

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Curso de Especialização em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde

MÔNICA MARIA MOURY FERNANDES DOS SANTOS

**O DESAFIO DA FIXAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: O
CASO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

RECIFE
2011

MÔNICA MARIA MOURY FERNANDES DOS SANTOS

**O DESAFIO DA FIXAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: O CASO DA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao curso de especialização do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde.

Orientadora: Dr^a. Kátia Rejane Medeiros

**RECIFE
2011**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S237d Santos, Mônica Maria Moury Fernandes dos.
O desafio da fixação do profissional médico: o caso da secretaria de saúde do estado de Pernambuco. / Mônica Maria Moury Fernandes dos Santos. — Recife: M. M. M. F. dos Santos, 2011.
40 p.: il.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação no SUS) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane Medeiros.

1. Administração de Recursos Humanos em Saúde, Informação, Planejamento. I. Medeiros, Kátia Rejane. II. Título.

CDU 331.101.262

MÔNICA MARIA MOURY FERNANDES DOS SANTOS

**O DESAFIO DA FIXAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: O CASO DA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao curso de especialização do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Kátia Rejane Medeiros
CPqAM/FIOCRUZ

Prof. Flávio Renato Barros da Guarda
Secretaria de Saúde de Igarassu

Dedico este trabalho a meus pais, meus irmãos e familiares e aos meus amigos.
A todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditam e me incentivam a correr atrás dos meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele, principalmente por ter conhecido pessoas e lugares interessantes, mas também por ter vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado.

Não posso deixar de agradecer aos meus pais Lael Dias e Zeneide Maria Moury Fernandes dos Santos, sem os quais não estaria aqui, e por terem me fornecidas condições para me tornar profissional.

A minha orientadora Kátia Rejane de Medeiros, pelo aprendizado, empenho e boas conversas que tivemos.

Por fim, gostaria de agradecer aos meus amigos e familiares, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, e a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado meu eterno AGRADECIMENTO.

“Não será possível pescar nenhum peixe sem pensar no anzol e na rede, sem distinguir o rio do mar, sem conhecer linhas e iscas, sem apanhar chuva e sentir o anzol.”

Danilo Gandin

SANTOS, Mônica Maria Moury Fernandes. O desafio da fixação do profissional médico: o caso da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. 2011. Monografia (Curso de Especialização em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O presente estudo propõe refletir sobre os problemas para fixação de médicos na rede estadual de serviços de saúde de Pernambuco mediante análise das demandas de exoneração desses profissionais entre 2004 a 2010. Realizou-se uma pesquisa descritiva e explicativa, de abordagem quantitativa baseada em dados coletados do Sistema de Informações Internas da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho/SES, análise de documentos. Os resultados evidenciaram que no período de 2004 a 2010 houve uma grande demanda de exonerações de médicos na Secretaria de saúde do estado de Pernambuco. As maiores frequências foram identificadas nos anos de 2006 e 2010, com 88 e 132 exonerações respectivamente. No ano de 2010 houve uma grande demanda de pedidos de exoneração dos médicos da SES, o que pode ser explicado pela obrigatoriedade de permanência no local de exercício para qual os médicos prestaram o concurso. Muitos tentaram ser removidos e não conseguiram, Vislumbram-se algumas razões que possam justificar tal fenômeno, como: a remuneração com baixos salários, condições precárias de trabalho, outras oportunidades atrativas no mercado de trabalho para a sua prática laboral.

Palavras-chaves: Administração de Recursos Humanos em Saúde, Informação, Planejamento.

SANTOS, Mônica Maria Fernandes Moury. The challenge of fixing the medical profession: the case of Health Department of the State of Pernambuco. 2011. Monograph (Specialization Course on Management of Work Health Education) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

The present study proposes a reflection on the problems to fix in the statewide network of medical health services in Pernambuco through analysis of the demands for removal of these professionals between 2004 to 2010. We conducted a descriptive and explanatory, a quantitative approach based on data collected from the Information System of the Office of Internal Labor Management / SES, analysis of documents. The results showed that in the period 2004 to 2010 there was a great demand for medical exemptions from the Department of Health of the state of Pernambuco. The highest frequencies were identified between 2006 and 2010, with 88 dismissals and 132 respectively. In 2010 there was an excessive demand for dismissal of the doctors of SES, which may be explained by the requirement to stay in the place of exercise for which physicians provided the contest. Many have tried and failed to be removed, There is progress a few reasons that could justify such a phenomenon, such as: pay low wages, poor working conditions, other attractive opportunities in the labor market for their work practice

Key - words: Administration of Human Resources in Health, Information, Planning

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CF	Constituição Federal
DGGT	Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GERES	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SADRH	Sistema de Administração de Recursos Humanos
SIGEPE	Sistema Integrado de Gestão Pública do Governo de Pernambuco
SISCAD	Sistema de Cadastro de Funcionários do Estado
SISCON	Sistema do Concurso
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Frequência de exonerações de médicos da SES/PE no período de 2004 a 2010	23
Gráfico 2	Frequência de exonerações de médicos da SES/PE por sexo no período de 2004 a 2010	24
Quadro 1	Evolução da frequência de exonerações de médicos da SES/PE por especialidades no período de 2004 a 2010	25
Figura 1	Mapa do Estado de Pernambuco por divisão Regional de Saúde	25
Quadro 2	Evolução da frequência de exonerações de médicos da SES/PE no período de 2004 a 2010 por GERES	27
Quadro 3	Quantitativos de Municípios por GERES	29
Gráfico 3	Frequência de exonerações de médicos por faixa etária no período de 2004 a 2010	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Objetivo Geral.....	13
2.2	Objetivos Específicos.....	13
3	MARCO TEÓRICO.....	14
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO.....	31
7	CONCLUSÃO.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste quadro a gestão do trabalho no contexto amplo, tem buscado equacionar dificuldades relativas à implementação do SUS, as quais segundo Maciel:

[...]impõe o enfrentamento do problema da má distribuição e fixação de médicos, o que exige que as questões referentes à condução do trabalho e da educação na saúde sejam colocadas no mesmo grau de importância da descentralização. (MACIEL, 2007, p. 18)

O problema da falta de médicos no Sistema Único de Saúde tem sido abordado na mídia, escrita e falada, resultando numa realidade de dificuldades para que a população tenha atendidas suas demandas de atendimento de emergências e consultas nas especialidades médicas de que necessitam.

