uma das dificuldades para a implementação do modelo (CAMPOS; MALIK, 2008). Esses autores verificaram a existência de correlação negativa entre a satisfação no trabalho dos médicos e a rotatividade desses profissionais, além de identificar outros fatores de satisfação no trabalho que apresentaram correlação com a rotatividade, tais como: capacitação, distância das unidades de saúde e disponibilidade de materiais e equipamentos para realização das atividades profissionais.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), gestores de grandes municípios indicaram que um dos fatores que possivelmente conduz à rotatividade dos profissionais de medicina é a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonam o emprego para realizar cursos de aperfeiçoamento (residência médica). No mesmo estudo os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho (BRASIL, 2002b).

Autores, como Deddeca (1998), Piancastelli (2000) e Komatsu (1998), apontam a importância de se ter um perfil do novo profissional de Saúde, tanto para a identificação de habilidades e atitudes a serem desenvolvidas durante o período de formação, quanto para a mensuração de parâmetros avaliativos de tais qualidades.

Observa-se, portanto, que as questões relativas às formas de contratação, condições de trabalho e perfil sócio-demográfico parecem interferir na rotatividade dos médicos do PSF, justificando a avaliação destas e suas possíveis associações com a motivação dos profissionais de medicina.

5 MOTIVAÇÃO E TEORIAS MOTIVACIONAIS

A dinâmica do trabalho no PSF caracteriza-se, entre outras coisas, por atividades que exigem compromisso, responsabilidade e identificação pessoal com o trabalho comunitário, e é, muitas vezes, realizada em um ambiente diferente daquele que se pode traçar como o ideal diante dos princípios do SUS. Dessa forma, a motivação surge como um aspecto fundamental na busca de maior eficácia e, conseqüentemente, de maior qualidade na assistência prestada (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

Considerando-se que alguns indivíduos trabalham por dinheiro, outros por segurança e alguns ainda, por prazer (BERGAMINI, 1983 apud PEREIRA; FÁVERO, 2001), questionamos que aspectos do comportamento e da motivação levam as pessoas a trabalhar?

A conduta humana não é tão simples, e a motivação é um dos fenômenos mais complexos (Muchinsky, 1994 apud ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001). Pessoas que trabalham por dinheiro, em determinados momentos deixam de responder ao incentivo financeiro, bem como outras, apesar de menos motivadas no trabalho, mantêm elevada qualidade no que fazem (SCHEIN, 1982).

De acordo com Alves Filho e Araújo (2001):

[...] a motivação é um aspecto dinâmico da relação comportamental; ela não é conceituada como uma condição fisiológica. Ela também não é um fenômeno que aparece no comportamento para desaparecer logo em seguida. Todavia, a motivação como componente e função geral do comportamento não é uma variável que se apresenta periodicamente, e, de repente, desencadeia uma ação isolada. Ela é a orientação dinâmica e contínua que regula o funcionamento, igualmente contínuo, do indivíduo em interação com o meio (ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001, p. 29).

A palavra motivação tem origem no latim *motivu*, cujo significado é “o que move ou o que pode fazer mover” (FERREIRA, 1986), ou ainda, “inclinação para a ação que tem origem em um motivo”, sendo o motivo uma necessidade que, atuando sobre o intelecto, faz a pessoa movimentar-se ou agir (ARCHER, 1990).

No contexto organizacional, a motivação caracteriza a vontade de realizar um trabalho ou atingir um objetivo, determinando, ao mesmo tempo, a direção e a intensidade dos comportamentos (CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

Embora diversas organizações tenham manifestado preocupações com seus empregados, suas relações interpessoais e de trabalho, estudos e experiências

não se mostraram suficientes para constatar o que realmente pode estimular o ser humano a sentir-se motivado e criar vínculos (CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

Pesquisas sobre a motivação remontam da década de 1930 (CALDAS; ALVES FILHO, 2007), porém, foi entre 1950 e 60 que sua relação com a realização do trabalho passou a ser focalizada, particularmente nas áreas da satisfação e do desempenho (GODOI, 2002). Desde então, diversas teorias sobre a motivação foram desenvolvidas, sem que houvesse tentativas de articulação ou de fundamentação de umas nas outras, tornando esse campo de estudos fragmentado e marcado por divergências (CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

Campbel (1972 apud Lobos, 1978, p. 47) classificam as teorias motivacionais em dois grupos:

- a) **Teorias motivacionais de conteúdo** – Englobam variáveis individuais e situacionais que se supõe sejam responsáveis pela conduta, focando-se na descrição do conteúdo das motivações. Esse grupo de teorias fundamenta-se na noção de necessidade, criando listas e ordenações destas;
- b) **Teorias motivacionais de processo** – Têm como objetivo explicar o processo pelo qual a conduta se inicia, se mantém e termina, e explica a participação de cada variável do processo, bem como a natureza de suas interações.

Dentre as Teorias Motivacionais de Conteúdo, destacam-se:

- a) **A Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow** - Identifica cinco necessidades (motivos) fundamentais e as dispõe hierarquicamente (necessidade fisiológica, de segurança, de amor, de estima, de auto-realização), indicando a capacidade de cada necessidade motivar o comportamento;
- b) **Teoria X e teoria Y** – Desenvolvida por McGregor (1992), identifica o fenômeno motivacional e a forma como ele ocorre no âmbito das organizações. Baseado nos estudos de Maslow, McGregor argumenta que os gestores agem tendo por base duas suposições que relacionam a natureza do homem ao trabalho, chamando essas suposições de teoria x e de teoria y. De acordo com a teoria x a natureza humana é indolente e não gosta de

trabalhar; por outro lado, a teoria y propõe que os seres humanos são bons e direcionados para o trabalho (MCGREGOR, 1992 apud CALDAS; ALVES FILHO, 2007);

- c) **Teoria da Motivação social** – Desenvolvida por David McClelland, afirma que três tipos de necessidades (motivos sociais) governam as ações das pessoas: realização, afiliação e poder.

Entre as Teorias Motivacionais de Processo destacam-se:

- a) **A Teoria da Equidade de Adams** – Desenvolvido por J. Stacy Adams, baseia-se na igualdade e no sentimento de justiça. Pesquisas que utilizam esta teoria concentram-se em dois aspectos: a existência da norma de equidade e como as pessoas reagem à iniquidade ou a resolvem (ALVES FILHO; BORGES, 2005);
- b) **A Teoria da Expectativa de Vroom** – Desenvolvido por Victor H. Vroom (1964), É uma teoria cognitiva, e que assume existir uma relação entre o esforço que se realiza e o rendimento do trabalho (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005).

O quadro1 resume as principais teorias motivacionais:

TEORIAS MOTIVACIONAIS	PRINCIPAIS REPRESENTANTES
<p>DE CONTEÚDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • variáveis individuais e situacionais responsáveis pela conduta; • foco na descrição do conteúdo das motivações; • fundamenta-se na noção de necessidade; • listas e ordenações de necessidades; 	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarquia das Necessidades de Maslow (Identifica cinco necessidades fundamentais e as dispõe hierarquicamente); • Teoria X e teoria Y (Na teoria x a natureza humana é indolente e não gosta de trabalhar; a teoria y propõe que os seres humanos são bons e direcionados para o trabalho; • Teoria da Motivação Social (três tipos de necessidades - motivos sociais - governam as ações das pessoas: realização, afiliação e poder.

Quadro 1 - Principais teorias motivacionais

(Continua)

TEORIAS MOTIVACIONAIS	PRINCIPAIS REPRESENTANTES
<p>DE PROCESSO</p> <p>Explicam o processo pelo qual a conduta se inicia, se mantém e termina.</p>	<p>Teoria da Equidade de Adams (baseia-se na igualdade e no sentimento de justiça).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teoria da Expectativa de Vroom (considera a relação entre o esforço que se realiza e o rendimento do trabalho)

Quadro 1 - Principais teorias motivacionais

(Conclusão)

Elegemos o Modelo da Expectativa de Vroom (VROOM, 1964) como uma referência conceitual central na presente pesquisa, por tratar-se da teoria mais aceita e validade em estudos sobre a motivação para o trabalho. Além disso, o modelo permite identificar a complementariedade dos conceitos e das explicações oferecidas às propriedades e/ou aos aspectos do emprego/trabalho.

A Teoria das Expectativas originou-se na década de 1930, porém não fazia referência à motivação para o trabalho, tendo Victor Vroom, em 1964, promovido o modelo na área da investigação sobre a motivação (ALVES FILHO; BORGES, 2005). De acordo com Muchinsky (1978 apud ALVES FILHO; BORGES, 2005), a Teoria das Expectativas:

É uma teoria cognitiva; supõe-se que cada pessoa toma decisão racional de dedicar certo esforço às atividades que lhe reportam às recompensas desejadas. Crê-se que as pessoas sabem o que querem de seu trabalho e compreendem que dependem de seu desempenho, para que consiga as recompensas desejadas (ALVES FILHO; BORGES, 2005, p. 2005).

Este modelo valoriza a dignidade humana, pois supõe que as pessoas devem ser vistas como indivíduos pensantes, cujos comportamentos são fortemente influenciados por suas crenças, percepções e expectativas (ALVES FILHO; BORGES, 2005). Dessa forma, o processo motivacional não depende apenas dos objetivos individuais, mas também do contexto de trabalho no qual o indivíduo está inserido (CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

Sua essência é a compreensão dos objetivos de cada pessoa, a ligação entre o esforço e desempenho, desempenho e recompensa, além da ligação entre a recompensa e o alcance da metas pessoais (CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

A figura 1 ilustra a relação entre esforço, desempenho e motivação no modelo de expectativas de Vroom:

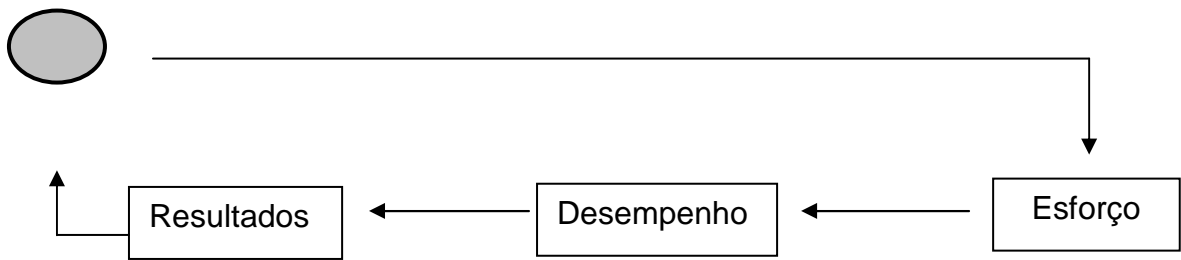


Figura 1 - Relação entre esforço, desempenho e motivação

A Teoria das expectativas sustenta-se em cinco conceitos básicos:

- a) **Resultados do Trabalho** – Consiste no que uma organização pode proporcionar a seus colaboradores, tais como, salários, férias, promoções, prazer, entre outros;
- b) **Valências** – Valores positivos ou negativos que os trabalhadores atribuem ao trabalho, geralmente sob a forma de atração ou satisfação antecipada;
- c) **Instrumentalidade** – É a percepção do trabalhador da relação entre a execução da tarefa e a obtenção dos resultados;
- d) **Expectativas** – Relação entre o esforço e o rendimento. Assim como ocorre com a valência e a instrumentalidade, é o trabalhador que gera expectativa sobre seu trabalho. Dessa forma, depois de refletir sobre a relação entre o esforço e o rendimento, o indivíduo atribui expectativas ao resultado do trabalho (ex.: atrativo ou não,);
- e) **Força Motivacional** – É a quantidade de esforço ou pressão de uma pessoa para motivar-se. Do ponto de vista formal é o produto da expectativa pelo somatório do produto das valências pela instrumentalidade, e expressa-se através da fórmula:

$$FM = E [\sum V_i I_i], \text{ onde,}$$

FM = Força Motivacional

E = Expectativa

I = Instrumentalidade

A Força Motivacional (resultado da soma dos pontos da fórmula acima) pode ser considerada como um preditor da motivação, daí a teoria da Expectativa proporciona a base para a compreensão da motivação em um determinado trabalho (MUCHINSKY, 1994 apud BORGES; ALVES FILHO, 2003).

Por outro lado, as teorias da Equidade e da Expectativa têm sofrido críticas no tocante ao comportamento motivacional das pessoas, posto que não esclarecem, senão, o comportamento estimulado por variáveis extrínsecas ao indivíduo, cujo conhecimento é mediado pelo processo perceptivo (LÉVY LEBOYER apud BERGAMINI, 1980). Dessa forma, essas teorias esclarecem como os indivíduos se movimentam nesse meio ambiente. Bergamini reconhece que, dentro do contexto do trabalho, uma parte do comportamento é influenciada pelo fato de que os indivíduos foram, ao longo de vários anos, ensinados a perseguir metas. Sob esse ponto de vista, essa teoria parece estar correta, entretanto, Alves Filho e Borges (2005) consideram que essas críticas esquecem que os conceitos introduzidos por Vroom para compreender a motivação se aplicam a vários tipos de resultados do trabalho como a realização pessoal, o reconhecimento pela tarefa, etc.

Apesar das críticas, Alves Filho e Borges (2005) ressaltam que os estudos realizados com base na Teoria das Expectativas apresentaram resultados consistentes, embora as diferenças de tempo, espaço e no contexto sócio-histórico do desenvolvimento desse modelo parecem estar distantes de nossa realidade (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005), levando à necessidade de adaptações para o contexto brasileiro.

Partindo dessa necessidade, ampliando e adaptando uma ferramenta que avaliava o significado do trabalho, Borges e Alves-Filho (2001) desenvolveram um instrumento capaz de mensurar os dois construtos (motivação e significado do trabalho) simultaneamente. Detalhes sobre a elaboração desse instrumento serão discutidos no capítulo 6.

O Inventário do Significado e Motivação do Trabalho (IMST) incorpora questões relativas ao significado que o indivíduo atribui ao trabalho (ver capítulo 6) e baseia-se na Teoria das Expectativas de Vroom (BORGES; ALVES FILHO, 2001) para mensurar o construto motivação, considerando as **expectativas**, **instrumentalidade** e a **Força Motivacional** como os componentes da motivação.

Para a elaboração do IMST, Borges e Alves Filho (2001; 2003) utilizam itens do Inventário do Significado do Trabalho – IST (ver capítulo 6) para identificar fatores empíricos que descrevessem as expectativas e instrumentalidade para profissionais de saúde e bancários.

Os fatores empíricos para as expectativas foram:

- a) **Auto-expressão e Justiça no Trabalho** – indica quanto o participante espera expressar sua criatividade, ser reconhecido, influenciar nas decisões e obter justiça no trabalho, nas formas de assistência pessoal e familiar, sustento, estabilidade, proporcionalidade entre esforços e recompensas econômicas;
- b) **Segurança e dignidade** – indica o quanto o indivíduo espera contar com a adoção de medidas de segurança e com respeito ao profissional como pessoa, em condições de igualdade;
- c) **Desgaste e Desumanização** – indica quanto o indivíduo espera esgotar-se, ocupar-se, apressar-se, desumanizar-se (sentir-se com animal ou máquina), receber recompensas econômicas menores que seus esforços e exercer esforço físico;
- d) **Responsabilidade** – indica o indivíduo espera ser responsável pelo que faz, assumindo suas ocupações, suas obrigações e respeitando a hierarquia.

Para a instrumentalidade, os fatores empíricos encontrados foram:

- a) **Envolvimento** – indica quanto os indivíduos percebem a importância do desempenho para resolverem problemas, serem responsáveis pelas decisões, sentirem-se dignos, adaptados às tarefas, merecedores de confiança, incluídos no grupo e serem produtivos e eficientes;
- b) **Justiça no Trabalho** – indica quanto os indivíduos percebem a utilidade do desempenho para obterem equipamentos adequados, conforto, igualdade de direitos, assistência, salário suficiente e proporcionalidade entre esforços e recompensas;
- c) **Desgaste e Desumanização** - indica quanto os indivíduos percebem o desempenho como responsável por provocar esforço físico, atarefamento e pressa, por submetê-los à discriminação, por sentirem-se esgotados e como máquina ou animal;
- d) **Reconhecimento e Independência Econômica** - indica quanto os indivíduos percebem a utilidade do desempenho para a obtenção de reconhecimento pelo mérito, de consideração pelas suas opiniões, de oportunidade de profissionalização e de independência econômica e de garantia do sustento.

A busca por uma maior competência gerencial e investimentos no bem-estar do trabalhador demandam maior conhecimento da relação do indivíduo com o seu trabalho (BORGES; ALVES FILHO, 2003) e vêm sendo pesquisadas há quase um

século. No caso específico da motivação para o trabalho, observa-se que esta também é objeto de pesquisas em todo o mundo, porém este construto parece estar influenciado pelo contexto sócio-político-cultural, além de fatores econômicos de cada país e, às vezes de cada profissão, levando a necessidade de elaboração e adaptações de instrumentos capazes de realizar sua mensuração.

No que se refere ao contexto do Brasil e, mais precisamente, dos profissionais de saúde, essas dificuldades começaram a ser diminuídas a partir do desenvolvimento do IMST. Este inventário foi elaborado após ampliação e aperfeiçoamento de outro instrumento, o IST (ver capítulo 6), o qual foi inicialmente desenvolvido e testado entre trabalhadores da construção civil e de redes de supermercados do nosso país.

O Inventário de Motivação e Significado do Trabalho (IMST) foi criado pensando em melhor munir os profissionais e pesquisadores com um instrumento confiável e, ao mesmo tempo, reunir evidências que permitam criticar os conceitos nos quais se embasam (BORGES; ALVES FILHO, 2003).

Engloba questões relativas ao significado do trabalho e, simultaneamente, avalia a motivação, mensurando “quanto o indivíduo espera que determinados resultados do trabalho ocorram” (expectativas) e quanto seu desempenho é útil para obter o referido resultado (instrumentalidade).

As questões relativas ao significado do trabalho, bem como as bases teóricas e metodológicas para o desenvolvimento do IST e do IMST serão discutidas no capítulo 6.

6 MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO E SUA MENSURAÇÃO

Este capítulo abordará as bases teórico-metodológicas utilizadas para a elaboração do Inventário de Motivação e do Significado do Trabalho (IMST), o qual foi adotado como instrumento de referência para a consecução dos objetivos desta dissertação. Cabe salientar que, embora o construto significado do trabalho não seja objeto de avaliação deste trabalho, a compreensão do seu conceito e de sua funcionalidade se faz necessária para melhor compreensão e aplicação do IMST.

Experiências vividas no dia-a-dia formam a base sobre a qual as pessoas constroem seu conhecimento e percepções sobre o mundo. De acordo com Bastos, Pinho e Costa (1995), essa construção, embora de base individual, é um processo eminentemente social, por se dar dentro de um conjunto partilhado de crenças, valores e significados que definem o contexto cultural no qual as interações entre indivíduos e grupos ocorrem.

Cultura e construção de significados estão entre os aspectos básicos que diferenciam os seres humanos de outras espécies. De acordo com Bruner (1997 apud BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005, p. 26-27), os significados são componentes mediadores da relação do indivíduo com o seu mundo. Esse autor afirma:

Uma psicologia culturalmente sensível [...] é, e deve ser, baseada não apenas não apenas no que as pessoas realmente fazem, mas no que elas dizem fazer e no que dizem que as levou a fazer o que fizeram. Diz igualmente respeito ao que as pessoas dizem que os outros fizeram e por quê. E, acima de tudo, refere-se ao que as pessoas dizem ser os seus mundos.

Assim sendo, constitui-se uma unidade dialética entre dizer e fazer. Consequentemente, cultura e significados construídos pelos indivíduos, em determinados contextos, passam a ser as causas da ação humana (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005). Portanto, atitudes e comportamentos no contexto do trabalho também estão relacionados a valores, crenças e significados.

O significado subjetivo do trabalho pode ser conceituado como uma estrutura cognitiva, um “*schema*” que tem forte impacto sobre as percepções, avaliações e sobre o próprio comportamento do indivíduo no trabalho ou frente a ele (BASTOS; PINHO; COSTA, 1995).

Borges (1997, 1998, 1999), Borges e Alves Filho (2001) e Borges e Tamayo (2002) caracterizam o significado do trabalho como uma cognição subjetiva e social que varia individualmente, na medida em que deriva do processo de atribuir significados e, ao mesmo tempo, apresenta aspectos socialmente compartilhados, associados às condições históricas da sociedade. Portanto o significado do trabalho revela a contemporaneidade do sujeito do processo.

No campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho, os estudos sobre o significado do trabalho surgiram a partir da década de 1980, sob a influência do cognitivismo, o que levou alguns estudos a compartilharem algumas características (BORGES, 1998):

- Estudam de forma empírica a variabilidade do significado do trabalho entre os indivíduos (subjetividade) ;
- Explicam os significados considerando os vários aspectos que os compõem e os que afetam a construção dos significados (multidimensionalidade e multicausalidade);
- Assumem a noção de que os conteúdos cognitivos possuem uma estrutura sistêmica, explorando os nexos entre os componentes desses conteúdos;
- Pressupõem e priorizam a mediação cognitiva do comportamento, desprezando a necessidade de explicitá-la na maior parte das oportunidades.

Embora esses estudos apresentem considerável sofisticação teórico-metodológica, a própria complexidade do fenômeno estudado (significados) incita divergências, as quais podem estar relacionadas, tanto à influência do cognitivismo, quanto à visão de mundo do pesquisador (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005).

Mesmo diante de tais divergências, os recursos técnicos disponíveis desde a década de 80 do século passado permitiram um rápido incremento desse campo de estudos, possibilitando a realização de pesquisas com vários países.

Uma equipe de pesquisadores conhecida como Meaning of Occupational Work - International Research Team (MOW) realizou um dos mais importantes estudos sobre o significado do trabalho (MEANING OF OCCUPACIONAL WORK, 1987).

Esse estudo (um *survey cross-national* com amostra de oito países¹) analisa o significado do trabalho de acordo com a concepção dos trabalhadores e é considerado um marco teórico-metodológico na produção do conhecimento sobre o significado do trabalho (Vilela, 2003).

O estudo desenvolvido pela equipe MOW utilizou um amostra de 15.000 estudantes, empregados, aposentados, e representantes de diversas profissões e ocupações, e considera que a estrutura geral do conceito de significado do trabalho envolve três grandes domínios, dimensões ou facetas: a) centralidade; b) normas sociais e; c) resultados e objetivos valorizados no trabalho (MEANING OF OCCUPACIONAL WORK, 1987).

a) Centralidade do trabalho

A centralidade é o grau de importância conferida ao trabalho em comparação com outras esferas da vida, tais como: família, comunidade e religião (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005). Diz respeito, também à importância geral que o trabalho possui na vida de um indivíduo em um determinado momento, independentemente das razões pelas quais essa importância tenha sido atribuída. Ou, ainda, uma crença geral acerca do valor do trabalho na vida do indivíduo (ENGLAND; MISUMI, 1986 apud VILELA, 2003; MEANING OF OCCUPACIONAL WORK, 1987).

b) Normas Sociais

Expressão geral do que seriam trocas equitativas entre o que o indivíduo recebe da situação de trabalho e as contribuições que ele traz para o processo de trabalho (BASTOS; PINHO; COSTA, 1995). Ou, para Borges, Tamayo e Alves Filho (2005), dizem respeito às obrigações individuais para com a sociedade, em equivalência às obrigações da sociedade para com os cidadãos.

¹ Os países são: Bélgica, Inglaterra, Alemanha, Israel, Japão, Holanda, Estados Unidos, antiga Iugoslávia.

c) Resultados e Objetivos valorizados

Relacionam-se com as finalidades que as atividades de trabalho possuem para o indivíduo, respondendo a indagação acerca do porquê o indivíduo trabalha (VILELA, 2003). Consistem nos objetivos que os indivíduos esperam alcançar por meio do seu trabalho, bem como a valoração atribuída aos resultados do mesmo, envolvendo funções intrínsecas (relacionadas ao conteúdo do trabalho) e extrínsecas (não relacionadas ao trabalho) (MEANING OF OCCUPACIONAL WORK, 1987). Nesse sentido, observa-se que essa “expectativa” em relação aos objetivos do trabalho, parece estar relacionada à motivação para o trabalho, a qual foi discutida no capítulo 5 desta dissertação.

De acordo com Bastos, Pinho e Costa (1995, p. 21):

As informações sobre produtos valorizados permitem entender o que torna os indivíduos mais ou menos satisfeitos com suas ocupações ou o que torna uma situação de trabalho mais atrativa do que outra. Tratando-se, portanto, de um conceito associado às noções de satisfação e motivação.

Para Borges (1999), os estudos da equipe MOW contribuíram para o entendimento do significado do trabalho como um construto multifacetado, para a inclusão de aspectos sócio-normativos e na elaboração de questionários padronizados e testados em diversos países.

De acordo com Bastos, Pinho e Costa (1995), a equipe MOW contribuiu, inclusive para a construção do conceito de significado do trabalho, articulando outros conceitos que contavam com tradições de pesquisa bem mais estabelecidas.

