

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A Rotatividade dos profissionais na estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre a Microrregião de Itabira – MG”

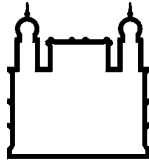
por

Fernando Lopes Tavares de Lima

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Rio de Janeiro, junho de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A Rotatividade dos profissionais na estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre a Microrregião de Itabira – MG”

apresentada por

Fernando Lopes Tavares de Lima

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Monica Vieira

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L732 Lima, Fernando Lopes Tavares de
A Rotatividade dos profissionais na estratégia de Saúde da
Família: um estudo sobre a Microrregião de Itabira – MG. /
Fernando Lopes Tavares de Lima. -- 2012.
84 f. : tab. ; mapas

Orientador: Mendonça, Maria Helena Magalhães de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Saúde da Família. 2. Gestão em Saúde.
3. Administração de Recursos Humanos em Saúde.
4. Reorganização de Recursos Humanos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 331.11098151

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2012.

Fernando Lopes Tavares de Lima

Dedico este trabalho à Telma pela fé, compreensão e suporte e aos meus pais pelo exemplo e dedicação.

Agradecimentos

À orientadora Maria Helena Magalhães de Mendonça pela confiança, paciência, interesse e dedicação.

Aos professores Antenor Amâncio e Sérgio Pacheco pela oportunidade, organização e cuidado destinados ao curso.

À Luzimar por todo carinho e atenção.

Ao Henrique, João Militão, Erotildes, Sérgio e Wilson pela amizade e ensinamentos. À Fernanda e Ana pela companhia. À Carla e Marília pela tranquilidade proporcionada durante nossas viagens. À Nelci, Naya e queridos colegas de curso por todos os momentos formais e informais que compartilhamos em busca do conhecimento.

À Maria Tereza e Cláudia da GRS-Itabira por acreditarem e viabilizarem todo o processo de trabalho de campo.

Aos entrevistados por dedicarem seu tempo e oportunizarem a construção deste trabalho.

*“Todos os dias é um vai-e-vem
A vida se repete na estação
Tem gente que chega prá ficar
Tem gente que vai
Prá nunca mais.
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar
E assim, chegar e partir
São só dois lados
Da mesma viagem...”*

Milton Nascimento e Fernando Brant

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo ampliar e interiorizar os serviços de saúde no país e modificar os processos de trabalho por meio da incorporação da prática multiprofissional e da continuidade do cuidado. Uma barreira importante à consolidação desta estratégia tem sido a rotatividade profissional, fenômeno de origem bastante variada que interrompe projetos e aumenta os custos. Tendo em vista a importância dessa estratégia para reorganização do sistema de saúde e os impactos causados por este fenômeno, esta dissertação tem como objetivo analisar os fenômenos da rotatividade dos profissionais nas equipes da estratégia de saúde da família de uma microrregião de saúde do estado de Minas Gerais, com vistas ao enfrentamento desta problemática. Foram analisadas informações de 63 equipes, sendo 29 com equipe de saúde bucal incorporada, totalizando 155 postos de trabalho. Além disso, foram realizadas oito entrevistas semi-estruturadas com gestores municipais e estaduais visando identificar fatores determinantes que contribuem para a rotatividade, bem como, as iniciativas que visam superar esta problemática. Praticamente metade (47,1%) dos profissionais foi substituída no período de um ano, destacando-se médicos (53,9%) e enfermeiros (47,6%). Além disso, os resultados da pesquisa apontam para uma multiplicidade de fatores que interferem na permanência do profissional, destacando-se: salário, condições de trabalho, formação e vinculação profissional. Assim, cabe aos gestores estruturarem políticas de atração e fixação profissional que ultrapassem os limites da competição mercadológica, adotando medidas que valorizem o trabalhador e seu trabalho, dando-lhe as condições adequadas de emprego e perspectiva de crescimento em sua carreira profissional.

Palavras Chave: saúde da família; gestão do trabalho; rotatividade profissional.

ABSTRACT

The Family Health Strategy aims to expand health services in Brazil and modify work processes through the incorporation of multidisciplinary practice and continuity of care. A major barrier to consolidation of this strategy has been to staff turnover, a phenomenon of very varied origin that disrupts projects and raises costs. Given the importance of this strategy to reorganize the health system and the impacts of this phenomenon, this thesis aims to analyze the phenomenon of rotation of personnel on the staffs of the health strategy of the family of a micro-health of the state of Minas Gerais to coping this problem. Information was analyzed from 63 teams, 29 with oral health team built a total of 155 jobs. In addition, there were eight semi-structured interviews with municipal and state governments to identify factors that contribute to turnover, as well as initiatives to overcome this problem. Almost half (47.1%) of professionals was replaced in one year, especially physicians (53.9%) and nurses (47.6%). In addition, the survey results point to a multiplicity of factors affecting the permanence of the occupation, including: wages, working conditions, training and professional binding. Thus, it is up to managers to structure policies to attract professional and fixation beyond the limits of market competition, adopting measures that value the worker and his work, giving the right conditions for employment and growth prospects in your career.

Keywords: Family Health; Health Personnel Management, turnover.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Divisão Macrorregional do Estado de Minas Gerais	45
Figura 2: Divisão Microrregional da Macrorregião Centro.....	46
Figura 3: Divisão municipal da Microrregião de Itabira.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População, número de equipes da ESF e de ESB.	48
Tabela 2: Divisão dos municípios e dados referentes aos grupos formados.....	49
Tabela 3: Entrevistas planejadas, distribuídas por grupo.....	50
Tabela 4: Número de postos de trabalho, profissionais vinculados à ESF em 2010 e Índice de Rotatividade Profissional.....	58
Tabela 5: Total de meses trabalhados, profissionais vinculados à ESF em 2010 e Índice de Permanência no Emprego.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP-ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB-Micro	Comissão Intergestores Bipartite Microrregional
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DAB-MS	Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FE	Fundação Estatal
FIES	Financiamento Estudantil ao estudante do Ensino Superior
GRS	Gerência Regional de Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
NAPRIS	Núcleo de Atenção Primária em Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES-MG	Secretaria Municipal de Saúde de Minas Gerais
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
UnA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo Geral.....	14
1.2 Objetivos específicos.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Gestão do Trabalho.....	16
2.1.1 Mudanças no mundo do trabalho: a organização dos processos de trabalho.....	17
2.1.2 Mudanças no mundo do trabalho: a (dês) regulação do trabalho.....	19
2.1.3 Gestão do trabalho e revalorização profissional no SUS.....	26
2.2 Estratégia de Saúde da Família.....	28
2.2.1 A Reforma Sanitária, o SUS e a construção da ESF.....	28
2.2.2 A organização do processo de trabalho na ESF.....	34
2.2.3 Gestão do Trabalho e ESF: interiorização e rotatividade profissional.....	36
3 METODOLOGIA	43
3.1 Campo de estudo.....	44
3.2 Sujeitos do estudo.....	49
3.3 Variáveis do estudo.....	51
3.4 Processamento e análise dos dados qualitativos.....	52
3.5 Considerações éticas.....	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1 A ESF e as consequências da rotatividade.....	53
4.2 Contextualizando a rotatividade na Microrregião.....	57
4.3 Desafios e estratégias para fixação profissional.....	60
4.3.1 Salário.....	61
4.3.2 Condições de Trabalho.....	63
4.3.3 Formação dos profissionais.....	65
4.3.4 Vínculo profissional.....	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	77
ANEXO I	84

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assumiu a saúde como um direito social e indicou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseando-se nas diretrizes originadas no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A municipalização e regionalização dos serviços surgiram como estratégias que visaram garantir a interiorização e qualificação do acesso universal às ações e serviços de saúde.

Apesar dos muitos avanços alcançados, cumprir com o dever de disponibilizar ações e serviços de saúde ainda é um grande desafio para o Estado. As desigualdades sociais, econômicas e políticas do extenso território nacional refletem no SUS a realidade do contexto brasileiro.

Neste sentido, a histórica desigualdade sócio/econômica entre as regiões do país determina a concentração de serviços, instituições de formação e profissionais de saúde. Estes problemas têm sido cada vez mais considerados como nós críticos a serem enfrentados para o alcance da universalização do acesso qualificado ao sistema de saúde.

Visando, entre outras coisas, superar esta má distribuição de serviços e profissionais de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa, além de objetivar a concretização da interiorização e municipalização do SUS, foi apresentado como um novo modelo de organização do trabalho em saúde, adequando a atenção aos preceitos da RSB e do SUS: fortalecimento da atenção básica, continuidade do cuidado, ênfase no trabalho multiprofissional e intersetorial, priorização da promoção da saúde e prevenção das doenças, incorporação do território e dos determinantes sociais da saúde nos processos de trabalho, focalização das ações na família e estímulo à participação social.

Após pouco mais de quinze anos de implantação, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporcionou melhorias de alguns indicadores de saúde, mas ainda enfrenta dificuldades, em particular, no que se refere à política de Gestão do Trabalho. Desta forma, um fator limitante frequentemente relatado para o desempenho de suas ações é a dificuldade de fixação do profissional em sua equipe de trabalho, gerando o que se denomina “rotatividade profissional”^{1,2}.

De fato, devido às características específicas desta estratégia, a rotatividade profissional toma uma proporção agravante. Os processos de trabalho estão baseados na construção de vínculos entre os membros da equipe de saúde da família e entre estes e os usuários, visando um comprometimento mútuo sobre as questões de saúde e a continuidade da atenção. As altas taxas de rotatividade prejudicam o funcionamento dos serviços (causam prejuízo ao trabalho em equipe, interrupção das atividades e dificuldades no vínculo com a comunidade) e geram custos desnecessários (qualificações profissionais e projetos inacabados).

É devido à importância de enfrentamento desta problemática que se originou esta dissertação, estando intimamente associada aos questionamentos levantados pelo pesquisador em sua experiência empírica na área de Gestão do Trabalho e ESF. Estes questionamentos surgiram, principalmente, da observação das dificuldades de se implantar mudanças significativas na organização dos processos de trabalho na ESF devido à rotatividade dos profissionais.

Para o desenvolvimento deste trabalho, parte-se do pressuposto de que a origem desta rotatividade é multifatorial, envolvendo aspectos políticos, econômicos e sociais, que se relacionam entre si em um contexto histórico-social definido. Assim, não se busca, com este trabalho, encontrar uma fórmula mágica, pela qual um município possa aderir e resolver os seus problemas imediatamente. Na verdade, exatamente por estar associada a estes diversos fatores, temos que ter a consciência de que a rotatividade profissional nos serviços de saúde é um problema de difícil resolução, dependente de esforços nas três esferas governamentais.

Exatamente por ter esta condição determinante multifatorial, este fenômeno traz também, para a construção de trabalhos acadêmicos, o desafio de realização de estudos que possam incorporar a complexidade das questões relacionadas a esta problemática. A rotatividade poderia ser facilmente quantificada por meio da aplicação de indicadores de rotatividade, porém, isso não explicaria as razões pelas quais os profissionais deixam seus empregos e nem mesmo traria direcionamentos para sua resolução. Assim, deve-se ter em mente que se faz necessário realizar recortes metodológicos para analisar este fenômeno, cabendo ao pesquisador selecionar quais caminhos percorrer para alcançar seus objetivos, que estão ligados diretamente aos seus questionamentos e seu contexto de vida e trabalho.

Para esta dissertação, devido aos objetivos do pesquisador e ao espaço de discussão limitado, optou-se em trabalhar com o ponto de vista dos gestores

municipais e estaduais de uma microrregião de saúde do estado de Minas Gerais. Diante desta escolha, este estudo limitou-se a discutir esta perspectiva, deixando em aberto, para outros estudos, a possibilidade de se entender este problema na ótica dos profissionais, pesquisadores e/ou dos usuários, além de outras análises estatísticas mais apuradas.

Utilizou-se da metodologia qualitativa visando entender o papel da ESF e da Gestão do Trabalho na organização dos serviços de saúde municipais, os principais fatores causais e as limitações impostas pela rotatividade, além das iniciativas utilizadas para reduzir os efeitos deste fenômeno. Utilizou-se também de abordagem quantitativa para ilustrar o quanto este problema atinge esta região, gerando dados concretos para discussão neste contexto.

Para concluir, cabe destacar que este trabalho se justifica pela importância de compreendermos o fenômeno da rotatividade dos profissionais como fator limitante para a consolidação das mudanças nos processos de trabalho em saúde propostas pela ESF e o papel protagonista que vêm assumindo as políticas de Gestão do Trabalho desenvolvidas no âmbito do SUS para superação desta problemática.

1.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral analisar os fenômenos da rotatividade e da fixação dos profissionais nas equipes da ESF da Microrregião de Itabira-MG, com vistas ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento desta problemática.

1.2 Objetivos Específicos

A pesquisa tem como objetivos específicos:

- Medir Índice de Rotatividade de médicos, dentistas e enfermeiros nas equipes de Saúde da Família em 2010;
- Medir Índice de Permanência Média no Emprego destes profissionais durante o mesmo período;

- Identificar fatores determinantes, na perspectiva dos gestores, que possam contribuir com a rotatividade destes profissionais;
- Identificar iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde que visam superar as dificuldades de fixação dos trabalhadores.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Como dito anteriormente, a rotatividade profissional é um fenômeno de múltiplas causas que poderia ser estudado mediante diversas perspectivas. Neste estudo, devido aos objetivos do pesquisador, buscou-se trabalhar a relação entre este fenômeno e as políticas de Gestão do Trabalho desenvolvidas no âmbito do SUS, mais especificadamente na ESF.

Inicialmente, considerou-se necessário discutir, por uma perspectiva histórica, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho nos últimos cem anos, considerando-se a construção e adoção de modelos de organização dos processos de trabalho no espaço micropolítico (Taylorismo/Fordismo e Toyotismo), bem como as macropolíticas adotadas neste período (Keynesianismo e Neoliberalismo). Com isso, buscou-se realizar uma contextualização a respeito das políticas de Gestão do Trabalho incorporadas no setor público brasileiro, em especial no setor saúde.

Posteriormente, abordou-se a construção da ESF, recuperando a discussão a respeito do movimento da RSB e o contexto adverso de implantação e construção do SUS. Buscou-se entender a contradição existente entre a necessidade de se construir um novo modelo de gerir os processos de trabalho em saúde no país e as políticas de precarização das relações trabalhistas implantadas concomitantemente.

Por fim, foram analisadas as dificuldades encontradas para expansão e consolidação da ESF em todo território nacional, destacando as políticas de Gestão do Trabalho adotadas para prover e fixar os profissionais de saúde nesta estratégia.