Na Secretaria de Saúde de Pernambuco, a observância de fenômenos como solicitações de exoneração dos profissionais médicos, tem merecido atenção nas pautas de reuniões, onde são avaliados e discutidos tais problemas. Pela expressão destas demandas elas revelam a dificuldade de fixação de médicos na rede estadual de saúde.

A busca da regularização dos vínculos através da realização de concursos públicos, a valorização do processo de qualificação dos trabalhadores mediante adoção de mecanismos de remuneração mais adequados por categoria, além de complementações via recompensas específicas para atuação em áreas de risco, nem sempre têm favorecido a fixação destes profissionais, haja vista tratar-se de uma questão complexa, que não pode ser resolvida com ações emergenciais ou pontuais.

O motivo dessa evasão pode ser causado pelo stress cotidiano, baixo poder de resolução dos problemas, salários defasados, falta de equipamentos, superlotação dos serviços, sobrecarga de trabalho, acúmulo de emprego e atividades para manter o padrão médico estabelecido pela sociedade brasileira. (CAPOZOLO, 2003).

Este cenário é constatado no dia a dia das atividades desenvolvidas na gestão do trabalho da SES, entretanto não há uma informação consolidada e

disponível para os gestores que os auxiliem na tomada de decisões estratégicas em relação a esta categoria tão imprescindível a saúde pública.

Estas questões merecem investigação mais aprofundada, não frustrando os usuários nem os trabalhadores da área de saúde.

Essa pesquisa propõe uma aproximação aos limites para fixação de médicos da rede estadual de saúde de Pernambuco, mediante uma análise do perfil das exonerações destes profissionais.

Para isso, definiu-se como pergunta condutora da pesquisa: o estudo das exonerações pode apontar para características específicas e respostas aos limites de fixação a Rede Estadual de Saúde de Pernambuco?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil das exonerações dos médicos da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) no período de 2004 a 2010, apontando para os limites de fixação destes profissionais.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Apresentar a frequência de exonerações dos médicos SES/PE no período;
- b) Caracterizar as demandas de exonerações dos médicos SES/PE segundo: sexo, especialidade médica, faixa etária e gerências regionais de saúde nas quais estavam em exercício;
- c) Apontar para as consequências dos limites de fixação de médicos na Rede Estadual de Saúde de Pernambuco.

3 MARCO TEÓRICO

A Constituição Federal, em seu artigo 196, estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988), garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A universalidade dos serviços e equidade na sua prestação são princípios consagrados constitucionalmente. Há também princípios organizacionais em relação aos serviços de saúde pautados na descentralização dos serviços – redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados; regionalização e hierarquização da rede – distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade; participação social – institucionalização da democracia participativa e do consequente controle social na área de saúde, com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

Dessa forma, verifica-se que a descentralização traz em si um desafio não só para os níveis de governo, mas também para a sociedade que passa a ter responsabilidade na implantação deste novo processo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) já avançou em alguns pontos, no entanto ainda existem grandes desafios para atingir os princípios e diretrizes que o norteiam na sua construção, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Para implementar o processo de descentralização surge, inicialmente, a Lei Orgânica n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços da saúde. Esta Lei define o Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, a ser organizado, como dantes declinada, de forma regionalizada, com direção única, nos termos do artigo 198, inciso I da Constituição Federal/88, em cada esfera de governo – no âmbito estadual pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Cabe ao Poder Federal a formulação, definição e coordenação de normas e políticas e o planejamento das ações do SUS, aos estados a coordenação e acompanhamento das ações de saúde, a participação nas ações de políticas e

promoção da descentralização e ações de saúde, e aos municípios a gestão e a execução dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990).

A universalização, equidade e integralidade, como também questões organizativas da Saúde, consubstanciaram-se nas propostas de origem do Sistema Único de Saúde.

Pode-se afirmar que a implantação do SUS gerou grandes mudanças. Com a descentralização identificou-se uma ampliação dos serviços de saúde em atendimento aos princípios legais de universalidade de acesso, equidade e integralidade. Como reflexo foi traçado um novo desenho, que introduziu modificações no quadro de recursos humanos e na força de trabalho. Aos poucos, essas transformações foram colocando a necessidade de atenção à política de Recursos Humanos em Saúde.

Neste quadro, a definição de uma política de ordenação de recursos humanos para a saúde, com princípios norteadores claros e efetivos, tem sido o grande impasse para a legítima implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PAIM apud SOUZA FILHO; LUCENA, 2005).

O desafio não depende apenas de ações voltadas para a saúde, mas abrange um conjunto de políticas, que fogem da responsabilidade do setor, tais como: educação, emprego, salários e a dificuldade na articulação intersetorial podem até mesmo inviabilizar algumas ações direcionadas para o cumprimento das tarefas delegadas ao SUS (PAIM, 1994).

Nesta perspectiva, um problema histórico na trajetória da saúde pública brasileira é a desigualdade na distribuição de profissionais de saúde. Para compreensão da questão da elevada concentração de profissionais nas áreas urbanas é preciso o reconhecimento dos vários fatores e determinantes com os quais a questão está relacionada.

A intervenção do Estado consolidou a especialização como princípio organizador da prestação de serviços médicos, refletido no investimento na rede hospitalar e na expansão dos programas de residência médica.

Seixas e Stella (2003, p. 348), destacam também que:

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

Os cursos de formação geralmente atraem os alunos para estágios e residências em áreas superespecializadas, que passam a ver na especialização a possibilidade de obter um padrão de vida elevado e de ter como objetivo a fixação em grandes centros urbanos, onde exista a possibilidade de formação, aperfeiçoamento profissional, tecnologia e acesso a uma sociedade de consumo (GLUGLIEMI, 2006).

Entretanto, em estudo realizado por Médici (apud MACIEL FILHO, 2007, p.37):

O grande incremento na formação de médicos se deu atrelado a duas importantes alterações na estrutura demográfica da oferta da força de trabalho médica, já referidas neste estudo: sua feminilização e seu rejuvenescimento. A feminilização pode ser atribuída às mudanças socioculturais da sociedade brasileira nos anos 60 e 70, particularmente nos grandes centros urbanos, ampliando a participação feminina na vida econômica e social.