Baseados nos estudos da equipe MOW, e considerando o trabalho como dinâmico e suscetível às mudanças da sociedade, Brief e Nord (1990 apud VILELA, 2003, p. 32) analisaram o trabalho e o não-trabalho, discutindo a diferença entre crenças e valores, bem como o impacto na apreensão do significado do trabalho; Considerando o trabalho como um processo inacabado e dependente do sujeito, os autores alertaram para a necessidade de ampliação do leque de valores do trabalho.

Borges e Alves Filho (2001) descrevem entre as pesquisas sobre o significado do trabalho baseados nos estudos da equipe MOW, uma tendência a articular, não só aspectos individuais e das relações sociais internas às organizações (micro e meso), mas, estes com o contexto mais amplo (histórico-conjuntural) de inserção da organização e/ou com a estratégia organizacional.

Dessa forma, seria coerente estudar como o significado afeta a motivação para o trabalho, observando-se, entretanto, que as pesquisas sobre esses construtos têm uma perspectiva psicossocial, o que dificulta tentativas de adaptação e tradução de instrumentos produzidos em pesquisas realizadas em outro países (BORGES; ALVES FILHO, 2001).

Na tentativa de minimizar tais problemas, foi desenvolvido no Brasil o Inventário do Significado do trabalho - IST (BORGES 1997; 1999; BORGES; TAMAYO, 2001), o qual dirigiu-se aos trabalhadores da construção civil e de redes de supermercados, e mostrou-se adequado tanto para refletir particularidades da nossa realidade, quanto para a elaboração subjetiva dessa realidade pelos indivíduos (BORGES; ALVES FILHO, 2001).

Baseada em vasta revisão da literatura, Borges (1998) mantém a faceta centralidade do trabalho conforme consensuada em instrumentos consolidados e amplia a dimensão dos objetivos e resultados valorados proposta pela equipe MOW, definindo seus atributos como outra faceta do significado do trabalho. Além disso, passa a considerar as normas sociais como atributos tanto valorativos, quanto descritivos e não como uma faceta distinta e independente. Borges (1998) ainda propõe uma quarta faceta, a qual denomina de hierarquia dos atributos e considera a ordem de importância atribuída, por parte do indivíduo, aos atributos valorativos e descritivos.

Essa hierarquia foi anteriormente estudada na bibliografia sobre o significado do trabalho (RAVLIN; MEGLINO, 1989; SALMASO; POMBENI, 1986 apud BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005), e tem sua origem na psicologia social quando esta trata dos valores. Para Rokeach (1991 apud TAMAYO, 2007, p. 7), hierarquia de valores é “uma classificação ordenada de valores ao longo de um contínuo de importância”. Tal conceito permite maior diferenciação entre indivíduos, grupos sociais e culturas, não somente no plano dos valores, já que esses têm número razoavelmente limitado, mas também, no plano das propriedades axiológicas (TAMAYO, 2007).

Os atributos valorativos e descritivos propostos no IST foram identificados a partir da análise de conteúdo de entrevistas realizadas por Borges (1996) em estudo exploratório realizado com trabalhadores da construção civil, confecção e costura e comércio do Distrito Federal.

A figura 2 apresenta o modelo desenvolvido por Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) das construções do Significado do trabalho.

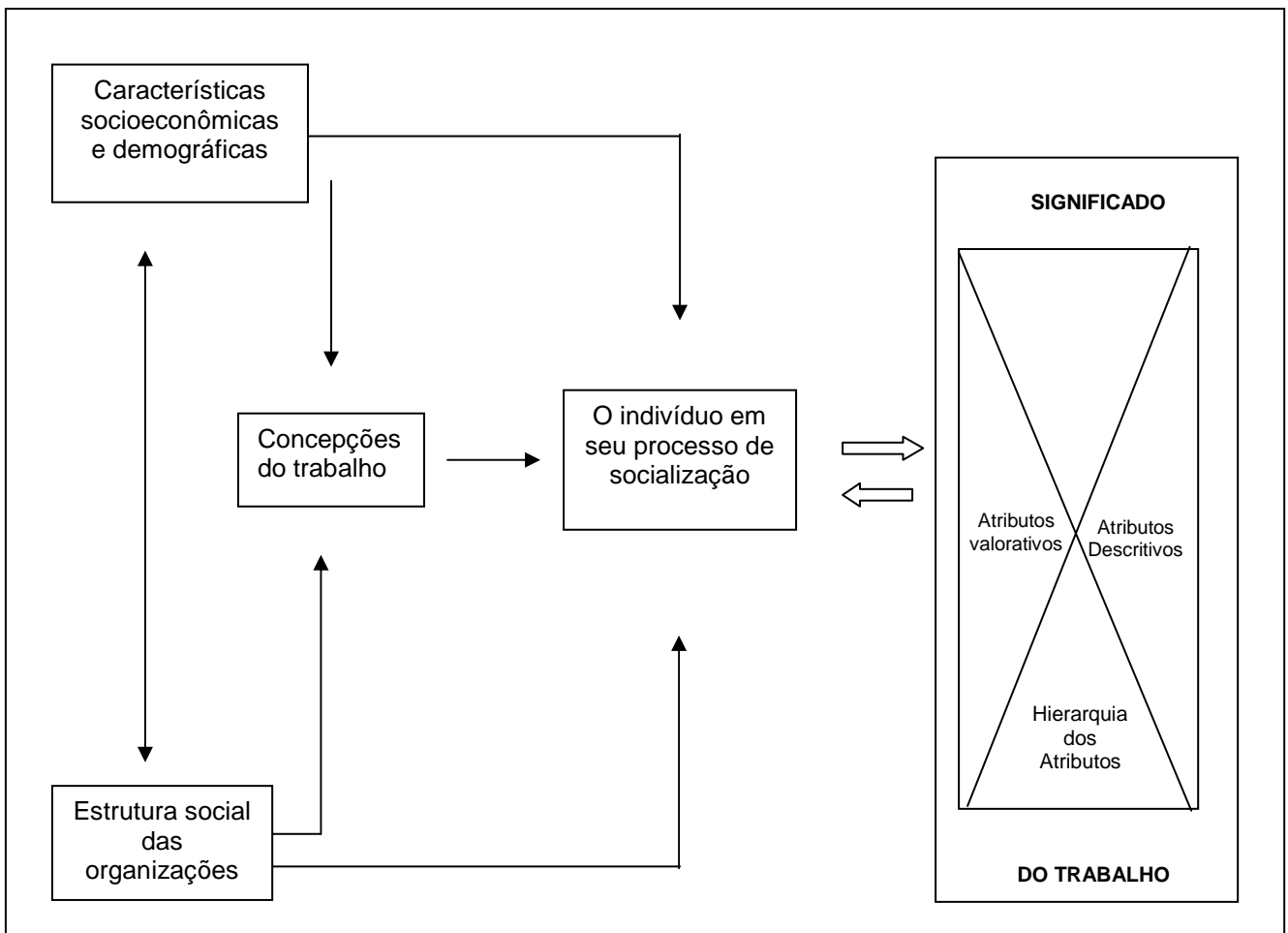


Figura 2 - Modelo das construções do Significado do Trabalho
Fonte: Borges, Tamayo e Alves Filho (2005)

O IST foi testado em duas amostras e foram observadas correlações entre os diversos atributos, os quais os autores designaram como facetas, e que as características se estruturavam diferentemente nos níveis valorativo e descritivo (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005).

Dessa forma, os **Atributos Valorativos** constituem-se em uma definição de “*como o trabalho deve ser*”, ou seja, os valores do trabalho, enquanto os **Atributos Descritivos** referem-se à percepção do trabalho concreto, ou seja: uma definição de como é o trabalho de fato (BORGES; ALVES FILHO, 2001).

Considerando essa dimensão multifacetada do significado do trabalho, e diante da necessidade de mensurar dois elementos da motivação, Borges e Alves Filho (2001) adotaram o modelo de Expectativas de Vroom (anteriormente discutido

no capítulo 5) como referência conceitual para ampliar e adaptar o IST à realidade de outras categorias profissionais. Dessa forma, desenvolveram e validaram um questionário capaz de mensurar simultaneamente o significado e a motivação para o trabalho, bem como explorar as inter-relações entre esses construtos para profissionais de saúde e bancários. Tal estudo originou o Inventário do Significado e Motivação do Trabalho (IMST).

No estudo envolvendo bancários e profissionais de saúde, Borges e Alves-Filho (2001) identificaram mudanças nas estruturas fatoriais dos atributos do IMST em relação às do IST. Dessa forma, a estrutura fatorial dos atributos valorativos do novo inventário passou a ser composta por: Justiça no trabalho, Desgaste e Desumanização, Realização, Bem-estar Sócio-econômico e auto-expressão.

Para os atributos descritivos, a estrutura fatorial mostrou-se composta por: Auto-expressão, Responsabilidade e Dignidade, Desgaste e Desumanização, Recompensa Econômica e Condições de Trabalho.

Após aplicação em amostra subsequente (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005), avaliaram a adequação e a consistência do inventário, explorando como os diversos atributos se agrupam (correlacionam-se) nas facetas valorativas de descritivas (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005), observando novas alterações nas estruturas fatoriais desses atributos. Dessa forma, a nova versão do instrumento passou a ser composta por quatro fatores nos atributos valorativos (justiça no trabalho, auto-expressão e realização pessoal, sobrevivência pessoal e familiar e desgaste e desumanização).

FATORES VALORATIVOS	DESCRIÇÃO
Justiça no trabalho	Define que o ambiente de trabalho deve garantir as condições (materiais, higiene e equipamentos) adequadas às características das atividades e à adoção das medidas de segurança, além do retorno econômico compatível, o equilíbrio de esforços e direitos entre os profissionais.
Auto-expressão e Realização Pessoal	Define que o trabalho deve proporcionar oportunidade de expressar criatividade, sentimento de produtividade, habilidades interpessoais, capacidade de tomar decisões e prazer pela realização das tarefas.
Sobrevivência Pessoal e Familiar	Define que o trabalho deve proporcionar as condições econômicas de sobrevivência e de sustento pessoal, a assistência familiar, a existência humana, a estabilidade no emprego por intermédio do desempenho, o salário e o progresso social;

Quadro 2 - Fatores Valorativos
Fonte: BORGES; ALVES FILHO, 2003

(Continua)

FATORES VALORATIVOS	DESCRIÇÃO
Desgaste e desumanização	Define que o trabalho deve implicar desgaste, pressão, atarefamento, que o trabalhador deve perceber-se como máquina ou animal (desumanizado), despendendo esforço físico, dedicação e perceber-se discriminado.

Quadro 2 - Fatores Valorativos

(Conclusão)

Fonte: BORGES; ALVES FILHO, 2003

Os fatores identificados no nível descritivo foram cinco categorias, a saber: auto-expressão, condições de trabalho, responsabilidade, recompensa econômica, desgaste e desumanização. Tais fatores são descritos no quadro 3.

FATORES DESCRITIVOS	DESCRIÇÃO
Auto-expressão	Descreve o trabalho como lugar de influenciar nas decisões, oportunizando a realização de sugestões e reconhecimento do que se faz, permitindo que o trabalhador sinta-se tratado como pessoa respeitada.
Condições de Trabalho	descreve o trabalho exigindo para seu desempenho equipamentos adequados, conforto material e higiênico, assistência e melhores salários para o trabalhador.
Responsabilidade	descreve que o trabalho implica na necessidade de cumprimento das tarefas previstas por parte dos trabalhadores e dos deveres por parte da organização, fazendo o indivíduo sentir-se bem.
Recompensa Econômica	Descreve o trabalho como garantia de sobrevivência, sustento e independência econômica.
Desgaste e Desumanização	Descreve o trabalho como associado à valorização da condição de ser gente à aceitação da dureza do trabalho, o que faz com que o indivíduo se perceba como máquina ou animal, exigindo rapidez, esforço físico, ritmo acelerado, repetição de tarefas e até discriminação em função do que faz.

Quadro 3: Fatores Descritivos

Fonte: BORGES; ALVES FILHO, 2003

Borges e Alves-Filho (2003) identificaram, ainda, a estrutura fatorial dos componentes da motivação, a qual passou a ser mensurada a partir das expectativas, instrumentalidade e da força motivacional, de acordo com a Teoria das Expectativas de Vroom (já discutida no capítulo 5).

Segundo essa teoria, a instrumentalidade é entendida como a percepção do trabalhador sobre a relação entre a execução da tarefa e a obtenção dos resultados;

As expectativas, por sua vez, são entendidas como a relação entre o esforço e o rendimento. Assim como ocorre com a valência e a instrumentalidade, é o

trabalhador que gera expectativa sobre seu trabalho. Dessa forma, depois de refletir sobre a relação entre o esforço e o rendimento, o indivíduo atribui expectativas ao resultado do trabalho (ex.: atrativo ou não);

Já a Força motivacional é a quantidade de esforço ou pressão de uma pessoa para motivar-se.

Da mesma forma que os fatores empíricos que compunham os atributos valorativos e descritivos para a mensuração do significado sofreram alterações, a escala dos fatores empíricos da motivação foi alterada, tanto após a criação do IMST (BORGES, 2001), quanto depois da aplicação na segunda amostra para aperfeiçoamento do inventário (BORGES; ALVES FILHO, 2003).

A nova composição dos fatores empíricos das expectativas e da instrumentalidade, bem como a descrição de cada fator foi apresentada no capítulo 5.

A figura 3 resume as bases teórico-metodológicas que contribuíram para a elaboração do IMST.

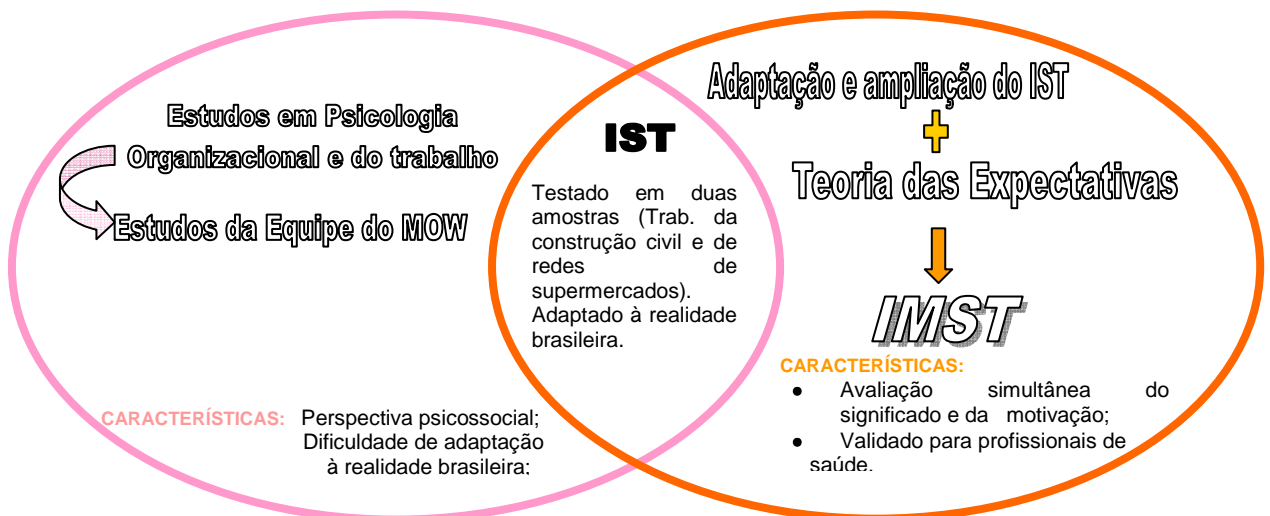


Figura 3 - Bases teórico-metodológicas que contribuíram para a elaboração do IMST.

Embora a relação do indivíduo com o mundo possa ser parcialmente representada nas facetas e seus fatores, conforme descrito ao longo desse capítulo, isso não é suficiente para retratar o processo de construção do significado do trabalho por parte dos profissionais de saúde. Tal processo se desenvolve na relação do indivíduo com o mundo, com o trabalho e com as instituições nas quais está empregado (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005).

Entretanto, a utilização do IMST como instrumento de avaliação para o presente estudo constitui-se em uma tentativa de interpretar os significados à luz do contexto sócio-econômico e cultural, atentando para as inter-relações entre esses e a motivação para o trabalho, por parte dos médicos da Estratégia de Saúde da Família.

7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão descritos detalhadamente como foi realizado o estudo, apresentando assim: a) os municípios que participaram da pesquisa, suas características sócio-econômico-demográficas e de rede de saúde de atenção básica; b) a população participante, enfatizando, como foi o cálculo da amostra; c) desenho de estudo, variáveis, coleta, processamento e análise dos dados.

7.1 Área de estudo

O estudo foi realizado em 10 municípios da Região Metropolitana do Recife: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Igarassu, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

Na Região Metropolitana do Recife encontram-se os municípios mais populosos do estado (IBGE, 2007): Recife (1.422.905), Jaboatão dos Guararapes (581.556), Olinda (367.902), Paulista (262.237). Esta mesorregião apresenta clima tropical, área de 2.768,454 km² e densidade demográfica de 1.321,5 hab./km².

De acordo com o IBGE, a população da Região Metropolitana do Recife é de 4.875.129 habitantes. Concentra a maior parte da renda do Estado e os seus municípios geram hoje, juntos, metade de toda a riqueza produzida em Pernambuco.

De acordo com o IBGE (1991, 2000 e 2005), praticamente toda a população residente na Região Metropolitana do Recife (97,75%), encontra-se em áreas urbanas.

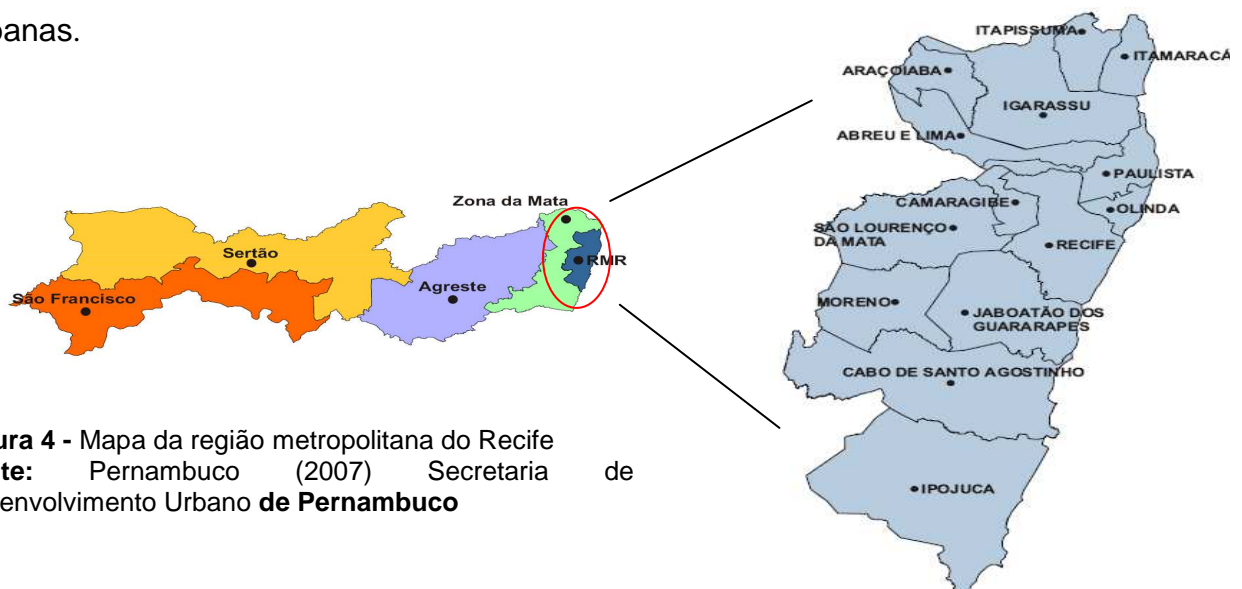


Figura 4 - Mapa da região metropolitana do Recife
Fonte: Pernambuco (2007) Secretaria de Desenvolvimento Urbano de Pernambuco

7.1.1 Caracterização dos municípios

A escolha da região metropolitana do Recife para realização da pesquisa ocorreu devido ao fato de que esta mesorregião apresenta, segundo Benning e GUARDA (2007) os menores índices de rotatividade entre os profissionais médicos do PSF em todo o estado (22,5%). Esta menor rotatividade pode estar associada, entre outros fatores, ao grande estreitamento político, geográfico, econômico e cultural existente entre os municípios da região.

A seleção dos 10 municípios que participaram do estudo foi aleatória.

Para melhor compreensão da relação que existe entre as cidades, segue abaixo uma caracterização de cada um dos municípios que participaram do estudo.

a) **Abreu e Lima** – o distrito de Abreu e Lima pertenceu administrativamente ao município de Igarassu e, depois, passou 47 anos subordinado ao município de Paulista. Em 1982 foi emancipado, tornando-se mais um município integrante da Região Metropolitana do Recife. Localiza-se no litoral Norte, há 20 km da capital do estado. O município apresenta, segundo o IBGE, população de 92.217 habitantes, área com cerca de 126 km² e densidade demográfica de 693,19 hab./km².

b) **Cabo de Santo Agostinho** - localiza-se no litoral sul, a uma distância de 30 Km do Recife. Tem população de 163.139 habitantes, com área equivalente a 448 Km², densidade demográfica de 342,6 hab./km². O município apresenta uma situação peculiar e bastante complexa em relação às atividades de planejamento, pois apesar de estar vinculado a região de desenvolvimento da RMR e apresentar grau de urbanização superior a 80%, possui cerca de 60% do seu território ocupado por terras voltadas a plantação de cana de açúcar.

c) **Igarassu** - localiza-se no litoral norte da Região Metropolitana. Segundo IBGE (2007), apresenta uma população de 93.748 habitantes, uma área de 306 km², com uma densidade demográfica equivalente a 271,63 hab./km². Localiza-se a uma distância de 28 km do Recife.

d) **Itamaracá** – situado há 48 Km do Recife, este município é uma ilha no litoral do estado de Pernambuco que segundo o IBGE (2007) apresenta, uma população de 18.552 habitantes, além de uma área equivalente a 65.4 Km², com uma densidade demográfica de 283.2 hab./km².

e) **Itapissuma** - localiza-se a uma distância de 45 km do Recife, apresenta população de 23.110 habitantes, área equivalente a 74.38 Km² e densidade demográfica equivalente a 259.27 hab./km².

f) **Jaboatão dos Guararapes** - segundo IBGE, apresenta uma população de 665.387 habitantes, possui uma área de 257,3 Km², com uma densidade demográfica de 2.334 hab./ Km², distando 18 Km do Recife.

g) **Olinda** - apresenta uma população de 391.433 habitantes, uma área de 44 km², uma densidade demográfica de 13.361 hab./ Km². Localizada a uma distância de 6 km do Recife.

h) **Paulista** - segundo o IBGE, apresenta uma população de 307.284 pessoas, com uma área de 94 km² e uma densidade demográfica de 2.573,26 hab./km².

i) **Recife** - é a capital do estado. Apresenta uma população de 1,53 milhões de pessoas, com uma área de 218 km² e uma densidade demográfica de 6.422 hab./km².

j) **São Lourenço da Mata** – localiza-se há 18 km do Recife, apresenta uma população de 95.304 habitantes, área com cerca de 264,48 km² e densidade demográfica de 339.98 hab./km.

7.1.2 Caracterização da rede de saúde

A caracterização da rede de saúde no que refere a atenção básica (quantitativo de USF e ESF) dos municípios da Região Metropolitana do Recife que

fazem parte da área de estudo da pesquisa, foi realizada através de pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e apresentada no quadro abaixo:

Município	Número de USF	Número de ESF
Abreu e Lima	6	6
Cabo de Santo Agostinho	33	33
Igarassu	22	24
Itamaracá	3	3
Itapissuma	8	8
Jaboatão dos Guararapes	68	70
Olinda	39	54
Paulista	37	40
Recife	116	229
São Lourenço da Mata	22	22
TOTAL	216	489

Quadro 4 – Número de USF e ESF da Região Metropolitana do Recife
Fonte: Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde (2008).

7.2 População de estudo

A amostra estimada para a realização do estudo foi de 76 médicos. No entanto, considerando recusas e/ou outros tipos de perda foi estabelecida uma margem de segurança de 10% (dez por cento).

Participaram do estudo 76 médicos, em amostra calculada a partir do universo de 446 profissionais efetivamente ligados às equipes de PSF nos 10 municípios pesquisados da Região Metropolitana do Recife.

Cabe observar que alguns municípios apresentam equipes funcionando sem a presença do profissional de medicina, motivo pelo qual o universo de médicos difere do quantitativo de ESF constantes do quadro 4.

A amostra foi distribuída proporcionalmente de acordo com o número de médicos existentes em cada município da região (quadro 5).

O cálculo da amostra foi realizado através da estatística “R” - the R Project for Statistical Computing - (disponível em www.r-project.org), com prevalência estimada de 50%, Nível de Significância de 90% e Margem de Erro de 10%.

É importante salientar que alguns municípios como Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes são divididos em distritos sanitários. Portanto, foi necessário realizar uma distribuição proporcional do quantitativo de médicos que participaram da pesquisa por distritos sanitários ou regionais de saúde (Quadros 6, 7 e 8).