2.1 Gestão do Trabalho

A Gestão do Trabalho tem ganhado espaço na agenda de gestores e trabalhadores do SUS nestes últimos anos. Para melhor entender este processo analisou-se as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e a incorporação deste conceito nos serviços públicos de saúde. Nesta abordagem foram utilizadas duas perspectivas assim sistematizadas:

- *Mudanças no mundo do trabalho: a organização dos processos de trabalho:*
Discussão a respeito da gestão e organização dos processos de trabalho em

seu espaço micropolítico e o processo de reestruturação produtiva (Taylorismo/Fordismo e Toyotismo);

• *Mudanças no mundo do trabalho: a (des) regulação do trabalho*: Discussão a respeito do desenvolvimento de macropolíticas (Keynesianismo e Neoliberalismo) definidoras do papel do Estado na regulação do trabalho e em sua relação com a sociedade e com o mercado.

Cabe destacar que, apesar de estarem em esferas de discussão diferenciadas, estas duas diferentes dimensões de análise se inter-relacionam, permitindo um aprofundamento do entendimento sobre a Gestão do Trabalho.

2.1.1 Mudanças no mundo do trabalho: a organização dos processos de trabalho

Desde o início do capitalismo, as indústrias buscavam novas formas de organizar os processos de trabalho, visando o aumento de seus lucros. Neste contexto, destacou-se, em 1911, um modelo de produção criado por Taylor em sua clássica publicação denominada “Princípios da Administração Científica”. Este autor, a partir da adoção de um modelo científico baseado no controle dos tempos e movimentos dos trabalhadores, buscou padronizar e aumentar a produção, que passaria a ser sistematizada, seriada e fragmentada.

Com estas medidas intensificou-se a superexploração do trabalhador, transformando o trabalho em um processo, ao mesmo tempo, especializado e desqualificado. Esta contradição era imposta pelo excesso de fragmentação do processo de trabalho, no qual o trabalhador seria especialista em executar apenas uma pequena fase deste processo.

A indústria passou a ser considerada como um ambiente fechado que, livre das influências externas, deveria funcionar como uma máquina perfeita, exatamente de acordo com o trabalho prescrito. O trabalhador era visto como mais um componente desta máquina, fazendo parte do corpo de recursos humanos, que juntamente com os recursos materiais e financeiros estariam à disposição do gerente para utilização da forma que ele considerasse adequada.

Ford, ao inserir a linha de montagem nos processos de produção, aperfeiçoou o modelo Taylorista, passando a controlar o tempo do trabalho e configurando o que hoje se entende como modelo Taylorista/Fordista. Este modelo se caracteriza pela intensificação da divisão social do trabalho, pela especialização excessiva, pela fragmentação do saber, pelo parcelamento das tarefas com rigorosa separação entre as fases de concepção e execução, pela rígida hierarquia funcional e pelo extremo controle e burocratização ²⁻⁵.

Apesar dos resultados alcançados com o aumento da produção, não faltam críticas ao modelo Taylorista/Fordista. Entre elas destaca-se a fragmentação e repetição das atividades centenas de vezes por dia, o que não incentiva qualquer crescimento intelectual ao trabalhador e não gera qualquer identificação deste com o seu trabalho, trazendo pouca satisfação ao profissional. Esta alienação traz sofrimento ao trabalhador e causa desmotivação, absenteísmo, ineficiência e cansaço, além de estimular a desqualificação do trabalhador por retirar as possibilidades de conhecimento, criatividade e perspectiva de realização pessoal ^{4,5,7,8}.

Apesar de ter tido forte influência no período de pleno desenvolvimento econômico e social ocorrido durante as décadas de 50 e 60, o Taylorismo e o Fordismo tiveram que sofrer uma reestruturação a partir do início da década de 70, devido à forte incorporação tecnológica aos processos de trabalho e, principalmente, à crise do sistema capitalista iniciada neste período.

Isto porque, diante desta crise, o desemprego aumentou e o consumo reduziu consideravelmente. Por estar baseado na produção e consumo de massas, o modo de produção Fordista/Taylorista começou a demonstrar sinais de esgotamento diante da crise, abrindo espaço para formulação de novas formas de gerir os processos de trabalho, que deveriam estar baseadas em processos mais flexíveis e de menores custos, inclusive sociais ^{3,9,10}.

Este novo modelo de produção industrial surgido neste período se caracteriza pela presença de fábricas enxutas, estoques reduzidos, parque industrial e relações de trabalho flexíveis, polivalência do trabalhador, utilização das novas tecnologias da informação e comunicação, trabalho em equipe e diminuição do poder dos sindicatos. A ideia é diminuir o número de trabalhadores sem diminuir a produção, gerando a intensificação do trabalho e reduzindo os gastos com os direitos trabalhistas (terceirização e subcontratação). Apesar do surgimento de vários

modelos considerados flexíveis, destacou-se o modelo Toyotista, que devido ao sucesso de implantação no Japão se espalhou rapidamente por todo o mundo ^{3,4,5,6,9,10,11,12}.

Segundo Deluiz (1997), este novo perfil profissional (flexível, polivalente e multiqualeficado), passou a atuar com menos ações manuais e mais desgaste simbólico. O trabalhador passou a ser envolvido em “todas” as etapas do trabalho, substituindo o trabalho repetitivo por um trabalho de arbitragem, onde é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho ³.

Para Alves (2011), uma das características mais marcantes da transformação do trabalho é que, se no modelo antigo buscou-se desenvolver no trabalhador as atitudes maquinais e automáticas, o novo modelo passou a exigir um homem produtivo capaz de intervir na produção com pensamento. Os trabalhadores passaram a ser considerados colaboradores, tornando-se imprescindível o seu engajamento moral-intelectual na produção do capital, o que implicou na necessidade de captura da subjetividade de trabalho vivo pelos ditames da produção de mercadorias ¹⁰.

Assim, diante de todo exposto, conclui-se que este novo paradigma do trabalho contemporâneo recolocou a centralidade do trabalhador no processo produtivo e modificou as formas de gerir o trabalho ⁸. Contudo, a valorização do papel do trabalhador no meio de produção veio acompanhada pela desvalorização do trabalho e o emprego, por meio da precarização dos vínculos, terceirização dos serviços e aumento dos empregos temporários ^{9,12}.

2.1.2 Mudanças no mundo do trabalho: a (des) regulação do trabalho

Após entender as mudanças dos processos de organização do trabalho, cabe discutir a respeito das macropolíticas adotadas que, além de servir como reguladores das relações empregatícias definem o papel do Estado em sua relação com a sociedade e com o mercado.

Esta análise também se inicia a partir dos primeiros anos do século vinte, período caracterizado pela organização econômica baseada nas políticas liberais desenvolvidas por Adam Smith e direcionadas à construção de um Estado mínimo e

ausente na regulação das relações de trabalho. A ausência de regulação por parte do Estado possibilitou uma superexploração dos trabalhadores pelos proprietários dos meios de produção e o aumento do acúmulo de capital e da miséria ^{13,14}.

Como discutido anteriormente, as empresas americanas, durante este período, incorporavam o Taylorismo/Fordismo, aumentando sua produção e lucros. Contudo, a partir da recuperação da produção das empresas europeias no período posterior à Primeira Guerra Mundial (década de 20), essas empresas americanas começaram a perder espaço no mercado consumidor, entrando em uma crise de superprodução e deflação, diminuindo os lucros e aumentando o desemprego. Isto caracterizou uma forte crise que abalou o mundo capitalista e que teve no ano 1929 o seu auge. Naquela época considerou-se que, como a produção Taylorista/Fordista se baseava em larga produção, era necessário o estímulo constante ao consumo da mercadoria produzida.

Com este objetivo, durante a década de 30, alguns governos tomaram medidas que visaram à estimulação do mercado consumidor interno e à criação de barreiras para mercadorias externas, protegendo as empresas nacionais. Nos Estados Unidos, por exemplo, foi desenvolvida a política do New Deal, que visava à recuperação da economia e dos empregos, objetivando a reativação do mercado interno ¹¹.

Assim, os Estados capitalistas centrais passaram a adotar, lentamente, intervenções na economia, abandonando aos poucos os preceitos liberais. Durante a década de 30 houve uma lenta recuperação da economia, mas o desencadeamento de outra grande guerra mundial modificou todo o cenário político/econômico até então construído.

Diante do quadro catastrófico da Europa após o término da Segunda Guerra Mundial, começaram a surgir políticas que visavam associar o crescimento econômico à garantia de direitos sociais mais amplos, denominadas políticas de bem-estar social ou keynesianas. Estas políticas eram baseadas no investimento estatal e estímulos diversos à provisão e à criação de empregos.

Naquele momento aliavam-se políticas sociais, investimento estatal, amplo consumo e produção em massa (proporcionado pela consolidação do Taylorismo/Fordismo), o que resultou em uma fase de intenso desenvolvimento dos países capitalistas (décadas de 50 e 60). A concomitância do desenvolvimento

financeiro e social trouxe à sociedade dos países europeus conforto e estabilidade, com base no pleno emprego e em diversas garantias sociais ⁷.

Assim, podemos observar que, apesar de estarem em perspectivas diferentes e terem sido criadas em contextos econômicos até mesmo conflitantes, a forma de intervenção nos processos de trabalho Taylorista/Fordista e as políticas de bem-estar social se sustentaram durante pouco mais de 20 anos. Esta afirmação se baseia, por um lado, nas condições proporcionadas por estas políticas para a criação de uma sociedade consumidora mantenedora de um sistema de produção em massa e, por outro, pelo crescimento da produção, diminuição do desemprego e aumento da arrecadação dos impostos proporcionados pela consolidação da produção Taylorista/Fordista ^{7,15}.

Durante o início da década de 70, a associação entre a hegemonia do setor financeiro, o desenvolvimento tecnológico acelerado, a crise do petróleo e o processo inflacionário contribuíram para o desenvolvimento de uma nova crise mundial do capitalismo ¹¹.

Como discutido anteriormente, as indústrias, diante desta crise, buscaram novas formas de gerir os processos de trabalho, destacando-se a utilização da produção flexível Toyotista. Contudo, cabe destacar que esta mudança do modelo Taylorista/Fordista para o Toyotista não se limitou a influenciar somente os fechados sistemas de produção industrial.

Isto porque esta nova forma de produção industrial necessitava de uma nova regulamentação do trabalho, mais precisamente, de uma desregulamentação. Assim, a mudança de um modelo baseado no pleno emprego para um modelo baseado na precarização do emprego, demandou mudanças no campo legal. A proteção ao trabalhador garantida pelas políticas de bem-estar social foi substituída por um regime que possibilitava a redução dos custos sociais do trabalho para os empresários, por meio da flexibilização da seguridade social e dos direitos trabalhistas ^{7,9}.

A regulação do trabalho definida pela política de bem-estar social passou a ser questionada e identificada como barreira à incorporação capitalista e à exploração da força de trabalho, por ser extremamente rígida e de alto custo social. Além disso, o Estado, e toda a política de proteção social, passaram a ser vistos como a principal causa desta crise, devendo assim, ter o seu papel, perante a sociedade e ao mercado, reformulado.

Deve-se entender, desta forma, que não somente as inovações tecnológicas contribuíram para impulsionar o novo modelo de produção flexível, mas, sobretudo, as determinações políticas deram sustentabilidade legal a este sistema. A reestruturação produtiva iniciada na década de 70 foi, antes de tudo, um resultado da série de derrotas das instituições keynesianas no plano econômico, político e ideológico, dando espaço ao neoliberalismo ^{10,16}.

As políticas de cunho neoliberal foram difundidas rapidamente pelos países capitalistas centrais e, apesar de salvaguardar algumas características específicas do contexto de inserção, tornaram-se hegemônicas no início da década de 80. Margaret Thatcher (Inglaterra, 1979), Ronald Reagan (Estados Unidos, 1980) e Helmut Kohl (Alemanha, 1982) são fortes exemplos de governantes que implantaram medidas neoliberais nos países desenvolvidos em um curto espaço de tempo. Contudo, o primeiro governo a adotar as medidas neoliberais foi a ditadura chilena de Augusto Pinochet em meados da década de 70, sendo orientado por jovens economistas chilenos que estudaram nos Estados Unidos, denominados “Chicago boys”, o que trouxe profundas transformações para a população deste país ¹⁶.

Como saldo, pode-se considerar que o neoliberalismo teve êxito em alguns de seus objetivos: diminuiu inflação, aumentou o lucro das empresas, desregulamentou o trabalho, aumentou o desemprego, diminuiu a força dos sindicatos e reduziu os impostos para altos lucros. Todavia, em relação ao seu maior objetivo, que era restaurar o crescimento capitalista, o resultado foi decepcionante. Isto, porque a recuperação de lucros não levou à recuperação de investimentos, mas à financeirização da economia, à especulação e ao aumento da desigualdade social ¹⁶.

Em 1989, após mais de 10 anos de experiências no mundo capitalista desenvolvido, foi divulgado por organismos internacionais o “Consenso de Washington”, receituário neoliberal de ajustamento macroeconômico que deveria ser adotado como de forma universal para todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento de sua economia e características de sua sociedade. Eram prescritos a liberação financeira e comercial, a privatização de empresas públicas, o enxugamento do aparelho do estado, incentivos à exportação, ajuste fiscal e redução de gastos com funcionalismo público ¹⁷.

Assim que a adoção destas medidas foi vinculada à disponibilização de empréstimos pelos organismos financeiros internacionais (Fundo Monetário

Internacional e Banco Mundial), os países em desenvolvimento passaram a adotá-las mais incisivamente. O Brasil foi um dos últimos países da América Latina a seguir tais “recomendações”, sendo antecipado pelo México (1988), Argentina (1989), Venezuela (1989) e Peru (1990) nos respectivos governos de Carlos Salinas, Carlos Menem, Carlos Pérez e Alberto Fujimori ¹⁶.

Apesar dos governos de Sarney, Fernando Collor e Itamar Franco terem preparado o campo, foram nos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso que ocorreram as maiores intervenções neoliberais. Estas medidas determinaram, entre outras coisas, mudanças consideráveis para o funcionalismo público, seja pela realização de grandes privatizações, ou pelas mudanças no sistema previdenciário e na regulamentação do serviço público.

Cabe destacar que estas medidas fizeram parte de uma reforma mais ampla, a Reforma Administrativa do Estado. Esta reforma foi iniciada em 1995 pela criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e publicação, nesse mesmo ano, do Plano Diretor da Reforma do Estado, consolidando, em 1998, na Emenda Constitucional nº 19 ¹⁷.

Este Plano tinha como objetivo diminuir o número de funcionários públicos diretos, reorganizar as carreiras e instituir um plano de demissão voluntária ¹⁸. Em sua estrutura, o Plano dividia a organização Estatal em quatro núcleos:

1. Núcleo Estratégico: Setor de definição das políticas públicas e adoção de medidas que visam garantir o seu cumprimento. Corresponde aos poderes legislativo e judiciário, Ministério Público e parte do poder executivo (presidente, ministros e assessores diretos), devendo ser de propriedade estatal exclusiva.
2. Atividades exclusivas: Setor onde se situam os serviços que somente o Estado pode executar. Inclui as ações de regulação, controle, fomento, fiscalização, serviços sociais básicos e segurança pública.
3. Serviços não exclusivos: Neste setor o Estado deve atuar de forma simultânea com órgãos públicos não estatais. Inclui as atividades de cultura, educação, saúde entre outros.
4. Produção de bens e serviços para o mercado: É uma área de atuação para empresas privadas, devendo-se, por isso, realizar a privatização das empresas públicas que atuam neste setor.