A intervenção do Estado no que se refere a assistência a saúde, se deu de forma mais significativa no Brasil, a partir do início do século 20, através da nova modalidade de produção privada dos serviços de saúde, como também pela própria ação estatal. (GADELHA, apud MACIEL FILHO, 2007).

Pereira Neto(1995 apud MACIEL FILHO, 2007), enfatiza que, naquele momento alterações importantes no processo de trabalho médico: conhecimento e mercado, foram elementos definidores da profissão.

No caso brasileiro, tem sido consenso que tal situação vem dificultando a consolidação do SUS e a expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, a qual ocupa um papel central na reorientação do modelo de cuidado e aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde. Assim, a forte concentração geográfica de profissionais e serviços de saúde tem sido um obstáculo para garantia dos princípios constitucionais de universalidade e integralidade e do princípio organizativo da descentralização (MACIEL FILHO, 2007).

Maciel Filho (2008) adverte que, o que sempre foi e continua no presente como desafio é conciliar às necessidades, serviços e recursos, pois, considerando o envelhecimento da população, a busca por serviços de saúde se torna crescente, contribuindo para a carência de profissionais de saúde, não só no nosso país, como

também em todo o mundo. No Brasil, as consideráveis desigualdades regionais na distribuição de médicos, ocorrem especialmente no Sudeste e Sul do país, tornando-se um quadro agravante e um desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Investigando acerca da rotatividade de médicos e enfermeiros no mercado de trabalho, concluiu que o motivo pelo qual estes profissionais podem vir a ter diversas oportunidades de emprego é devido ao caráter liberal da profissão, que possibilita trabalhar em consultórios particulares (PIERANTONI, 2001).

A análise do grande número de rotatividade dos profissionais de saúde leva a motivos que requerem a observância de vários fatores tais como: porte, estrutura socioeconômica e cultural do município, capacidade técnico-administrativa da unidade de saúde, interesses pessoais, busca por cursos de aperfeiçoamento profissional, fatores relacionados à formação profissional, motivação e significado do trabalho, entre outros. (BENNING; GUARDA, 2006).

Mesmo com a possibilidade de obter bons salários nos pequenos centros ou áreas rurais, há desinteresse dos profissionais em serem lotados em tais áreas; o que denota a complexidade e variabilidade de causas para o problema da dificuldade de fixação (SILVA, 2008).

O problema da má distribuição e fixação de médicos atinge todos os países, sendo necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, dos gestores, da população, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades de classes para identificar as dificuldades e buscar soluções, com o objetivo de manter a eficácia do sistema.

Maciel Filho (2007) em sua tese de doutorado *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro*, define como eixos de análise para a questão da fixação dos médicos: a dimensão política, a capacidade de gestão dos municípios, a formação dos médicos, a distribuição das escolas médicas e o movimento migratório dos médicos. Além disso, o autor construiu um marco referencial teórico. Dessa forma, seu estudo contribuiu para

identificação das causas da má distribuição e fixação dos médicos, propondo inclusive estratégias de intervenção ao problema.

Ainda conforme Maciel Filho (2007, p.18): A proposta possibilita uma análise abrangente da problemática, mas vale à pena destacar alguns dos elementos constituintes destes eixos:

- A expectativa hegemônica que vem orientando a escolha de especialidades pelos estudantes de medicina, qual seja a valorização de uma prática médica especializada, em cenário hospitalar, com inserção bem sucedida no setor privado de atenção à saúde. Portanto, não são as necessidades da população ou a organização dos serviços públicos que têm determinado a especialização médica;
- As políticas de gestão do trabalho, nas diferentes esferas de gestão, não conseguiram garantir remuneração adequada, qualificação profissional e ascensão profissional, mesmo com as iniciativas em curso;
- A oferta de vagas das residências segue a distribuição das escolas médicas;
- Crescimento significativo da saúde suplementar;
- Redes de atenção à saúde com sistemas de regulação e governança fragilizados. “Não se pode minimizar a construção histórica desta realidade, determinada pelo contexto político e socioeconômico vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas.”

A fixação de médicos em regiões de necessidades deve integrar a agenda do Estado para o desenvolvimento econômico e social do país, sendo então para além do setor da saúde. E a política deve, na medida do possível, e após análise estratégica de viabilidade, contemplar o maior número possível de ações e operações, que se complementem e se potencializem.

Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os de outros para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao munícipe, de um ou outro município, a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria dos municípios não é capaz de arcar com a totalidade da assistência à saúde do cidadão.

Assim, a rede interfederativa surge da necessidade de articulação entre os entes políticos para compor as redes de saúde. Sendo definida como a união dos entes políticos, autônomos, que juntos devem gerir um sistema integrado de saúde de âmbito intermunicipal, regional, estadual, interestadual e nacional, sem macular a sua autonomia federativa constitucional (SANTOS; ANDRADE, 2007, p.131-132).

Esses autores afirmam:

[...] o SUS é um sistema público inovador em suas características organizativas, orçamentárias e financeiras, por isso enfrentou, durante todo esse tempo, dificuldades em sua formatação nacional descentralizada e foi

palco de invenções e reinvenções, desde o convênio SUDS até o presente momento, que parece apontar para a articulação interfederativa consensual e flexível, ensejando, no sistema, o surgimento de uma administração pública centrada em novos paradigmas [...].

Dentre as responsabilidades na gestão do trabalho, o Pacto pela Vida e de Gestão estabelece:

Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. (BRASIL, 2006, p. 65).

Por fim, para implantação de política e estratégia que pretenda enfrentar o problema de má distribuição e fixação de médicos é necessário auscultar, cada vez mais, os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classes. Para identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa descritiva e explicativa, de abordagem quantitativa (TOBAR, 2001).

Tomou-se por base dados coletados do Sistema de Informações Internas da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho/SES, análise de documentos, pesquisa através de livros e artigos publicados em ambiente virtual. As variáveis selecionadas foram:

- a) frequência de exonerações no período;
- b) sexo;
- c) especialidade médica;
- d) faixa etária;
- e) gerências regionais de saúde;
- f) consequência dos limites de fixação.