Após emissão das cartas de anuências (Anexo A), por parte dos municípios para realização da pesquisa, a secretaria de saúde de cada um dos 10 municípios participantes autorizou a aplicação dos questionários com os médicos. Posteriormente, foi realizado um sorteio aleatório simples, de onde foi retirada a amostra para aplicação dos questionários.

Municípios	Número de Médicos	Proporção	Amostra	10% de Margem de Segurança
Abreu e Lima	22	0,049	3	3
Cabo de Santo Agostinho	28	0,063	5	5
Igarassu	22	0,049	4	4
Itamaracá	2	0,004	1	1
Itapissuma	7	0,016	2	2
Jaboatão dos Guararapes	64	0,143	11	12
Olinda	35	0,078	6	7
Paulista	36	0,081	6	7
Recife	212	0,475	35	39
São Lourenço da Mata	18	0,040	3	3
TOTAL	446	1,000	76	84

Quadro 5 - Distribuição da amostra de médicos por município da Região Metropolitana do Recife.

Distritos Sanitários	Número de médicos	%	Amostra
I	25	11,79	4
II	32	15,09	5
III	42	19,81	7
IV	32	15,09	5
V	35	16,51	6
VI	46	21,70	8
TOTAL	212	100	35

Quadro 6 – Distribuição da amostra de médicos por Distritos Sanitários no município do Recife

Regional de Saúde	Número de Médicos	%	Amostra
I	12	18,75	2
II	15	23,44	2
III	3	4,69	0
IV	5	7,81	1
V	17	26,56	4
VI	12	18,75	3
TOTAL	64	100	12

Quadro 7 – Distribuição da amostra de médicos por Regional de Saúde no município de Jaboatão dos Guararapes

Distritos Sanitários	Número de Médicos	%	Amostra
I	20	57,14	4
II	15	42,86	3
TOTAL	35	100	7

Quadro 8 – Distribuição da amostra de médicos por Distritos Sanitários no município de Olinda

7.3 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, o qual buscou identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico e a motivação para o trabalho dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na região metropolitana do Recife (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999).

7.4 Definição de variáveis

Para alcançar o objetivo do estudo, foram traçadas variáveis que compõem os instrumentos de pesquisa (Questionário sócio-demográfico - Apêndice A - e Inventário do Significado e Motivação do Trabalho - IMST). Estas foram distribuídas em dois blocos: um referente ao perfil dos médicos, onde se encontram

características sócio-demográficas (quadro 9) e outro que se refere a motivação para o trabalho (quadro 10). Segue abaixo as definições das variáveis:

VARIÁVEIS	
Sexo	Sexo definido pelo participante.
Idade	Faixa Etária apresentada pelo participante no ato da pesquisa.
Formação Profissional	Estágios de formação e aperfeiçoamento do participante
Renda	Renda referida pelo participante
Exercício da medicina antes do trabalho no PSF	O exercício ou não de atividade remunerada anterior como médico antes do trabalho no PSF
Tipo de atividade	Tipo de atividade desenvolvida antes do trabalho no PSF
Exercício de outra atividade	Atividade extra ao vínculo de PSF exercida pelo participante
Vínculo com atividade extra	Tipo de vínculo estabelecido para o trabalho extra
Tempo de trabalho no PSF	Ano em que começou a trabalhar como médico do PSF
Vínculo empregatício da atividade no PSF	Modalidade de vinculação com o município.
Área de Atuação Profissional	Área em que atua: Urbana e/ou Rural
Local de residência	Relação entre local de residência e área de trabalho
Tempo de moradia na área de trabalho	Período em que reside na área de atuação profissional
Atividade remunerada fora da área médica	Participação (ou não) em atividade remunerada fora da área médica
Razão de escolha do trabalho no PSF	Motivo que influenciou na escolha da profissão
Tempo de Permanência	Tempo que o profissional se encontra vinculado à atual ESF

Quadro 9 - Variáveis sócio-demográficas

O IMST (Anexo B) apresenta várias questões sobre motivação e significado do trabalho, as quais, após alguns procedimentos matemáticos, levam a identificação de três variáveis: expectativas, instrumentalidade e força motivacional.

VARIÁVEIS	
EXPECTATIVAS	Expectativas que o indivíduo atribui ao resultado do trabalho, considerando a relação entre esforço e rendimento.
INSTRUMENTALIDADE	Percepção do trabalhador da relação entre a execução da tarefa e a obtenção dos resultados.
FORÇA MOTIVACIONAL	É a quantidade de esforço ou pressão de uma pessoa para motivar-se.

Quadro 10 - Variáveis obtidas após análise dos itens do IMST

7.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de aplicação dos questionários contendo perguntas fechadas e abertas. As perguntas estão divididas em dois blocos, sendo um referente aos aspectos sócio-demográficos e outro referente a motivação para o trabalho.

Os questionários foram entregues diretamente aos profissionais em suas Unidades de Saúde, sendo marcada data e hora para o recolhimento dos mesmos, por parte do pesquisador ou da auxiliar da pesquisa. O prazo para a devolução dos questionários variou de dois a dez dias, dependendo da disponibilidade ou necessidade do pesquisado.

Os questionários foram aplicados entre os meses de novembro de 2008 e abril de 2009, nas USF sorteadas em cada município.

Além do pesquisador principal, os questionários foram entregues e recolhidos por uma aluna do curso de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Antes de iniciar o processo de aplicação dos questionários, foi feito um treinamento detalhado dos instrumentos, no qual foram estudadas todas as alternativas que compõem o questionário e, posteriormente, ocorreram simulações de aplicação com a auxiliar da pesquisa. Esse processo foi o momento para retirada de dúvidas e esclarecimento sobre o instrumento. Não foi estabelecida uma média de tempo de duração para a aplicação dos questionários, pois todos os profissionais preferiram que o instrumento fosse deixado para que respondesse e devolvesse em data posterior.

Para se ter uma maior confiabilidade com o instrumento e observar possíveis dificuldades e/ou dúvidas, o questionário utilizado na pesquisa foi previamente validado em um estudo piloto com uma amostra de 10 médicos da Região Metropolitana do Recife. Concluído o estudo piloto e feitos os ajustes necessários, realizou-se o estudo principal.

A primeira etapa do instrumento consistiu da apresentação, por escrito, do objetivo do estudo, além dos seus benefícios e riscos, ressaltando-se a importância da leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Os participantes assinaram o termo de consentimento informado com duas vias, das quais uma pertencente ao pesquisado e outra ao pesquisador.

7.6 Processamento de dados

Os questionários foram codificados pelo pesquisador principal e pela auxiliar de pesquisa e, ao final de cada dia de trabalho de campo, eram analisados, a fim de verificar se todos os campos estavam preenchidos. Os dados foram duplamente digitados por pessoas diferentes e comparados, sendo uma dessas versões corrigida. Essas etapas, bem como a listagem de frequências das variáveis, foram realizadas utilizando-se programa Microsoft Excel e o Pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows, versão 10.0.

7.7 Análise dos dados

O instrumento está dividido em duas partes: na primeira encontram-se perguntas relacionadas ao perfil sócio-demográfico dos médicos; na segunda encontra-se o IMST, o qual identifica opiniões sobre valores, desempenho, expectativas e percepção de como o trabalho é na realidade.

7.7.1 Perfil Sócio-demográfico

Foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas, com número e percentual para cada uma das variáveis referentes às características sócio-demográficas.

7.7.2 Composição do IMST

Para análise da motivação para o trabalho foram reproduzidos os procedimentos utilizados por Borges e Alves Filho (2005), acrescidos da análise das associações entre o perfil sócio-demográfico dos médicos e a sua rotatividade no Programa Saúde da Família.

Para melhor compreensão da análise, será apresentada uma breve descrição do instrumento e dos procedimentos que levam à identificação da variável Força Motivacional:

- a) O instrumento apresenta uma série de questões para as quais os pesquisados devem atribuir respostas em uma escala que vai de 0 a 4;
- b) Grupos de questões formam **itens**;
- c) Para cada item há um multiplicador (peso) proposto para cálculo de uma média ponderada;
- d) Grupos de itens compõem fatores;
- e) Cada grupo de **fatores** (descritos em detalhes no capítulo 7) irá compor um atributo (Valência, Instrumentalidade e Expectativa);
- f) O produto dos atributos identificará a variável “Força Motivacional”;

7.7.3 Análise da Motivação

A análise dos componentes do IMST foi realizada por meio do cálculo da média ponderada dos pontos que cada participante atribuiu aos itens de cada fator, pelas cargas dos itens na composição do fator (BORGES; TAMAYO, 2001; BORGES E ALVES FILHO, 2001 e 2003).

Em seguida, calculam-se as médias e os desvios-padrão da amostra em cada fator e a frequência de participantes por intervalos da distribuição de escores (0 a 4).

A força motivacional foi calculada multiplicando-se os escores da expectativa pelo somatório do produto das valências pela instrumentalidade, de

acordo com a fórmula: $FM = E [\sum V_i I_i]$, onde, “FM” representa a Força Motivacional, “E” a Expectativa e, “I” a Instrumentalidade.

As valências dos resultados do trabalho foram tomadas dos escores nos atributos valorativos, constantes no IMST. Em virtude da média baixa da amostra no fator Desgaste e Desumanização, este foi considerado como valência negativa (-1). A todos os demais fatores atribuímos valências positivas (+1).

As estimativas foram procedidas por meio do produto entre as somas dos escores de cada indivíduo nos fatores de Expectativas e Instrumentalidade (Ver Anexo D), do qual foi, em seguida, subtraído o produto da Expectativa pela Instrumentalidade do fator referente a um resultado não-atrativo do trabalho (Desgaste e Desumanização).

Como a escala utilizada no questionário variava de 0 a 4, estes produtos podiam variar de 0 a 144.

As relações entre as variáveis sócio-demográficas e os componentes da Força Motivacional foram estimadas através dos testes de Qui-quadrado; correlação de Pearson (para variáveis contínuas); ANOVA – Teste de Tukey -(para dados homogêneos); ANOVA - Pair wise.t test (para dados não-homogêneos); Análises de Regressão.

7.8 Considerações éticas

Obedecidos os preceitos éticos estipulados pela resolução nº 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM), o qual emitiu parecer favorável à realização do estudo, sob o número de Registro 144/08 (Anexo C).

O estudo foi realizado dentro dos padrões de ética científica. Os bancos de dados de onde foram selecionados os nomes dos médicos participantes da pesquisa estão nas secretarias municipais de saúde de cada município. Sendo assim, aos municípios foram enviadas solicitações para que os mesmos permitissem a realização da pesquisa através de uma carta de anuência, não estando estes sujeitos a qualquer risco de exposição ou dano. Aos municípios e aos médicos participantes, foram garantidos sigilo das informações sem prejuízo.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões do presente estudo estão organizados em duas partes, de acordo com o objetivo da pesquisa. Na primeira parte, serão apresentadas as características, o perfil sócio-demográfico dos médicos da RMR. Na segunda, as análises realizadas para a mensuração da motivação e para a identificação de associações entre o perfil e a motivação dos sujeitos da pesquisa.

8.1 Perfil sócio-demográfico

Conforme mencionado anteriormente, os dados aqui apresentados tiveram como base a aplicação de questionário entre 76 médicos de 10 municípios da Região Metropolitana do Recife que participaram da pesquisa. Os gráficos e tabelas mostram a caracterização sócio-demográfica dos profissionais de medicina, segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, exercício de alguma atividade remunerada antes de trabalhar no PSF, tipo de vínculo com o município, área de atuação, tempo de moradia, local de residência, exercício liberal da medicina ou de outra atividade antes de ser médico de saúde da família, motivo que mais influenciou na escolha do PSF, motivos que os levariam a deixar a equipe a qual estão atualmente vinculados.

O município do Recife, capital do estado e cidade mais populosa da região, foi o que apresentou a maior concentração de equipes do PSF em funcionamento, com 47,53% dos médicos da região metropolitana. Jaboatão dos Guararapes é o segundo município que apresenta o maior número de equipes, ou seja, 14,35% de profissionais. A distribuição dos médicos nos municípios é descrita no quadro 11.

Município	Número de ESF	% de médicos
Abreu e Lima	22	4,93
Cabo de Santo Agostinho	28	6,28
Igarassu	22	4,93
Itamaracá	2	0,45

Quadro 11 – Distribuição dos médicos por municípios

(Continua)

Município	Número de ESF	% de médicos
Itapissuma	7	1,57
Jaboatão dos Guararapes	64	14,35
Olinda	35	7,85
Paulista	36	8,07
Recife	212	47,53
São Lourenço da Mata	18	4,04
TOTAL	446	100,00

Quadro 11 – Distribuição dos médicos por municípios

(Conclusão)

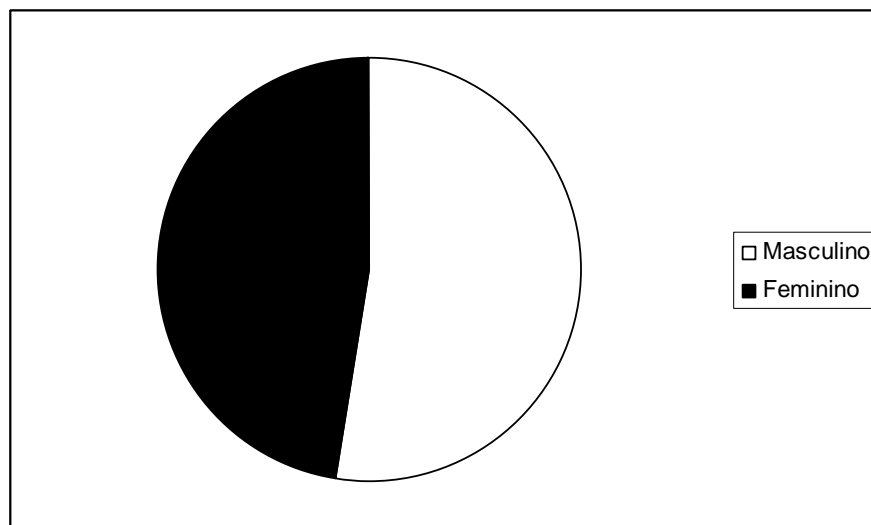


Gráfico 1- Distribuição dos médicos por sexo em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

Machado (1997), em pesquisa sobre médicos no Brasil (MACHADO et al., 1997), apontava que a medicina era uma profissão predominantemente masculina, com 67,3% de profissionais homens. Entretanto, observando o gráfico 1, nossos resultados apontam que houve um equilíbrio entre os gêneros, sendo a amostra composta por 47,4% de mulheres e 52,6% de homens.

Esses resultados assemelham-se aos encontrados por Machado (2000). A autora realizou estudo para traçar o perfil de médicos e enfermeiras no PSF e identificou que 44,04% dos médicos brasileiros eram mulheres.

Em outros estudos, entretanto esta distribuição de homens e mulheres parece não ser regular. Ferrari, Thomson e Melchior (2005), em pesquisa realizada com médicos e enfermeiros do município de Londrina, no Paraná, verificaram que 59,8% dos médicos eram homens. Por outro lado, Cotta et al., (2006) e Canesqui e Spinelli

(2006) observaram predominância de profissionais do sexo feminino, corroborando com outros estudos os quais indicam uma tendência à feminilização da profissão médica (BRASIL, 2002c; GIL, 2005; GIRARDI; CARVALHO, 2003).

Analisando os dados sobre faixa etária, percebe-se que o programa apresenta uma alta concentração de profissionais com idade acima de 40 anos (76,3%). Na faixa mais jovem (até 29 anos), encontram-se apenas 7,9% dos médicos.

Essa predominância na faixa etária acima de 40 anos, encontra-se um pouco acima da média nacional, identificada por Machado et al., (2000), a qual descreve que os médicos mais velhos (com idade entre 30 e 49 anos) somavam 66,62%, ao passo que os mais jovens (até 29 anos) perfaziam 19,12 % da amostra.

Da mesma forma como acontece com a distribuição por gênero, a idade dos médicos do PSF apresenta variações locais. No estado do Mato Grosso, Canesqui e Spinelli (2006), identificaram que a mediana de idade dos profissionais médicos era de 36 anos. Campos e Malik (2008), em pesquisa com médicos do município de São Paulo, identificaram que 52,1% dos profissionais tinham até 40 anos e que apenas 3,3% estavam acima de 59 anos. Em pesquisa realizada por Ferrari, Thomson e Melchior (2005), observou-se certo equilíbrio na proporção de profissionais jovens e maduros entre os médicos de Londrina, no Paraná. O estudo aponta que 43,9% dos indivíduos tinham menos de 40 anos de idade.

Embora a proporção de médicos mais velhos descrita nos estudos citados seja menor que a encontrada nesta dissertação, o problema da classificação etária desses profissionais parece ser percebido também pela gestão do SUS.

Pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que um dos fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos era a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonavam o emprego para cursar residência médica. Na mesma pesquisa os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade (BRASIL, 2002c).

Tabela 1 - Distribuição dos Médicos por faixa etária e formação profissional em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

CARACTERÍSTICAS	Médicos	
	N	%
Faixa Etária		
20 - 29	6	7,9
30 - 39	12	15,8
40 - 49	19	25,0
50 - 59	18	23,7
≥ 60	21	27,6
Cursos de Formação e Aperfeiçoamento		
Apenas graduação	10	13,2
Residência Médica	17	22,4
Título de Especialista	47	61,8
Mestre	2	2,6
Doutor	0	0,0

Quanto à formação profissional, observa-se que 86,8% dos médicos entrevistados possuem algum curso de pós-graduação.

Verifica-se, ainda, que a maioria dos médicos dos 10 municípios da Região Metropolitana do Recife que participaram do estudo, tem título de especialista (61,8%).

Em pesquisa que descreveu o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil (BRASIL, 2000a), observou-se que poucos médicos do PSF tinham algum curso de especialização (39,53%) e o número de profissionais com titulação *Stricto Sensu* era ainda mais reduzido, ou seja, 2,43% tinham mestrado e/ou doutorado.

Entretanto, em estudo realizado por Canesqui e Spinelli (2006), a residência médica e os cursos de especialização foram concluídos por, respectivamente, 27% e 40% dos médicos do PSF; Além disso, 31,2% concluíram cursos de atualização de curta duração. Apenas 1,6% obtiveram os graus de mestre e doutor.

Utilizaremos a tipologia adotada no livro os médicos no Brasil (MACHADO et al., 1997: p. 123 – 126), na qual a vida profissional dos médico é analisada em cinco fases:

- a) ***iniciando-se na vida profissional*** - constituída por jovens de menos de 30 anos, até quatro anos de formado;
- b) ***afirmando-se no mercado*** - constituído por médicos com 5 a 9 anos de formação;
- c) ***consolidando-se na vida profissional*** - médicos com 10 a 24 anos de formação;
- d) ***desacelerando as atividades médicas*** - médicos com 50 a 59 anos de idade, que estão de modo geral a mais de 25 anos no mercado, e;
- e) ***paralisando a vida profissional*** - médicos com mais de 35 anos de formação.

Sob essa ótica, podemos observar que 51,3% dos médicos da RMR concentram-se em nas faixas de desaceleração da atividade médica e na fase de paralisação da atividade profissional.

Segundo Machado et al., (1997), a fase denominada afirmação no mercado de trabalho é constituída por médicos que, em sua maioria já fizeram algum programa de residência médica e/ou curso de especialização.

Conforme já observado, os médicos da RMR estão concentrados principalmente em fases posteriores à fase de “afirmação profissional”, sendo que 13,2 % deles possuem apenas o curso de graduação. Isso indica que os profissionais que atuam nas USF possuem bom nível de qualificação, haja vista que a média nacional de médicos com residência é de 75% (MACHADO et al., 1997).

De acordo com Cotta et al., (2006), a qualificação/capacitação do profissional de saúde, é um importante desafio e, certamente constitui-se em um dos caminhos para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Dessa forma, o fato de as USF da Região Metropolitana do Recife possuírem maior percentual médicos com formação especializada, ainda que em variadas áreas do conhecimento, pode contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento prestado à população.

Tabela 2 - Distribuição dos Médicos segundo renda, tempo de trabalho e tipo de vínculo em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

CARACTERÍSTICA	Médicos	
	N	%
Renda per capita		
<3 salários	0	0,0
De 3 a 5 salários mínimos	5	6,6
De 6 a 8 salários mínimos	5	6,6
De 9 a 11 salários mínimos	23	30,3
> 12 salários mínimos	43	56,6
Tempo de Trabalho		
> 10 anos	3	3,95
10 – 5 anos	24	31,58
4,9 - 4 anos	7	9,21
3,9 – 2 anos	16	21,05
< 2 anos	26	34,21
Tipo de Vínculo		
CLT Próprio	2	2,63
CLT Cedido	3	3,95
Contratação Comissionada	1	1,32
Contratação Temporária	25	32,89
Prestação de Serviços	8	10,53
Estatutário	37	48,68

A tabela 2 mostra que 56,6% do total de médicos entrevistados apresentam uma renda per capita superior a 12 salários mínimos e apenas 6,6% recebe até 5 salários mínimos.

As informações obtidas com relação à variável renda dos médicos da RMR divergem das encontradas no estudo de Canesqui e Spinelli (2006), onde 87,4% deles recebiam de R\$ 4.000,00 a R\$ 6.000,00, sendo que 46,3% dos médicos ficaram na faixa de 25 a 35 salários mínimos.

Os mesmos autores, entretanto, afirmam que as remunerações dos médicos do PSF no Estado de Mato Grosso destacaram-se em relação às das demais regiões, sendo acrescentadas, inclusive de benefícios como residência e transporte.

Nossos achados apontam que a renda dos médicos da região metropolitana do Recife, se convertida em dólares na cotação atual (pouco mais de dois Reais),

alcançará valores próximos a 2.464,00 dólares, ou seja, encontra-se próxima à média nacional descrita por Machado (2000), a qual era de 2.229,00 dólares.

Esse salário tem sido superior à remuneração das demais especialidades médicas, nos mercados público e privado, conforme Campos e Malik (2008). Os autores citam um inquérito nacional realizado em 2001, o qual verificou que os salários pagos aos profissionais estavam, em média, 76% acima do mercado de trabalho, em torno de R\$ 4 mil (em valores de 2006).

Por outro lado, embora o salário seja um dos atrativos para os médicos se apresentarem para contratação no programa, este não tem evitado a rotatividade desses profissionais (CAMPOS; MALIK, 2008).

Esse fato pode ser agravado ainda mais pela possibilidade do exercício liberal da profissão em hospitais, consultórios e clínicas privadas, o que amplia o leque de possibilidades de emprego para os médicos, aumentando a oferta de vagas no setor público (PIERANTONI, 2001), o que, conseqüentemente, aumenta o valor dos salários ofertados.

Neste aspecto, a oferta de postos de trabalho em municípios com remuneração superior à média praticada nos grandes centros pode ser um fator determinante para a adesão desses profissionais a sistemas de saúde localizados fora dos grandes centros ou em suas regiões periféricas, porém, não assegura a fixação do profissional nessas localidades.

De forma geral, os indivíduos pesquisados apresentaram baixa rotatividade no Programa. Segundo a variável tempo de trabalho no PSF, observa-se que 3,95% dos profissionais trabalham a mais de 10 anos no PSF; 31,58% apresentam um tempo de serviço entre 5 e 10 anos; aqueles que atuam no programa entre 4 e 5 anos representam 9,21% da amostra. 34,21% afirmaram trabalhar a menos de 2 anos e apenas 9% declararam trabalhar entre 4,9 e 4 anos.

Observa-se, portanto, que a maioria dos médicos da Região Metropolitana do Recife (65,79%) trabalha no Programa há mais de dois anos, ou seja, mais de 700 dias, sendo a mediana de permanência é igual a 1.167 dias.

Esses dados extrapolam os achados de Benning e GUARDA (2006), os quais identificaram mediana de permanência em torno de 820 dias (pouco mais de dois anos) para profissionais médicos nas equipes de PSF da Região Metropolitana do Recife, cabendo observar que esta foi a menor rotatividade encontrada em todo estado de Pernambuco.

A rotatividade dos médicos nas equipes de PSF compromete a continuidade de ações de médio e longo prazos, além de dificultar o estabelecimento do vínculo entre estes profissionais e a população por eles atendida (BENNING e GUARDA, 2006; CANESQUI; SPINELLI, 2006). Assim sendo, o elevado tempo de permanência identificado entre os médicos da RMR parece favorecer o cumprimento desse objetivo.

No que refere à área de atuação dos médicos entrevistados, verificou-se que 96,06% atuam na área urbana e apenas 3,94% do total de participantes tem como área de atuação de trabalho a zona rural. De acordo com o IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) Censos Demográficos 1991 e 2000, a Região Metropolitana do Recife no ano 2005 apresentava um grau de urbanização de 97,75%. Isso demonstra a aplicação da equidade, visto que 2,25% da população está sendo assistida por quase 4% dos médicos.