Como se pode observar, as mudanças geradas pelo Plano Diretor desregulamentaram o trabalho no setor público, priorizando a manutenção dos servidores dos setores Estratégico e Exclusivo, terceirizando os serviços não exclusivos e privatizando a produção de bens e serviços. Assim, foram criadas múltiplas formas de vinculação do trabalhador com o setor público, seja de forma direta ou indireta.

Segundo Nogueira *et al* (2004), atualmente existem quatro formas diretas de vínculos profissionais adotadas pela administração pública brasileira: Celetista, Estatutária, Contratação Temporária por Especial Interesse Público e Cargos em Comissão ¹⁹.

Como “Estatutário” entende-se o regime jurídico disciplinado por meio de Estatuto dos Funcionários Públicos, que são leis específicas de cada esfera governamental que enumeram os direitos e deveres dos servidores públicos. A inserção do trabalhador no serviço é sempre realizada através de concurso público, configurando o “Cargo Público” ²⁰.

Por sua vez, o vínculo “Celetista”, também chamado de “Contratual”, configura o “Emprego Público”, regime jurídico de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) através de relação contratual por prazo indeterminado. Como o estatutário, o vínculo celetista exige concurso público, mas possui maior flexibilidade de negociação, sendo considerado, pelos idealizadores da reforma, o modelo mais adequado para inserção nos serviços não exclusivos de Estado ²⁰.

Os “Cargos Comissionados” não são ocupados por servidores efetivos e é de livre nomeação pelas autoridades competentes. Devem ser exercidos em caráter temporário e reservados às funções de confiança, tendo número limitado por esfera governamental ¹.

A “Contratação Temporária por Especial Interesse Público” foi criada, conforme indica sua nomenclatura, para solucionar situações de excepcional interesse público, devendo ter lei local específica que determina o regime jurídico da contratação (Estatutário ou Celetista). Deve ocorrer mediante processo de seleção pública e ser de curto prazo. A utilização desta forma contratual como regra materializa-se como ilegalidade, pois sua utilização deveria ser apenas nas situações inesperadas ²¹.

Além das formas de vinculação direta com o setor público existem, para os serviços não exclusivos de Estado, as formas indiretas de vínculos (terceirizações),

sendo realizadas por meio de: Organizações Sociais (OS); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); Fundações Estatais (FE); e Cooperativas*.

As OS, reguladas pela Lei 9.637 de 1998, e as OSCIPS, reguladas pela Lei 9.790 de 1999, são modalidades institucionais associadas ao Estado por meio de Contrato de Gestão (no caso da OS) ou Termo de Parceria (no caso da OSCIP). Cabe ao Estado a fiscalização das atividades e resultados. São entidades privadas sem fins lucrativos que podem atuar na área cultural e social, tendo autonomia administrativa e financeira e maior facilidade de contratação e compra de materiais. Na prática, porém, exatamente por dispensar licitação e seleção pública, têm sido utilizadas para desvio de verbas e vistos como meros gerenciadores de vínculos^{20,22}.

Atualmente, a entrega da gestão dos serviços públicos de saúde às OS ganhou bastante força em alguns estados brasileiros, apesar de estar sendo contestada por muitos movimentos sociais e por parte do Ministério Público.

As FE são entidades públicas sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, a serem constituídas pelo poder público, possuindo flexibilidade, autonomia gerencial, orçamentária e financeira, além de prever a possibilidade de patrimônio e receitas próprias. É obrigada a contratar via concurso público, com regime jurídico celetista, garantindo plano de carreira, emprego e salários próprios para seus trabalhadores e acordo coletivo de trabalho²³.

A adoção das FE trouxe uma proposta diferenciada de gestão pública, mantendo o ingresso por concurso público, garantindo a flexibilidade desejada pelos gestores e preservando o controle social. Apesar deste novo modelo estar sendo debatido intensamente, a sua incorporação tem sido gradual e dependerá dos resultados alcançados pelas primeiras experiências e da sua regulamentação legal, que ainda é deficiente.

Desta forma, a Reforma Administrativa, sendo influenciada pelas diretrizes neoliberais, buscou a flexibilidade da gestão pública, trazendo para este setor, principalmente para as atividades consideradas não exclusivas de Estado, a possibilidade de adoção de múltiplos de vínculos de trabalho, sendo em muitos casos considerados precários*.

* A terceirização para empresas privadas com fins lucrativos são reguladas pelo Decreto 2.271 de 1997. Devem ser utilizadas somente para atividades não finalísticas, como serviços de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transporte, informação, recepção, entre outras.

Assim, pode-se considerar que as mudanças no mundo do trabalho não atingiram somente os setores da produção industrial, alcançando diretamente a administração pública. Isto refletiu na diminuição do tamanho do Estado brasileiro da década de 90 por meio da redução da folha salarial e na precarização dos vínculos dos trabalhadores, assim como já havia sido feito pela iniciativa privada ^{7,12,15}.

Mesmo perdendo força durante o segundo mandato de Fernando Henrique, a reforma gerencial tomou outros rumos somente com a mudança da presidência da república (eleição de Lula em 2002). Durante o novo governo houve estímulos à substituição dos funcionários terceirizados por servidores públicos e implantação dos mecanismos de negociação ²⁰. Este novo direcionamento está relacionado à adoção do conceito da Gestão do Trabalho e será mais bem discutido posteriormente.

2.1.3 Gestão do Trabalho e revalorização profissional no SUS

A área de Gestão do Trabalho trata as relações de trabalho, considerando o trabalhador como agente transformador, e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas. O trabalho é visto como um processo de trocas, criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Para tanto, essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador e do trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde; educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros ²⁴.

A implantação dessa proposta nos serviços públicos de saúde vem sendo difundida a partir de 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS) durante o primeiro governo do presidente Lula. A reformulação da antiga área de Recursos Humanos, que fazia parte do terceiro escalão do MS, para uma Secretaria de Gestão do Trabalho, que tem posição no primeiro escalão, aproximou estas questões às

Vínculo precário de trabalho: Relação trabalhista que não atende à legislação vigente e/ou a disposições constitucionais, prejudicando o trabalhador por não oferecer, por exemplo, garantias de sociais ²⁴.

tomadas de decisão, revelando-se um marco político institucional decisivo para o setor ^{25,26,27}.

O Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), órgão da SGTES, tem o objetivo de instituir as diretrizes nacionais da política de Gestão do Trabalho em Saúde, e vem adotando estratégias indutoras para esta área em todas as esferas de governo, disponibilizando apoio técnico, político, financeiro e qualificação e profissionalização desta área ²⁵.

Neste intuito, o DEGERTS publicou sua Agenda Positiva, determinando suas áreas estratégicas de ação, destacando-se: A construção do PCCS para o SUS; a desprecarização e regulamentação do trabalho em saúde; a negociação coletiva; a estruturação e a qualificação da Gestão do Trabalho em Saúde: a construção de um sistema de informação; a regulação do exercício profissional no MERCOSUL; e a qualidade do trabalho e humanização da gestão ²⁸.

A importância da adoção destas medidas na esfera federal é que os efeitos da sua política geralmente desdobram para todo o serviço público. Isto ocorre não só por consubstanciarem em novas bases constitucionais legais, mas principalmente, porque originam medidas e incentivos que afetam o crescimento, a distribuição e o modo de vinculação de pessoal ¹⁷.

Como se pôde observar, a inclusão de uma agenda neoliberal na regulação das questões trabalhistas dos serviços públicos brasileiros durante a década de 90 direcionaram os processos de vinculação profissional à precariedade e desvalorização do trabalhador. Em contrapartida, a adoção das políticas de Gestão do Trabalho, a partir de 2003, buscou revalorizar a carreira pública e o papel do trabalhador na qualidade dos processos de trabalho.

2.2 Estratégia de Saúde da Família

Após discutir as mudanças no mundo do trabalho e seu impacto para a gestão do funcionalismo público nacional, cabe agora analisar o processo de implantação e implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sua relação com as políticas de Gestão do Trabalho.

Serão analisados o processo de construção da ESF e seu papel na expansão do SUS por todo território nacional, bem como os novos processos de trabalho introduzidos por esta estratégia, trazendo a responsabilização dos trabalhadores pela saúde da população atendida.

Por fim, será discutida a importância de se incorporar as políticas de Gestão do Trabalho para superar as dificuldades de provimento e fixação dos profissionais da ESF em regiões em situação de insegurança assistencial.

2.2.1 A Reforma Sanitária, o SUS e a construção da ESF

Tendo em vista os objetivos deste trabalho, aprofundaram-se as discussões a respeito do sistema de saúde nacional a partir do início da década de 70, período no qual o Brasil passava por uma ditadura política e restrição de direitos sociais. Este contexto propiciou um movimento de contestação do sistema político do país, incluindo neste processo a luta por democracia, melhorias na qualidade de vida e justiça social ²⁹.

Os serviços de saúde eram baseados, principalmente, no modelo americano de expansão de serviços hospitalares especializados privados, de intensa incorporação tecnológica e de atenção baseada em serviços médicos biologicistas, com a saúde pública relegada a um segundo plano ^{29,30}.

Neste sentido, conforme assinalou Paim (1992), cabe destacar que o sistema de saúde brasileiro durante a década de 70 tinha como característica a dicotomia entre Saúde Pública e assistência médica: de um lado eram desenvolvidas as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal hospitalar, a medicina previdenciária e as empresas médicas ³¹.

Além disso, podem-se citar as seguintes características para o sistema de saúde deste período: insuficiência de recursos, inadequação e má distribuição da rede, ineficiência e ineficácia da atenção, autoritarismo, centralização, corrupção e injustiça social. Estes problemas, associados à crise de democracia que vigorava no país e o endividamento do setor público devido à crise do capitalismo, estimularam a organização de um movimento, composto por estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde e movimentos sociais, que propôs a denominada Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ³⁰.

A RSB deve ser entendida como um movimento ideológico com uma prática política em confronto com o liberalismo de matriz americana, hegemônico no país durante a década de 70. Buscava-se superar a visão biológica e ecológica do antigo movimento da medicina preventiva, incorporando criticamente seus ideais e substituindo o paradigma da multicausalidade pelo paradigma de determinantes sociais, constituindo um novo modelo ²⁹. Além disso, a RSB propôs, ao contrário do que objetivava a medicina preventiva, ampliar o acesso a todos os níveis de atenção em função das necessidades da população, e não somente à atenção primária em função da redução de gastos ³².

Lutava-se por uma reestruturação de todo o modelo de proteção social, buscando justiça e democracia, nos moldes de um Estado de bem-estar social, onde a saúde se inscreve no direito de todos e no dever do Estado. Assim, a RSB, ao incorporar os conceitos ampliados de saúde, fazia parte de uma reforma mais ampla, que lutava por uma reestruturação do Estado e visava melhorias na qualidade de vida, não se restringindo ao setor saúde ^{30,32}.

Segundo Paim, (1992), com o fim da ditadura militar em 1984 e com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 ocorreu a sistematização do projeto da RSB, transformando a saúde em um direito social universal. Segundo este autor, o debate realizado por quase 5.000 participantes sobre as proposições do movimento de RSB consolidou-se em um relatório que inspirou a formulação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, para posteriormente influenciar a formulação das leis orgânicas da saúde (leis 8.080 e 8.142 de 1990) ³¹.

Este processo, porém, teve alguns percalços, pois enquanto o mundo capitalista vivia uma crise de sustentação das políticas keynesianas e incorporava as políticas neoliberais, o Brasil, a partir do fortalecimento dos movimentos sociais, se mobilizava para construir um sistema universal, integral, organizado a partir da atenção básica e baseado na participação social. Desta forma, a construção do SUS seguiu na contramão dessas tendências, não passando incólume a esse contexto.

Na prática, apesar da inserção de uma base de proteção social ampla na Constituição Federal, não se pode desconsiderar que os nossos governantes, influenciados pelo contexto mundial e pressionados pelos órgãos internacionais de financiamento, buscavam a redução do tamanho do Estado, adotando o já referido Consenso de Washington.

Desta forma, o SUS foi sendo implantado como resultado de lutas e disputas de movimentos políticos antagônicos, prevalecendo, até certo ponto, os direcionamentos da RSB em sua composição legal, mas em sua prática continuou prevalecendo a falta de investimentos.

Apesar das dificuldades encontradas, o SUS começou a ser implantado no início da década de 90 concentrando suas ações na descentralização e municipalização dos serviços. Houve um esforço para impulsionar a interiorização das ações pelo país, buscando diminuir a desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Dentre as diversas experiências municipais destacou-se, em 1991 no estado do Ceará, um programa que visava à reorganização dos processos de trabalho em saúde e baseava-se na utilização de Agentes Comunitários de Saúde ³³.

Aos poucos os resultados deste programa ganharam destaque, sendo adotado pelo MS como a forma de estimular a reorganização da atenção básica em todo país. Assim, a adoção e expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tornaram-se pauta governamental. Em 1994 o MS lançou o PSF, que, seguindo os mesmos preceitos, se baseava na promoção da saúde, na integralidade, na territorialização e na continuidade do cuidado ³⁴.

O PSF foi criado com o objetivo de ampliar e interiorizar o acesso aos serviços de saúde e alterar o modelo assistencial, considerando a família e o seu contexto de vida como núcleo básico de ação. Incorporava, assim, o conceito ampliado de saúde trazido pela RSB, auxiliando, desta forma, na consolidação do SUS.

Para se discutir a construção histórica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), será utilizada como referencial a publicação feita por Heiman e Mendonça (2005), que dividiram este período em quatro fases: Fase de Emergência (1994); Fase de Fusão PSF e PACS (1995/1997); Fase de Expansão (1998/2002) e; Fase de Consolidação (2003/2005) ³².

A Fase de Emergência diz respeito ao ano de criação e implantação do programa, 1994. Desde este primeiro momento foi possível observar o principal contraste desta estratégia que a acompanharia até os dias atuais: ser baseada, ao mesmo tempo, nas recomendações de redução de gastos de organismos internacionais (neoliberalistas) e em uma noção mais sofisticada de estímulo ao desenvolvimento intersetorial (originada na RSB) ³².

Em virtude da excessiva normatização, que limitava a adoção de modelos mais adequados às diversidades municipais, e à ausência de recursos financeiros específicos, o PSF foi aderido bastante timidamente pelos municípios, sendo adotado, principalmente, por pequenas cidades do nordeste.