Foram utilizados como material de coleta as publicações de exonerações no Diário Oficial do Estado de Pernambuco, como também as informações obtidas nos relatórios fornecidos pela Unidade de Aposentadoria, Licenças e Desligamentos – UNIALD, responsável pelo controle dos servidores exonerados da SES e compõe a estrutura organizacional da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES). Os dados fornecidos foram extraídos dos Sistemas abaixo relacionados:

- Sistema de Cadastro de Funcionários do Estado (SISCAD) - para complementar a elaboração de relatórios, contendo dados cadastrais de servidores com admissão anterior a 2004;
- Sistema do Concurso (SISCON) - utilizado até hoje para gestão dos concursos, com informações de servidores admitidos após 2004.
- Sistema de Administração de Recursos Humanos (SADRH) - para gerir a folha de pagamento.

Também se recorreu ao Sistema Integrado de Gestão Pública do Governo de Pernambuco (SIGEPE), tendo sido todas essas informações consolidadas em planilhas do EXCEL.

As representações por meio de figuras, quadros e gráficos auxiliarão na compreensão dos resultados obtidos, uma vez que a análise dos mesmos está inserida no desenvolvimento desta pesquisa.

5 RESULTADOS

Para o estudo foram analisadas as frequências e o perfil das exonerações, dos médicos, segundo sexo, faixa etária, especialidade médica, gerências regionais de saúde nas quais estavam em exercício e consequência dos limites de fixação no período de 2004 a 2010.

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco no ano de 2010 possuía um quadro efetivo de médicos que correspondia aproximadamente de 5.735 profissionais, distribuídos nas redes estaduais de saúde. O processo de ingresso dos profissionais médicos da Secretaria de Saúde de Pernambuco se deu através de Concurso Público.

No concurso de 2004, os médicos aprovados foram vinculados inicialmente pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Posteriormente, com base na Lei Complementar nº. 081/05 de 20/12/2005 tiveram seus empregos convertidos em cargos públicos, sujeitos ao regime estatutário previsto na Lei nº 6.123/68 e alterações posteriores, salvo opção formal em contrário. A referida conversão da natureza jurídica do vínculo empregatício assegurou a jornada laborativa prevista na Lei nº. 9.627, de 11 de dezembro de 1984, ou seja, 04 (quatro) horas diárias ou 20 (vinte) horas semanais.

No Concurso de 2009, os médicos já foram contratados em regime estatutário previsto na Lei nº 6.123/68 e alterações posteriores, com definição do regime de trabalho.

Além desses concursos, a Secretaria Estadual de Saúde realizou diversas contratações por tempo determinado, através de Seleções Simplificadas para abastecer a rede, não só com profissionais médicos, como também com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, atuando nos hospitais, programas e outros órgãos da rede (PERNAMBUCO, 2010).

No gráfico 1, evidencia-se que no período analisado ocorreram 487 exonerações de médicos. As maiores frequências foram identificadas nos anos de 2006 e 2010, com 88 e 132 exonerações respectivamente.

Os dados colhidos para este gráfico mostram que no ano de 2010 houve uma grande demanda de pedidos de exoneração dos médicos da SES, o que pode ser explicado pela obrigatoriedade de permanência no local de exercício para qual os médicos prestaram o concurso. Muitos tentaram ser removidos e não conseguiram,

visto que o Edital do Concurso estabelecia a transferência para outra Unidade de Trabalho só após o cumprimento do estágio probatório de 03 (três) anos de efetivo exercício.

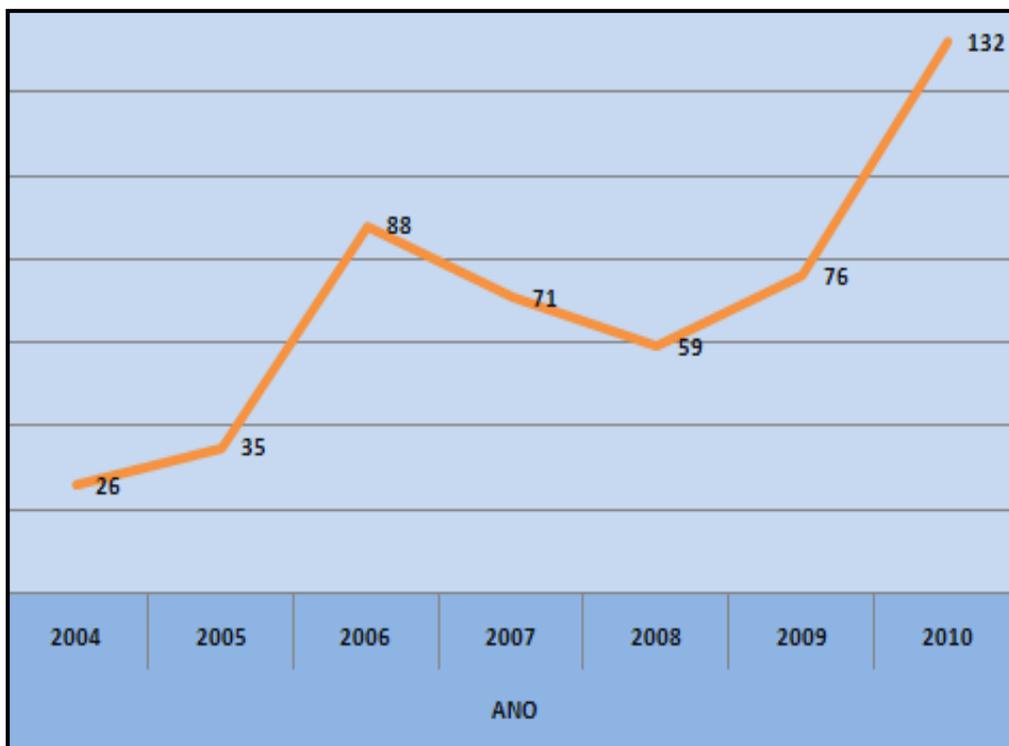


Gráfico 1 – Frequência de exonerações de médicos da SES/PE no período de 2004 a 2010.

Fonte: UNIALD/SEGTES – SES/PE (2010)

Com relação à frequência das exonerações por sexo, como demonstra o gráfico 2, verifica-se que os resultados indicam que existe um equilíbrio entre os gêneros, sendo representado por 49% do sexo masculino e 51% do sexo feminino.