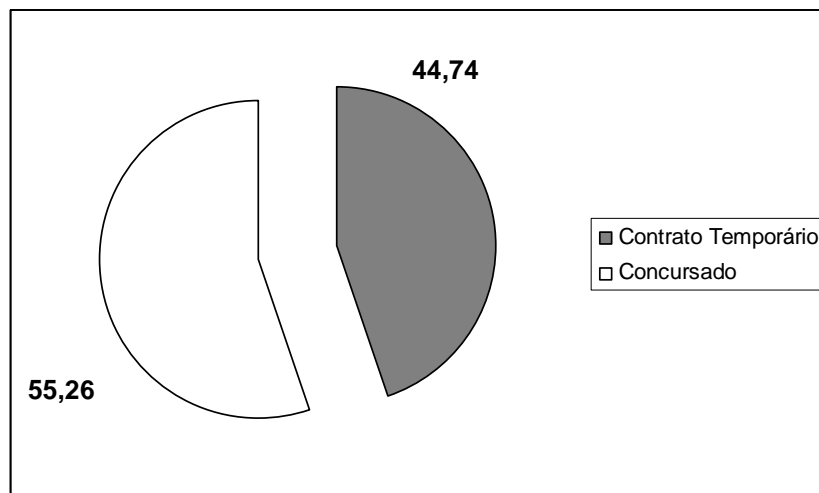


Gráfico 2 - Distribuição dos Médicos por vínculo empregatício em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

Avaliando os resultados obtidos no gráfico 2, observa-se que 44,74% dos participantes da pesquisa, apresentam contrato temporário como forma de vinculação com o município e 55,26% afirmaram ter vínculo empregatício com seu município regido pelo regime estatutário.

Embora esses resultados sejam diferentes dos apontados em alguns estudos (BRASIL, 2000a; DAL POZ, 2000), as formas de contratação de médicos para o PSF na RMR ainda mantém elevado índice de precarização. Nesta dissertação, o elevado número de contratações realizadas sob o regime estatutário

(ver tabela 2) se deve ao fato de que o município do Recife realizou, recentemente, concurso público para preenchimento dos cargos no Programa Saúde da Família.

Considerando que o Recife é o município com a maior rede de saúde do estado, o fato de seus profissionais terem seu vínculo estabelecido por meio de concurso público representa um grande avanço rumo a desprecarização das formas de contratação. Por outro lado, eleva a média dos vínculos concursados na RMR, equilibrando uma relação que, de fato, é irregular, pois todo o restante dos municípios pesquisados ainda mantém vínculos precários. Dessa forma, nossos achados apontam que quase a metade dos médicos pesquisados permanece sem garantias de seus direitos trabalhistas.

Esta precarização do vínculo não se restringe à região metropolitana do Recife. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) observou-se que 45,88% dos médicos no país foram incorporados ao PSF por meio de contratos temporários. Além disso, a pesquisa identificou que não existe padronização nas formas de contratação para o Programa. À exceção das regiões Sul (41,77% dos médicos sob o regime do estatuto do servidor público) e Centro-Oeste (50% contratados sob o regime da CLT), nas demais regiões predominavam a precariedade dos vínculos empregatícios.

Machado (2000) aponta que, somados os contratos temporários e as demais formas precárias de contratação, cerca de 60% dos médicos do PSF no Brasil não possuíam garantias jurídicas de direitos trabalhistas.

Dal Poz (2000) também descreve grades variações nas formas de contratação de profissionais de saúde no PSF (inclusive médicos), chamando a atenção para as situações de vínculo informal, sem apoio em elementos legais e sem obrigações de seguridade. Acrescenta que essa precariedade nos vínculos coloca o estado em uma situação embaraçosa, do ponto de vista legal, por favorecer a informalidade das relações de trabalho e criar uma situação de desproteção social e de informalidade das relações de trabalho, na medida em que essas formas de vinculação contratual não dão acesso a benefícios trabalhistas como o pagamento de hora-extra, aposentadoria, licença maternidade, entre outros.

Tabela 3 - Distribuição dos médicos segundo local de residência em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

Local de Residência	Médicos	
	N	%
Área da sua ESF	1	1,32
Área da sua USF	6	7,89
No município	33	43,42
Fora do município	36	47,37
Fora do estado	0	0,00
Total	76	100

As formas de contratação sugeridas pelo Ministério da Saúde (convênios com Organizações Não-Governamentais – ONGs ou cooperativas; contratos com empresas por meio de licitação – terceirização; contrato temporário, renovável por até quatro anos; cargo efetivo, mediante concurso público; e, cargo comissionado) favoreciam o estabelecimento de vínculos temporários com o Programa (MACHADO, 2000).

Conforme mencionado no capítulo 4 desta dissertação, o problema da precariedade do vínculo empregatício no PSF data do final do século passado, no qual o contexto sócio-econômico favoreceu a flexibilização das formas de contratação, sobretudo no setor público.

Na década de 1990, poucos foram os concursos públicos realizados para admissão de novos servidores aos quadros das instituições de governo no âmbito do SUS (NOGUEIRA, 2002), levando o Ministério Público e outros órgãos de fiscalização, tais como os tribunais de contas, a pressionar o poder executivo dos municípios para que somente admitam novos contingentes de trabalhadores obedecendo às normas constitucionais do concurso público.

Tal movimento parece ter promovido alguma evolução do quadro de flexibilização das formas de contratação no PSF. Conforme Silva (2006) no ano de 2005 ocorreram grandes concursos para cargos na área de saúde, em Prefeituras, nos estados e em Hospitais Universitários. O autor afirma que houve uma inflexão no que se refere às condições e relações de trabalho, de forma mais sensível a partir de 2004, embora ainda insuficiente para romper com precariedade salarial vigente desde a última década.

Analisando a variável local de residência dos médicos, verifica-se na tabela 6 que apenas um indivíduo (1,32%) mora na área de sua ESF; 51,31% dos entrevistados moram na área de abrangência de sua USF ou no mesmo município onde trabalham. Entretanto, a maioria dos profissionais (47,37%) revelou morar fora do município onde trabalham.

Isso pode ser justificado inicialmente pelo fato de a residência do médico na microárea não ser preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), ao contrário do estabelecido para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, as condições sócio-econômicas dos profissionais de medicina permitem que estes residam em áreas com melhor infra-estrutura que algumas comunidades nas quais trabalham.

Observa-se que 63,9% dos pesquisados exercem atividade remunerada além das desenvolvidas no PSF e 36,1% não exerce nenhum tipo de atividade. Pode-se afirmar, portanto, que o quantitativo de médicos que exercem outra atividade remunerada na RMR aproxima-se dos encontrados em estudos com profissionais de outras regiões do país (CAMPOS; MALIK, 2008; CANESQUI; SPINELLI, 2006; COTTA et al., 2006).

Campos e Malik (2008) encontraram 56,8% de médicos com mais de um vínculo empregatício entre os médicos do PSF no município de São Paulo. Esta tendência aproxima-se da média nacional observada no relatório final da pesquisa Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Brasil (BRASIL, 2000a), o qual aponta que 45,54% dos médicos mantêm outros vínculos de trabalho além do PSF, embora esse fenômeno se manifeste de formas distintas entre as regiões do país: 56,63% na região Norte, e 38,89% no Centro-Oeste.

Em estudo que avaliou a organização do trabalho e o perfil dos profissionais do PSF no município de Teixeira (minas Gerais), Cotta et al., (2006) observaram que 100% dos médicos pesquisados possuíam mais de um vínculo, ou seja, acumulam atividades profissionais, além das exercidas no PSF.

Outra pesquisa sobre o perfil sócio-demográfico e ocupacional do Programa Saúde da Família do Estado de Mato Grosso (CANESQUI; SPINELLI, 2006) aponta que 41,9% dos profissionais possuíam mais de um vínculo. Entre os que alegaram duplicidade de vínculos, 46,3% informaram exercê-lo no setor privado.

A exclusividade da jornada de quarenta horas no PSF é uma exigência do Ministério da Saúde, parcialmente cumprida também em outras regiões e nos

distintos municípios brasileiros, cujas contratações e jornadas de trabalho – das equipes de PSF – variam consideravelmente (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Tais atividades são exercidas sob variadas formas de vínculo.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos tipos de vínculos das atividades desenvolvidas pelos médicos.

Tabela 4 – Distribuição dos tipos de vínculo das atividades realizadas além do PSF e motivo que influenciou na escolha do PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

CARCTERÍSTICAS	Médicos	
	N	%
Atividades		
Trabalha em seu consultório	9	18
Trabalha com carteira assinada	6	12
Tem vínculo com cooperativa para esse trabalho	0	0
Cargo comissionado	0	0
Plantão	29	58
Outros tipos de vínculo	6	12
Motivo o que influenciou a trabalhar no PSF		
Estava aposentado (a)	5	6,58
Pretendia aumentar minha renda	8	10,53
Trabalho no PSF possibilita desenvolver outra atividade	4	5,26
Para ter condições de continuar estudando	4	5,26
Foi convidado (a) por pessoa ligada à administração municipal	7	9,21
Queria experimentar o tipo de trabalho	21	27,63
Admirava o trabalho no PSF	22	28,95
Fui incentivado (a) desde a graduação	1	1,32
Foi incentivado (a) por outras pessoas ou familiares	4	5,26
Outros	0	0,00
Total	76	100

Na tabela acima, observa-se que o trabalho com carteira assinada representou apenas 12% dos vínculos estabelecidos para as atividades extra-PSF. Entretanto, observa-se, também, que as atividades como cargos comissionados e trabalhos através de cooperativas não foram citados pelos pesquisados.

A atividade em consultório foi citada por apenas 18% da amostra. Este resultado difere dos achados de Machado (2000), quanto à média nacional (30%), porém, aproxima-se dos valores encontrados para a região Nordeste (20,10%). Para as demais regiões, a média de exercício liberal da medicina foi de 39,79% para a região Sudeste; 35,19% para a região Centro-Oeste; 30,12 para a região Norte e; 24,05 para a região Sul.

Diante dos resultados apresentados na tabela a seguir, é possível afirmar que a maioria dos médicos da região metropolitana do Recife escolheu trabalhar no PSF por admirar este tipo de trabalho (28,95%), seguidos por aqueles que pretendiam experimentar o trabalho em ESF (27,63%).

Sobre a escolha da área de atuação profissional Pierantoni (2001) destaca que a valorização acadêmica da pesquisa pode incidir muito fortemente sobre escolhas e práticas curriculares. A autora ressalta o distanciamento da área básica, por parte de alguns professores e gestores acadêmicos, sobretudo nos cursos de medicina.

Além disso, conforme já citado anteriormente, a possibilidade do exercício liberal da medicina em clínicas e consultórios particulares, bem como o incentivo à incorporação de tecnologias mais complexas têm perpetuado modelos tradicionais de seleção de conteúdos de formação médica (PIERANTONI, 2001) e, conseqüentemente, influenciado a escolha dos acadêmicos por formações especializadas, as quais encontram-se mais relacionadas com prestígio, status social, e remuneração, do que a aspectos relacionados com a vocação (PIERANTONI, 1994).

Dessa forma, os resultados encontrados entre os médicos da RMR parecem animadores, pois cerca de 60% desses profissionais demonstrou interesse ou admiração pelo trabalho, denotando identificação com o PSF. Tal identificação pode influenciar tanto na escolha pela atuação no PSF, quanto no trato com questões inerentes ao trabalho em equipes de saúde da família.

Tabela 5 - Distribuição dos Médicos por motivo que os levariam a sair da equipe à qual estão atualmente vinculados

Motivos que o (a) levariam a sair de sua atual ESF	Médicos	
	N	%
Outra equipe com remuneração melhor	11	14,47
Realização de cursos	18	23,68
Mudança no tipo de vínculo	7	9,21
Convite para exercer função política	13	17,11
Outros motivos	27	35,53
Total	76	100

A tabela acima apresenta a distribuição dos médicos por motivo que os levariam a sair da equipe à qual estão atualmente vinculados. Observa-se que a maioria (23,68%) alegou que deixariam suas equipes para realizar cursos.

Essa necessidade de maior aprimoramento técnico-científico foi descrita por Machado (2000), evidenciando a importância de maiores investimentos na qualificação dos profissionais do PSF. A autora aponta que, 96,35% do total dos entrevistados afirmam ter necessidade de aprimoramento profissional. As principais modalidades escolhidas para o aprimoramento profissional técnico foram: cursos de especialização (27,85%); cursos de curta duração - capacitação (23,29%); cursos Stricto Sensu (mestrado, doutorado, pós-doutorado, 19,23%).

Os dados encontrados sobre os motivos que levariam os médicos a saírem de suas atuais equipes apenas confirmam o que já foi discutido sobre rotatividade e salários.

Para alguns autores, o valor do salário do médico do PSF seria uma forma de compensação à precariedade do vínculo (BRASIL, 2002c; DAL POZ, 2002; GIRARDI; CARVALHO, 2003). A busca por essa compensação parece justificar uma parcela dos pesquisados (14,47%) que alegou poder deixar suas equipes para compor outras com salário maior.

Além disso, 9,21% dos médicos informaram que sairiam de suas atuais equipes para mudar o tipo de vínculo que têm com o município, corroborando com estudos de Cherchiglia e Belisário (2002), Borrelli, (2004), Gil (2005) e Dal Poz (2002).

8.2 MENSURAÇÃO DA MOTIVAÇÃO

8.2.1 Valências dos Resultados do Trabalho

A tabela 6 apresenta os resultados referentes aos fatores valorativos.

Tabela 6 – Fatores Valorativos apontados por médicos da Região Metropolitana do Recife 2009.

RESULTADO	N	MÍN	MÁX	MÉD
FV1 - Justiça no Trabalho	76	0,61	3,67	2,08
FV2 – Auto-Expressão e Realização Pessoal	76	1,81	3,93	3,23
FV3 - Sobrevivência Pessoal e Familiar	76	2,28	4,00	3,28
FV4 - Desgaste e Desumanização	76	0,15	2,90	1,70

Analisando as médias dos atributos valorativos, na tabela 6, verifica-se que os pesquisados valorizam com maior intensidade ($x = 3,28$) os resultados relacionados à Sobrevivência pessoal e Familiar, demonstrando que se espera através do trabalho, a garantia das condições econômicas de sustento pessoal e de assistência à família.

O fator Auto-expressão e Realização Pessoal ($x = 3,23$) define que o trabalho deveria oferecer oportunidades de expressão das habilidades e do prazer através das tarefas realizadas.

O fator Justiça no Trabalho, com média de 2,08, refere-se às garantias das condições materiais para a realização das tarefas, o equilíbrio de esforços e de direitos entre os trabalhadores, e o cumprimento das obrigações por parte da organização (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005).

Finalmente, o fator Desgaste e Desumanização, com média 1,70 define, na percepção do indivíduo, que o trabalho deveria implicar atarefamento, pressa e discriminação.

Observa-se através dos resultados apresentados na tabela 6, que os médicos do PSF na Região Metropolitana do Recife valorizam primeiramente as garantias econômicas de sobrevivência, cumprimento das obrigações da organização, influência nas decisões, realização pessoal e outros, atribuindo pouco valor à

realização das tarefas com pressa, sob tensão e/ou a sensação de sentir-se como animal ou máquina.

Os Atributos Valorativos constituem-se em uma definição de “*como o trabalho deve ser*” (BORGES; ALVES FILHO, 2003). Portanto, valorizar prioritariamente o auto-sustento parece coerente para qualquer indivíduo, independente de categoria profissional.

Cabe observar, entretanto, que os médicos da RMR atribuíram média muito baixa (2,08) ao fator Justiça no Trabalho (FV1). Esta queda no entendimento de que o trabalho deva promover justiça pode estar refletindo a pouca credibilidade que esses profissionais têm no sistema de saúde, e que esse fenômeno está associado à percepção da precariedade das condições de trabalho, principalmente quando estas são contrastadas com a percepção de elevadas exigências de responsabilidade (BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005).

Os escores atribuídos pelos médicos da RMR aos fatores valorativos são parecidos com os encontrados por Caldas e Alves-Filho (2007), em estudo que avaliou a motivação de trabalhadores de uma instituição de ensino superior. Tanto as médias, quanto a ordem que as duas categorias profissionais atribuíram aos fatores foram bastante próximas.

Outro estudo que utilizou o IMST (ALVES FILHO; BORGES, 2005), avaliou a motivação de profissionais de saúde da cidade de Natal (Rio Grande do Norte). Os resultados também se aproximam dos encontrados nesta dissertação, tanto na ordem, quanto nas médias dos escores valorativos.

É importante, entretanto, salientar que a identificação de fatores valorativos (atribuição de valores ao trabalho) está intimamente ligada ao significado subjetivo, e, portanto, pessoal do trabalho. Este significado é uma estrutura cognitiva que tem forte impacto sobre as percepções, avaliações e sobre o próprio comportamento do indivíduo no trabalho ou frente a ele (BASTOS; PINHO; COSTA, 1995).

8.2.2 Expectativas dos Resultados do Trabalho

Os dados sobre as expectativas dos resultados do trabalho entre os médicos do PSF na Região Metropolitana do Recife são descritos na tabela 7.

Tabela 7- Escores dos participantes nos fatores de Expectativas

Fatores	Média	Desvio-padrão	Frequência de Participantes por intervalos			
			$X \leq 1$	$1 < x \leq 2$	$2 < x \leq 3$	$x > 3$
Atributos Valorativos						
FE1 – Auto-expressão e Justiça no trabalho	3.36	0.52	0,00	0,00	19,74	80,26
FE2 - Segurança e Dignidade	3.41	0.52	0,00	0,00	22,37	77,63
FE3 - Desgaste e Desumanização	2.12	0.79	13,16	23,68	50,00	13,16
FE4 - Responsabilidade	3.77	2.18	0,00	0,00	34,21	65,79

As questões propostas no IMST requerem respostas que devem ser descritas em uma escala que vai de 0 a 4. Desta forma, para facilitar o entendimento dos resultados apresentados, classificaremos as respostas em quatro intervalos, de acordo com os escores apresentados, a saber: a) baixa expectativa – média das respostas menores que 1; b) moderada inferior – respostas com escores entre 1 e 2; c) moderada superior – onde se concentram as respostas com escores entre 2 e 3 e; d) elevada expectativa – concentrando os escores maiores que 3.

Na tabela acima, examinando a coluna das frequências dos participantes por intervalo, constatamos, também, que em três desses fatores, os profissionais de medicina se concentram nos escores maiores que 3. A exceção fica com o fator Desgaste e Desumanização (FE3), no qual os participantes apresentaram os menores escores. Além disso, os participantes se dividem principalmente entre duas faixas: moderada inferior ($1 < x \leq 2$) e moderada superior ($2 < x \leq 3$). A média desse fator também é a mais baixa (2,12), indicando que os médicos do PSF não geram muita expectativa quanto a concluir as tarefas com pressa, sentir-se como uma máquina ou animal, discriminação pelo trabalho, exigência de rapidez, sentir-se esgotado e ganhar pouco pelo que faz.

Esses resultados corroboram com os achados de Alves Filho e Borges (2005), os quais encontraram valores parecidos para FE3 (38,00% para a faixa moderada inferior e 41,1% para a moderada superior).

Outros estudos, entretanto, apontam médias um pouco menores para o fator Desgaste e Desumanização (BORGES; ALVES FILHO, 2001; CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

Em estudo que avaliou motivação e vínculo de funcionários de uma instituição de ensino superior, Caldas e Alves Filho (2001) identificaram média de 2,04 para

Desgaste e Desumanização. Entre profissionais de saúde, Borges e Alves Filho (2001) encontraram média de 2,18 para este fator.

O fator Responsabilidade (FE4) expressa a percepção dos profissionais a respeito do cumprimento de suas tarefas, as responsabilidades pelas próprias decisões e o sentimento de dignidade (CALDAS; ALVES FILHO, 2007). Em nosso estudo esse fator obteve a maior média entre as Expectativas (3,77, com desvio-padrão de 2,18), entretanto, a dispersão das respostas foi maior, posto que é nela que ocorre o maior desvio-padrão.

Em estudos com profissionais de saúde, Borges e Alves Filho (2001) e Alves Filho e Borges (2005) também identificaram médias elevadas (3,37 e 3,30, respectivamente) para esse componente da motivação.

O fator Auto-Expressão e Justiça no Trabalho apresentou a maior proporção de escores acima de 3 (80,26%). Esse número se aproxima do encontrado por Alves Filho e Borges (2005), o qual foi de 87,6 %. A maior proporção de respostas na faixa de elevada expectativa indica que os médicos da RMR, mais esperam que ocorram no seu trabalho: assistência merecida, igualdade de esforços e de direitos entre os trabalhadores, cumprimento das obrigações da organização para eles, ganhar suficiente, equipamentos necessários e adequados, sentir-se querido pelos colegas de trabalho e influenciar nas decisões. Estes itens, entre outros, estão relacionados à Justiça no Trabalho.

Sobre os fatores de Expectativas dos médicos da RMR, podemos dizer que nossos achados corroboram com os estudos de Alves Filho e Borges (2005), Caldas e Alves Filho (2007) e Borges e Alves Filho (2001). Sobre este último, convém ressaltar que alguns fatores apresentavam distintas nomenclaturas, porém, comparando-os por equivalência, podemos dizer que as médias foram muito próximas. Além disso, as diferenças entre os fatores foram identificadas e minimizadas com o aperfeiçoamento do IMST no ano de 2003, conforme, Borges e Alves Filho (2003).

Exploramos os relacionamentos entre os escores nos fatores de Expectativas e as características sócio-demográficas. Para tanto, no caso das variáveis sócio-demográficas contínuas, estimamos os coeficientes de correlação de Pearson.

Encontramos correlações significativas entre FE1 – Auto-Expressão e Justiça no Trabalho e renda ($r = 0,43$ para $p < 0,01$), o que significa que aqueles que têm maior renda familiar tendem a esperar mais oportunidades e expressão e justiça.

A tabela a seguir descreve os fatores Expectativas relacionados às características sócio-demográficas.

Tabela 8 - Fatores Expectativas relacionadas às características sócio-demográficas de médicos da Região Metropolitana do Recife 2009.

Fatores	Características	r	Nível de significância
FE1- Auto-Expressão e Justiça no Trabalho	Renda	0,49	0,000
FE2 – Segurança e Dignidade	Renda	0,26	0,019
FE3 - Desgaste e Desumanização	Faixa Etária	0,43	0,000
	Renda	0,46	0,000
FE4 - Responsabilidade	Faixa Etária	0,28	0,014
	Renda	- 0,25	0,009

Encontramos que o fator FE4 – Responsabilidade esteve correlacionado com a renda ($r = - 0,25$ para $p = 0,009$), porém, numa relação inversamente proporcional. Isso significa que aqueles que têm maior renda tendem a esperar menos Responsabilidade.

Os resultados assemelham-se aos encontrados por Alves Filho e Borges (2005), quanto a FE2 e renda ($r = 0,15$ para $p = 0,01$). Entretanto, algumas diferenças são observadas quanto às expectativas para Desgaste e Desumanização (FE3) e para Responsabilidade (FE4). No estudo de Alves Filho e Borges (2005), a correlação positiva foi observada entre Responsabilidade e renda ($r = 0,4$ para $p = 0,02$), ao passo que Desgaste e Desumanização (FE3) apresentou correlação negativa com a renda. Isso aponta um indício de que as expectativas sejam influenciadas por contextos locais, ou pela heterogeneidade de salários dos indivíduos pesquisados, considerando-se que os estudos foram realizados em diferentes municípios.

O fator FE4 – Responsabilidade - correlaciona-se positivamente à faixa etária ($r = 0,28$; $p = 0,014$), indicando que quanto mais se ganha em idade, mais se tende a esperar responsabilidade no trabalho, resultado que também foi encontrado em estudo com os profissionais de saúde do município de Natal (ALVES FILHO; BORGES, 2005).

Dividindo a amostra segundo os motivos que levaram o profissional a trabalhar no PSF, as médias de três dos quatro fatores Expectativas apresentaram diferenças estatisticamente significantes (tabela 9).

Observamos que os profissionais que resolveram trabalhar no PSF porque admiravam o Programa, bem como aqueles que queriam experimentar o trabalho em Equipes de Saúde da Família tendem a apresentar escores mais elevados em três dos fatores de Expectativas, a saber: FE1 – Auto-expressão e Justiça no Trabalho -, FE2 – Segurança e Dignidade, e, FE4 – Responsabilidade. O fator FE3 – Desgaste e Desumanização, obteve maiores escores entre aqueles que revelaram trabalhar no PSF porque estavam aposentados.

Tabela 9 – Relações entre fatores de expectativas e motivos que levaram o profissional a trabalhar no PSF

Fatores	Variável	Média	Desvio-padrão	Nível de significância
FE1- Auto-Expressão e Justiça no Trabalho	Estava aposentado	3,48	0,47	< 0,001
	Admirava o PSF	3,53	0,31	
	Queria experimentar o tipo de trabalho	3,98	0,04	
	Outros motivos	3,20	0,56	
FE2 - Envolvimento	Estava aposentado	3,43	0,70	< 0,001
	Admirava o PSF	3,64	0,49	
	Queria experimentar o tipo de trabalho	4,00	4,00	
	Outros motivos	3,24	0,47	
FE3 - Desgaste e Desumanização	Estava aposentado	2,51	0,47	0,069
	Admirava o PSF	1,90	0,83	
	Queria experimentar o tipo de trabalho	2,02	0,20	
	Outros motivos	2,19	0,81	
FE4 - Reconhecimento e independência Econômica	Estava aposentado	3,47	0,40	0,012
	Admirava o PSF	3,04	0,57	
	Queria experimentar o tipo de trabalho	3,67	0,00	
	Outros motivos	3,47	0,46	

Analisando os dados da tabela acima observamos que os médicos que começaram a trabalhar no PSF por afinidade com o Programa (porque admirava ou pretendia experimentar o trabalho) esperam maior envolvimento, justiça no trabalho, reconhecimento e Independência que o restante da amostra.