Entre 1995 e 1997 ocorreu a Fase de Fusão do PSF e do PACS, a partir da clara definição, feita pelo MS, do PSF como prioridade no âmbito da atenção básica, entendido como um aperfeiçoamento natural do PACS. A publicação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e a adoção do Piso da Atenção Básica (PAB) modificaram a forma de financiamento da atenção básica, que passou de *por procedimento* para um modelo *per capita*. Esta mudança, associada à criação dos incentivos específicos para estes programas estratégicos, fez com que aumentasse a adesão dos municípios e a expansão por todo o país ³²

O contexto de redução de gastos e escassez de recursos vivenciada por muitos municípios brasileiros nesta época tornou o estímulo financeiro proporcionado pela adesão à ESF o principal fator estimulante para adoção desta estratégia.

Temos que considerar, contudo, que esse processo, apesar de ter criado uma dependência dos municípios aos recursos da ESF, pode ser considerado um avanço. Isto porque após décadas de privilégio à atenção hospitalar em que a alocação de recursos se dava na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica ³⁵.

Devido aos limites inerentes à lógica de funcionamento de um “Programa” e aos resultados satisfatórios alcançados, o MS abandonou este conceito e aderiu à nomenclatura “Estratégia de Saúde da Família”. Entretanto, na prática, esta alteração não foi capaz de promover mudanças significativas na forte normatização, pois o funcionamento das equipes continua de uma forma geral, de acordo com as regras definidas pelo governo federal.

A Fase de Expansão corresponde ao período entre 1998 e 2002 foi caracterizado pela delegação da atenção básica à gestão municipal e pelos repasses financeiros automáticos, que viabilizaram uma maior autonomia municipal e a expansão geográfica da estratégia.

A Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS), publicada em 2001 e revista 2002, direcionou e fomentou ações de regionalização e hierarquização,

articulando a ESF às redes especializadas de maior complexidade, dando maior resolutividade às suas ações e fortalecendo este modelo ^{32,33,36}.

No ano 2000 ocorreu a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF, através da Portaria 1.444, na qual o MS determina o incentivo financeiro à implantação desta equipe. Os objetivos foram diminuir a prevalência e a incidência das principais doenças bucais e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal. Embora não ser o objeto deste estudo, cabe destacar que a implantação tardia da ESB gerou dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes da ESF ³⁷.

A última fase definida por Heiman e Mendonça (2005) é a Fase de Consolidação (2003/2005), que se apóia no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Este teve como foco inicial os municípios com mais que 100.000 habitantes, que ainda não haviam aderido adequadamente à proposta ³².

Atualmente, a ESF é regulada pela Portaria Nº 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica). Nesta publicação a estratégia manteve o seu papel preferencial para organização, expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de consolidação dos princípios do SUS ³⁸.

Esta portaria trouxe também importantes alterações na composição das equipes de saúde da família, destacando-se a possibilidade de cadastramento de médicos em duas equipes simultaneamente (totalizando carga horária máxima total de quarenta horas semanais) e a integração de mais de um médico por equipe, seguindo as seguintes composições ³⁸:

- Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas, mantendo o repasse integral do incentivo referente a uma equipe;
- Três médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas com repasse integral do incentivo referente a duas equipes;
- Quatro médicos integrados a uma equipe, com carga horária semanal de 30 horas com repasse integral do incentivo referente a três equipes de saúde da família;

- Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo referente a uma equipe;
- Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe. Esta configuração é classificada como Equipe Transitória, sendo desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores.

Estes novos formatos na composição das equipes têm como objetivo específico viabilizar diferentes formas de incorporação de médicos, buscando maior adesão por parte destes profissionais. Fez-se mais importante garantir a presença do médico nos serviços de saúde do que se buscar a reformulação dos processos de trabalho em saúde.

Desta forma, deve-se realizar um acompanhamento dos resultados alcançados por estas mudanças, principalmente no que se refere à organização dos processos de trabalho, pois, se por um lado eles facilitam a incorporação de médicos nas equipes por diminuir a carga horária mínima, por outro poderão trazer prejuízos à vinculação deste profissional com a população atendida e com os outros profissionais, diminuindo sua participação nas ações realizadas pela equipe e reproduzindo as práticas biomédicas dentro da ESF.

2.2.2 A organização do processo de trabalho na ESF

Após a discussão a respeito da implantação e implementação da ESF em sua esfera legal e prescritiva, cabe agora discutir as mudanças propostas por esta estratégia no âmbito da reorganização dos processos de trabalho em saúde.

Com este objetivo, recupera-se a discussão a respeito dos grandes modelos de organização do trabalho do século vinte (Taylorismo/Fordismo e Toyotismo) e suas influências nas transformações que ocorrem no mundo do trabalho em saúde, partindo do pressuposto, contudo, que a análise do trabalho em saúde deve ser

diferenciada do trabalho industrial, devido às suas especificidades que são discutidas no decorrer do texto.

Inicialmente, cabe destacar que no mesmo período em que Taylor incorporava o saber científico e a fragmentação dos processos de trabalho na organização industrial, outro americano, o médico Abrahan Flexner avaliava os cursos de medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Como resultado de seu trabalho surgiram diretrizes para a reforma do modelo de ensino em saúde que rapidamente se tornaria hegemônico e se incorporaria aos processos de trabalho em saúde.

A formação do profissional, segundo Flexner, deveria ser direcionada para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrada no hospital e no corpo anátomo-fisiológico, na especialidade médica e no uso intensivo de tecnologia. A saúde pública deveria ser desarticulada da assistência ^{39, 40}.

O efeito da incorporação das diretrizes flexnerianas na formação dos profissionais determinou o perfil de organização dos processos de trabalho nas instituições de saúde. O principal problema deste direcionamento é que estimulou-se o predomínio do uso de tecnologias duras em detrimento das leves: primou-se pelos exames, mas não necessariamente pelo cuidado dos pacientes ³⁹.

Com a crise da década de 70 e conseqüente redução do financiamento das políticas sociais, associada ao encarecimento dos processos de trabalho (excesso de incorporação tecnológica), os serviços de saúde tiveram que se reorganizar, visando à racionalização e otimização dos seus gastos ³⁹.

Neste momento, cabe destacar a primeira particularidade do trabalho em saúde em relação aos outros setores: se a principal medida adotada para reduzir os gastos e aumentar os lucros das industriais foi a substituição dos funcionários por máquinas, a incorporação tecnológica no trabalho em saúde não determina cortes de pessoal e nem diminuição de gastos. Na verdade aumentam os custos, pois demandam profissionais mais especializados ³⁹.

Devido a esta incapacidade de redução de gastos via incorporação tecnológica os serviços de saúde tiveram que adotar estratégias diferenciadas de organização da atenção à saúde. A construção de um novo modelo baseou-se, principalmente, na promoção à saúde e prevenção das doenças. Estas ações passariam a ser executadas na denominada Atenção Primária em Saúde (APS), ocorrendo a desospitalização dos serviços.

Além disso, outras particularidades do setor saúde começaram a ser consideradas para a construção de uma nova forma de gerir os processos de trabalho em saúde, como por exemplo: o trabalho reflexivo, interdisciplinar, decorrente da diversidade entre profissões, profissionais e tecnologias e extremamente influenciado pelas relações interpessoais entre os trabalhadores e entre estes e os usuários ^{3,11,41}.

Desta forma buscam-se modelos alternativos de organizar os processos de trabalho em saúde, questionando o modelo Flexneriano e direcionando as ações para um modelo flexível, horizontalizado, de baixa hierarquia e colaborativo, valorizando o papel protagonista do trabalhador nos processos de trabalho em saúde ^{25,42}.

Neste sentido, pode-se observar que, se os processos de trabalho influenciados pela formação Flexneriana sofriam influência do Taylorismo/Fordismo e eram baseados em postos de trabalho separados, na ênfase em tarefas rotineiras e prescritas e na divisão técnica do trabalho, o novo modelo de gestão destes processos se aproxima dos preceitos Toyotistas, com a incorporação do conceito de equipe, responsabilização do trabalhador por todas as etapas do trabalho (gerência e execução) e diminuição das hierarquias.

Entretanto, conforme destacam alguns autores, uma completa reestruturação produtiva tem se mostrado extremamente difícil no trabalho em saúde. Isso porque o modelo Flexneriano acentuou uma divisão do trabalho que não reflete somente uma divisão técnica Taylorista, mas, principalmente, a própria dinâmica social, determinando remunerações e status extremamente diversificados entre os profissionais, o que dificulta a diminuição das estruturas hierárquicas e a consolidação de um modelo flexível ^{9,12}.

Apesar destas dificuldades, as mudanças dos processos de trabalho em saúde têm sido o objetivo da ESF desde sua criação, porém, diante das dificuldades encontradas, estas mudanças ainda não progrediram suficientemente, mesmo com a concentração dos esforços para expansão deste modelo em todo território nacional.

Assim, embora as diretrizes da ESF normatizem um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, as ações da equipe de saúde ainda reproduzem as práticas biomédicas, com o desenvolvimento de ações de forma fragmentada ⁴³. É como se, mesmo sendo composta por uma equipe multiprofissional, a ESF mantivesse

funcionando a esteira Taylorista/Fordista de produção, fazendo com que o usuário continue a passar por cada profissional individualmente.

Desta forma, se faz necessário construir novas formas de se trabalhar que estejam em sintonia com a proposta assistencial da ESF, o que não se alcançará simplesmente por edição de normas que determinam que os trabalhadores compartilhem a mesma situação de trabalho ⁴⁴.

É necessário criar condições para que o trabalhador se interesse por este novo sistema, desenvolvendo mudanças na formação, na qualificação permanente e nos vínculos dos trabalhadores com o sistema, inserindo-os como protagonistas do processo de mudança.

Para tanto, conforme discutido anteriormente, destaca-se a incorporação das políticas de Gestão do Trabalho e a superação da visão de gestão de Recursos Humanos baseada na administração científica Taylorista. Esta incorporação busca adequar a gestão às exigências de uma nova forma de entender os processos de trabalho complexos e interdisciplinares, absorvendo o conceito de força de trabalho (perspectivas política, econômica e sociológica), que o modelo Taylorista/Fordista se mostrou insuficiente para explicar ^{11,27,42,45,46}.

2.2.3 Gestão do Trabalho e ESF: interiorização e rotatividade profissional

Desde sua implantação, a ESF tem alcançado lugar de destaque na organização dos serviços públicos de saúde. Ela tem contribuído com a expansão do acesso ao SUS e com o processo de municipalização e interiorização dos serviços públicos de saúde. Esta afirmação se baseia no fenômeno da inversão do parque sanitário brasileiro das últimas duas décadas, caracterizado pela expansão dos serviços de saúde, aumento da rede ambulatorial e a municipalização da força de trabalho ⁴⁷.

Toda via, apesar deste papel protagonista na organização do SUS, a ESF não deixou de ser afetada pelas políticas de precarização da força de trabalho implantadas durante a década de 90. Ao contrário, a implantação e implementação desta estratégia esteve no centro do conflito entre a expansão do modelo de proteção social para todos os municípios e a redução dos gastos estatais, o que

resultou na inserção do trabalhador da ESF por meio de trabalhos precários e sem perspectiva de carreira ^{27,47}.

Assim, embora se objetivasse a mudança do modelo assistencial por intermédio da criação de vínculos entre os membros da equipe e entre estes e os usuários, precarizou-se os vínculos de trabalho, gerando insegurança e insatisfação por parte do trabalhador. Ou seja, exige-se do trabalhador o comprometimento com as políticas de desenvolvimento social e uma maior responsabilização frente aos problemas vivenciados pela população, mas estabelece-se a precarização dos vínculos contratuais e das condições de trabalho.

O fato da gestão da ESF ser de responsabilidade municipal faz com que cada gestor decida sobre a forma de implantação, a modalidade de contratação, o salário e outros benefícios. Diante da estratégia adotada o município poderá, ou não, atrair e fixar os profissionais mais bem preparados e com perfil de formação mais adequado. Por outro lado, uma contratação que configure um vínculo precário, associado à baixa remuneração, pode constituir um motivo de descontentamento dos profissionais, dificultando a fixação e resultando numa alta rotatividade dos mesmos, isto é, opção por outros serviços que oferecem melhores condições de trabalho (financeiras ou não) ⁴⁸.

Cabe destacar que, diante da proposta de mudanças nos processos de trabalho, que passariam a ser baseados na continuidade do cuidado e na construção de vínculos entre os profissionais e entre estes e a população, a baixa adesão dos profissionais à ESF e a consequente rotatividade profissional tornam-se nós críticos para consolidação desta estratégia.

Segundo Farah (2006), esta dificuldade em prover e fixar os profissionais de saúde em seus postos de trabalho não chega a ser considerada uma grande novidade no país. A implantação da ESF apenas deixou vir à tona um antigo desafio enfrentado pelos municípios brasileiros, principalmente os localizados mais afastados dos grandes centros urbanos ⁴⁹.

Tão antigo quanto o problema, foram as políticas públicas adotadas que visaram prover serviços de saúde para áreas em situação de insegurança assistencial. No âmbito federal destacam-se as seguintes medidas: Projeto Rondon (1968); Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976); Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – PISUS (1993); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001) ⁵⁰.

Diante dos objetivos deste trabalho, aprofundaremos a discussão somente em relação ao PITS, que teve suas ações relacionadas diretamente com a tentativa de expansão da ESF no país. Posteriormente serão analisadas as recentes propostas de provisão de profissionais para a ESF.

Tendo início em 2001, o PITS visava expandir a cobertura da assistência à saúde para a população do interior do país e melhorar a qualificação profissional para atuação na ESF. Basicamente, as ações desenvolvidas baseavam-se no deslocamento de profissionais para cidades com menos que 50.000 habitantes localizadas em áreas com Índice de Desenvolvimento Humano baixo, onde se encontravam altas taxas de mortalidade infantil e doenças infecciosas.

Apesar da iniciativa ter tido uma boa adesão inicial dos gestores, o PITS possuía uma importante limitação quanto à vinculação profissional, realizada por meio de bolsa e diretamente com o gestor federal. Isso se tornou um problema quando o gestor local percebeu que teria perdido a autonomia na gestão de seus serviços de saúde e quando o trabalhador sentiu que não havia perspectiva de carreira e de alguns direitos trabalhistas.

Diante das novas diretrizes implantadas com a formulação da SGETS, o programa foi extinto em 2004, sendo substituído por estratégias de apoio à gestão local e de incentivo ao provimento e fixação de trabalhadores, como a desprecarização do trabalho, a construção de uma rede de educação permanente, o estímulo ao desenvolvimento de PCCS e a implantação de espaços de negociação coletiva.

Artigos recentemente publicados demonstraram alguns dos resultados alcançados pela implantação destas políticas de fortalecimento da Gestão do Trabalho, destacando-se para os objetivos deste trabalho as publicações de Girardi *et al* (2010) e Mendonça *et al* (2010)^{26,51}.