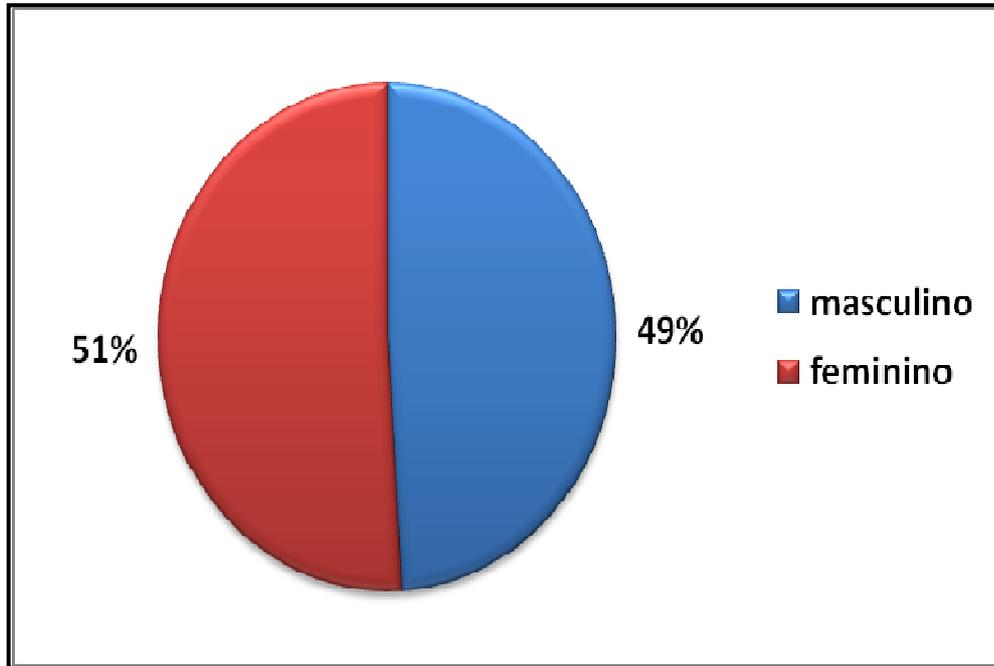


Gráfico 2 – Frequência de exonerações de médicos da SES/PE por sexo no período de 2004 a 2010.

Fonte: UNIALD/SEGTES – SES/PE (2010)

Na análise do perfil das frequências de exonerações no período de 2004 a 2010, conforme quadro 1, identifica-se que as maiores demandas foram provenientes das especialidades: Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria e Anestesia superando as demais. Um grande elemento que contribuiu para isto foi decorrente da opção dos médicos que fizeram o concurso para estas especialidades e posteriormente queria assumir outra. Apesar de muitos tentarem, não obtiveram êxito, visto que a Constituição Federal/88 e o Estatuto do Servidor Público Estadual (Lei nº 6123/68) proíbem o desvio de função.

Especialidades Médicas	ANO							TOTAL
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Anatomopatologista			01	01	01		02	05
Anestesista	04	08	12	06	04	04	02	40
Cardiologista		01	08	04		01	05	19
Cirurgião Geral	02	03	11	10	11	06	16	59
Cirurgião Pediátrico			01		01			02
Cirurgião Torácico			01					01
Cirurgião Vascular			02	01	01	02	03	09
Clinico Geral	08	05	20	11	14	21	23	102
Dermatologista						01		01
Do Trabalho				01				01
Endoscopista	01							01
Geral	01		01		02	01	01	06
Ginecologia					01			01
Infectologista			01	01			01	03
Medico		07	06	01	01	08	04	27
Nefrologista			01	01			1	03
Neonatalogista	01	01	02	02			08	14
Neurocirurgião			02	01	01	04		08
Neurologista	01		01	03	01	01	04	11
Neuropediatra				01			01	02
Obstetra			01		01		01	03
Oftalmologista					02			02
Oncologista							01	01
Ortopedista				01				01
Otorrinolaringologista							01	01
Pediatra	03	05	05	15	10	07	18	63
Pneumologista						01	01	02
Psiquiatra	02	01	01	01		01		06
Radiologista							02	02
Sanitarista		01			01			02
Tisiologista				01				01
Tocoginecologista	02		04	03	03	06	12	30
Traumatologista			01	04	01	07	18	31
Ultrassonografista				01		02		03
Urologista						01		01
UTI Adulto	01	02	03	01	03	02	6	18
UTI Infantil		01	03				01	05
TOTAL	26	35	88	71	59	76	132	487

Quadro 1 – Evolução da frequência de exonerações de médicos da SES/PE por especialidades no período de 2004 a 2010.

Fonte: UNIALD/SEGTEs – SES/PE (2010)

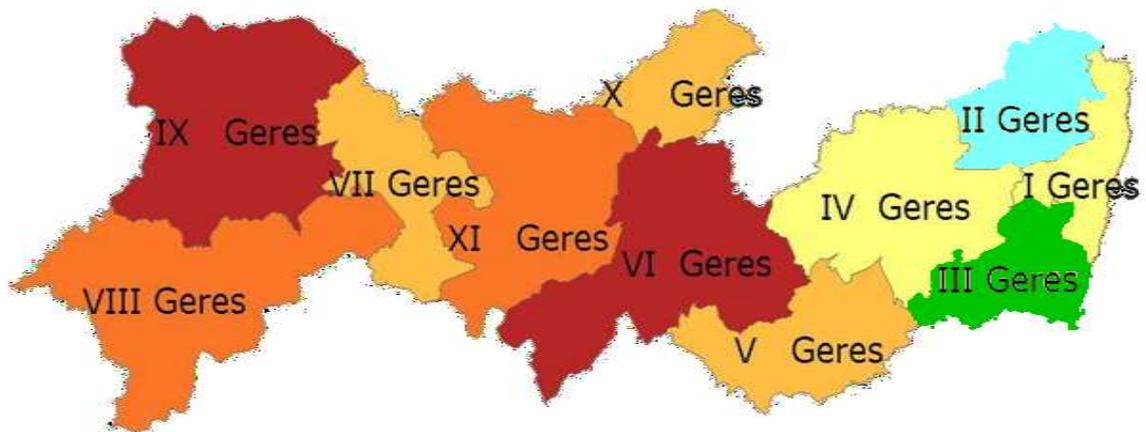


Figura 1 – Mapa do Estado de Pernambuco por divisão Regional de Saúde
Fonte: SIM/SES-PE

Verificando-se a Figura1, no Estado de Pernambuco teremos uma visão geral e mais detalhada das 11 Gerências Regionais de Saúde - GERES que compõem, atualmente, a estrutura organizacional regional da Secretaria Estadual de Saúde.