Esses profissionais também apresentaram menores escores em FE3, o que indica que esperam poucos resultados como: concluir as tarefas com pressa, sentir-se como uma máquina ou animal, discriminação pelo trabalho, exigência de rapidez, sentir-se esgotado e ganhar pouco pelo que faz. Estes, pois, são resultados relacionados ao fator Desgaste e Desumanização.

A categoria outros motivos enquadra respostas como “fui incentivado por outras pessoas / familiares” (citado por apenas 5,26% da amostra), bem como “fui incentivado desde a graduação”, as quais já foram discutidas anteriormente.

A escolha da especialidade médica é um processo aberto, consciente e sujeito à reflexões, as quais envolvem questões de ordem prática e pecuniária, mas que também estão relacionadas a características pessoais e ideais (FILHO, 2006). Da mesma forma, a opção por trabalhar ou não em uma determinada área ou função passa por essas reflexões. Assim sendo, a associação da escolha pelo trabalho no PSF com os fatores de Expectativas parece demonstrar que os médicos da Região Metropolitana optaram por trabalhar no PSF por questões voltadas à vocação ou identificação com o trabalho, o que pode ser proveitoso tanto para o profissional, quanto para o usuário do SUS.

Cabe observar que nenhuma das demais variáveis sócio-demográficas apresentou correlação com os fatores de Expectativas, nem nesta pesquisa, nem nos demais estudos consultados (ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001; ALVES FILHO; BORGES, 2005; BORGES; ALVES FILHO, 2001; CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

8.2.3 INSTRUMENTALIDADE

A tabela abaixo refere-se à instrumentalidade, ou seja, como é percebido na mente das pessoas o grau de relação entre a execução das tarefas e a obtenção dos resultados.

Entre os fatores de instrumentalidade (tabela 10), os profissionais pesquisados apresentaram escores mais elevados em FI1 – Envolvimento, seguido de FI4 – Reconhecimento e Independência Econômica, FI3 – Desgaste e Desumanização e, por último, FI2 – Justiça no Trabalho.

Tabela 10 – Escores nos valores de Instrumentalidade dos médicos da Região Metropolitana do Recife, 2009

Fatores	Média	Desvio-padrão	Frequência de Participantes por intervalos			
			$X \leq 1$	$1 < x \leq 2$	$2 < x \leq 3$	$x > 3$
Atributos Descritivos						
FI1 – Envolvimento	3,23	0,44	0,00	1,32	27,63	71,05
FI2 – Justiça no Trabalho	2,08	0,53	2,63	44,74	50,00	2,63
FI3 – Desgaste e Desumanização	2,15	0,65	6,58	23,68	60,53	9,21
FI4 – Reconhecimento e Independência Econômica	3,10	0,60	1,32	0,00	43,42	55,26

Na tabela observa-se que a média mais alta ($x = 3,23$ desvio-padrão 0,44) refere-se ao fator Envolvimento, que indica quanto os médicos percebem-se produtivos, influentes, incluídos e valorizados no grupo.

Esses resultados corroboram com os de (ALVES FILHO; BORGES, 2005; BORGES; ALVES FILHO, 2001), realizados com profissionais de saúde, e que também apresentaram escores elevados (3,24 e 3,32, respectivamente) para o fator Envolvimento.

Em estudo com trabalhadores de uma instituição de ensino superior, Caldas e Alves Filho (2007) encontraram média próxima ($x = 2,76$), entretanto o fator Envolvimento não foi descrito como o mais instrumental para aqueles profissionais.

Entre os médicos da RMR, Reconhecimento e Independência Econômica (FI4) obteve média 3,10 (desvio-padrão 0,60). Este fator recebeu a segunda maior instrumentalidade e indica como esses profissionais percebem o próprio desempenho como útil para a obtenção de seu auto-sustento, sua independência, estabilidade e assistência (CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

Os profissionais ainda relacionam a influência de seu desempenho à obtenção dos seguintes resultados: concluir as tarefas com pressa, sentir-se como uma máquina ou animal, discriminação pelo trabalho, exigência de rapidez, sentir-se esgotado e ganhar pouco pelo que faz. Estes, pois, são resultados relacionados ao fator Desgaste e Desumanização, o qual foi identificado como o terceiro mais instrumental para os sujeitos da pesquisa, com média 2,15 e desvio-padrão 0,65.

A média atribuída ao fator Justiça no Trabalho foi a mais baixa ($x = 2,08$, desvio-padrão 0,58) o que indica que os médicos da RMR percebem pouca relação entre seu desempenho e a obtenção dos resultados de justiça no trabalho.

Essa baixa média nos escores de Justiça no Trabalho pode ter importantes repercussões sobre a motivação, pois, segundo Caldas e Alves Filho (2007), o profissional tende a motivar-se caso perceba que seu desempenho influencia na obtenção de: assistência merecida, igualdade de esforços e direitos, ganhos suficientes, equipamentos necessários, reconhecimento, segurança, conforto e higiene no local de trabalho, confiança dos chefes, bem como as oportunidades de influenciar nas decisões (itens relacionados à Justiça no Trabalho).

De forma geral, os resultados encontrados entre os médicos da RMR para as médias dos fatores de Instrumentalidade foram semelhantes aos estudos realizados com profissionais de saúde (ALVES FILHO; BORGES, 2005; BORGES; ALVES FILHO, 2001), bancários (ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001) e profissionais de uma instituição de ensino superior (CALDAS; ALVES FILHO, 2007). Essas pesquisas demonstraram que são os profissionais de saúde que mais acreditam que o esforço implica na obtenção de justiça no trabalho ($x = 2,51$), seguidos dos bancários ($x = 2,36$).

Explorando o relacionamento entre os escores de Instrumentalidade e características sócio-demográficas, no caso das variáveis contínuas, estimamos os coeficientes de correlação de Pearson.

Observou-se que com o avanço da idade (maior faixa etária), o esforço no desempenho tende a implicar mais envolvimento com o trabalho ($r = 0,37$ para $p < 0,01$). Essa correlação foi maior e mais significativa que a encontrada por Alves-Filho e Borges (2005), para as mesmas variáveis ($r = 0,12$ para $p = 0,04$). Com esses resultados podemos esperar que a motivação dos indivíduos de mais idade tenda a apresentar-se mais elevada, visto que a Força Motivacional é produto das expectativas pelos valores atribuídos à instrumentalidade.

8.2.4 FORÇA MOTIVACIONAL

O trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo nas equipes de saúde da família, caracteriza-se, pela alta exigência de compromisso, responsabilidade e identificação pessoal. Dessa forma, a motivação passa a ser um aspecto

fundamental na busca por maior eficácia e, conseqüentemente, por maior qualidade na assistência prestada (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

A Força Motivacional é a quantidade de esforço ou pressão de uma pessoa para motivar-se (BORGES; ALVES FILHO, 2001) e constitui-se em importante instrumento de diagnóstico para a identificação de problemas e proposição de estratégias de melhoria da qualidade do ambiente, relações ou rotinas de trabalho.

Conforme já descrito anteriormente, as estimativas da Força Motivacional foram procedidas por meio do produto entre as somas dos escores de cada indivíduo nos fatores de Expectativas e Instrumentalidade. Como a escala utilizada no IMST variava de 0 a 4, estes produtos podiam variar de 0 a 144.

Em toda a amostra, encontramos uma média de Força Motivacional de 80,52, com desvio-padrão de 17,67. Os resultados são descritos no gráfico 3.

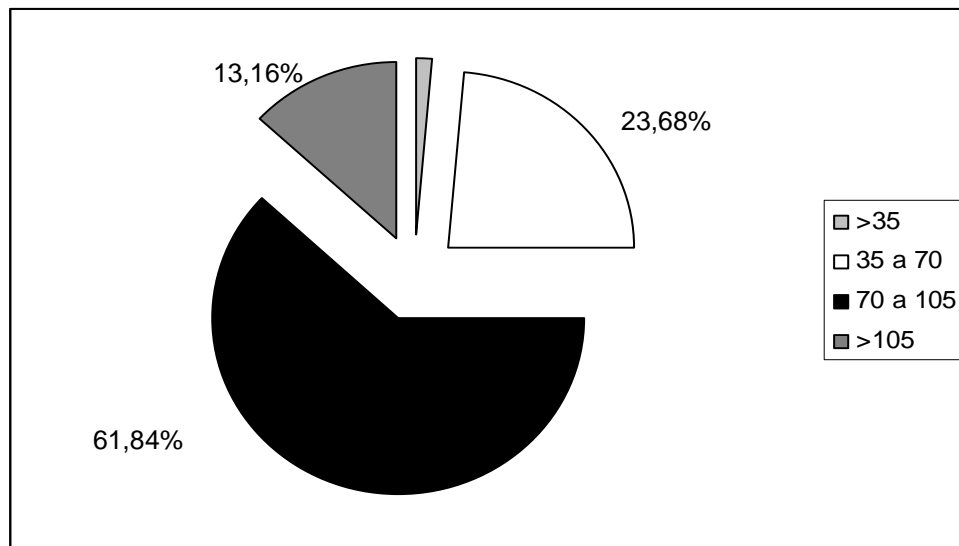


Gráfico 3 - Distribuição dos Médicos pela Força Motivacional em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2009.

Observamos que 61,84% dos participantes apresentam Força Motivacional no intervalo médio superior (de 73 a 105). Os demais participantes estão distribuídos nos outros intervalos: 13,16%, no intervalo superior (acima de 105), 23,68%, no médio inferior (de 35 a 70) e 1,32% no intervalo inferior (escores menores que 35).

A média da Força Motivacional encontrada para os médicos da RMR foi relativamente baixa, considerando-se que está situada próxima ao limite entre os intervalos médio inferior (< 75 pontos) e médio superior. Outros estudos que

utilizaram o mesmo instrumento de mensuração (o IMST) identificaram valores um pouco maiores para profissionais de saúde.

A motivação para o trabalho em profissionais de saúde foi observada em pesquisas realizadas para desenvolver, adaptar e validar o IMST (ALVES FILHO; BORGES, 2005; BORGES; ALVES FILHO, 2001; 2003). Em todos os três estudos a média da Força Motivacional esteve abaixo de 90 pontos, entretanto, mesmo no estudo que apresentou a menor média (BORGES; ALVES FILHO, 2001) os valores encontrados foram maiores que os dos apresentados nesta dissertação.

Animador para o SUS é perceber que 75% dos participantes se encontram acima do ponto médio da escala, pois estão nos intervalos mais elevados. Igualmente positivo é perceber que só há 1,32% dos participantes da amostra no intervalo mais baixo.

Embora 25% nos intervalos inferiores seja uma parcela muito menor que a dos intervalos superiores, ela é preocupante porque representa uma quantidade relevante de profissionais. Além disso, o usuário do SUS poderá ser atendido tanto por aqueles que compõem a parcela mais motivada, quanto pela mais desmotivada, a qual representa um quarto dos médicos da Região Metropolitana.

Analisando os resultados obtidos, verificamos que tal desmotivação se caracteriza pelo contraste entre esperar oportunidades de Auto-expressão e Justiça no Trabalho, mas avaliar que o desempenho não garante a obtenção de justiça no trabalho. Esse fato não ocorre apenas entre os médicos da Região Metropolitana do Recife. Estudos realizados com diversas categorias profissionais (funcionários de supermercado, trabalhadores da construção civil, bancários e petroleiros) também identificaram contrastes entre o que se espera do trabalho e o que se obtém em justiça no trabalho (ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001; BORGES 1999; BORGES; ALVES FILHO, 2003; BORGES; TAMAYO, 2001; CALDAS; ALVES FILHO, 2007).

Sobre esse fato, Alves Filho e Borges (2005) apontam que, nos escores dos fatores de Expectativas e Instrumentalidade há uma tendência para maiores expectativas. Entretanto, tal realidade não acomete a todos igualmente, pois que a instrumentalidade do desempenho para a obtenção de justiça no trabalho varia entre as profissões.

Na teoria das Expectativas, para que a motivação ocorra é preciso que os resultados sejam desejados e que as expectativas e instrumentalidades sejam altas (ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001). Nesse sentido, cabe chamar a atenção para as

instrumentalidades dos resultados do trabalho descritas pelos médicos da RMR, pois apresentam valores relativamente inferiores aos das expectativas e valências (fatores valorativos) desses resultados (ver quadro 12). Isto se reflete na motivação, à medida que o trabalho não é percebido como um meio para a obtenção dos resultados esperados, e também na força motivacional, já que esta é produto das expectativas e instrumentalidades.

Fatores	Mín	Máx	Méd	Desvio-padrão
Valorativos	0,15	4,00	2,77	0,98
Expectativas	0,75	4,00	3,13	0,79
Instrumentalidade	0,64	4,00	2,59	0,76

Quadro 12 – Comparação das Médias nos fatores Valorativos, Expectativas e Instrumentalidade

Com base nos resultados da motivação para os médicos do PSF na região metropolitana do Recife, buscamos identificar relações entre a Força Motivacional e as características sócio-demográficas da amostra.

Observamos que homens e mulheres apresentaram praticamente as mesmas proporções de indivíduos nas quatro faixas de Força Motivacional (inferior, médio inferior, médio superior e superior) e a diferença entre as médias para o sexo não foi significativa ($p = 0,791$).

O grupo etário que apresentou maior proporção de indivíduos com baixa motivação foi o mais jovem (20 a 39 anos), com 72,22% dos médicos classificados nos intervalos inferior e médio inferior da Força Motivacional. Por outro lado, os indivíduos maiores de 60 anos somam 57,14% nas faixas de maior Força Motivacional. A diferença das médias para faixa etária também não foi significativa ($p = 0,123$).

A Força Motivacional parece aumentar de acordo com a formação dos médicos, entretanto a diferença entre as médias também não foi significativa ($p = 0,103$). Encontramos que os indivíduos que têm como formação apenas o curso de graduação somam 60% nos intervalos de menor Força Motivacional, ao passo que aqueles que têm título de especialista são os que representam a maior proporção nas faixas média superior e superior.

Quanto à renda, observamos que a maior parte da amostra encontra-se entre o intervalo médio inferior e intervalo superior e as médias apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p = 0,025$), indicando que os profissionais de maior renda apresentam maior Força Motivacional.

Profissionais que estão no programa há mais tempo tendem a ser mais motivados que os novatos e a diferença das médias foi estatisticamente significativa ($p < 0,000$). Encontramos que a totalidade dos médicos que estão no programa há menos de um ano encontra-se nas faixas de média baixa ou baixa Força Motivacional. Os dados estão descritos na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das características sócio-demográficas pela Força Motivacional dos médicos do PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009 (Continua)

Variáveis	Intervalos da Força Motivacional (%)				p-valor
	Inferior	Médio Inferior	Médio Superior	Superior	
Sexo					
Masculino	4,88	53,66	29,27	12,20	0,791
Feminino	5,41	54,05	35,14	5,41	
Faixa etária					
20 a 39 anos*	11,11	61,11	16,67	11,11	0,123
40 a 49 anos	0,00	47,37	36,84	15,79	
50 a 59 anos	0,00	72,22	22,22	5,56	
> 60 anos	9,52	33,33	52,38	4,76	
Formação Profissional					
Apenas Graduação	20,00	40,00	20,00	20,00	0,103
Residência	5,88	58,82	17,65	17,65	
Título de Especialista	2,13	55,32	38,30	4,26	
Mestre	0,00	100,00	0,00	0,00	
Renda					
3 a 5 salários mínimos	0,00	0,00	100,00	100,00	0,025
6 a 8 salários mínimos	0,00	20,00	40,00	40,00	
9 a 11 salários mínimos	4,35	60,87	26,09	8,70	
< 12 salários mínimos	6,98	62,79	23,26	6,98	

* junção das faixas 0 e 1 do questionário

Tabela 11 - Distribuição das características sócio-demográficas pela Força Motivacional dos médicos do PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009 (Conclusão)

Variáveis	Intervalos da Força Motivacional (%)				p-valor
	Inferior	Médio Inferior	Médio Superior	Superior	
Tempo no PSF					
> 1 ano	28,60	71,40	0,00	0,00	0,000
1 a 2 anos	0,00	100,00	0,00	0,00	
2 a 3 anos	0,00	100,00	0,00	0,00	
< 3 anos	0,00	20,00	62,50	17,50	

Dentre as características sócio-demográficas descritas acima, observamos que as médias de renda, tipo de vínculo com o município e tempo no programa apresentaram diferenças estatisticamente significantes com a Força Motivacional. Dessa forma, os indivíduos que têm maior renda, estão há mais tempo no Programa ou que têm vínculos precários com o município têm maior Força Motivacional que os demais.

Questões relativas ao salário, vínculo e rotatividade já foram discutidas neste capítulo, quando tratamos das variáveis individualmente, porém cabe aqui um resgate de alguns tópicos, de modo a subsidiar uma análise mais pragmática das relações entre essas variáveis e a Força Motivacional.

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção, sobretudo para a categoria médica (MACIEL FILHO, 2007). Sobre isso, Girardi e Carvalho (2003) acrescentam que o PSF é responsável direta ou indiretamente por cerca de 200 mil postos de trabalho, o que representa mais de 20% do emprego público em saúde. Além disso, a possibilidade do exercício liberal da profissão em clínicas e consultórios particulares (PIERANTONI, 2001) aumenta ainda mais o leque de postos de trabalho para profissionais de medicina.

Soma-se à essa ampla gama de escolhas, as formas de contratação e vínculo no PSF, em sua maioria, precárias, privando profissionais de algumas garantias trabalhistas (DAL POZ, 2000). Como forma de compensar a precariedade do

vínculo, alguns municípios (sobretudo fora dos grandes centros urbanos) passam a oferecer salários acima da média do mercado, tornando-se mais atrativos para alguns profissionais (PIERANTONI, 2001).

Com maiores oportunidades de emprego e sem garantias trabalhistas, é provável que os médicos tendam a mudar para municípios próximos, em função da oferta de melhores salários, ou que os municípios ofereçam salários e condições favoráveis para manter esses profissionais.

Para avaliar se as variáveis sócio-demográficas oferecem previsibilidade aos escores em FM, desenvolvemos análises de regressão. Entretanto, não foram encontradas relações entre estas variáveis.

Alves Filho e Araújo (2001) também buscaram identificar relação entre variáveis caracterizadoras da população (tempo de serviço, idade, ocupação, nível de instrução, gênero e número de filhos) e a Força Motivacional dos resultados do trabalho, porém não identificaram nenhuma relação entre essas variáveis.

Para Alves Filho e Borges (2005), a motivação tem relação indireta com o perfil, posto que as características sócio-demográficas se mostram associadas aos componentes da Força Motivacional.

Desta forma, se variáveis como sexo, idade, ocupação, formação e especializações não influenciam na motivação dos médicos da RMR, aumenta a probabilidade de que a Força Motivacional destes profissionais esteja diretamente relacionada às questões peculiares ao trabalho no SUS e/ou de identificação com a própria tarefa.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos propostos nesta pesquisa, caracterizamos os médicos que compõem equipes de saúde da família em dez municípios da Região Metropolitana do Recife, investigando possíveis associações entre seu perfil sócio-demográfico e a motivação para o trabalho.

Quanto às principais características sócio-demográficas encontradas no estudo, observa-se que entre os médicos do PSF na Região Metropolitana predominam indivíduos maduros, com bom nível de qualificação profissional, com distribuição proporcional entre sexos e o tipo de vínculo estabelecido com o município, e inseridos no exercício desta atividade há mais de 2 anos.

Esses mesmos profissionais, ao descreverem quanto esperam que determinados resultados do trabalho ocorram (expectativas), priorizam: (1) Responsabilidade; (2) de Segurança e Dignidade e (3) Auto-expressão e Justiça no Trabalho. Além disso, atribuem baixas expectativas ao trabalho gerar Desgaste e Desumanização. Esses componentes da Força Motivacional correlacionam-se com a renda e a faixa etária dos médicos, podendo interferir na sua motivação.

Quanto à valoração dos resultados do trabalho, evidencia-se que os médicos da RMR atribuem, à realização do seu trabalho, a garantia das condições econômicas de sustento pessoal e de assistência à família, bem como a oportunidade de se auto-expressar e de sentir prazer através das atividades que desenvolvem.

Percebem que seu desempenho é mais útil para obter resultados de Envolvimento e de Reconhecimento e Independência Econômica e menos para obter Desgaste e Desumanização e Justiça no Trabalho (instrumentalidade). Observa-se, entretanto um contraste entre esta instrumentalidade e as expectativas, pois os médicos avaliam o desempenho como pouco útil para atingir um resultado cuja expectativa foi maior: Justiça no Trabalho. Em outras palavras, a percepção de que o desempenho é útil para se obter justiça no trabalho é menor que a expectativa que esses profissionais têm de obter esta mesma justiça no trabalho.

Além disso, esse entendimento pode estar revelando a pouca credibilidade que esses profissionais têm no sistema de saúde, já que percebem pouca relação entre o seu desempenho e a obtenção de justiça no trabalho. Verificou-se, ainda,

que os a avaliação de que o desempenho é instrumental para obter Envolvimento cresce com a idade.

Comparando os resultados obtidos para Valências, Expectativas e Instrumentalidade, pode-se afirmar que os fatores que mais levam os médicos do PSF a se engajarem no trabalho são os fatores de expectativa relacionados à Responsabilidade; os de valência relacionados à Sobrevivência pessoal e os de instrumentalidade relacionados ao Envolvimento.

A Força Motivacional dos médicos do PSF na Região Metropolitana do Recife pode ser considerada boa, sendo os fatores de expectativa e valência os maiores responsáveis pela sua média.

Quanto à distribuição dos médicos nos intervalos da Força Motivacional, pode parecer animador que 75% dos pesquisados encontrem-se nas faixas mais elevadas, mas, por outro lado, cabe observar que os que ocupam as faixas menos motivadas representam um em cada quatro médicos do PSF em toda a Região Metropolitana.

Poucas características que compõem o perfil dos médicos do PSF relacionam-se à Força Motivacional, cabendo destacar que aqueles que têm maior renda, bem como os que estão há mais tempo no Programa são os mais motivados.

Quanto à associação entre o perfil e a motivação, constatou-se que nenhuma variável sócio-demográfica figurou como preditora da Força Motivacional, levantando a hipótese de que a motivação dos médicos da RMR estar associada a questões peculiares ao trabalho no SUS e/ou de identificação do indivíduo com a própria tarefa.

Entretanto, identificamos que algumas características sócio-demográficas atuam indiretamente sobre a motivação, pois relacionam-se aos componentes da Força Motivacional (fatores valorativos, expectativas e instrumentalidade). Entre elas destaca-se que a renda, a qual relacionou-se com todos os componentes da FM.

Face ao exposto, e considerando que o objetivo principal do estudo era identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico e a motivação dos pesquisados, pode-se afirmar que o estudo atingiu sua finalidade.

REFERÊNCIAS

ALVES FILHO, A.; BORGES, L. O. Motivação no trabalho para os profissionais de saúde do SUS em Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). Os Profissionais de Saúde e seu Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 144- 197.

ALVES FILHO, A.; ARAÚJO, M. A. D.; Um estudo da força motivacional dos funcionários do Banco do Brasil à luz da teoria da expectativa. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 28-40, abr./jun. 2001.

ANSELMINI, M. Estudo da rotatividade dos enfermeiros de um Hospital Escola – Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1988.

ARCHER, E. R. O mito da motivação. In: BERGAMINI, C. W.; CODA, R. (Org.). Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança. São Paulo: Pioneira 1990. p. 3-24.

BASTOS, A. V. B.; PINHO, A. P. M.; COSTA, C. A. Significado do Trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 20-29, 1995.

BEINER M. A.; BEINER, R. P. C. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.77-83, 2004.

BENNING, E. L.; GUARDA, F. R. B. Análise da Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, com base no tempo médio de permanência dos profissionais médicos e de enfermagem, no período de 2001 a 2006. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

BERGAMINI, C. W. Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional. São Paulo: Atlas, 1980.

BORGES, L. O. Os atributos e a medida do significado do trabalho. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.13, n. 2, p. 211-220, 1997.

_____. O Significado do Trabalho e a Socialização Organizacional: um estudo empírico entre trabalhadores da construção habitacional e de redes de supermercados. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 1998.

_____. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. Estudos de Psicologia, Natal, v. 4, n. 1, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1999000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2008.

BORGES, L. O. ALVES FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. Estudos de Psicologia, Natal, v. 6, n. 2, p. 177-194, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n2/7272.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2008.

BORGES, L. O. ALVES FILHO, A. A estrutura fatorial do Inventário do Significado e Motivação do Trabalho, IMST. Avaliação Psicológica, v. 2, n. 2, p. 123-145, 2003.