Girardi *et al* (2010) analisaram os vínculos de trabalho da ESF entre 2000 e 2010, identificando uma tendência à desprecarização na ESF. Entretanto, mesmo com esta melhora, a precarização dos vínculos ainda representa um problema relevante na ESF, devido principalmente ao grande número de municípios que realizam contratos temporários (70%)²⁶.

No mesmo sentido, a publicação de Mendonça *et al* (2010) também avaliou as tendências e estratégias de inserção e remuneração na ESF em quatro capitais. Segundo os resultados, a atual tendência de inserção do trabalhador na ESF, nestes

grandes centros urbanos, é por concursos públicos, diminuindo assim a precarização dos vínculos e fortalecendo esta estratégia ⁵¹.

Apesar destes resultados satisfatórios, ainda persiste a dificuldade de prover profissionais em áreas de difícil acesso e baixo desenvolvimento, mantendo-se nestes locais a insegurança assistencial. A herança de falta de estrutura financeira e baixo desenvolvimento social em várias regiões do país dificultam a permanência de profissionais de saúde nestes municípios.

Recentemente, visando superar esta dificuldade, o MS tomou uma série de medidas para prover profissionais às equipes de saúde da família vinculadas a municípios com dificuldade de retenção de profissionais, principalmente os médicos. Além da já discutida alteração na composição mínima das equipes de saúde da família, duas novas estratégias específicas foram adotadas, sendo analisadas em seguida.

A Lei nº 12.202 de 2010 estabelece novas modalidades de amortização da dívida do Financiamento Estudantil ao Estudante do Ensino Superior (FIES) dos cursos de Medicina, com abatimento mensal de um por cento do valor, devido o trabalho na ESF em áreas definidas como prioritárias na Portaria nº 1.377/GM/MS de 2011, considerando-se Produto Interno Bruto *per capita*; população sem cobertura de planos de saúde; percentual da população residente na área rural; percentual da população em extrema pobreza; percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; percentual de horas trabalhadas de médicos na área da atenção básica para cada mil habitantes; percentual de leitos para cada mil habitantes; alto indicador de rotatividade.

Por sua vez, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC em 2011, e tem o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde, para que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção básica e da ESF nos mesmos municípios priorizados na Portaria nº 1.377.

São contemplados médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e a jornada de trabalho é de 40 (quarenta) horas semanais. Os contratos são realizados diretamente com os municípios, por meio de regime celetista, jurídico único ou contratação temporária por prazo determinado nos termos da lei, pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses. A remuneração oferecida é equivalente à praticada pela ESF na região correspondente.

Os profissionais médicos que cumprirem um ano de exercício contínuo têm direito a pontuação adicional de 10% nos processos seletivos de residência médica. Além disso, os médicos que forem aprovados em programas de residência e participarem do PROVAB terão asseguradas suas vagas na residência para o ano seguinte.

A todos os participantes serão oferecidos cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade desenvolvidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e, durante toda a atuação nas unidades de saúde, os profissionais terão tutoria das instituições de ensino superior participantes, que darão suporte presencial e à distância.

Embora, inicialmente, o PROVAB se parecer com o PITS, algumas estratégias diferenciadas deste novo programa poderão determinar um resultado mais satisfatório em relação ao provimento de profissionais para a ESF de municípios em situação de insegurança assistencial. Entre estas medidas destacam-se: melhoria do vínculo profissional, que apesar de manter a precariedade relacionada ao contrato temporário, utiliza-se da CLT, o que garante os direitos trabalhistas aos profissionais; vínculo direto com o município, o que mantém a autonomia e participação direta do gestor municipal; tutoria presencial e à distância frequente, diminuindo a sensação de isolamento profissional; disponibilização de cursos de especialização em saúde da família e da comunidade, o que, além de qualificar a atenção, poderá estimular o profissional a permanecer na ESF mesmo quando se desligar do programa; pontuação em programas de residência médica, o que poderá estimular a adesão e permanência do profissional por um ano neste programa.

Cabe destacar que, embora tenha grande potencial de prover a ESF de profissionais, o PROVAB não deve ser visto como uma medida definitiva para resolução da falta de profissionais no interior e, muito menos, em relação à rotatividade profissional. Isto porque não foram resolvidos alguns problemas mais crônicos relacionados à rotatividade profissional, destacando-se:

1. A ausência de um vínculo estável de trabalho e de uma carreira profissional determina um caráter temporário de participação, pois os profissionais buscam condições trabalhistas mais satisfatórias;
2. Mantêm-se o modelo de formação e a valorização das especialidades profissionais nas instituições formadoras, o que faz com os profissionais não

se identifiquem com o trabalho na ESF e reproduzam a prática profissional biomédica dentro da ESF. Como se destacou anteriormente, devido à autonomia dos profissionais em seu campo de trabalho, não basta normatizar verticalmente o processo de trabalho para que o mesmo seja realizado;

3. Deve-se investir na capacidade de gestão municipal, bem como na infraestrutura dos serviços de saúde. Além de investimentos diretos na atenção básica, as melhorias no acesso à rede de atenção de média e alta complexidade trarão aos profissionais da ESF o suporte necessário para um cuidado mais adequado;

4. Se, por um lado, a pontuação extra em programas de residência atrai o profissional para o PROVAB, por outro, este mesmo benefício facilitará, após um ano, o ingresso em qualquer programa de residência e o conseqüente abandono do PROVAB.

Assim, pode se observar que o PROVAB, embora possa ser considerado um avanço, deverá ter seus resultados acompanhados de forma crítica, buscando-se analisar a adesão e permanência dos profissionais, e, sobretudo, os resultados alcançados na melhoria do cuidado em saúde.

Isto porque, mesmo sendo benéfico garantir a estes municípios a permanência de um profissional por um ano, os processos de trabalho da ESF, que necessitam de uma continuidade, poderão permanecer prejudicados, mantendo-se um modelo de trabalho biomédico tradicional.

Diante destes dados, conclui-se que, se em um primeiro momento a incorporação de uma equipe de saúde da família em um serviço municipal se fazia por meio de contratos precários, hoje, a partir da incorporação das políticas de Gestão do Trabalho, esta situação é vista como indesejável e este problema tem sido, lentamente, diminuído.

Além da desprecarização do trabalho na ESF, também estão sendo adotadas políticas que visam prover profissionais em municípios em situação de insegurança assistencial, reduzir a rotatividade profissional e estimular a educação permanente da equipe, viabilizando a incorporação de um novo processo de trabalho em saúde, mais adequado às propostas da RSB e do SUS.

3 METODOLOGIA

A escolha de um método para a realização de uma pesquisa reflete a idealização que o autor desenvolve a respeito do caminho que lhe pareça mais adequado para ser percorrido, baseando-se no seu referencial teórico e em suas perguntas norteadoras. A escolha do método define os trajetos pelos quais o trabalho acadêmico é desenvolvido, devendo-se possibilitar o contato direto entre o pesquisador e a realidade estudada.

Inicialmente, a idéia deste trabalho era investigar a rotatividade profissional na ESF em suas múltiplas dimensões, utilizando diferentes fontes de dados e cruzando múltiplos pontos de vista (trabalhadores, gestores e usuários). Contudo, apesar desse anseio por parte do pesquisador, um trabalho científico deve ter uma característica fundamental: a viabilidade.

Assim, devido ao curto espaço de tempo, buscou-se realizar o recorte necessário para adequar a pretensão do pesquisador à exequibilidade do projeto, sem perder o foco da qualidade da informação e do resultado do trabalho. Não foi modificado o objetivo geral do estudo, realizando-se apenas uma reformulação dos caminhos para alcançá-lo.

Cabe ressaltar que, devido esta diferença entre o projeto idealizado na fase exploratória e o realizado na fase de trabalho de campo, serão descritos e justificados, durante a descrição do método, todas as alterações realizadas no desenvolvimento do trabalho.

Para atingir os objetivos propostos, foram escolhidos os métodos quantitativos e qualitativos, visando determinar o Índice de Rotatividade e o Tempo Médio de Permanência dos profissionais, bem como investigar os fatores determinantes destes fenômenos e identificar iniciativas que visam superar as dificuldades de fixação dos trabalhadores.

Foram empregados os dois métodos por acreditar que, devido à complexidade multifatorial do problema, seria necessário trazer à pesquisa uma visão mais ampla, que somente poderia ser alcançada por meio da complementariedade destes métodos. Após realizar esta opção, encontrou-se em Minayo (2004, 2005 e 2011) o referencial teórico que melhor se enquadrou aos nossos objetivos ^{52,53,54}.

O processo de coleta dos dados e informações desta pesquisa foi dividido em duas etapas para melhor sistematizar o trabalho de campo:

1. Informações referentes à rotatividade e a fixação profissional (construção dos índices de Rotatividade e de Permanência Média no Emprego). Inicialmente, planejou-se realizar a coleta de dados diretamente nos municípios, visando obter a data de inserção e desligamento do quadro de profissionais. Entretanto, durante as atividades no campo de trabalho observou-se que estas informações não seguiriam um mesmo padrão. Assim, optou-se em buscar uma fonte única, sendo identificada uma base estadual, pertencente à Gerência Regional de Saúde (GRS). Após a autorização por parte do responsável, foram utilizadas as fichas de acompanhamento mensal das equipes de saúde da família encaminhadas pelos municípios ao estado, passando-se a ter uniformidade na informação;
2. Entrevistas individuais com os sete secretários municipais de saúde e dois gestores estaduais alocados na microrregião, conforme critérios definidos e detalhados posteriormente.

3.1 Campo de estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na Microrregional de Saúde de Itabira, definida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) como pertencente à Macrorregião Centro e Região de Saúde de Itabira* (Figuras 1 e 2) ⁵⁵.

Escolheu-se uma microrregião de saúde como campo de estudo por entender que os atuais direcionamentos dados pela política de saúde no Brasil fortalecem este espaço como local de interação e resolução de problemas.

⁵⁵: Segundo o Plano Diretor de Minas Gerais ⁵⁵:

- **Macrorregião de Saúde:** Oferta alguns serviços da média complexidade de maior especialização e a maioria de serviços da alta complexidade;
- **Região Assistencial:** Engloba um conjunto de microrregiões. Oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares da média complexidade e alguns da alta complexidade;
- **Microrregião de Saúde:** Base territorial de planejamento da atenção secundária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade;
- **Pólo Microrregional:** Município que recebe maior frequência absoluta e relativa de referência dos residentes na microrregião para os serviços ambulatoriais e hospitalares. Possui maior densidade populacional com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde de média densidade tecnológica.

Além disso, ao considerar especificamente o problema da rotatividade profissional, a discussão na esfera microrregional ganha importância, pois, devido à multiplicidade de fatores determinantes, a parceria intermunicipal na construção de estratégias comuns poderá alcançar resultados mais satisfatórios.

Figura 1: Divisão Macrorregional do Estado de Minas Gerais, com destaque para a Macrorregião Centro ⁵⁵.

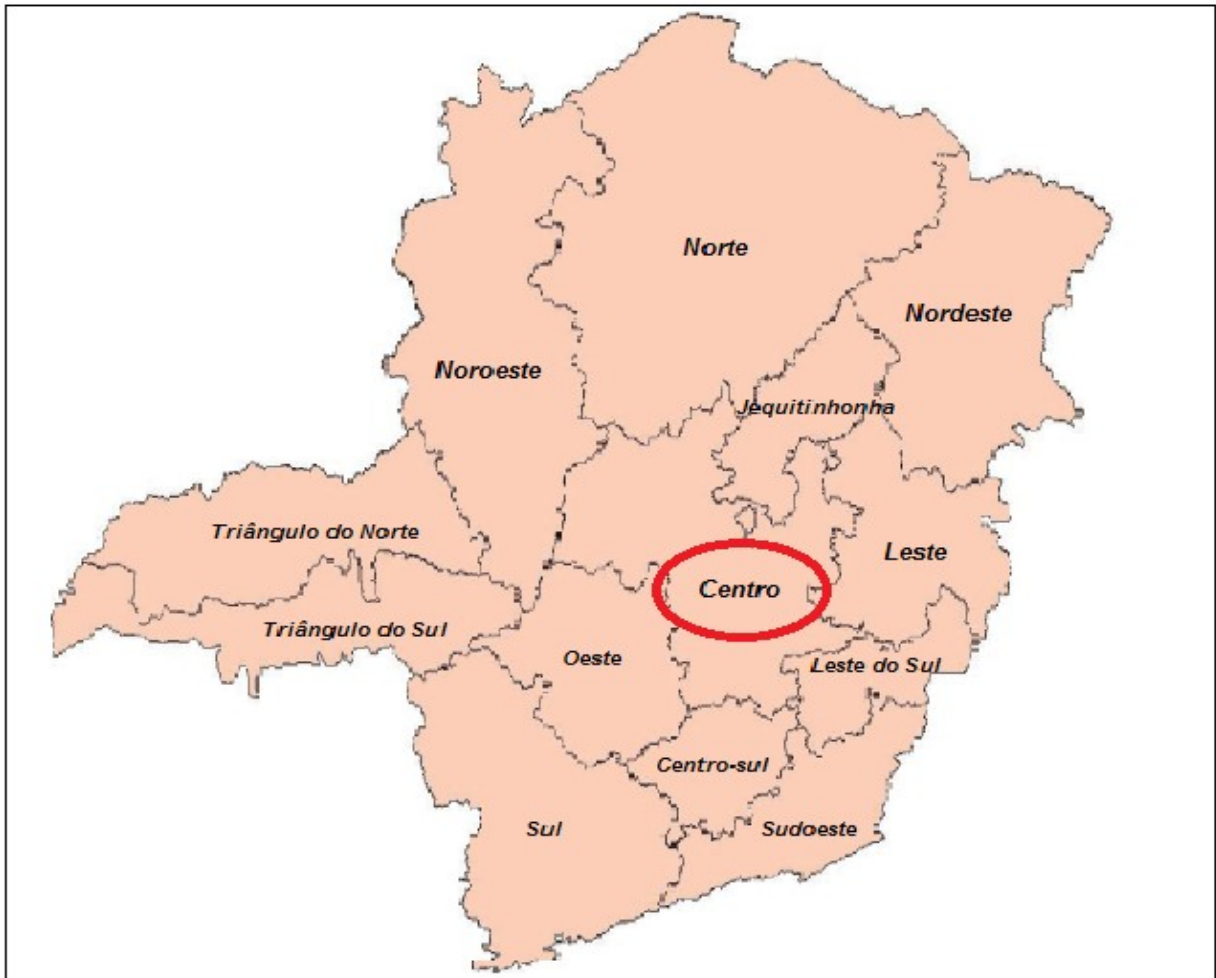


Figura 2: Divisão Microrregional da Macrorregião Centro, com destaque a Microrregião de Itabira ⁵⁵.



Segundo informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS)* esta Microrregional possui uma população de 220.052 habitantes, sendo composta por 13 municípios (Figura 3). Durante o ano estudado (2010) havia, nesta Microrregional, 66 equipes de saúde da família, sendo 43 com equipes de saúde bucal, totalizando 175 postos de trabalho para os médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas nas Equipes de Saúde da Família.