Ressaltando que a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco até o ano de 2005 era composta por 10 Gerências Regionais de Saúde - GERES, sendo criada a 11ª Gerência Regional de Saúde, no ano de 2006, através do Decreto nº 29.115 de 12/04/2006.

o quadro 2 abaixo, verifica-se que o Estado de Pernambuco é composto por 185 municípios e o Arquipélago de Fernando de Noronha. Para melhor gerenciar e fiscalizar a rede de saúde pública do Estado, estes municípios foram divididos em 11 Gerências Regionais de Saúde-GERES, conforme distribuição a abaixo:

GERES	MUNICÍPIOS
I	19 MUNICÍPIOS: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Fernando de Noronha, Goiana, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife (Sede), São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão.
II	31 MUNICÍPIOS: Aliança, Bom Jardim, Buenos Aires, Camutanga, Carpina, Casinhas, Chã de Alegria, Condado, Cumaru, Feira Nova, Ferreiros, Glória de Goitá, Itambé, Itaquitinga, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro (sede), Macaparana, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, São Vicente Férrer, Surubim, Timbaúba, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.
III	23 MUNICÍPIOS: Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares (Sede), Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.
IV	32 MUNICÍPIOS: Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerras, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Caruaru (Sede), Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes.
V	21 MUNICÍPIOS: Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns (Sede), Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.
VI	13 MUNICÍPIOS: Arcoverde (Sede), Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa.
VII	07 MUNICÍPIOS: Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro (Sede), Serrita, Terra Nova, Verdejante.
VIII	07 MUNICÍPIOS: Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina (Sede), Santa Maria da Boa Vista.
IX	11 MUNICÍPIOS: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (sede), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.
X	12 MUNICÍPIOS: Afogados da Ingazeira (Sede), Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.
XI	10 MUNICÍPIOS: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada (Sede), Triunfo.

Quadro 2 – Quantitativo de Municípios por GERES

Fonte: Pernambuco (2010) - Adaptado pelo autor

Observando-se o quadro 3, referente às frequências de exonerações dos médicos da SES por GERES, percebe-se que a maioria ocorreu na I GERES, confirmando o grande quantitativo de médicos na região metropolitana, devido a localização dos 05 hospitais de grande porte: Restauração, Getúlio Vargas, Barão de Lucena, Agamenon Magalhães e Otávio de Freitas.

O que se pode observar também é que está na I GERES, sediada na região metropolitana do Recife, a maior concentração de instituições de ensino à carreira médica, além da existência de grande quantidade de unidades de saúde privadas fora da Rede SUS, as quais oferecem condições atrativas de salários e melhores condições de trabalho para estes profissionais.

A coluna nominada como “outros” representa os médicos que estão cedidos a outros órgãos. Neste grupo, 45 profissionais médicos solicitaram exoneração, representando 10% do total das exonerações no período.

Excluindo-se a I GERES e os profissionais médicos cedidos, se têm uma visão melhor de como se apresenta a frequência das exonerações dos profissionais médicos no interior do estado de Pernambuco. Pode-se também identificar que na IV GERES o quantitativo de exonerações é maior do que nas demais Gerências Regionais de Saúde, devido sua localização (Caruaru/Agreste do Estado) que dispõe de um hospital de grande porte, o Hospital Regional do Agreste “Dr. Waldemiro Ferreira” em Caruaru.

A má distribuição, a necessidade de atualização e aperfeiçoamento, alta tecnologia e salários atrativos, favorecem o distanciamento desses profissionais das áreas rurais e menos desenvolvidas (MACHADO, 2000).

Especialidades	GERES												TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	OUTROS	
Anatomopatologista	05												05
Anestesista	34		01	02	02							01	40
Cardiologista	19												19
Cirurgião Geral	48		01	01	02	01	01		02		02	01	59
Cirurgião Pediátrico	01												01
Cirurgião Torácico	01												01
Cirurgião Vascular	08											01	09
Clinico Geral	79	03		02	02	03	02		01	01		09	102
Dermatologista												01	01
Do Trabalho	01												01
Endoscopista	01												01
Geral	02	01								01	02		06
Ginecologista	01												01
Infectologista	04												04
Médico	16							01				10	27
Nefrologista	03												03
Neonatalogista	10			03					01				14
Neurocirurgião	08												08
Neurologista	11												11
Neuropediatra	02												02
Obstetra	02											01	03
Oftalmologista	01											01	02
Oncologista	01												01
Ortopedista				01									01
Otorrinolaringologista									01				01
Pediatra	42			07	01	03				01		09	63
Pneumologista	01											01	02
Psiquiatra	03											03	06
Radiologista	02												02
Sanitarista	01	01											02
Tisiologista	01												01
Tocoginecologista	17	02	01	07	01							02	30
Traumatologista	22		01	04	02	01				01			31
Ultrassonografista	01			01								01	03
Urologista												01	01
UTI Adulto	14			01									15
UTI Infantil	05											03	08
TOTAL	367	07	04	29	10	08	03	01	05	04	04	45	487

Quadro 3 – Evolução da frequência de exonerações de médicos da SES/PE, no período de 2004 a 2010 por GERES.

Fonte: UNIALD/SEGTES – SES/PE (2010)

Analisando os dados do gráfico 3, percebe-se que a maior parte dos profissionais médicos que solicitaram exoneração encontravam-se na faixa etária de 29 a 39 anos e a minoria encontravam-se na faixa etária acima de 60 anos. Isso pode ser justificado inicialmente pelo fato do profissional almejar uma melhor condição de trabalho e melhores salários, pois como qualquer profissional, ele sabe

que terá um número limitado de anos para adquirir tranquilidade profissional e financeira para si e sua família. Com relação aos profissionais médicos acima de 60 anos, se pode deduzir que só em caso extremo de ordem pessoal ou em caso de desassossego profissional perante o nosso caótico sistema público de saúde, tendo em vista a aproximação da aposentadoria.