BORGES, L. O.; TAMAYO, A. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. 2001. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/viewPDFInterstitial/6712/6169>>. Acesso em: 21 out. 2008.

BORGES, L. O.; TAMAYO, A.; ALVES FILHO, A. Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In: BORGES, Livia. Oliveira (Org.). Os Profissionais de Saúde e seu Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 144- 197.

BORRELLI, F. R. G. A rotatividade dos Profissionais de saúde na zona Rural de Sergipe: Um problema a ser Enfrentado. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Planejamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=26&NomeEstado=PERNAMBUCO=0>. Acesso em: 22 jan. 2009.

BRASIL. (Constituição) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <<http://www.culturabrasil.pro.br/zip/constituicao.Pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2006.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF, Congresso Nacional, 1990. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em : 25 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Preliminar: avaliação da implantação e funcionamento do PSF. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2000a.

BRASIL. Secretaria de Políticas Públicas. Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319. jun. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa>>. Acesso em: 17 dez. 2007.

BRASIL. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: relatório final. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos: Síntese dos principais resultados. Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização

da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2006.
_____. Departamento de Informática do SUS. Estabelecimentos de Saúde em Pernambuco. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=26&NomeEstado=PERNANBUCO>. Acesso em 16 abr. 2008.

CALDAS, R. K. P.; ALVES FILHO, A. Fatores Motivacionais determinantes do vínculo com o trabalho. Revista da FARN, Natal, v. 6, n. 1/2, p. 53-67, jan./dez. 2007.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista da Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, Abril. 2008. disponível em:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2009.

BRUNER, J. Actos de significados: para uma psicologia cultural. Lisboa: Edições 70, 1997.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: Perfis e julgamento dos médicos e enfermeiros. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1881-1892, set. 2006.

CHERCHIGLIA, M. L.; BELISÁRIO, S. A. Pressupostos para a Formulação de Políticas de RH nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília, DF, 2002.

CHIAVENATO I. Administração de recursos humanos In: _____. Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos. São Paulo: Atlas, 2000. p.178-190.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

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

DEDECCA, C. S. et al.,. O Trabalho no setor de atenção à Saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANNI. M. R. Brasil: Radiografia da Saúde. São Paulo: UNICAMP, 1998. p. 175-215.

FERRARI, R. A. P. F.; THOMSON, Z.; MELCHIOR. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FERREIRA, A. B. H. Motivação. In: _____. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILHO, J. M. Vicissitudes da Vocação Médica. In: FILHO, J. M. (Org.). Identidade médica: implicações históricas e antropológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 59- 93.

FRANÇA, A. E. S. Perfil do médico que atua no programa saúde da família no município de Caruaru, Pernambuco, sob os aspectos demográfico, social, profissional e de conhecimento do SUS. 2005. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) –Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

FROTA, G. O perfil dos médicos em São Tomé e Príncipe. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, p. 490-498. 2005.

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

GODOI, C. K. Pulsão e cognição: categorias da motivação na aprendizagem. Revista das Ciências Humanas, Florianópolis, n.32, p. 329-347, out. 2002.

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

IBGE. População e área territorial dos municípios. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em: 21 dez. 2008.

KOMATSU, R.; ZANOLLI, M.; LIMA, V. Aprendizagem baseada em problemas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998, p. 223-237.

LOBOS, J. A. Comportamento Organizacional: Leituras Seleccionadas. São Paulo: Atlas, 1978.

MACHADO, M. H. et al. Os médicos no Brasil: um relato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Programa de Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MOROMIZATO, J.H.Y. Contribuição à política de fixação dos profissionais da saúde na região de Itapeverica da Serra. Estudo das causas da evasão dos profissionais de nível universitário. 1992. Dissertação (Mestrado) - Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1992.

INTERNATIONAL RESESRCH TEAM. The Meaninig of working. London: Academic Press, 1987.

NOGUEIRA, R. P. Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasil. Ministério da Saúde – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 99-101.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recursos Humanos em Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/whr06>>. Acesso em: 13 set. 2007.

PEREIRA, M. C. A.; FAVERO, N. Motivation in nursing team work. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Maio. 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Urbano. Mapas da Região Metropolitana do Recife. Disponível em: <<http://www.municipios.pe.gov.br/municipio/index.asp>> Acesso em: 30 nov 2008.

PIANCASTELLI, C. H. et al. Saúde da Família e desenvolvimento de Recursos Humanos. Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 21, p. 44-48, 2000.

PIERANTONI, C. R. Residência médica: meio século no Brasil. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1994. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 93).

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

RAVLIN, E. C.; MEGLINO, B. The transitivity of work values : hierarchical ordering of socially desirable stimuli. Organizational Behavior and Human Decision Processes. Michigan, v. 44, p. 494-508, 1989.

ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisas em epidemiologia. In:_____. Epidemiologia e Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI,1999. cap. 6, p. 149-169.

ROSA, W. A. C.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.

SANTOS, M. P. R. Pernambuco como pólo de atração para médicos do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. 2004. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.

SCHEIN E. H. Psicologia organizacional. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1982.

SCHIAPPACASSE, E. et al. Perfil profesional del médico. Educación Médica y Salud, Santiago, v.18, n. 4. p. 359-370, 1984.

SILVA, L. M. O. (Des) Estruturação e (Des) Regulamentação do Trabalho: Uma Análise Preliminar dos Impactos sobre o Setor de Saúde. Revista da FAPESB, Aracaju, v. 2, p. 85-100, 2006.

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

TAMAYO, A. Hierarquia de valores transculturais e brasileiros. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, DF, v. 23, n. especial, p. 7-15, 2007.

VIANA, A. L. Reforma, Tecnologia e Recursos Humanos: A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

VILELA, E. C. Significado do trabalho e escolha acadêmico-profissional: Um estudo com universitários primeiranistas. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

VROOM, V. H. Work and motivation. New York: Wiley, 1964.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE

Olinda, 22 de abril de 2009.

Carta nº 012/2009

A Secretária de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação feita pelo Coordenador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Sr. Pedro Miguel dos Santos Neto, alusiva a pesquisa intitulada: **“ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO E A ROTATIVIDADE DOS MÉDICOS QUE COMPÕEM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM DUAS MESOREGIÕES DO ESTADO DE PERNAMBUCO”**, RESOLVE autorizar a realização da mesma no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que solicita apoio aos profissionais e gestores para o êxito da pesquisa.

Atenciosamente,

TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA
Secretária Municipal de Saúde

Recife, 01 de março de 2009

Da: Coordenação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação de Trabalho CPqAm – Fiocruz

Para: Diretoria da Atenção Básica da Secretaria
Municipal de Saúde de São Lourenço da Mata

Assunto: Solicitação de autorização para Realização de Pesquisa com médicos do Programa Saúde da Família

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização de V.Sa. para realização, junto a esta Secretaria de Saúde, de uma pesquisa que está sendo desenvolvida para realização de dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

O estudo pretende identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico, motivação para o trabalho e a rotatividade dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na região Metropolitana do Recife.

A descrição do perfil sócio-demográfico e da motivação desses profissionais constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios para a adequação em programas e currículos de capacitação, sob a perspectiva da realidade dos profissionais do PSF.

A pesquisa será conduzida através da aplicação de dois questionários junto aos médicos do PSF. As informações contidas nos questionários respondidos, bem como as prestadas pelos profissionais pesquisados serão mantidas em sigilo e os resultados do estudo serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os indivíduos que dele participaram.


Caso V.Sa. esteja de acordo com a realização da pesquisa, peço que assine a autorização que se encontra ao final deste documento.

Atenciosamente,



Pedro Miguel dos Santos Neto
Coordenador do Observatório

Autorizo a realização da presente pesquisa junto aos alunos médicos do Programa Saúde da Família deste município.

 **SEC. DE SAÚDE - SLM**
Humberto Antunes
Secretário Saúde

NOME:

FUNÇÃO:

Data: 13 / 03 / 2009.

Recife, 01 de março de 2009

Da: Coordenação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação de Trabalho CPqAm – Fiocruz

Para: Diretoria da Atenção Básica da Secretaria
Municipal de Saúde de Igarassu

Assunto: Solicitação de autorização para Realização de Pesquisa com médicos do Programa Saúde da Família

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização de V.Sa. para realização, junto a esta Secretaria de Saúde, de uma pesquisa que está sendo desenvolvida para realização de dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.


O estudo pretende identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico, motivação para o trabalho e a rotatividade dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na região Metropolitana do Recife.

A descrição do perfil sócio-demográfico e da motivação desses profissionais constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios para a adequação em programas e currículos de capacitação, sob a perspectiva da realidade dos profissionais do PSF.

A pesquisa será conduzida através da aplicação de dois questionários junto aos médicos do PSF. As informações contidas nos questionários respondidos, bem como as prestadas pelos profissionais pesquisados serão mantidas em sigilo e os resultados do estudo serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Caso V.Sa. esteja de acordo com a realização da pesquisa, peço que assine a autorização que se encontra ao final deste documento.

Atenciosamente,


 Pedro Miguel dos Santos Neto
 Coordenador do Observatório

Autorizo a realização da presente pesquisa junto aos alunos médicos do Programa Saúde da Família deste município.


 Jarbas Ferreira do Rego
 Secretário Saúde Interino
 Port. Nº 090/2009 - Igarassu

NOME: JARBAS FERREIRA DO REGO

FUNÇÃO: SECRETÁRIO DE SAÚDE EM EXERCÍCIO

Data: 12 / 03 / 09

Recife, 01 de março de 2009

Da: Coordenação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação de Trabalho CPqAm – Fiocruz

Para: Diretoria da Atenção Básica da Secretaria
Municipal de Saúde de **Itapissuma**

Assunto: Solicitação de autorização para Realização de Pesquisa com médicos do Programa Saúde da Família

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização de V.Sa. para realização, junto a esta Secretaria de Saúde, de uma pesquisa que está sendo desenvolvida para realização de dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.


O estudo pretende identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico, motivação para o trabalho e a rotatividade dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na região Metropolitana do Recife.

A descrição do perfil sócio-demográfico e da motivação desses profissionais constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios para a adequação em programas e currículos de capacitação, sob a perspectiva da realidade dos profissionais do PSF.

A pesquisa será conduzida através da aplicação de dois questionários junto aos médicos do PSF. As informações contidas nos questionários respondidos, bem como as prestadas pelos profissionais pesquisados serão mantidas em sigilo e os resultados do estudo serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Caso V.Sa. esteja de acordo com a realização da pesquisa, peço que assine a autorização que se encontra ao final deste documento.

Atenciosamente,



Pedro Miguel dos Santos Neto
Coordenador do Observatório

Autorizo a realização da presente pesquisa junto aos alunos médicos do Programa Saúde da Família deste município.

NOME: _____

FUNÇÃO: _____

Data: ____ / ____ / ____

LUCIANA MENEZES
Enfermeira - Saúde da Família
Código PACS/PSF Itapissuma
COREN-PE nº 80671

Recife, 01 de março de 2009

Da: Coordenação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação de Trabalho CPqAm – Fiocruz

Para: Secretaria Municipal de Saúde do Paulista

Assunto: Solicitação de autorização para Realização de Pesquisa com médicos do Programa Saúde da Família

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização de V.Sa. para realização, junto a esta Secretaria de Saúde, de uma pesquisa que está sendo desenvolvida para realização de dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.


O estudo pretende identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico, motivação para o trabalho e a rotatividade dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na região Metropolitana do Recife.

A descrição do perfil sócio-demográfico e da motivação desses profissionais constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios para a adequação em programas e currículos de capacitação, sob a perspectiva da realidade dos profissionais do PSF.

A pesquisa será conduzida através da aplicação de dois questionários junto aos médicos do PSF. As informações contidas nos questionários respondidos, bem como as prestadas pelos profissionais pesquisados serão mantidas em sigilo e os resultados do estudo serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Caso V.Sa. esteja de acordo com a realização da pesquisa, peço que assine a autorização que se encontra ao final deste documento.

Atenciosamente,


Pedro Miguel dos Santos Neto
Coordenador do Observatório

Autorizo a realização da presente pesquisa junto aos alunos médicos do Programa Saúde da Família deste município.

NOME: Robyana Santos O. Almeida
FUNÇÃO: Distritora de Atenção Básica
Data: 18/03/09


Dr. Pollyana Santos de Almeida
Enfermeira
COREN 127474

Departamento de Saúde Coletiva - NESC
Campus da UFPE - Av. Moraes Rêgo, s/n - Cidade Universitária - Recife-PE - Brasil CEP: 50670-420
Fone: 0 XX 81 2101 2600 - Fax: 0 XX 81 2101-2614 E-mail: nesc@cpqam.fiocruz.br - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

RECEBIDO

18/03/09
12:11:37

Da: Coordenação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação de Trabalho CPqAm – Fiocruz

Para: Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho

Assunto: Solicitação de autorização para Pesquisa com médicos do Programa Saúde da Família

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização de V.Sa. para realização, junto a esta Secretaria de Saúde, de uma pesquisa vinculada ao Projeto da Rede Observatórios de Recursos Humanos do CPqAM/Fiocruz, que está sendo desenvolvida para conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública do aluno **Flávio Renato Barros da Guarda**.

O estudo pretende identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico, motivação para o trabalho e a rotatividade dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na região Metropolitana do Recife.

A descrição do perfil sócio-demográfico e da motivação desses profissionais constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios para a adequação em programas e currículos de capacitação, sob a perspectiva da realidade dos profissionais do PSF.

A pesquisa será conduzida através da aplicação de dois questionários junto aos médicos do PSF. As informações contidas nos questionários respondidos, bem como as prestadas pelos profissionais pesquisados serão mantidas em sigilo e os resultados do estudo serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os indivíduos que dele participaram.


Caso V.Sa. esteja de acordo com a realização da pesquisa, peço que assine a autorização que se encontra ao final deste documento.

Atenciosamente,


Pedro Miguel dos Santos Neto
Coordenador do Observatório

Kátia Rejane de Medeiros
Mat. SIAPE 1.347.070

Autorizo o pesquisador Flávio Renato Barros da Guarda a realizar a presente pesquisa junto aos médicos do Programa Saúde da Família deste município.


Adelaide Maria Caldas Cabral
Secretária Municipal de Saúde
Mat. 14013

NOME: ADELAIDE MARIA CALDAS CABRAL

FUNÇÃO: SECRETÁRIA DE SAÚDE

Data: 25/04/09

Recife, 01 de abril de 2009

Da: Coordenação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação de Trabalho CPqAm – Fiocruz

Para: Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes

Assunto: Solicitação de autorização para Pesquisa com médicos do Programa Saúde da Família

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização de V.Sa. para realização, junto a esta Secretaria de Saúde, de uma pesquisa vinculada ao Projeto da Rede Observatórios de Recursos Humanos do CPqAM/Fiocruz, que está sendo desenvolvida para conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública do aluno **Flávio Renato Barros da Guarda**.


O estudo pretende identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico, motivação para o trabalho e a rotatividade dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na região Metropolitana do Recife.


A descrição do perfil sócio-demográfico e da motivação desses profissionais constitui um importante instrumento de diagnóstico, pois através das informações e análises fornecidas através deste estudo podem ser obtidos os subsídios para a adequação em programas e currículos de capacitação, sob a perspectiva da realidade dos profissionais do PSF.

A pesquisa será conduzida através da aplicação de dois questionários junto aos médicos do PSF. As informações contidas nos questionários respondidos, bem como as prestadas pelos profissionais pesquisados serão mantidas em sigilo e os resultados do estudo serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os indivíduos que dele participaram.

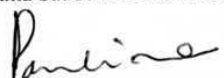
Caso V.Sa. esteja de acordo com a realização da pesquisa, peço que assine a autorização que se encontra ao final deste documento.

Atenciosamente,


Pedro Miguel dos Santos Neto
Coordenador do Observatório

 **Maria Rejane de Medeiros**
Méd. SIAPE 1.347.070

Autorizo o pesquisador Flávio Renato Barros da Guarda a realizar a presente pesquisa junto aos médicos do Programa Saúde da Família deste município.


NOME: Gessyanne Vale Paulino
FUNÇÃO: Secretária de Saúde
Data: 02/04/2009

Gessyanne Vale Paulino
Secretária de Saúde
Jaboatão dos Guararapes



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Flávio Renato Barros da Guarda**, estudante do curso de mestrado em Saúde Pública realizado pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa nos Distritos Sanitários da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Associação entre o Perfil Sócio-demográfico, Motivação para o Trabalho e a Rotatividade dos Médicos que Compõem Equipes de Saúde da Família na Região Metropolitana do Recife”**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 27 de abril de 2009.



Carlos Sena

Diretor Geral de Gestão do Trabalho

ANEXO B – Inventário da Motivação e do Significado do Trabalho

Caro participante, olá!

Temos o prazer de apresentá-lo ao Inventário da Motivação e do Significado do Trabalho (IMST). Este inventário tem o objetivo de ampliar a compreensão de suas relações com seu trabalho. Ele foi elaborado com base em pesquisas nas quais trabalhadores foram ouvidos em entrevista e em outras que testaram o uso e preenchimento do IMST, permitindo seu gradual aperfeiçoamento até o formato que você conhecerá agora.

Segue-se, então, o ISMT, o qual contém perguntas sobre o trabalho em várias perspectivas: **como deve ser** (trabalho ideal), **suas expectativas** (o que você espera dele), **como é na realidade** e como você percebe seu desempenho contribuindo para a obtenção de resultados desejados ou não. Por isso, o ISMT está dividido em três partes: a primeira aborda seu modelo ideal de trabalho; a segunda, suas expectativas e percepção do trabalho concreto e a terceira, sua percepção sobre seu desempenho.

O IMST foi elaborado baseados na confiança que temos em você, colaborador. Por isso, não há artifícios para o confundir. Talvez você sinta uma certa repetição, mas o que ocorre é que precisamos que opine sobre o mesmo aspecto do trabalho (por exemplo: salário e natureza das tarefas) nas quatro perspectivas de análise previstas.

Primeira Parte

A seguir, você vai encontrar uma lista de frases sobre o trabalho ou os resultados desse. Reflita quanto cada frase representa algo que o seu trabalho **deve ser**. Queremos saber como seria seu trabalho ideal. Indique-nos sobre esta sua avaliação atribuindo pontos de **0 a 4**.

Vejam os antecipadamente os seguintes exemplos:

- E1. 4 Trabalhar gera alegria de viver
- E2. 0 Trabalhando, fico com uma dor nas costas.
- E3. 2 Trabalhando, sou criativo.

As respostas dadas significam que é de importância máxima o trabalho gerar *Alegria de viver*, que não é desejável que o trabalho gere *Uma dor nas costas* e que é desejável que o trabalho oportunize a expressão de sua criatividade, mas apenas moderadamente.

Agora é sua vez de responder. **Vamos lá! Opine:** quanto (de 0 a 4) as frases contam algo que o trabalho **deve ser**?

1. ____ É um prazer realizar minhas tarefas
2. ____ Tenho oportunidades de me tornar mais profissionalizado (mais qualificado).
3. ____ As pessoas sabem o quanto é importante o meu trabalho.
4. ____ Os chefes sabem se comunicar com cada um.
5. ____ O meu trabalho é o meu sustento.
6. ____ Sou independente porque assumo minhas despesas pessoais.
7. ____ Os resultados do que faço beneficia os outros (usuários, clientes e pessoas em geral).
8. ____ Se trabalho, tenho o retorno econômico merecido.
9. ____ Estou repetindo as mesmas tarefas todos os dias.
10. ____ Eu sinto que sou tratado como pessoa respeitada.
11. ____ No meu trabalho são tomados todos os cuidados necessários à higiene do ambiente.
12. ____ Fazendo minhas tarefas, não corro riscos físicos.
13. ____ Eu gosto de ver minhas tarefas prontas.
14. ____ Minhas opiniões sobre o trabalho são levadas em conta.
15. ____ Trabalhando, faço amizades.
16. ____ Os chefes confiam em mim.
17. ____ Trabalhando, decido o que compro para mim.
18. ____ O trabalho me proporciona as principais assistências (transporte, educação, saúde, moradia, aposentadoria, etc.).
19. ____ Reconheço a autoridade dos superiores.
20. ____ A empresa cumpre obrigações para comigo.
21. ____ Trabalhar exige esforço físico (corporal).
22. ____ O trabalho é duro porque exige esforço, dedicação e luta.
23. ____ Minhas tarefas exigem de mim tentar fazer o melhor.
24. ____ O que ganho é suficiente e de acordo com meu esforço.
25. ____ O trabalho me torna uma pessoa digna.
26. ____ O trabalho é a garantia da existência humana.
27. ____ Trabalho com conforto nas formas adequadas de higiene, disponibilidade de materiais, equipamentos adequados e conveniência de horário.
28. ____ Fazendo minhas tarefas, tenho oportunidades permanentes de aprendizagem de novas coisas.
29. ____ Meu corpo é necessário para executar minhas tarefas.
30. ____ Os colegas de trabalho me querem bem.
31. ____ Meu trabalho é minha sobrevivência.
32. ____ Trabalhar bem é o que preciso fazer para continuar no meu emprego.
33. ____ Trabalho para ter assistência para mim e minha família.

34. ____ O trabalho é a base para o progresso da sociedade.
35. ____ O trabalho é para ser feito de acordo com o que dizem os superiores.
36. ____ Todo dia faço tarefas parecidas.
37. ____ Trabalhando, estou usando meu pensamento para fazer as tarefas.
38. ____ O trabalho é corrido quando se trabalha também em casa.
39. ____ Trabalhar é fazer a tarefa.
40. ____ Trabalho de acordo com minhas possibilidades.
41. ____ Todos os trabalhadores se esforçam como eu.
42. ____ Trabalhando, sinto-me como uma máquina ou um animal.
43. ____ No meu trabalho são adotadas todas as medidas de segurança recomendáveis.
44. ____ Sou discriminado devido ao meu trabalho.
45. ____ Todos que trabalham têm os mesmos direitos.
46. ____ Esforço-me muito e ganho pouco.
47. ____ O trabalho me deixa esgotado.
48. ____ Trabalhando, sinto-me atarefado.
49. ____ Sou reconhecido pelo que faço.
50. ____ Trabalho em ambiente limpo.
51. ____ Mereço ganhar mais pelo meu trabalho.
52. ____ No meu trabalho, estão sempre me exigindo rapidez.
53. ____ No meu trabalho, tenho as ferramentas necessárias.
54. ____ Recebo toda assistência que mereço.
55. ____ Tenho que terminar minhas tarefas com pressa.
56. ____ Sinto-me produtivo.
57. ____ Trabalhando, desenvolvo minhas habilidades interpessoais.
58. ____ Influencio nas decisões da organização (contribuindo para a formação de opiniões).
59. ____ Sigo as normas das organizações (empresas).
60. ____ Trabalhando, tenho oportunidades de expressão de minha criatividade.
61. ____ O trabalho me garante receber meu salário.

Segunda parte

Agora você vai refletir sobre vários resultados do trabalho, procurando responder a duas questões:

A) Quanto você espera que o seu trabalho apresente o resultado indicado?

B) Quanto ocorre concretamente no seu trabalho o resultado indicado?

Você responderá a estas questões atribuindo também pontos de 0 a 4. Vejamos os exemplos para que esteja mais seguro ao apresentar suas respostas:

Quadro de exemplos

Resultados gerados pelo trabalho	Espero	Ocorre
E1. Alegria de viver	2	0
E2. Uma dor nas costas	3	4
E3. Criatividade	3	1

As respostas dos exemplos significam que você espera com moderação que o trabalho gere *Alegria de viver* e que nunca observa, de fato, isto acontecer. Quanto a *Uma dor nas costas* espera mais intensamente (mais não ao máximo) isto acontecer e observa ocorrer sempre ou intensamente. Tem a mesma expectativa em relação à criatividade no seu trabalho, porém observa ocorrer apenas raramente.

Agora que você já compreendeu, vamos lá! Aproveite a oportunidade para nos contar quanto você **espera** e quanto você observa **ocorrer** o resultado indicado onde você trabalha.

Trabalhando, obtenho:	Espero	Ocorre
1. Prazer pela realização de minhas tarefas.		
2. Oportunidades de me tornar mais profissionalizado (mais qualificado).		
3. Reconhecimento da importância do que faço.		

Trabalhando, obtenho:	Espero	Ocorre
4. Boa comunicação dos chefes comigo		
5. Meu sustento.		
6. Independência para assumir minhas despesas pessoais.		
7. Estabilidade no emprego.		
8. Benefício para os outros (usuários, clientes e pessoas em geral).		
9. Retorno econômico merecido.		
10. Repetição diária de tarefas.		
11. O uso de meu pensamento ou da cabeça.		
12. O sentimento de ser tratada como pessoa respeitada.		
13. Cuidados necessários à higiene no ambiente de trabalho.		
14. Minhas opiniões levadas em conta.		
15. A confiança dos chefes em mim.		
16. Crescimento pessoal na vida.		
17. Independência para decidir o que compro para mim.		
18. Assistência em transporte, educação, saúde, moradia, aposentadoria, etc.		
19. Responsabilidade para enfrentar os problemas do trabalho.		