Figura 3: Divisão municipal da Microrregião de Itabira ⁵⁵.

* http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php acessado em 21/03/11



Itabira é a cidade pólo desta microrregional, possuindo pouco mais que 110.000 habitantes, concentrando praticamente metade da população total da microrregião. Localiza-se na região central, distanciando-se cerca de 80 quilômetros dos municípios mais ao norte e mais ao sul desta microrregião.

Considerando-se o tamanho do estado de Minas Gerais, estes municípios estão próximos da capital Belo Horizonte, entre 110 a 180 quilômetros, ficando a cerca de duas horas de viagem em carro por via pavimentada. Parte da assistência de média complexidade e quase totalidade da alta complexidade são realizadas na capital mineira.

Tabela 1: População, número de equipes da ESF e de ESB. Dados acessados em 21/03/11 em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php

Município	População Total	Número de Equipes da ESF	Número de ESB
Barão de Cocais	28.074	10	5
Bom Jesus do Amparo	5.744	2	0
Catas Altas	4.795	2	2
Ferros	11.531	4	2
Itabira	110.419	27	16
Itambé do Mato Dentro	2.479	1	1
Morro do Pilar	3.524	2	2
Passabém	1.825	1	1
Santa Bárbara	27.571	8	6
Santa Maria de Itabira	10.821	3	2
Santo Antônio do Rio Abaixo	1.794	1	1
São Gonçalo do Rio Abaixo	9.738	4	4
São Sebastião do Rio Preto	1.737	1	1
Total	220.052	66	43

A renda dos municípios da microrregião tem origem variada, sendo que os municípios localizados na região centro-sul possuem maior concentração de renda (oriunda da extração de minério de ferro) e, conseqüentemente, de serviços de saúde, bem como de serviços gerais.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) atua, nesta microrregião, através da GRS de Itabira, que tem como papel principal dar apoio técnico aos municípios referenciados, além de regular as ações municipais e apoiar a gestão solidária entre os municípios. A presença do Colegiado de Gestão Regional (CGR) e do Colegiado de Gestão Bipartite Microrregional (CIB-micro) também auxilia no desenvolvimento harmonioso da rede intermunicipal.

3.2 Sujeitos do estudo

Para construção dos índices escolhidos foram considerados os três grupos profissionais de nível superior (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros) das equipes de Saúde da Família da microrregião no ano de 2010, totalizando um

universo de 175 postos de trabalho. O critério de exclusão de equipe utilizado foi ter sido formada a partir de Janeiro ou inativadas até Dezembro do ano de referência.

Para as entrevistas da avaliação qualitativa foi utilizada uma amostra intencional de nove gestores municipais e estaduais que, por estarem ligados diretamente com o problema investigado, foram considerados capazes de transmitir as informações necessárias.

Foram utilizados dois critérios de seleção dos entrevistados: porte municipal e vinculação profissional (Municipal e Estadual), visando-se obter diversidade de pontos de vista sobre a problemática estudada e enriquecer o conteúdo da análise qualitativa.

Visando ter informações significativas quanto à realidade local não foram considerados aptos às entrevistas os gestores que tinham menos que três meses de experiência neste município, sendo excluídos da amostra.

Os municípios foram divididos em quatro grupos: (A) Municípios com menos que 5.000 habitantes; (B) Com população entre 5.000 e 20.000; (C) Com população entre 20.000 e 50.000; (D) Municípios com mais que 50.000 habitantes (Tabela 2).

Tabela 2: Divisão dos municípios e dados referentes aos grupos formados.

Grupo	Número de municípios	População total	ESF	ESB	Total de Profissionais
A	6	16.154	8	8	24
B	4	37.834	13	8	34
C	2	55.645	18	11	47
D	1	110.419	27	16	70
Total	13	220.052	66	43	175

Os municípios dos grupos “A” e “B” foram numerados e sorteados, formando uma lista, para cada grupo, com a ordem de preferência para as entrevistas com os secretários municipais. Foram selecionados os dois primeiros municípios sorteados para cada grupo.

Por possuir apenas dois municípios em seu perfil, o grupo “C” teve os seus dois gestores entrevistados e o único município que se enquadrava no grupo “D” teve seu gestor selecionado para a entrevista.

Para compor o ponto de vista da gestão estadual local foi criado o grupo “E”, composto pela técnica estadual coordenadora do Núcleo de Atenção Primária em

Saúde (NAPRIS) e a diretora da GRS local, sendo as duas entrevistadas. Os sujeitos selecionados para a entrevista foram detalhados na Tabela 3.

Tabela 3: Entrevistas planejadas, distribuídas por grupo.

Grupo	Secretários Municipais	Representantes Estaduais	Total de Selecionados
A	2	0	2
B	2	0	2
C	2	0	2
D	1	0	1
E	0	2	2
Total	7	2	9

Os sorteios foram realizados previamente à fase de coleta dos dados quantitativos, o que possibilitou que estes dois procedimentos fossem realizados concomitantemente em 3 dias seguidos, trazendo economia de tempo e recurso. Anteriormente ao trabalho de campo foi realizado um contato com o gestor local para se observar os critérios de inclusão e exclusão e solicitar a entrevista.

Assim, a escolha dos sujeitos da pesquisa teve como foco a diversificação dos portes municipais e a abrangência dos servidores estaduais, o que constituiu uma importante estratégia para enriquecer os discursos com as eventuais diferenças entre as concepções e as práticas institucionais.

3.3 Variáveis do estudo

As variáveis quantitativas escolhidas para este estudo são: Índice de Rotatividade e Índice de Permanência Média no Emprego.

O Índice de Rotatividade escolhido para este trabalho é o mesmo utilizado por Campos e Malik (2008) ⁵⁶. As autoras utilizaram a definição de rotatividade como a ruptura do vínculo empregatício, partindo-se do pressuposto que estas vagas seriam preenchidas pelo mesmo número de profissionais. Esta situação ocorre na ESF porque, mantendo-se o número de equipes, o número de profissionais necessários para compor a equipe mínima permanece o mesmo.

$$\text{Índice de Rotatividade} = \frac{\text{Número de desligamentos no período} \times 100}{\text{Número total de vagas de trabalho no período}}$$

A mudança de um profissional para outra equipe dentro do mesmo município também foi considerada como fator gerador de “Rotatividade”. Esta consideração está relacionada à especificidade da ESF, pois, mesmo não se quebrando os vínculos empregatícios com a administração municipal, o vínculo com a equipe e com a população será quebrado, prejudicando a consolidação da ESF local.

Para análise da rotatividade também foi utilizado como parâmetro o trabalho de Campos e Malik (2008), sendo: de 0 a 25% ao ano, adequada; de 25% a 50% ao ano, ruim; acima de 50% ao ano, crítica ⁵⁶.

O Índice de Permanência Média no Emprego representa o tempo médio de permanência em meses dos profissionais no período mínimo de um ano e foi utilizado conforme Borrelli (2004), não havendo parâmetros de qualidade definidos ⁵⁷.

$$\text{Índice de Permanência Média no Emprego} = \frac{\text{Soma dos meses trabalhados pelos profissionais}}{\text{Número total de Profissionais}}$$

3.4 Processamento e análise dos dados qualitativos

Para processamento e análise das entrevistas realizadas foi utilizada a Hermenêutica-Dialética, sugerida por Minayo (2004) e Gomes (2011) ^{52,58}. Neste método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Assim, esta compreensão tem como ponto de partida o interior da fala e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala⁵⁸.

Para o tratamento e operacionalização dos dados qualitativos foram seguidas as recomendações destes autores, realizando: organização dos dados coletados, a classificação por categorias e a análise propriamente dita, estabelecendo

articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, buscando alcançar os objetivos definidos.

3.5 Considerações éticas

Este trabalho iniciou apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Protocolo CEP/ENSP nº145/11), resguardando os interesses dos sujeitos envolvidos, os quais tiveram suas identidades e endereços preservados e mantidos em sigilo.

A confidencialidade dos dados foi garantida na transcrição das entrevistas, não sendo utilizados nomes de pessoas e de cidades para identificação do autor da fala. Toda via, devido ao pequeno número de entrevistados, esta confidencialidade se tornou tênue, e os entrevistados foram informados sobre isto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além disso, todos os sujeitos do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo no momento em que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O material gravado e posteriormente transcrito ficará sob a guarda do pesquisador, por no mínimo 5 (cinco) anos e deverá ser destruído após este tempo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após coleta e análise das informações, 63 equipes foram consideradas adequadas aos critérios de inclusão, sendo 29 com ESB, totalizando 155 postos de trabalho ocupados por cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos.

Dentre os nove gestores selecionados, apenas um não pode ser entrevistado, sendo este um componente do grupo “B” (municípios com população entre 5.000 e 20.000 habitantes). Apesar disso, devido à qualidade do conteúdo coletado nas entrevistas realizadas, considerou-se desnecessária a substituição do entrevistado, totalizando, assim, oito entrevistas.

Os dados e informações coletados foram analisados e organizados em três categorias para sua apresentação: A ESF e as consequências da rotatividade; Contextualizando a rotatividade na Microrregião; Desafios e estratégias para fixação profissional.

4.1 A ESF e as consequências da rotatividade

Os gestores entrevistados demonstraram ter conhecimento a respeito das propostas da ESF, apontando seus objetivos e sua lógica de funcionamento. Eles reconhecem a importância desta estratégia na reorganização da atenção básica, bem como de toda a rede assistencial do SUS.

“Eu vejo a ESF como uma forma que o MS encontrou para organizar a Atenção Primária, transformando-a em porta de entrada, mudando todo o modelo de atenção à saúde, que era hospitalocêntrico”.

A priorização da atenção básica como fortalecimento do SUS tem origem nos preceitos da RSB. A Política Nacional de Atenção Básica, reformulada em 2011, consolida a ESF como prioridade de organização da atenção básica, mantendo-a como principal porta de entrada ao sistema de saúde ³⁸.

Assim, por ser responsável pela gestão do cuidado ao usuário, a ESF assume papel protagonista, não somente para a atenção básica, mas para todo sistema de saúde. A reorientação dos processos de trabalho a partir da ESF atinge também os outros níveis de atenção, contribuindo com a consolidação do SUS.

Visando garantir este potencial transformador da ESF, o MS, desde a criação desta estratégia, adotou uma normatização padronizadora sobre o seu funcionamento na esfera municipal.

Para os entrevistados, esta forte normatização pode dificultar a adequação dos processos de trabalho aos variados contextos municipais. Porém, facilita a sua reprodução em pequenos municípios com capacidade financeira e gestora reduzida, como no contexto estudado por este trabalho.

“Acho que a ESF é muito boa, sem ela seria difícil coordenar o trabalho. É algo que direciona os processos, sendo mais fácil conduzir os serviços, pois são programados, têm uma rotina, guias. Você pode implementar coisas novas, mas você já tem algo como base”.

Se no início das entrevistas, os gestores municipais reproduziram o discurso oficial de implantação da ESF, quando se aprofundou a discussão a respeito dos resultados alcançados na esfera local, eles começaram a identificar algumas limitações no processo de transformação das práticas dos serviços de saúde.

“Um problema é que, apesar de ser um discurso do momento, na prática não está acontecendo, a gente não está fazendo aquilo que a gente está defendendo”.

Assim, pode-se observar que, apesar da forte normatização vertical da ESF, as dificuldades de implantar as mudanças nos processos de trabalho em saúde se mantêm. Isto porque os processos de trabalho em saúde são determinados por múltiplos fatores, como a formação e perfil profissional, os processos de gestão, os múltiplos interesses em jogo, os recursos disponíveis e, inclusive, o público-alvo das ações.

Ainda percebe-se que, apesar de toda a normatização regulatória, a incorporação da ESF aos serviços é fortemente influenciada pelo contexto municipal. Neste sentido, os entrevistados realizaram uma autocrítica em relação ao papel dos gestores na adoção da ESF como modelo de atenção básica nos serviços sob suas responsabilidades.

“A maioria dos municípios aderiu não porque acreditaram que iria melhorar efetivamente a atenção básica. A maioria aderiu porque tem incentivo do governo federal, pois tem dificuldade financeira para custear o serviço. Houve uma migração sem que se tenha feito uma avaliação a respeito do programa”.

Para Marques e Mendes (2002) é preocupante o fato do financiamento por incentivos ter se tornado uma prática constante do MS. Na medida em que esses

recursos são vinculados aos programas, não podem ser redirecionados para outros fins na área da saúde. Para os autores, isso é o reflexo da política tutelada da descentralização, que ao incentivar a despesa em determinados programas, impede que os municípios definam livremente sua política de saúde ⁵⁹.

Esta consideração deve ser analisada cuidadosamente, pois, apesar do incentivo ser o principal fator de indução da política federal, os municípios podem, segundo sua capacidade de investir e das prioridades definidas, ampliar sua política de saúde. Há, de fato, um controle da aplicação dos recursos e acompanhamento dos mesmos, direcionando o fortalecimento da atenção básica e a mudança do modelo assistencial.

Quando questionados sobre o que a ESF trazia de novo para os processos de trabalho em saúde, os entrevistados afirmaram que o diferencial é a construção de vínculos entre os trabalhadores e a comunidade. Somente com a construção destes vínculos se torna possível implantar um modelo baseado na continuidade do cuidado e na incorporação dos determinantes sociais e contextos de vida familiar na prática diária das equipes.

“Preconiza-se o vínculo. A ESF é baseada no vínculo, com o qual vai adquirindo confiança. A comunidade passa a confiar em você para que você possa fazer uma intervenção melhor para aquela família”.

Neste sentido, é necessário entender que a ESF, por trabalhar com outros fatores além dos biológicos, tem um diferencial em relação ao modelo flexneriano de organizar os processos de trabalho em saúde. Esta estratégia exige um maior comprometimento do trabalhador e um acompanhamento contínuo das condições de vida das famílias atendidas.

Este vínculo entre o serviço e a população é realizado por uma relação de confiança entre profissionais e usuários, que somente é alcançada após um tempo de continuidade do trabalho. A constante mudança de profissionais nas equipes de saúde da família causa interrupção deste processo ou não o sustenta, inviabilizando esta relação e, conseqüentemente, a desejada continuidade e longitudinalidade do cuidado.

“Esta rotatividade é péssima. Nós chegamos e falamos que o médico do PSF tem que se integrar, conhecer a família e a história. Mas antes de conhecer todo mundo ele já foi embora. Então que papo é esse que ele está tendo vínculo, isso não existe. É só papo”.

Os gestores entrevistados demonstraram ter ciência da importância da construção deste vínculo. Para eles a sua interrupção desconfigura a ESF, fazendo com que os processos de trabalho se mantenham inadequados às propostas do SUS.