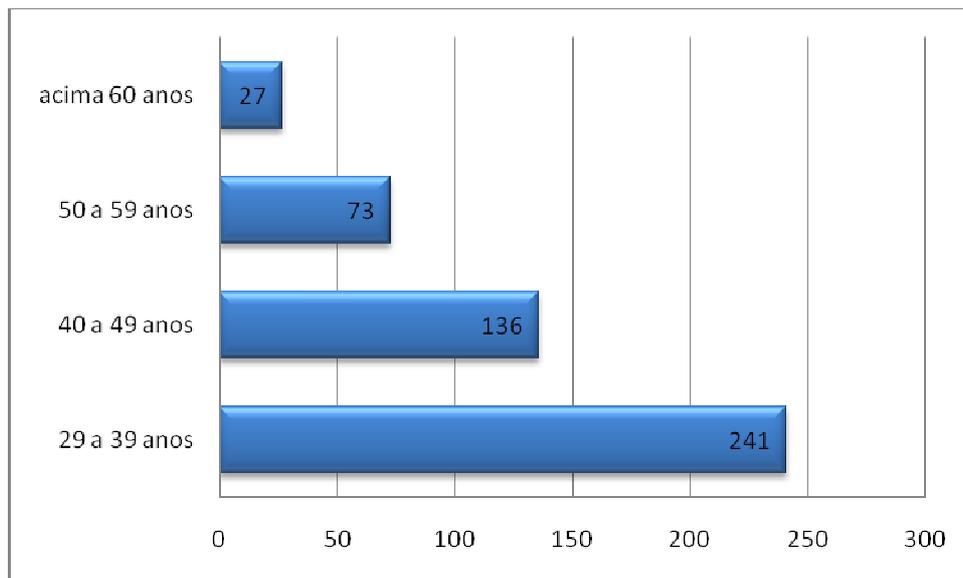


Gráfico 3 – Frequência de exonerações de médicos por faixa etária no período de 2004 a 2010.

Fonte: UNIALD/SEGTES – SES/PE (2010)

6 DISCUSSÃO

O pedido de exoneração, provoca o rompimento do vínculo funcional mantido com a administração pública, somente cabendo nova investidura por meio de aprovação em novo concurso público específico.

A elevada frequência de exonerações dos médicos da SES no ano de 2010, conforme demonstrado no gráfico 1, tem como prováveis razões a obrigatoriedade de permanência no local de exercício para os quais estes profissionais prestaram o concurso, onde a lotação ficou limitada por Grupos, sendo eles I (Fernando de Noronha, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Recife, Vitória de Santo Antão, Limoeiro e Palmares), II (Caruaru e Garanhuns) e III (Arcoverde, Salgueiro, Ouricuri, Afogados da Ingazeira e Serra Talhada). Essa nova definição altera a anterior de lotação por Geres.

Tendo em vista que o Edital do Concurso (2009) estabelecia a transferência para outra Unidade de Trabalho apenas após o cumprimento do estágio probatório de 03 (três) anos de efetivo exercício, impossibilitando a mudança de grupo especificada no Item 9 – do provimento dos cargos, inciso 9.7, alínea b. Estas condições podem ter favorecido as demandas de exoneração neste ano.

Todo processo da pesquisa possibilitou identificar e confirmar alguns pontos importantes, como O predomínio do sexo feminino na apresentação das exonerações, considerado um fenômeno coerente com a realidade pós-moderna, onde se percebe a evolução da prática laboral deste gênero em várias categorias profissionais, levando a busca de novas oportunidades de emprego e de valorização profissional,. Para Machado (2006, p.20,):

A feminilização tornou-se uma marca registrada do setor. A maioria da força de trabalho em saúde é feminina, representando hoje mais de 70% de todo o contingente – e com tendência ao crescimento. Em algumas profissões, este processo de feminilização é recente e de forte impacto.

Há pelo menos dois fatores que podem ter contribuído para a elevada demanda de exonerações em algumas especialidades, de acordo com os números demonstrados no quadro 1.

O primeiro deve-se ao fato de que, após realizarem o concurso de 2009 e serem aprovados, os médicos desejaram alterar suas especialidades e assumir outra função, diferente daquelas para as quais prestaram concurso. Este fato ocorre

principalmente após o profissional fazer especializações ou residências, buscando desenvolver novas competências em unidades especializadas naquela nova habilidade. Apesar de muitos médicos terem tentado mudança de unidades de trabalho, estes não obtiveram êxito, visto que a Constituição Federal/88 e o Estatuto do Servidor Público Estadual (Lei nº 6123/68) proíbem este tipo de procedimento, ou seja, o desvio de função.

O segundo fator a ser considerado é a política adotada pelo governo Eduardo Campos na gestão 2007 – 2010, que criou as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), através da Portaria do Ministro da Saúde nº 1.020, de 13/05/2009. Estas passaram a integrar a rede estadual de urgência e emergência, desde janeiro de 2010, além da criação de novas unidades hospitalares, quais sejam: Hospital Dom Helder Câmara e Hospital Miguel Arraes.

O programa foi implantado para preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS. Estas unidades são construídas com recursos públicos e sua gestão cedida a terceiros. No ano de 2010, foram inauguradas 11 (onze) UPAs e 3 (três) estão previstas para o ano de 2011. Sem substituir os PSFs (Programa Saúde da Família) e as policlínicas municipais, as UPAs propõem ajudar a desafogar as grandes emergências com um atendimento rápido, de qualidade e humanizado, além de dar suporte aos novos hospitais metropolitanos.

Funcionando 24 horas por dia e com médicos de plantão nas especialidades de Ortopedia, Clínica Médica e Pediatria, as UPAs contam com consultórios, área de acolhimento com classificação de risco, leitos de enfermagem com alguns destinados à estabilização de casos graves e salas de raio-x e inalação coletiva (nebulização).

Pelos aspectos expostos, a criação das UPAs e dos grandes hospitais também podem ter interferido neste resultado, entretanto, é uma avaliação que merece uma investigação mais aprofundada no tocante ao impacto desta política de saúde pública nas solicitações de movimentação dos profissionais da área saúde.

As constantes exonerações se deram por motivos variados, mas em geral, são atribuídas pelos profissionais à própria dificuldade de adaptação às condições adversas.

Conforme relata Oliveira (2009, p.32):

O aperfeiçoamento da gestão do trabalho, pelos gestores públicos, que contemplem políticas de educação permanente; remuneração compensatória que valorize o trabalho e o desenvolvimento profissional; redes de atenção que possibilitem um cuidado integral; e redes de comunicações e trocas de experiências que evitem o isolamento do

profissional são algumas das estratégias potentes para reduzir os movimentos migratórios dos profissionais.