Trabalhando, obtenho:	Espero	Ocorre
20. Reconhecimento da autoridade dos superiores.		
21. Ocupação de meu tempo.		
22. Esforço físico (corporal) na execução do trabalho.		
23. Dureza, pela exigência de esforço, dedicação e luta.		
24. Exigência de tentar fazer o melhor.		
25. Percepção de que ganho o suficiente e de acordo com meu esforço.		
26. Sentimento de que sou uma pessoa digna.		
27. Conforto nas formas de higiene, disponibilidade de materiais, equipamentos adequados e conveniência de horário.		
28. Oportunidades permanentes de aprendizagem de novas coisas.		
29. Responsabilidades por minhas decisões.		
30. Minha sobrevivência.		
31. Permanência no emprego pela qualidade do que faço.		
32. Assistência para mim e minha família.		
33. Contribuição para o progresso da sociedade.		
34. Obediência aos superiores.		

Trabalhando, obtenho:	Espero	Ocorre
35. Tarefas parecidas diariamente feitas		
36. Percepção de estar ocupado, fazendo alguma coisa.		
37. Uma vida corrida quando se trabalha também em casa.		
38. Tarefa cumprida.		
39. Tarefas e obrigações de acordo com minhas possibilidades.		
40. Sentimento de ser como uma máquina ou um animal.		
41. Adoção de todas as medidas de segurança recomendáveis no meu trabalho.		
42. Discriminação pelo meu trabalho.		
43. Igualdade de direitos para todos que trabalham.		
44. Percepção de que ganho pouco para o esforço que faço.		
45. Sentimento de que estou esgotado.		
46. Sentimento de que sou gente.		
47. Percepção de que estou atarefado.		
48. Reconhecimento pelo que faço.		
49. Limpeza no ambiente de trabalho.		

Terceira Parte

Trabalhando, obtenho:	Espero	Ocorre
50. Merecimento de ganhar mais pelo que faço.		
51. Sentimento de estar bem de cabeça (mentalmente).		
52. Exigência de rapidez.		
53. Equipamentos necessários e adequados.		
54. Assistência merecida.		
55. Oportunidade de exercitar o meu corpo.		
56. Pressa em fazer e terminar minhas tarefas.		
57. A percepção de ser produtivo.		
58. Desenvolvimento das minhas habilidades interpessoais.		
59. Influência nas decisões (contribuindo para a formação de opiniões).		
60. Cumprimento das normas e obrigações da organização (empresa) para comigo.		
61. Oportunidades de expressão de minha criatividade.		
62. Meu salário.		

Atribuindo pontos de 0 a 4, novamente, a cada item da lista que se segue, conte-nos agora: Quanto o que você obtém do seu trabalho depende de seu desempenho e/ou de seu esforço?

1. ___ Prazer pela realização de minhas tarefas.
2. ___ Oportunidades de me tornar mais profissionalizado (mais qualificado).
3. ___ Reconhecimento da importância do que faço.
4. ___ Boa comunicação dos chefes comigo.
5. ___ Meu sustento.
6. ___ Independência, porque assumo minhas despesas pessoais.
7. ___ Estabilidade no emprego (emprego garantido).
8. ___ Benefício para os outros (usuários, clientes e pessoas em geral).
9. ___ Sentimento de ser tratada como pessoa respeitada.
10. ___ O gosto de ver minhas tarefas prontas.
11. ___ Minhas opiniões levadas em conta.
12. ___ Amizades feitas no trabalho.
13. ___ A confiança dos chefes em mim.
14. ___ Assistência em transporte, educação, saúde, moradia, aposentadoria, etc.
15. ___ Responsabilidade para enfrentar os problemas do trabalho.
16. ___ Reconhecimento da autoridade dos superiores.
17. ___ Ocupação de meu tempo.

18. ___ Esforço físico (corporal) na execução do trabalho.
19. ___ Exigência de tentar fazer o melhor.
20. ___ Percepção de que ganho o suficiente e de acordo com meu esforço.
21. ___ Sentimento de que sou uma pessoa digna.
22. ___ Conforto nas formas adequadas de higiene, disponibilidade de materiais, equipamentos e conveniência de horário.
23. ___ Oportunidades permanentes de aprendizagem de novas coisas.
24. ___ Responsabilidades por minhas decisões.
25. ___ O uso meu corpo e/ou das minhas energias físicas para executar minhas tarefas.
26. ___ Sentimento de ser querido pelos colegas de trabalho.
27. ___ Permanência no emprego pela qualidade do que faço.
28. ___ Assistência para mim e minha família.
29. ___ Contribuição para o progresso da sociedade.
30. ___ Obediência aos superiores.
31. ___ Uma vida corrida quando se trabalha também em casa.
32. ___ Tarefa cumprida.
33. ___ Igualdade de esforços entre todos os trabalhadores.
34. ___ Sentimento de ser uma máquina ou um animal.
35. ___ Adoção de todas as medidas de segurança recomendáveis no meu trabalho.
36. ___ Discriminação pelo meu trabalho.
37. ___ Igualdade de direitos para todos que trabalham.
38. ___ Sentimento de que estou esgotado.
39. ___ Sentimento de que sou gente.
40. ___ Percepção de que estou atarefado.
41. ___ Limpeza no ambiente de trabalho.
42. ___ Equipamentos necessários e adequados.
43. ___ Assistência merecida.
44. ___ A percepção de ser produtivo.
45. ___ Desenvolvimento das minhas habilidades interpessoais.
46. ___ Influência nas decisões (contribuindo para a formação de opiniões).
47. ___ Cumprimento das normas e obrigações da organização (empresa) para comigo.
48. ___ Meu salário.

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO CPQAM



Comitê de Ética
em Pesquisa

PARECER

Título: “Associações entre o perfil sócio-demográfico, motivação para o trabalho e a rotatividade dos médicos que compõem equipes de saúde da família em duas mesoregiões do estado de Pernambuco”

Pesquisador: Flávio Renato Barros da Guarda

Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 22-10-2008

Registro no CAAE: 0141.0.095.000-08

Prezado Dr. Flávio Renato Barros da Guarda,

Após analisar o projeto em reunião do CEP/CPqAM que ocorreu no dia 05 do corrente é solicitado ao pesquisador responsável que sejam realizadas as alterações, descritas abaixo, em concordância com a resolução sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, nº 196, de 10 de outubro de 1996.

Considerações éticas:

Inclusão desse item no protocolo

TCLE:

Utilização de papel timbrado da instituição
(http://intranet.cpqam.fiocruz.br/intranet_new//index.php?option=com_content&task=view&id=108&Itemid=7).

A avaliação dos projetos pelo CEP/CPqAM é feita por dois relatores, portanto, existe a necessidade de enviar duas cópias do projeto até o **dia 24 de novembro de 2008** para ser novamente avaliado na próxima reunião de 03 de dezembro de 2008. Caso não haja resposta no prazo de sessenta dias, o projeto será arquivado.

O Comitê fica a disposição para esclarecimentos que se façam necessária.

Recife, 17 de novembro de 2008.


Maria de Medeiros
Biomédica
Coordenadora
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Nº do participante: _____

Escala de Atributos Valorativos

Fator 1 - Justiça no Trabalho				Fator 2 – Auto-expressão e Realização Pessoal				Fator 3 – Sobrevivência Pessoal e Familiar				Fator 4 – Desgaste e Desumanização			
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
04		0,55		01		0,41		05		0,58		21		0,30	
08		0,66		03		0,36		06		0,51		22		0,44	
11		0,66		07		0,48		17		0,50		38		0,42	
12		0,53		15		0,36		26		0,48		42		0,48	
18		0,51		16		0,39		31		0,66		44		0,38	
20		0,64		23		0,47		32		0,44		47		0,66	
24		0,65		25		0,30		33		0,55		48		0,61	
27		0,83		28		0,47		34		0,40		55		0,62	
41		0,53		30		0,43		40		0,37		Soma dos produtos =			
43		0,81		37		0,49		61		0,40		Escore (soma/3,91) =			
45		0,40		56		0,57		Soma dos produtos =							
50		0,74		57		0,57		Escore (soma/4,89) =							
53		0,75		58		0,46									
54		0,78		60		0,61									
Soma dos produtos =				Soma dos produtos =											
Escore (soma/9,04) =				Escore (soma/6,37) =											

Hierarquia dos atributos valorativos (número do fator valorativo no qual o indivíduo tem o maior escore) =	
--	--

Nº do participante: _____

Escala dos Atributos Descritivos

Fator 1 – Auto-expressão				Fator 2 – Condições de Trabalho				Fator 3 – Responsabilidade				Fator 4 – Recompensa Econômica							
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto				
03		0,62		13		0,67		21		0,46		05		0,74					
04		0,56		27		0,75		34		0,45		06		0,69					
08		0,39		41		0,65		38		0,53		30		0,64					
12		0,60		44		0,44		39		0,43		Soma dos produtos =							
14		0,73		49		0,75		51		0,43		Escore (Soma/2,07) =							
15		0,56		53		0,77		Soma dos produtos =											
16		0,57		54		0,72		Escore (Soma/2,3) =											
20		0,35		60		0,57										Fator 5 – Desgaste e Desumanização			
28		0,53		62		0,37										Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
31		0,47		Soma dos produtos =												10		0,35	
48		0,59		Escore (Soma/5,69) =												22		0,52	
58		0,46														23		0,59	
59		0,70														35		0,41	
61		0,55														37		0,52	
Soma dos produtos =																40		0,55	
Escore (Soma/7,68) =																42		0,31	
																46		0,64	
								47		0,51									
								52		0,55									
								56		0,45									
								Soma dos produtos =											
								Escore (Soma/5,4) =											

Hierarquia dos atributos descritivo (número do fator descritivo no qual o indivíduo tem o maior escore)	
---	--

Nº do participante: _____

Escala das Expectativas

Fator 1 – Auto-expressão e Justiça no Trabalho				Fator 2 – Segurança e Dignidade			
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
01		0,53		41		0,59	
02		0,47		43		0,58	
03		0,64		46		0,41	
04		0,64		49		0,52	
05		0,57		55		0,39	
06		0,62		Soma dos produtos =			
07		0,52		Escore (Soma/2,49) =			
08		0,52					
09		0,56		Fator 3 – Desgaste e Desumanização			
11		0,38		Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
12		0,64					
14		0,62					
15		0,55		10		0,45	
16		0,56		22		0,45	
18		0,58		35		0,57	
19		0,60		36		0,40	
20		0,53		37		0,62	
25		0,46		40		0,53	
26		0,57		42		0,49	
28		0,62		44		0,47	
29		0,53		45		0,69	
30		0,58		47		0,55	
31		0,62		52		0,53	
32		0,54		56		0,57	
33		0,53		Soma dos produtos =			
59		0,48		Escore (soma/6,32) =			
61		0,49					
Soma dos produtos =				Fator 4 - Responsabilidade			
Escore (soma/14,95) =				Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
				21		0,49	
				34		0,41	
				39		0,59	
				Soma dos produtos =			
				Escore (Soma/1,49) =			

Escala de Instrumentalidade

Fator 1 – Envolvimento				Fator 2 – Justiça no Trabalho				Fator 3 – Desgaste e Desumanização				Fator 4 – Reconhecimento e Independência Econômica			
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
04		0,37		14		0,72		18		0,58		01		0,41	
10		0,43		20		0,47		25		0,45		02		0,53	
12		0,52		22		0,81		31		0,41		03		0,73	
13		0,43		28		0,65		34		0,54		05		0,48	
15		0,74		33		0,52		36		0,51		06		0,45	
16		0,44		35		0,74		38		0,53		09		0,39	
17		0,48		37		0,49		40		0,47		11		0,56	
19		0,41		41		0,73		Soma dos produtos =			46		0,53		
21		0,60		42		0,79		Escore (Soma/3,49) =			Soma dos produtos =				
24		0,72		43		0,75					Escore (Soma/4,08) =				
26		0,46		47		0,47									
30		0,56		48		0,50									
32		0,52		Soma dos produtos =											
39		0,56		Escore (Soma/7,64) =											
44		0,43													
45		0,50													
Soma dos produtos =															
Escore (Soma/8,17) =															

Força Motivacional

Fator 1 - Expectativa		Fator 1 – Instrumentalidade	
Fator 2 - Expectativa		Fator 2 – Instrumentalidade	
Fator 4 - Expectativa		Fator 4 – Instrumentalidade	
Somatório 1 =		Somatório 2 =	
Produto 1 (Somatório 1 . Somatório 2) =			
Produto 2(Fator 3 de Expectativas . Fator 3 de Instrumentalidade)=			
Força Motivacional (Produto 1 – Produto 2) =			

Nº do participante: _____

Escala de Atributos Valorativos

Fator 1 - Justiça no Trabalho				Fator 2 – Auto-expressão e Realização Pessoal				Fator 3 – Sobrevivência Pessoal e Familiar				Fator 4 – Desgaste e Desumanização			
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
27		0,83		60		0,61		31		0,66		47		0,66	
43		0,81		56		0,57		05		0,58		55		0,62	
54		0,78		57		0,57		33		0,55		48		0,61	
53		0,75		37		0,49		06		0,51		42		0,48	
50		0,74		58		0,46		17		0,50		22		0,44	
08		0,66		07		0,48		26		0,48		38		0,42	
11		0,66		23		0,47		32		0,44		44		0,38	
24		0,65		28		0,47		61		0,40		21		0,30	
20		0,64		30		0,43		34		0,40		Soma dos produtos =			
04		0,55		01		0,41		40		0,37		Escore (soma/3,91) =			
12		0,53		16		0,39		Soma dos produtos =							
41		0,53		03		0,36		Escore (soma/4,89) =							
18		0,51		15		0,36									
45		0,40		25		0,30									
Soma dos produtos =				Soma dos produtos =											
Escore (soma/9,04) =				Escore (soma/6,37) =											

Hierarquia dos atributos valorativos (número do fator valorativo no qual o indivíduo tem o maior escore) =	
--	--

Nº do participante: _____

Escala dos Atributos Descritivos

Fator 1 – Auto-expressão				Fator 2 – Condições de Trabalho				Fator 3 – Responsabilidade				Fator 4 – Recompensa Econômica			
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
14		0,73		53		0,77		38		0,53		05		0,74	
59		0,70		27		0,75		21		0,46		06		0,69	
03		0,62		49		0,75		34		0,45		30		0,64	
12		0,60		54		0,72		39		0,43		Soma dos produtos =			
48		0,59		13		0,67		51		0,43		Escore (Soma/2,07) =			
04		0,56		41		0,65		Soma dos produtos =							
15		0,56		60		0,57		Escore (Soma/2,3) =							
16		0,57		44		0,44						Fator 5 – Desgaste e Desumanização			
61		0,55		62		0,37						Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
28		0,53		Soma dos produtos =				46		0,64					
31		0,47		Escore (Soma/5,69) =				23		0,59					
58		0,46						40		0,55					
08		0,39						52		0,55					
20		0,35						22		0,52					
Soma dos produtos =								37		0,52					
Escore (Soma/7,68) =								47		0,51					
								56		0,45					
								35		0,41					
								10		0,35					
								42		0,31					
								Soma dos produtos =							
				Escore (Soma/5,4) =											

Hierarquia dos atributos descritivo (número do fator descritivo no qual o indivíduo tem o maior escore)	
---	--

Nº do participante: _____

Escala das Expectativas

Fator 1 – Auto-expressão e Justiça no Trabalho				Fator 2 – Segurança e Dignidade			
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
04		0,64		41		0,59	
03		0,64		43		0,58	
12		0,64		49		0,52	
14		0,62		46		0,41	
06		0,62		55		0,39	
28		0,62		Soma dos produtos =			
31		0,62		Escore (Soma/2,49) =			
19		0,60					
18		0,58		Fator 3 – Desgaste e Desumanização			
30		0,58					
05		0,57		Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
26		0,57					
09		0,56		45		0,69	
16		0,56		37		0,62	
15		0,55		35		0,57	
32		0,54		56		0,57	
33		0,53		47		0,55	
01		0,53		40		0,53	
20		0,53		52		0,53	
29		0,53		42		0,49	
07		0,52		44		0,47	
08		0,52		10		0,45	
61		0,49		22		0,45	
59		0,48		36		0,40	
02		0,47		Soma dos produtos =			
25		0,46		Escore (soma/6,32) =			
11		0,38					
Soma dos produtos =				Fator 4 - Responsabilidade			
Escore (soma/14,95) =				Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
				39		0,59	
				21		0,49	
				34		0,41	
				Soma dos produtos =			
				Escore (Soma/1,49) =			

Escala de Instrumentalidade

Fator 1 – Envolvimento				Fator 2 – Justiça no Trabalho				Fator 3 – Desgaste e Desumanização				Fator 4 – Reconhecimento e Independência Econômica			
Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto	Itens	Pontos	Multiplificador	Produto
15		0,74		22		0,81		18		0,58		03		0,73	
24		0,72		42		0,79		34		0,54		11		0,56	
21		0,60		43		0,75		38		0,53		02		0,53	
30		0,56		35		0,74		36		0,51		46		0,53	
39		0,56		41		0,73		40		0,47		05		0,48	
32		0,52		14		0,72		25		0,45		06		0,45	
12		0,52		28		0,65		31		0,41		01		0,41	
45		0,50		33		0,52		Soma dos produtos =				09		0,39	
17		0,48		48		0,50		Escore (Soma/3,49) =				Soma dos produtos =			
26		0,46		37		0,49						Escore (Soma/4,08) =			
16		0,44		20		0,47									
10		0,43		47		0,47									
13		0,43		Soma dos produtos =											
44		0,43		Escore (Soma/7,64) =											
19		0,41													
04		0,37													
Soma dos produtos =															
Escore (Soma/8,17) =															

Força Motivacional

Fator 1 - Expectativa		Fator 1 – Instrumentalidade	
Fator 2 - Expectativa		Fator 2 – Instrumentalidade	
Fator 4 - Expectativa		Fator 4 – Instrumentalidade	
Somatório 1 =		Somatório 2 =	
Produto 1 (Somatório 1 . Somatório 2) =			
Produto 2(Fator 3 de Expectativas . Fator 3 de Instrumentalidade)=			
Força Motivacional (Produto 1 – Produto 2) =			

Nº _____

Data do preenchimento deste questionário: ____/____/____

Nome do município: _____

Mesoregião: _____

I – Informações Gerais

1. Sexo:		
Masculino	1	Feminino 2
2. Idade:		
	20 a 29 anos	0
	30 a 39 anos	1
	40 a 49 anos	2
	50 a 59 anos	3
	> 60 anos	4
3. Formação Profissional:		
	Apenas Graduação	0
	Residência	1
	Título de Especialista	2
	Mestre	3
	Doutor	4
4. Renda		
	< 3 salários mínimos	0
	De 3 a 5 salários mínimos	1
	De 6 a 8 salários mínimos	2
	De 9 a 11 salários mínimos	3
	> 12 salários mínimos	4
	SIM	NÃO
5. Já exercia a medicina antes de trabalhar no PSF?	1	2

6. Em caso afirmativo, especifique o tipo de atividade: _____		
	SIM	NÃO
	1	2
7. Atualmente, além da atividade no PSF, exerce outro tipo de atividade:		
8. em caso positivo, qual é o vínculo:		
	Trabalha em seu consultório	0
	Trabalha com carteira assinada	1
	Tem vínculo com cooperativa para esse trabalho extra	2
	Cargo comissionado	3
	Plantão	4
	Outro tipo de vínculo	5
9. Mês/ano em que começou a trabalhar no PSF: (considere a data da sua contratação para atuar na equipe): ____/____		
10. Qual o tipo de vínculo empregatício que você tem com o município:		
	CLT – próprio	0
	CLT – Cedido	1
	Contratação comissionada	2
	Terceirização - empresas	3
	Terceirização - cooperativas	4
	Terceirização – Fundações e outros órgãos	5
	Contratação temporária	6

Contratação individual de prestação de serviço	7
Bolsa trabalho/ajuda de custo	8
Outros tipos de vínculos	9
Especificar: _____	
11. Área onde atua? (considere a predominante e/ou a definida no cadastro da equipe no SIAB):	
Urbana	1
Rural	2
12. Assinale a alternativa que refere o local onde você reside:	
Mora na área da sua Equipe de Saúde da Família	1
Mora na área da Unidade de Saúde da Família	2
Mora no município	3
Mora fora do município	4
Mora fora do estado	5
13. Há quanto tempo mora na área onde trabalha?	
< de 1 ano	1
De 1 a 2 anos	2
De 3 a 4 anos	3
De 4 a 5 anos	4
> de 5 anos	5
14. Que motivo levou você a trabalhar no PSF? Escolha a razão que mais pesou na sua decisão em trabalhar como médico da família:	
Estava aposentado (a)	0
Pretendia aumentar minha renda	1
Trabalho no PSF possibilita desenvolver outra a atividade	2

Para ter condições de continuar estudando	3
Foi convidado (a) por pessoa ligada à administração municipal	4
Queria experimentar o tipo de trabalho	5
Admirava o trabalho no PSF	6
Fui incentivado (a) desde a graduação	7
Foi incentivado(a) por outras pessoas ou familiares	8
Outro motivo? Especificar: _____	9
15. Assinale os motivos que o (a) levariam a sair de sua atual equipe de saúde da família:	
Outra equipe com remuneração melhor	1
Realização de cursos	2
Mudança no tipo de vínculo	3
Convite para exercer função política	4
Outros	5
Especifique: _____	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Associações entre o perfil sócio-demográfico e a motivação para o trabalho dos médicos que compõem as equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife” e sua participação não é obrigatória.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico e a motivação para o trabalho dos médicos que compõem as equipes de Saúde da Família na Região Metropolitana do Recife. Sua participação neste estudo consistirá em responder um questionário com perguntas relacionadas aos objetivos do mesmo. A pesquisa não trará riscos ou danos ao pesquisado. Acredita-se que o estudo trará diversos benefícios, tais como um maior conhecimento do perfil dos médicos do PSF, seus níveis de motivação e questões relacionadas à rotatividade desses profissionais. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidências e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O (a) senhor (a) terá direito a perguntas e respostas em qualquer momento da pesquisa. Em caso de dúvidas sobre o projeto procurar o pesquisador principal Flávio Renato Barros da Guarda, que se encontra a sua disposição pelo telefone: (81) 9984-1556. Este documento será elaborado em duas vias ficando uma em posse do pesquisador e outra em posse do participante voluntário.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

Recife ____ de _____

APÊNDICE B**ARTIGO**

Este artigo será submetido à Revista de Saúde Pública (RSP)

DA GUARDA, F. R.. B. **Perfil sócio-demográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na região metropolitana do recife. 2009**

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS MÉDICOS QUE COMPÕEM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

AUTOR: Flávio Renato Barros da Guarda - DA GUARDA, F. R. B.

INSTITUIÇÃO: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz - Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Recife - PE – Brasil - CEP: 50.670-420 Caixa Postal: 7472

ENDEREÇO: Rua Manoel Graciliano de Souza nº 225 Apto 305 – Jardim Atlântico – Olinda Pernambuco – CEP: 53.050-120

e-mail: flaviodaguarda@cpqam.fiocuz.br

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar o tempo de permanência de médicos e enfermeiras em unidades de saúde da família do estado de Pernambuco. Foram examinados os cadastros de 5.215 profissionais que compuseram ao menos uma equipe de saúde da família, por pelo menos um dia, entre janeiro de 2001 e abril de 2006, estimando-se o tempo de permanência por mesoregião e por porte de município, através do estimador de Kaplan-Meier. Profissionais de medicina tiveram tempo médio de permanência inferior ao dos profissionais de enfermagem, com medianas de 806 e 1.287 dias, respectivamente. A análise da permanência no PSF por porte de municípios revela diferenças importantes quando comparada a análise por mesoregião. A rotatividade de médicos e enfermeiras certamente compromete o acompanhamento e continuidade de ações a médio e longo prazo, dificultando planejamento, e avaliações. Desta forma, a análise da permanência desses profissionais é de fundamental importância para a detecção de problemas relativos a pouca articulação/ aproximação das equipes com a comunidade, bem como para avaliar a eficácia, efetividade e eficiência do programa.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde, Programa saúde da família, Atenção primária à saúde, Avaliação de serviços de saúde,

ROTATIVIDADE DE MÉDICOS E ENFERMEIRAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PERNAMBUCO

De acordo com a proposta de trabalho do PSF, espera-se que os profissionais da atenção básica sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde¹.

Dessa forma, características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam no setor saúde, podem influenciar tanto na escolha pela atuação no PSF, quanto no trato com questões inerentes ao trabalho em equipes de saúde da família. Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais, haja vista que este parece estar associado, à identificação com o trabalho comunitário, à formação acadêmica e, à qualificação e capacitação para o desempenho das funções¹.

A identificação do perfil profissional pode contribuir pra a melhoria da qualidade, tanto dos serviços, quanto das instituições de formação e aperfeiçoamento profissional. Para Schiappacasse² (1984), a determinação desse perfil é a base mais racional para a organização de todo o processo de formação profissional e de avaliação do currículo, e, por conseguinte, toda instituição formadora deve desenvolver e reestruturar de forma contínua os perfis das carreiras profissionais sob sua responsabilidade.