“Acaba que não acontece a ESF, pois não configura um vínculo, que é o que se espera da saúde da família. Acaba sendo a ESF não colocada em prática porque não se cria esse vínculo. Eu acredito que a comunidade perde muito, ficando no modelo tradicional mesmo”.

“Assim, quando tem a rotatividade é como se estivesse começando do zero, tendo que de novo conhecer para depois intervir”.

A rotatividade profissional traz a necessidade de se reiniciar todo um processo de trabalho, o que determina, principalmente, a finalização precoce de programas e projetos e um recomeço constante das ações.

“Sem o vínculo as estratégias só têm princípios, ficando sem meio e fim, sem vermos os resultados”.

“Nós temos que começar da estaca zero, e aí começa-se tudo do zero: conhecer o usuário, saber as necessidades deste usuário, e isso irrita muito a população, porque ela não imagina que isso não depende da secretaria de saúde, ela acha que é o gestor que não está querendo manter este profissional”.

Neste discurso, destaca-se também a percepção dos gestores quanto à responsabilização exclusiva do profissional, desconsiderando a parcela associada ao estilo da gestão municipal e à organização dos processos de trabalho.

A percepção dos profissionais quanto ao estilo de gestão autoritário e rígido, influenciado por questões político-partidárias, pode provocar a redução no entusiasmo, descontentamento, insatisfação, além de frustrar expectativas, sendo um dos motivos para a rotatividade. Em contrapartida, um ambiente mais democrático, estimula a participação nos diversos processos, enfrentando as dificuldades com mais dedicação e entusiasmo ⁶⁰.

Esta mudança na gestão desejada pelos profissionais aproxima-se do modelo horizontalizado, de baixa hierarquia e colaborativo que a Gestão do Trabalho preconiza. Assim valoriza-se, o papel do trabalhador na construção e aperfeiçoamento das práticas em saúde por meio da humanização da gestão.

Além dos limites causados pela rotatividade na criação de vínculos entre os profissionais da equipe de saúde da família e entre estes e os usuários, os gestores

entrevistados também associam a rotatividade profissional ao aumento dos gastos causados pela descontinuidade da atenção e interrupção de programas e projetos.

“A cada mudança de médico, se faz check-up de todo mundo de novo, tem novos pedidos de exame e consultas mais prolongadas porque tem que fazer uma consulta mais detalhada. Então: menos acesso aos serviços e mais aumento de custos”.

“Um médico chegava, conhecia a comunidade e saía, vinha outro e começava tudo de novo, todo mundo quer consultar de novo porque chegou outro médico”.

Para concluir, destaca-se que, segundo os entrevistados, a ESF possui um potencial transformador das práticas em saúde, que tem sido limitado pela rotatividade dos profissionais. Este problema tem causado transtornos à implantação desta nova forma de se trabalhar em saúde, como a interrupção do trabalho realizado, a dificuldade de construção de vínculos e o desperdício de recursos.

Desta forma, a universalização do acesso e a incorporação das diretrizes da RSB na prática diária dos serviços de saúde por todo o país, têm sido limitadas por este fenômeno, que, devido à ampla rede de causalidade, demanda de múltiplas estratégias de enfrentamento por parte do poder público.

4.2 Contextualizando a rotatividade na Microrregião

A coleta dos dados quantitativos e a construção dos Índices de Rotatividade Profissional e de Permanência Média no Emprego possibilita a contextualização do fenômeno da rotatividade neste campo de estudo, dando mais consistência à análise das entrevistas. As Tabelas 4 e 5 apresentam a consolidação destes dados.

Diante dos resultados apresentados na Tabela 4 e do parâmetro escolhido e detalhado na metodologia, pode-se considerar que o Índice de Rotatividade Profissional nesta microrregião é crítico para médicos (53,9%) e ruim para enfermeiros (47,6%) e cirurgiões–dentistas (27,5%). Na média geral, o índice encontrado sinaliza para uma situação ruim (47,1%), na qual praticamente metade da força de trabalho foi substituída no período de um ano.

Tabela 4: Número de postos de trabalho, profissionais vinculados à ESF em 2010 e Índice de Rotatividade Profissional, distribuídos por categoria profissional.

	Cirurgiões dentistas	Enfermeiros	Médicos	TOTAL
Postos de Trabalho na ESF	29	63	63	155
Profissionais vinculados	37	93	97	228
Índice de Rotatividade Profissional	27,5%	47,6%	53,9%	47,1%

Esta situação encontra-se mais favorável do que a estudada por Borelli (2004) (84,9% de rotatividade entre enfermeiros e médicos da zona rural de Sergipe), mais insatisfatória do que a encontrada por Campos e Malik (2008) (37,4% para médicos do município de São Paulo) e mais próxima das analisadas por Medeiros *et al* (2010) (máximo de 64,% para médicos e 47% para enfermeiros do interior do Rio Grande do Sul) e Barbosa e Aguiar (2008) (43,75% para enfermeiros de Ipatinga-MG) 56,57,60,61 .

Ao analisar os resultados encontrados nestes estudos, pôde-se observar que o índice de rotatividade reflete o contexto no qual foram realizados, alcançando maiores índices nos municípios mais afastados dos grandes centros.

Não foram encontrados trabalhos que estudaram a rotatividade profissional de cirurgiões-dentistas inseridos na ESF, o que pode significar uma despreocupação quanto aos problemas causados pela rotatividade deste profissional. Somente estudos mais específicos poderão trazer informações mais concretas a respeito deste problema.

Os resultados apresentados na Tabela 5 apontam uma média de permanência no emprego bastante próxima entre enfermeiros e cirurgiões-dentistas (7,54 e 7,81 meses) e menor para os médicos (6,98).

Tabela 5: Total de meses trabalhados, profissionais vinculados à ESF em 2010 e Índice de Permanência no Emprego, distribuídos por categoria.

	Cirurgiões dentistas	Enfermeiros	Médicos	TOTAL
Total de meses trabalhados	279	727	678	1684
Profissionais vinculados	37	93	97	228
Índice de Permanência no Emprego	7,54	7,81	6,98	7,38

Destaca-se que, apesar de ter a sua força de trabalho substituída em quantidades aproximadas a dos enfermeiros, os médicos permanecem um menor tempo no emprego. Devido ao método de cálculo deste índice, pode-se afirmar que estes resultados indicam a dificuldade de contratação do profissional médico, pois a ausência de um profissional ocupando este posto de trabalho durante um período maior do que um mês faz com que este índice caia consideravelmente.

O alto índice de rotatividade de médicos e enfermeiros encontrados nesta pesquisa contraria a percepção dos gestores a respeito do fenômeno da rotatividade nesta microrregião. Todos eles acreditam que este problema seja exclusividade do profissional médico.

“A realidade é que a rotatividade acontece somente com os profissionais médicos. Os dentistas e enfermeiros nós temos uma constância maior, mas em relação aos médicos a gente observa que não consegue manter estes profissionais nem mesmo por um ano”.

“Os enfermeiros hoje em dia não saem mais. (a rotatividade) Foi alta no passado, mas não é mais. Quem entra hoje fica e só sai se aparecer uma ótima oportunidade, o que é muito difícil acontecer, pois o mercado está saturado. Eles também gostam do que fazem e não são mal remunerados”.

Esta percepção é resultado da ausência de acompanhamento dos dados relacionados à Gestão do Trabalho por parte dos gestores, o que causa uma deficiência de informações seguras a respeito das mudanças ocorridas na força de trabalho e direciona equivocadamente as tomadas de decisão.

“Deveriam tentar conhecer as causas da rotatividade e entender o lado dos profissionais, saber o que falta, negociar e entender para conhecer. Não é

simplesmente contratar um outro profissional quando eu perco um profissional, mas entender o que esta acontecendo”.

Além disso, esta percepção também está diretamente relacionada a duas situações que sinalizam uma fragilidade das políticas de Gestão do Trabalho desenvolvidas nesta microrregião. A primeira se refere à maior dificuldade de contratação do profissional médico e a segunda à manutenção de um processo de trabalho centrado neste profissional. Tal fato faz com que ocorra um grande transtorno para os serviços quando ocorre a rotatividade médica, o que faz com que este problema detenha maior atenção do gestor. Esta focalização no profissional médico também poderá ser observada posteriormente nos demais resultados deste trabalho.

4.3 Desafios e estratégias para fixação profissional

Tendo em vista que o campo de estudo deste trabalho é a microrregião de saúde de Itabira, a discussão a respeito dos desafios e estratégias desenvolvidas para reduzir a rotatividade profissional está baseada em ações intermunicipais e com parceria do governo do estado.

Inicialmente, cabe ressaltar que todos os gestores municipais relataram, em um primeiro momento, desconhecer a existência de ações desenvolvidas pelo gestor estadual, que auxiliem os municípios na atração e retenção dos profissionais da ESF.

Entretanto, após a discussão ser direcionada para um contexto mais amplo, os entrevistados relataram algumas estratégias que, com apoio do gestor estadual, podem estar trazendo resultados satisfatórios para toda a microrregião. Destacam-se o salário; as condições de trabalho; a formação dos profissionais e o vínculo profissional.

4.3.1 Salário

Quando questionados sobre os fatores que estimulam os profissionais a mudarem de emprego, todos os entrevistados identificaram, à primeira vista, o salário dos profissionais de saúde como principal fator de atração, principalmente para os médicos.

“O problema do médico é o salário. É diferente dos outros profissionais. Você não tem o profissional... na verdade pagamos quanto querem receber”.

Segundo os gestores, o mercado de trabalho para os profissionais médicos ainda está muito atrativo, devido, principalmente, à insuficiência de profissionais. No caso dos cirurgiões-dentistas e dos enfermeiros, os gestores entendem que o mercado já está “saturado”, não se constituindo um problema a ser enfrentado (o que contradiz os dados encontrados nesta pesquisa).

Para os entrevistados, a dificuldade de contratação de um médico para a ESF faz com que os salários se valorizem. Como alguns municípios não possuem capacidade financeira suficiente para este gasto, optam em diminuir a capacidade de investimento na rede de atenção e desvalorizam os salários dos outros profissionais da equipe, podendo ocasionar um conflito nas relações entre os seus membros ou desestímulo por parte dos que recebem menos.

“Para valorizar o médico abaixa o salário de enfermeiros e dentistas, o que é um absurdo, e mesmo assim não resolve os problemas”.

“A questão salarial é muito séria na nossa região, pois temos uma região muito carente, tendo que pagar muito mais alto para manter o profissional lá. Os municípios mais carentes e mais distantes de Belo Horizonte têm que pagar um salário muito melhor do que estes aqui mais próximos. Para um profissional abrir mão de estar perto da capital, de ter acesso a outras informações, o salário tem que ser bom, para valer a pena”.

Outro fator interessante relatado pelos gestores é que a existência de outras oportunidades de complementação de renda no município também tem sido considerada fator atrativo. Assim, apesar de não estar relacionada diretamente com o salário pago pelo governo municipal, a renda do profissional é mais uma vez considerada como essencial na decisão de permanecer no emprego.

“Sofrem deste mesmo problema os municípios pequenos, que as condições de trabalho são só aquelas, o único lugar de trabalhar é ali. Entra na questão financeira, porque em municípios maiores pode-se fazer plantão em um hospital”.

“Os municípios pequenos com receita pequena e pouca movimentação econômica não tem atrativo para o profissional. Têm dificuldade de manter o profissional lá, pois ele vai para lá fazer somente o PSF, ai ele tem que ganhar uma fortuna”.

Tendo em vista a identificação do salário como principal fator de atração dos profissionais, os gestores relataram que a principal estratégia utilizada pelos municípios tem sido o aumento dos salários.

“Aumento de salário. O que ocorre é que todo mundo aumenta salário. É a principal estratégia. Se o salário está mais baixo que o da concorrência, aumenta-se o salário”.

A utilização do termo *“concorrência”* no discurso anterior retrata exatamente o que vem acontecendo entre os municípios na busca de profissionais. Assim, ao invés de desenvolverem políticas de fortalecimento da microrregião, os municípios se inserem em uma disputa pelo profissional, processo denominado pelos gestores de *“leilão”*.

“Na verdade a gente vê um leilão de profissionais entre os municípios. Alguns municípios tiram um profissional de qualquer outro, porque a situação dele é tão grave, não tem ninguém. Chega a pagar o dobro do que os outros municípios estão pagando”.

“O mercado não nos dá opção, é desleal, você perde por uma concorrência causada por nós gestores, que é uma concorrência burra, aumentando salário”.

A chamada *“competição predatória”* também foi identificada no trabalho de Perpétuo *et al* (2009). Segundo o estudo, a mudança de 17% dos profissionais, atraídos para outro município, baseou-se na oferta de melhor remuneração ou na flexibilização da carga horária ⁶².

Segundo os entrevistados, visando superar esta competição, os gestores municipais, com apoio do estado, discutiram a possibilidade de construção de uma política de equilíbrio de salários entre os municípios. Entretanto ainda não foi tomada nenhuma medida em relação a isto.

“Já foi discutido sobre um piso salarial na Microrregião, o estado está fazendo um estudo sobre isso em outra microrregião, para ver se é possível fazer”.

Com esta proposta, apesar de terem buscado acabar com a “*competição*” e passar para um contexto de “*parceria*”, os gestores mantiveram o foco da discussão nas questões financeiras, limitando suas possibilidades de ação.

Diante destes dados se observa que os gestores consideram a renda dos profissionais, seja o salário ou outras oportunidades de emprego, como a principal causa de rotatividade e, por isso, estruturam suas estratégias focadas neste problema. Ao se considerar o aumento do salário do profissional médico como solução, cria-se uma situação de desconforto dentro da equipe. Além disso, no caso de municípios de baixa capacidade financeira, determina-se uma insuficiência de investimento nas condições de trabalho, favorecendo a rotatividade profissional não somente dos médicos, mas também dos outros profissionais.

4.3.2 Condições de trabalho

Após defenderem o salário como principal incentivo profissional, os gestores entrevistados aprofundaram a discussão a respeito das condições de trabalho oferecidas pelos municípios da microrregião e seu impacto na retenção dos profissionais na ESF.

“A gente tenta melhorar as condições de trabalho para o profissional, em equipar melhor a unidade de saúde, porque dependendo da condição o médico não fica mesmo, pois como ele é o responsável pelo atendimento e tem que ter condições mínimas de atuação”.

Apesar de ser positivo o entendimento da necessidade de garantir uma boa infraestrutura básica para o exercício profissional, mais uma vez o discurso centraliza-se no profissional médico, visto como o “*responsável pelo atendimento*”, desconsiderando os demais. Esta situação contradiz as diretrizes da ESF, onde o novo modelo de trabalho em saúde é baseado no cuidado compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde da família e entre estes e os usuários.

O incentivo financeiro oferecido pelo governo estadual para a melhoria da infraestrutura física das unidades básicas de saúde e, conseqüentemente das condições de trabalho, foi relatado pelos gestores de forma bastante animadora.