Percebe-se também que o maior índice de exonerados na I GERES (Sede na região metropolitana do Recife), seguida logo após pela IV GERES (sediada em Caruaru), demonstrada no quadro 2, pode suscitar hipóteses de que isso ocorre pois há oferta de possibilidades à educação e atualização permanente dos profissionais, como também a admissão a outras instituições com oferta salarial e condições de trabalho mais atrativas.

O gráfico 3 revela que existe uma predominância de exonerações na faixa etária entre os 29 e 39 anos, demonstrando que possivelmente são devidas às condições precárias de trabalho, excesso de atendimentos ou a demanda em relação ao quadro médico existente no Estado, bem como a baixa recompensa salarial. Podemos entender que nesta fase o profissional médico está no auge de sua fase produtiva, já bem reconhecido no mercado de trabalho, com boa experiência profissional, capacitados em áreas por especialidades.

Machado et al (2000) identifica e comenta as cinco fases que o médico geralmente passa em sua carreira profissional:

- 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. [Grifos do autor]

Especificada cada fase, pode se visualizar a situação mais claramente dos médicos. Ao iniciarem carreira, até poderem alcançar afirmação e consolidação no mercado de trabalho, os recém formados na área médica precisarão, em média, ter 24 anos completos de formação para conseguirem a estabilidade em seu trabalho. 35 anos de formação e exercício profissional, de acordo com as etapas acima sugeridas, marcam o fim da carreira de tais profissionais.

Conhecidas as circunstâncias que motivaram as exonerações dos médicos, pode parecer, à primeira vista, que fixar os médicos em unidades de saúde é uma missão cujo cumprimento deriva da simples aplicação da legislação vigente.

Os problemas e as dificuldades relacionados à saúde demonstram que qualquer abordagem neste campo não deve desconsiderar o grande desafio que é a

gestão dos recursos humanos para o SUS. Como afirmam Schraiber e Machado (1997, p. 281): “quer como objeto de estudo científico ou objeto de intervenção social, este campo ainda nos oferece mais problemas que referenciais para transformações”.

Existem vários fenômenos internos, que também contribuem para a não fixação dos médicos, dentre eles podemos citar: a política salarial e de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano, as condições físicas ambientais de trabalho, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal, os critérios e programas de treinamento de recursos humanos e os de avaliação de desempenho e o grau de flexibilidade das políticas da organização (MEDEIROS, 2010).

E neste sentido, Souza Júnior e Lucena (2005, p.10) comentam que:

A definição de uma política de ordenação de recursos humanos para a saúde, com princípios norteadores claros e efetivos, tem sido o grande impasse para a legítima implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Segundo Paim (1994), vencer este desafio não depende apenas do âmbito da saúde; envolve também um conjunto de políticas, que fogem da governabilidade do setor, tais como educação, emprego e salários e, assim, a dificuldade na articulação intersetorial pode até mesmo inviabilizar algumas ações voltadas para o cumprimento das tarefas delegadas ao SUS.

Desta forma, é necessário aprofundar a questão da reposição de profissionais médicos, observando a necessidade de carência na rede de saúde pública do Estado de Pernambuco, no sentido de dimensionar a sua efetiva utilização no serviço pela administração pública, objetivando prover a adequada oferta de profissionais de saúde para assistência ao usuário do SUS.

7 CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que no período de 2004 a 2010 houve uma grande demanda de exonerações de médicos na Secretaria de saúde do estado de Pernambuco. Vislumbram-se algumas razões que possam justificar tal fenômeno, como a remuneração com baixos salários, condições precárias de trabalho, outras oportunidades atrativas no mercado de trabalho para a sua prática laboral. Todavia, algumas conclusões e recomendações tornam-se oportunas:

- Houve proporcionalidade entre os sexos (feminino e masculino) nas demandas de exoneração;
- As demandas de exoneração dos médicos nas zonas urbanas foram maiores que das zonas rurais, sugerindo a atenção e na distribuição desses médicos;
- É necessário priorizar reposição de novos profissionais médicos naquelas especialidades e regiões onde as demandas de exoneração têm implicado em comprometimento da oferta de serviços de saúde a população;

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In:_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 02 dez. 2010.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília: DF, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 02 dez. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: DF, 2006. 184p.

CAPOZZOLO, A. A. No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

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.

MACHADO, M. H. (Coord.). Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Cadernos RH Saúde, Brasília, v.3, n.1, p. 188, 2006.

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

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. Rumo ao interior: Médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

MEDEIROS. C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1521-1531, jun. 2010.

OLIVEIRA, M. S. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 29-33, maio. 2009.

PAIM, J. S. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Balanço de Gestão - 2007 a 2010. Disponível em:< <http://portal.saude.pe.gov.br>>. Acesso em: 02 dez. 2010.

PERNAMBUCO. Lei nº 6.123 de 20 de Julho de 1968. Disponível em:< <http://www.alepe.pe.gov.br/downloads/legislativo/EstatutoServidor.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2010.

PERNAMBUCO. Lei Complementar nº. 081/05 de 20/12/2005.. Disponível em:< http://legis.alepe.pe.gov.br/legis_superior_norma.aspx?nl=LC081>. Acesso em: 02 dez. 2010

PERNAMBUCO. Lei nº. 9.627, de 11 de dezembro de 1984. Disponível em:< http://www.cepe.com.br/docreader/DocReader.aspx?bib=F:\ANOS\1984\12-DEZ\DO_DEZ84.DOCPRO>. Acesso em: 02 dez. 2010.

_____. Rede Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/>>. Acesso em: 02 dez. 2010.

PEREIRA NETO, A. F. A profissão médica em questão (1922) dimensão histórica e sociológica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.x, n.x, p. 600-665 out./dec. 1995.

PIERANTONI, C. R. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p, 341-360, 2001.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Campinas: CONASEMS: IDISA, 2007.

SEIXAS, P. H. A.; STELLA, R. C. R. As organizações sociais de saúde em São Paulo, 1998 - 2002: uma visão institucional. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2003.

SILVA, E.M; Silva, S. F. As implicações da gestão do trabalho no SUS: um olhar do gestor local. Caderno RH em Saúde, Brasília, v.2, n.3, p. 49-58, 2008.

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 em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

TOBAR, F. et al. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.