A elaboração e a adoção de medidas – quando necessárias – de reforço dessa qualificação possibilitam, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

Dessa forma a identificação do perfil poderá constituir-se em importante instrumento de diagnóstico e avaliação da estratégia de saúde da família e de todo o sistema de saúde.

Alguns estudos buscaram identificar características sócio-demográficas de médicos, dentro e fora da atenção básica^{1, 2, 3, 4}.

Frota⁴ (2002) descreveu o perfil dos médicos de São Tomé e Príncipe e descobriu a insuficiência de profissionais médicos, em particular, especialistas, além de apontar uma desordenada utilização desses profissionais, devido à ausência de uma política de formação de recursos humanos para a saúde.

Machado² (2000) coordenou uma pesquisa do Ministério da Saúde, a qual traçou o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família e apresentou dados acerca da distribuição e inserção desses profissionais, formação, locais de residência e regime de trabalho, entre outros. Através de um levantamento amostral do contingente ativo, o estudo caracterizou o médico que atua no país, analisando desde os aspectos sócio-demográficos até os aspectos político-ideológicos. Esta caracterização baseou-se em dados de cada estado da federação e posteriormente, de cada região geográfica, para assim traçar o Perfil dos Médicos no Brasil.

Os dados produzidos através desta pesquisa são inéditos no Brasil e na América Latina. Foram aplicados cerca de oito mil questionários, representando um universo em torno de duzentos mil médicos no Brasil, o que permitirá o conhecimento e a produção de análises que visem tanto estudos acadêmicos, quanto a formulação de políticas de recursos humanos adequadas e coerentes com a realidade no nosso país. A pesquisa identificou aspectos como: características da transição demográfica, formação dos médicos, a tendência à feminilização da profissão, inserção no mundo do trabalho, transformações do mercado de serviços médicos e aspectos político-ideológicos deste profissional.

Por outro lado, alguns estudos descrevem a falta de médicos com o perfil adequado para atuar no programa^{5, 6, 7}.

Estudo realizado no município de São Paulo apontou a falta de médicos com o perfil adequado para atuar no PSF como uma das dificuldades para a implementação do modelo⁶. Esses autores verificaram a existência de correlação negativa entre a satisfação no trabalho dos médicos e a rotatividade desses profissionais, além de identificar outros fatores de satisfação no trabalho que apresentaram correlação com a rotatividade, tais como: capacitação, distância das unidades de saúde e disponibilidade de materiais e equipamentos para realização das atividades profissionais.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde⁷, gestores de grandes municípios indicaram que um dos fatores que possivelmente conduz à rotatividade dos profissionais de medicina é a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonam o emprego para realizar cursos de aperfeiçoamento (residência médica).

Essa rotatividade dos médicos no PSF foi avaliada por Benning e Da Guarda⁸ (2007), os quais identificaram menor fixação desses profissionais em municípios do interior e maiores períodos de permanência entre os que trabalhavam na região

metropolitana, sugerindo que, além das características sócio-culturais e econômicas, a rotatividade dos médicos também poderia estar associada ao perfil desses profissionais.

Na Região Metropolitana do Recife encontram-se os municípios mais populosos do estado⁹ e sua população é de 4.875.129 habitantes. A região concentra a maior parte da renda do Estado e os seus municípios geram hoje, juntos, metade de toda a riqueza produzida em Pernambuco. Além disso, a rede de saúde conta com pouco mais de 400 Unidades de Saúde da Família¹⁰.

O que se observa, entretanto, a ausência de estudos que avaliem o perfil sócio-demográfico dos médicos que atuam nessas unidades de saúde, o que dificulta a elaboração de estratégias de formação/capacitação de profissionais, bem como a avaliação da qualidade do serviço sob vários aspectos.

O objetivo deste estudo é descrever o perfil sócio-demográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família em municípios da Região Metropolitana do Recife.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de corte transversal, o qual buscou descrever o perfil sócio-demográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família em municípios da Região Metropolitana do Recife.

Os dados foram obtidos aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas, em amostra de 76 médicos de 10 municípios da Região Metropolitana do Recife.

O questionário fazia parte de um protocolo de pesquisa que visa avaliar associações entre o perfil sócio-demográfico e a motivação dos médicos no PSF.

Análise dos dados

Inicialmente foram identificados, através do aplicativo Microsoft Excel, os profissionais que encontram-se ativos no sistema ou que por algum motivo se desligaram das equipes do PSF durante o período estudado.

Foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas, com número e percentual para cada uma das variáveis referentes às características sócio-demográficas.

Para este estudo, adotou-se o nível de significância estatística de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

As questões éticas relativas a este estudo foram analisadas pelo Comitê de Ética na Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fiocruz, o qual emitiu o Parecer nº 0068.0.095.000-06 que considera os procedimentos metodológicos condizentes com a conduta ética, de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

As mulheres representaram 47,4% do universo estudado. Além disso, percebe-se que o programa apresenta uma alta concentração de profissionais com idade acima de 40 anos (76,3%) e que na faixa mais jovem (até 29 anos), encontram-se apenas 7,9% dos médicos.

Quanto à formação profissional, encontramos que 86,8% dos médicos entrevistados possuem algum curso de pós-graduação e 56,6% do total apresentam renda per capita superior a 12 salários mínimos.

Tabela 1 - Distribuição dos Médicos por faixa etária, cursos de formação e aperfeiçoamento e renda em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.
(Continua)

Características Sócio-demográficas	Médicos	
	N	%
Faixa Etária		
20 - 29	6	7,9
30 - 39	12	15,8
40 - 49	19	25,0
50 - 59	18	23,7
≥ 60	21	27,6

Características Sócio-demográficas	Médicos	
	N	%
Cursos de Formação e Aperfeiçoamento		
Apenas graduação	10	13,2
Residência Médica	17	22,4
Título de Especialista	47	61,8
Mestre	2	2,6
Doutor	0	0,0
Renda per capita		
<3 salários	0	0,0
De 3 a 5 salários mínimos	5	6,6
De 6 a 8 salários mínimos	5	6,6
De 9 a 11 salários mínimos	23	30,3
> 12 salários mínimos	43	56,6

(Conclusão)

De forma geral, os indivíduos pesquisados apresentaram baixa rotatividade no Programa. Segundo a variável tempo de trabalho no PSF, observa-se que 3,95% dos profissionais trabalham a mais de 10 anos no PSF; 31,58% apresentam um tempo de serviço entre 5 e 10 anos; aqueles que atuam no programa entre 4 e 5 anos representam 9,21% da amostra. 34,21% afirmaram trabalhar a menos de 2 anos e apenas 9% declararam trabalhar entre 4,9 e 4 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos médicos por tempo de trabalho no PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2009.

Tempo de Trabalho	Médicos	
	N	%
> 10 anos	3	3,95
10 – 5 anos	24	31,58
4,9 - 4 anos	7	9,21
3,9 – 2 anos	16	21,05
< 2 anos	26	34,21
Total	76	100

Observou-se, ainda, que 44,74% dos participantes da pesquisa, apresentam contrato temporário como forma de vinculação com o município e 55,26% afirmaram ter vínculo empregatício com seu município regido pelo regime estatutário.

63,9% dos pesquisados exercem atividade remunerada além das desenvolvidas no PSF e 36,1% não exerce nenhum tipo de atividade.

Atividades	Médicos	
	N	%
Trabalha em seu consultório	9	18
Trabalha com carteira assinada	6	12
Tem vínculo com cooperativa para esse trabalho	0	0
Cargo comissionado	0	0
Plantão	29	58
Outros tipos de vínculo	6	12
Total	50	100

Quadro 1 – Distribuição dos tipos de vínculo das atividades realizadas além do PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

No quadro acima, observa-se que o trabalho com carteira assinada representou apenas 12% dos vínculos estabelecidos para as atividades extra-PSF. Entretanto, observa-se, também, que as atividades como cargos comissionados e trabalhos através de cooperativas não foram citados pelos pesquisados.

Tabela 3 – Tipos de vínculo dos médicos do PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2009.

TIPO DE VÍNCULO	Médicos	
	N	%
CLT Próprio	2	2,63
CLT Cedido	3	3,95
Contratação Comissionada	1	1,32
Contratação Temporária	25	32,89
Prestação de Serviços	8	10,53
Estatutário	37	48,68
Total	76	100,00

Nossos achados apontam que a maioria dos médicos da região metropolitana do Recife escolheu trabalhar no PSF por admirar este tipo de trabalho (28,95%), seguidos por aqueles que pretendiam experimentar o trabalho em ESF (27,63%).

Tabela 4 - Distribuição dos Médicos por motivo que influenciou na escolha do PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2009.

Motivo o que influenciou a trabalhar no PSF	Médicos	
	N	%
Estava aposentado (a)	5	6,58
Pretendia aumentar minha renda	8	10,53
Trabalho no PSF possibilita desenvolver outra a atividade	4	5,26
Para ter condições de continuar estudando	4	5,26
Foi convidado (a) por pessoa ligada à administração municipal	7	9,21
Queria experimentar o tipo de trabalho	21	27,63
Admirava o trabalho no PSF	22	28,95
Fui incentivado (a) desde a graduação	1	1,32
Foi incentivado (a) por outras pessoas ou familiares	4	5,26
Outros	0	0,00
Total	76	100

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos médicos por motivo que os levariam a sair da equipe à qual estão atualmente vinculados. Observa-se que a maioria (23,68%) alegou que deixariam suas equipes para realizar cursos.

Tabela 5 - Distribuição dos Médicos por motivo que os levariam a sair da equipe à qual estão atualmente vinculados

Motivos que o (a) levariam a sair de sua atual ESF	Médicos	
	N	%
Outra equipe com remuneração melhor	11	14,47
Realização de cursos	18	23,68
Mudança no tipo de vínculo	7	9,21
Convite para exercer função política	13	17,11
Outros motivos	27	35,53
Total	76	100

DISCUSSÃO

Machado (1997), em pesquisa sobre médicos no Brasil (Machado et Al. 1997), apontava que a medicina era uma profissão predominantemente masculina, com 67,3% de profissionais homens. Entretanto, nossos resultados apontam que houve um equilíbrio entre os gêneros, sendo a amostra composta por 47,4% de mulheres.

Esses resultados assemelham-se aos encontrados por Machado³ (2000). A autora realizou estudo para traçar o perfil de médicos e enfermeiras no PSF e identificou que 44,04% dos médicos brasileiros eram mulheres.

Em outros estudos, entretanto esta distribuição de homens e mulheres parece não ser regular. Ferrari e Melchior (2005), em pesquisa realizada com médicos e enfermeiros do município de Londrina, no Paraná, verificaram que 59,8% dos médicos eram homens. Por outro lado, Cotta *et Al.* (2006) e Canesqui e Spinelli (2006) observaram predominância de profissionais do sexo feminino, corroborando com outros estudos os quais indicam uma tendência à feminilização da profissão médica (Girardi, 2002; Gill, 2005; MS, 2002).

A predominância de profissionais na faixa etária acima de 40 anos, encontra-se um pouco acima da média nacional, identificada por Machado *Et Al.* (2000), a qual descreve que os médicos mais velhos (com idade entre 30 e 49 anos) somavam 66,62%, ao passo que os mais jovens (até 29 anos) perfaziam 19,12 % da amostra.

Da mesma forma como acontece com a distribuição por gênero, a idade dos médicos do PSF apresenta variações locais. No estado do Mato Grosso, Canesqui e Spinelli (2006), identificaram que a mediana de idade dos profissionais médicos era de 36 anos. Campos e Malik (2008), em pesquisa com médicos do município de São Paulo, identificaram que 52,1% dos profissionais tinham até 40 anos e que apenas 3,3% estavam acima de 59 anos. Em pesquisa realizada por Ferrari e Melchior (2005), observou-se certo equilíbrio na proporção de profissionais jovens e maduros entre os médicos de Londrina, no Paraná. O estudo aponta que 43,9% dos indivíduos tinham menos de 40 anos de idade.

Quanto à formação profissional, observa-se que 86,8% dos médicos entrevistados possuem algum curso de pós-graduação. Isso indica que os profissionais que atuam nas USF possuem bom nível de qualificação, haja vista que a média nacional de médicos com residência é de 75%³.

Embora a proporção de médicos mais velhos descrita nos estudos citados seja menor que a encontrada neste artigo, o problema da classificação etária desses profissionais parece ser percebido também pela gestão do SUS.

Pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que um dos fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos era a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonavam o emprego para cursar residência médica. Na mesma pesquisa os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade¹².

Em pesquisa que descreveu o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil (BRASIL, 2000), observou-se que poucos médicos do PSF tinham algum curso de especialização (39,53%) e o número de profissionais com titulação *Stricto Sensu* era ainda mais reduzido, ou seja, 2,43% tinham mestrado e/ou doutorado.

Entretanto, em estudo realizado por Canesqui e Spinelli¹² (2006), a residência médica e os cursos de especialização foram concluídos por, respectivamente, 27% e 40% dos médicos do PSF; Além disso, 31,2% concluíram cursos de atualização de curta duração. Apenas 1,6% obtiveram os graus de mestre e doutor.

As informações obtidas com relação à variável renda dos médicos da RMR divergem das encontradas no estudo de Canesqui e Spinelli (2006), onde 87,4% deles recebiam de R\$ 4.000,00 a R\$ 6.000,00, sendo que 46,3% dos médicos ficaram na faixa de 25 a 35 salários mínimos.

Os mesmos autores, entretanto, afirmam que as remunerações dos médicos do PSF no Estado de Mato Grosso destacaram-se em relação às das demais regiões, sendo acrescentadas, inclusive de benefícios como residência e transporte.

Nossos achados apontam que a renda dos médicos da região metropolitana do Recife, se convertida em dólares na cotação atual (pouco mais de dois Reais), alcançará valores próximos a 2.464,00 dólares, ou seja, encontra-se próxima à média nacional descrita por Machado (2000), a qual era de 2.229,00 dólares.

Esse salário tem sido superior à remuneração das demais especialidades médicas, nos mercados público e privado, conforme Campos e Malik (2008). Os autores citam um inquérito nacional realizado em 2001, o qual verificou que os salários pagos aos profissionais estavam, em média, 76% acima do mercado de trabalho, em torno de R\$ 4 mil (em valores de 2006).

Por outro lado, embora o salário seja um dos atrativos para os médicos se apresentarem para contratação no programa, este não tem evitado a rotatividade desses profissionais⁶.

Esse fato pode ser agravado ainda mais pela possibilidade do exercício liberal da profissão em hospitais, consultórios e clínicas privadas, o que amplia o leque de possibilidades de emprego para os médicos, aumentando a oferta de vagas no setor público¹³, o que, conseqüentemente, aumenta o valor dos salários ofertados.

Neste aspecto, a oferta de postos de trabalho em municípios com remuneração superior à média praticada nos grandes centros pode ser um fator determinante para a adesão desses profissionais a sistemas de saúde localizados fora dos grandes centros ou em suas regiões periféricas, porém, não assegura a fixação do profissional nessas localidades.

Observa-se, também, que a maioria dos médicos da Região Metropolitana do Recife (65,79%) trabalha no Programa há mais de dois anos, ou seja, mais de 700 dias, sendo a mediana de permanência é igual a 1.167 dias.

Esses dados extrapolam os achados de Benning e Da Guarda (2006), os quais identificaram mediana de permanência em torno de 820 dias (pouco mais de dois anos) para profissionais médicos nas equipes de PSF da Região Metropolitana do Recife, cabendo observar que esta foi a menor rotatividade encontrada em todo estado de Pernambuco.

A rotatividade dos médicos nas equipes de PSF compromete a continuidade de ações de médio e longo prazos, além de dificultar o estabelecimento do vínculo entre estes profissionais e a população por eles atendida^{8, 12}. Assim sendo, o elevado tempo de permanência identificado entre os médicos da RMR parece favorecer o cumprimento desse objetivo.

Verificamos que 44,74% dos participantes da pesquisa, apresentam contrato temporário como forma de vinculação com o município e 55,26% afirmaram ter vínculo empregatício com seu município regido pelo regime estatutário.

Embora esses resultados sejam diferentes dos apontados em alguns estudos (BRASIL, 2000; Dal Poz, 2000), as formas de contratação de médicos para o PSF na RMR ainda mantém elevado índice de precarização. Nesta dissertação, o elevado número de contratações realizadas sob o regime estatutário (ver tabela 5) se deve ao fato de que o município do Recife realizou, recentemente, concurso público para preenchimento dos cargos no Programa Saúde da Família.

Considerando que o Recife é o município com a maior rede de saúde do estado, o fato de seus profissionais terem seu vínculo estabelecido por meio de concurso público representa um grande avanço rumo a desprecarização das formas de contratação. Por outro lado, eleva a média dos vínculos concursados na RMR, equilibrando uma relação que, de fato, é irregular, pois todo o restante dos municípios pesquisados ainda mantém vínculos precários. Dessa forma, nossos achados apontam que quase a metade dos médicos pesquisados permanece sem garantias de seus direitos trabalhistas.

Esta precarização do vínculo não se restringe à região metropolitana do Recife. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde¹⁴ observou-se que 45,88% dos médicos no país foram incorporados ao PSF por meio de contratos temporários. Além disso, a pesquisa identificou que não existe padronização nas formas de contratação para o Programa. À exceção das regiões Sul (41,77% dos médicos sob o regime do estatuto do servidor público) e Centro-Oeste (50% contratados sob o regime da CLT), nas demais regiões predominavam a precariedade dos vínculos empregatícios.

Machado (2000) aponta que, somados os contratos temporários e as demais formas precárias de contratação, cerca de 60% dos médicos do PSF no Brasil não possuíam garantias jurídicas de direitos trabalhistas.

Dal Poz¹⁵ (2000) também descreve grades variações nas formas de contratação de profissionais de saúde no PSF (inclusive médicos), chamando a atenção para as situações de vínculo informal, sem apoio em elementos legais e sem obrigações de seguridade. Acrescenta que essa precariedade nos vínculos coloca o estado em uma situação embaraçosa, do ponto de vista legal, por favorecer a informalidade das relações de trabalho e criar uma situação de desproteção social e de informalidade das relações de trabalho, na medida em que essas formas de vinculação contratual não dão acesso a benefícios trabalhistas como o pagamento de hora-extra, aposentadoria, licença maternidade, entre outros.

O quantitativo de médicos que exercem outra atividade remunerada na RMR aproxima-se dos encontrados em estudos com profissionais de outras regiões do país^{1, 6, 12}.

Campos e Malik (2008) encontraram 56,8% de médicos com mais de um vínculo empregatício entre os médicos do PSF no município de São Paulo. Esta tendência aproxima-se da média nacional observada no relatório final da pesquisa Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Brasil (BRASIL, 2000), o qual aponta que 45,54%

dos médicos mantêm outros vínculos de trabalho além do PSF, embora esse fenômeno se manifeste de formas distintas entre as regiões do país: 56,63% na região Norte, e 38,89% no Centro-Oeste.

Em estudo que avaliou a organização do trabalho e o perfil dos profissionais do PSF no município de Teixeira (minas Gerais), Cotta *et Al.* (2006) observaram que 100% dos médicos pesquisados possuíam mais de um vínculo, ou seja, acumulam atividades profissionais, além das exercidas no PSF.

Outra pesquisa sobre o perfil sócio-demográfico e ocupacional do Programa Saúde da Família do Estado de Mato Grosso⁸ aponta que 41,9% dos profissionais possuíam mais de um vínculo. Entre os que alegaram duplicidade de vínculos, 46,3% informaram exercê-lo no setor privado.

A exclusividade da jornada de quarenta horas no PSF é uma exigência do Ministério da Saúde, parcialmente cumprida também em outras regiões e nos distintos municípios brasileiros, cujas contratações e jornadas de trabalho – das equipes de PSF – variam consideravelmente⁸.

Tais atividades são exercidas sob variadas formas de vínculo.

A atividade em consultório foi citada por apenas 18% da amostra. Este resultado difere dos achados de Machado (2000), quanto à média nacional (30%), porém, aproxima-se dos valores encontrados para a região Nordeste (20,10%). Para as demais regiões, a média de exercício liberal da medicina foi de 39,79% para a região Sudeste; 35,19% para a região Centro-Oeste; 30,12 para a região Norte e; 24,05 para a região Sul.

A maioria dos médicos da região metropolitana do Recife escolheu trabalhar no PSF por admirar este tipo de trabalho (28,95%), seguidos por aqueles que pretendiam experimentar o trabalho em ESF (27,63%).

Sobre a escolha da área de atuação profissional Pierantoni (2001) destaca que a valorização acadêmica da pesquisa pode incidir muito fortemente sobre escolhas e práticas curriculares. A autora ressalta o distanciamento da área básica, por parte de alguns professores e gestores acadêmicos, sobretudo nos cursos de medicina.

Além disso, conforme já citado anteriormente, a possibilidade do exercício liberal da medicina em clínicas e consultórios particulares, bem como o incentivo à incorporação de tecnologias mais complexas têm perpetuado modelos tradicionais de seleção de conteúdos de formação médica¹³ e, conseqüentemente, influenciado a escolha dos acadêmicos por formações especializadas, as quais encontram-se mais

relacionadas com prestígio, status social, e remuneração, do que a aspectos relacionados com a vocação ¹⁴.

Dessa forma, os resultados encontrados entre os médicos da RMR parecem animadores, pois cerca de 60% desses profissionais demonstrou interesse ou admiração pelo trabalho, denotando identificação com o PSF. Tal identificação pode influenciar tanto na escolha pela atuação no PSF, quanto no trato com questões inerentes ao trabalho em equipes de saúde da família.

Verificamos que a maioria (23,68%) alegou que deixariam suas equipes para realizar cursos.

Essa necessidade de maior aprimoramento técnico-científico foi descrita por Machado (2000), evidenciando a importância de maiores investimentos na qualificação dos profissionais do PSF. A autora aponta que, 96,35% do total dos entrevistados afirmam ter necessidade de aprimoramento profissional. As principais modalidades escolhidas para o aprimoramento profissional técnico foram: cursos de especialização (27,85%); cursos de curta duração - capacitação (23,29%); cursos *Stricto Sensu* (mestrado, doutorado, pós-doutorado, 19,23%).

Os dados encontrados sobre os motivos que levariam os médicos a saírem de suas atuais equipes apenas confirmam o que já foi discutido sobre rotatividade e salários.

Para alguns autores, o valor do salário do médico do PSF seria uma forma de compensação à precariedade do vínculo (Dal Poz, 2002; MS, 2002c; Girardi e Carvalho, 2003). A busca por essa compensação parece justificar uma parcela dos pesquisados (14,47%) que alegou poder deixar suas equipes para compor outras com salário maior.

Além disso, 9,21% dos médicos informaram que sairiam de suas atuais equipes para mudar o tipo de vínculo que têm com o município, corroborando com estudos de Cherchiglia e Belisário (2002), Borrelli, (2004), Gil (2005) e Dal Poz (2002).

CONCLUSÕES

Tendo em vista os objetivos propostos nesta pesquisa, caracterizamos os médicos que compõem equipes de saúde da família em dez municípios da Região Metropolitana do Recife, descrevendo seu perfil sócio-demográfico.

Como conclusão, apontamos que, entre os médicos do PSF na Região Metropolitana predominam indivíduos maduros, com bom nível de qualificação

profissional, com distribuição proporcional entre sexos e o tipo de vínculo estabelecido com o município, e inseridos no exercício desta atividade há mais de 2 anos. Destacamos, ainda, a necessidade de outros estudos que analisem as possíveis associações entre o perfil sócio-demográfico e a rotatividade desses profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COTTA RMM, SCHOTT M, AZEREDO CM, FRANCESCHINI SCC, PRIORI SE, DIAS G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3):7-18.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 1997.
3. GUGLIELMI, MC, TAVARES, RAW. A política pública "saúde da família" e a permanência fixação do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco. [Tese na internet]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007 [acessado 2007 nov.13]. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/saude_fam_fixacao_prof.pdf
4. BRASIL. Ministério da Saúde & FIOCRUZ. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família*. 2000.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Preliminar: avaliação da implantação e funcionamento do PSF. Brasília: Editora MS, 1999.
6. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [online]. 2000 Jun [acessado 2008 jan 27]; 34(3): 316-319. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm.

7. PIERANTONI, CR. As reformas de Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. ABRASCO. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6 (2): 341-360.
8. SILVA, L.M.O. (Des) Estruturação e (Des) Regulamentação do Trabalho: Uma Análise Preliminar dos Impactos Sobre o Setor de Saúde. *Rev. da FAPese* 2006; 2 (1): 85-100.
9. GIL, CR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):490-498.
10. COLOME, ICS, LIMA, MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). *Rev. gaúcha enferm* 2006; 27 (4): 548-556.
11. SOUZA JÚNIOR, JCA. LUCENA, RM. Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização. [Monografia na internet]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz; 2005. [acessado 2007 nov.13]. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/fixacao_saude_municipios_pe.pdf
12. CASTRO, JL. VILAR, RLA. Desafios e Estratégias para a Interiorização do Trabalho em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
13. ANDRADE, FMO. O programa saúde da família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza. Expressão Gráfica e Editora Ltda., 1998.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
15. 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.

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](#)