“O que ele (governo estadual) tem feito não é para fixação, mas para a atenção básica. Investe na estrutura física das unidades, incentivando os municípios

com recursos para construção de unidades básicas. Isso é algo positivo para atenção básica”.

Municípios com pequena capacidade financeira têm dificuldades para oferecer aos seus trabalhadores e usuários, unidades de saúde adequadas ao desenvolvimento do trabalho da ESF. Tendo em vista que, nestes locais se desenvolvem grande parte das ações das equipes de saúde da família, a disponibilização de recursos específicos para reforma destas unidades e compra de equipamentos necessários contribui consideravelmente na qualidade do serviço, sendo um fator considerável de retenção do profissional.

Esta informação corrobora com os resultados do estudo publicado por Medeiros *et al* (2010), no qual a falta de estrutura e condições de trabalho foi relatada de várias maneiras pelos profissionais como fator de insatisfação no trabalho ⁶⁰.

Deve-se ter em mente, contudo, que melhorar as condições de trabalho pode ter diversos significados diante dos sujeitos envolvidos e do contexto da discussão. Neste caso, diante do discurso analisado, os gestores consideram que a melhoria é alcançada ao se oferecer melhores infraestruturas e tecnologias de diagnóstico e tratamento.

“A segunda (estratégia) é melhorar as condições de trabalho, no sentido de exames”.

Não desconsiderando a importância da tecnologia para a construção da prática em saúde segura, focalizar os esforços somente neste direcionamento não condiz com a proposta de reorganização dos processos de trabalho na ESF.

Melhorar as condições de trabalho, no contexto da ESF, abrange campos mais amplos de discussão, como por exemplo: construção de práticas de educação permanente, desvinculação da ESF dos interesses meramente políticos, organização da demanda seguindo critérios centrados no usuário, estímulo ao trabalho multiprofissional, gestão compartilhada e desprecarização dos vínculos de trabalho.

Exatamente neste sentido, estudos apontam que a insatisfação profissional relaciona-se, principalmente, à sobrecarga de trabalho, dificuldades no relacionamento multiprofissional, falta de reconhecimento por parte dos outros profissionais e da população e a falta de apoio político dos gestores ⁶³. Assim, reformar as unidades de saúde, sem se esforçar para aperfeiçoar os processos de

trabalho em saúde e as relações entre os sujeitos envolvidos, terá efeito bastante limitado na satisfação e segurança profissional, mantendo-se a priorização nas tecnologias duras e esquecendo-se do aperfeiçoamento das tecnologias leves.

4.3.3 Formação dos profissionais

Além das questões ligadas ao salário e à estrutura dos serviços de saúde municipais, os gestores relacionaram a dificuldade de manter os profissionais de saúde na ESF ao modelo de formação, principalmente dos médicos.

“O problema que temos aqui, acho que todos têm, é a dificuldade de manter o profissional de qualidade, dentro da proposta de saúde pública. Na realidade temos muitos médicos, mas com pouco conhecimento da saúde pública, ele vem a saber, quando ele entra. Uma deficiência da formação”.

Oliveira (2009) realiza uma crítica em relação ao modelo de formação médica, que orienta a escolha de especialidades pelos estudantes de medicina, valorizando a prática especializada, em cenário hospitalar e com inserção bem sucedida no setor privado de atenção à saúde ⁶⁴. As necessidades da população e a organização dos serviços públicos ainda não determinam os modelos de educação profissional.

De fato, cabe destacar que, apesar das críticas realizadas desde o movimento da RSB, foi a partir da expansão da ESF pelo país que veio à tona a deficiência de formação dos profissionais para o trabalho em serviços generalistas e multiprofissionais, o que tem dificultado a integração dos profissionais nas equipes e a relação com os usuários ⁶⁰.

Diante deste contexto, os entrevistados consideram que, apesar do MS estar estimulando a reorientação do sistema de saúde brasileiro por meio da ESF, pouco tem sido feito quanto à modificação do modelo de formação destes profissionais, principalmente dos médicos.

“O programa, em si, se você pegar a literatura, ele é muito lindo. Mas o governo federal, que foi quem mais bancou o programa no país, esqueceu de combinar com o médico e com as faculdades. Os médicos são formados para serem especialistas, ninguém é formado para a saúde da família”.

Segundo estudo realizado por Gonçalves *et al* (2009), merece atenção o fato do curso de graduação não incentivar ou capacitar os médicos para exercer a

profissão na atenção básica. Segundo os autores, o interesse pelo PSF surge por empatia pessoal com a saúde pública ou para obter um emprego no início de sua atuação profissional ⁶³.

A associação entre o primeiro emprego e a ESF é bem forte na microrregião estudada. Segundo os entrevistados é bastante comum médicos recém-formados começarem a sua carreira na ESF e, em pouco tempo, abandoná-la para ingressar em um programa de residência em uma especialidade considerada de maior prestígio.

“Eles querem sair da faculdade e querem fazer um pezinho de meia, trabalhar um período até passar realmente na residência e especialização”.

“Eles já saem da faculdade com a fixação na residência”.

“Eles não tem como projeto de vida ser médico de PSF, eles enxergam este profissional como uma especialidade inferior, como alguém que inicia ou termina a carreira, tentando juntar um dinheiro. Porque no meio deles o valor é de quem é especialista”.

Ao realizar uma crítica a respeito da formação dos profissionais médicos no Brasil e a insuficiência de generalistas, Silva (2009) afirmou que, em nosso país, a porcentagem de generalistas é muito baixa, quando comparado com países europeus e Canadá ⁶⁵. Isso remete ao modelo americano de organização dos serviços, adotado pelo Brasil no período anterior à década de 80, baseado em serviços hospitalares especializados e privados.

Esta herança trouxe ao país consequências que extrapolam os muros das escolas de saúde, alcançando outros níveis da sociedade. Assim, apesar de criticarem fortemente a inadequação da formação dos profissionais ao modelo proposto pela ESF, os gestores reconhecem esta amplitude do problema.

“A maioria está muito desinteressada com relação à saúde pública, estão mais interessados com o seu modelo, o modelo hegemônico de saúde centrado no médico. E ainda nossa cultura está muito voltada para isso. A comunidade quer consulta médica. Não é uma cultura apenas da estrutura de saúde, é uma cultura geral”.

Desta forma, a implantação da ESF nos serviços de saúde entra, muitas vezes, em conflito com os interesses dos profissionais (que não são formados para a ESF e não têm interesse em construir carreira nesta área), da população (que espera a resolução imediata de seus problemas por meio de diagnósticos baseados

em tecnologias avançadas e profissionais especialistas) e dos gestores (que, baseados em critérios eleitoreiros, querem, muitas vezes, satisfazer as vontades de um determinado grupo, em detrimento dos demais usuários).

Diante deste cenário desfavorável, fica evidente o desafio de desenvolver a ESF conforme preconizam suas diretrizes. Deve-se considerar que as mudanças na formação dos profissionais, bem como a inserção desta estratégia nos serviços municipais, devem vir acompanhadas de medidas que valorizem a representação do trabalho na atenção básica para profissionais de saúde, gestores e, sobretudo, usuários.

Analisando a complexidade desta problemática, os gestores não podem desconsiderar o poder da gestão local para reorganização dos processos de trabalho. Se por um lado a formação dos profissionais de saúde ainda não está suficientemente qualificada para o trabalho na ESF, por outro, caberia à gestão viabilizar uma forma de trabalho direcionada às necessidades reais da população.

Neste sentido, mediante a necessidade de diminuir o impacto da formação fragmentada, caberia aos gestores investir na criação de espaços que promovam a educação permanente em saúde, estimulando os profissionais a participarem da construção do sistema de saúde municipal ⁶⁰.

A Educação Permanente busca a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas ⁶⁶.

Os gestores identificaram o programa Canal Minas Saúde, do governo estadual, como uma interessante proposta de educação permanente dos profissionais da rede assistencial. Este programa associa atividades na plataforma *moodle* e aulas transmitidas via satélite.

“O Canal Minas Saúde leva capacitação para todos os municípios. Você não precisa abandonar o município para manter a capacitação”.

Destaca-se que, apesar dos cursos serem disponibilizados para os municípios e o governo estadual ter fornecido a infraestrutura necessária, questões relacionadas à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nos municípios tem enfraquecido esta estratégia.

“Está mais relacionado à liberação dos profissionais da assistência para a qualificação profissional. O gestor reclama da formação do profissional, mas não o libera para se qualificar fora e nem mesmo dentro da própria unidade”.

Um fator de preocupação identificado pelos gestores e que poderia justificar esta atitude, é a perda do profissional após o investimento com a educação permanente.

“Isso (educação permanente) faz com que a gente acredite que vai conseguir melhorias, mas por outro lado nos estamos vendo que estamos formando uma mão de obra para ir para outro lugar”.

Contudo, deve estar claro que, a ausência de programas de qualificação do trabalhador e do trabalho está associada diretamente com a rotatividade profissional. O discurso dos gestores quanto ao despreparo dos profissionais para o trabalho na ESF entra em contradição com a ausência de medidas que qualifiquem este trabalhador. Apesar de ser extremamente importante que o governo estadual invista nestas ações, cabe ao município garantir aos seus profissionais acesso à educação permanente em saúde.

A Telemedicina é uma outra estratégia, citada pelos entrevistados, que viabiliza a complementação da formação dos profissionais de saúde e que também se baseia no uso das tecnologias de informação e comunicação para auxiliar na fixação profissional nos municípios mais afastados da cidade pólo.

“O profissional do interior fica muito isolado e longe da academia, o Telessaúde é uma segunda opinião, se transforma em um aliado do conhecimento e faz com que o profissional não fique isolado no municípiozinho longe da capital”.

A construção de 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 ⁶⁴.

Assim, tendo em vista a existência de programas estaduais que já alcançam os municípios, caberia ao gestor municipal disponibilizar o tempo necessário para que o profissional se qualifique e colaborar com a identificação de áreas de maior necessidade de formação para a microrregião. Este programa de educação permanente se fortaleceria e traria maiores benefícios aos municípios, além de estimular os profissionais a se qualificarem.

Pôde-se observar que os gestores entrevistados se mostram insatisfeitos com o modelo de formação dos profissionais de saúde, considerando-o desajustado das

práticas e necessidades dos serviços de saúde municipal. Todavia, estes gestores não demonstraram compreender o seu papel de criar e incentivar o desenvolvimento de práticas de educação permanente, o que contribuiria com a qualificação do profissional e melhorias nos processos de trabalho em seu município.

4.3.4 Vínculo profissional

A realização do concurso público como forma de atrair e reter profissionais de saúde é vista de forma bastante diversificada pelos gestores entrevistados.

“Eu acho que em todas as estratégias a gente ganha e perde, não dá para saber o que realmente é melhor. O concurso tem a vantagem de estabilizar. Mas o lado ruim é que as estruturas administrativas são muito fracas para demitir e punir servidores incompetentes”.

Neste sentido, a estabilidade dos servidores públicos é vista ao mesmo tempo como solução e como problema, pois, se ela garante ao profissional segurança e permanência no emprego e autonomia quanto às determinações e direcionamentos políticos dos serviços, por outro lado, pode significar a manutenção de profissionais desqualificados ou desinteressados.

Os gestores que acreditam que o concurso pode servir como estímulo à retenção profissional, creem que ele faz com que os profissionais se sintam mais responsabilizados pela sua população de referência e mais seguros para investir em projetos pessoais.

“O concurso ajudaria a fixar, porque como ele está concursado, prevê que ficará pelo menos bastante tempo. Já fixa uma residência ali, já investe mais ali, parece que cria um vínculo maior com a comunidade”.

Para Borelli (2004), a falta de vínculo empregatício com o município leva os profissionais de saúde a considerar seu trabalho como transitório, independente da satisfação que essa prática possa lhe proporcionar ⁵⁷.

Outra questão debatida relacionada às formas de inserção dos profissionais na ESF é a precarização dos vínculos empregatícios que, segundo os gestores, está reduzindo nos municípios da microrregião estudada.

“A precariedade do vínculo de trabalho, apesar de ter melhorado, ainda é muito grande. Antes nenhum PSF tinha profissionais concursados, hoje vários municípios aderiram ao concurso público também para o PSF”.

A desprecarização dos vínculos empregatícios tem como indução as políticas de Gestão do Trabalho criadas a partir da SGETS e estimuladas na esfera municipal e o amadurecimento da ESF como política pública, o que proporciona aos gestores municipais uma maior segurança a respeito da estabilidade do financiamento. Segundo estes gestores, existia uma insegurança em relação ao financiamento da ESF, que, por ter sido um programa do governo federal, poderia acabar a qualquer momento e deixar os municípios em uma difícil situação financeira. Isso reflete a histórica instabilidade de financiamento do SUS.

“Havia uma preocupação do MS parar de investir nesta estratégia. O que o município iria fazer com estes profissionais?”.

“Embora seja um programa que ainda tem tudo para continuar, se ele acabar, onde vamos colocar estes profissionais? A preocupação é essa”.

Ao considerarmos a importância da ESF para a consolidação das propostas da RSB no SUS e do financiamento desta estratégia para a organização dos serviços municipais, estas afirmações perdem significado. Assim, mesmo que se acabasse a ESF caberia aos municípios prover os serviços de atenção básica a sua população e, para isso, teriam que surgir outras fontes de financiamento.

Além de estar associado à sensação de segurança dos profissionais, o concurso público, segundo os entrevistados, também garante a diminuição da rotatividade profissional por impedir as demissões e contratações realizadas com a mudança de grupos políticos após uma eleição municipal.

“Com a mudança de uma administração municipal roda toda a equipe, por isso que o concurso é interessante”.

Apesar do reconhecimento dos benefícios alcançados pela realização dos concursos, como o maior comprometimento profissional e a segurança dada aos trabalhadores, alguns gestores relataram experiências insatisfatórias com a inserção de profissionais por este meio.

“Quanto ao concurso, parece que no primeiro momento houve uma estagnação do serviço. Houve uma mudança muito radical. Mudaram muitos profissionais e entraram muita gente crua no serviço. O início foi complicado, mas a própria permanência fez uma melhoria do serviço”.

“Hoje o concurso trouxe um problema porque demora até se conquistar a comunidade, fazer todo um processo de confiança, mas em longo prazo isso tende a melhorar”.

Conforme se observa, os problemas da inserção profissional via concurso público estão associados a um momento inicial de inserção de um grande número de profissionais nos serviços de saúde. O desligamento de um profissional que, durante anos, esteve contratado de forma irregular e/ou precária já é suficiente para romper com os vínculos conquistados neste período e interromper os programas de educação permanente. Assim, o transtorno causado pela realização do concurso público não está associado ao concurso em si, mas à prévia manutenção de trabalhadores com vínculos precários/irregulares durante anos nos serviços municipais.

Um fato interessante que merece ser destacado é que, diante dos discursos realizados a respeito da realização do concurso público, o mesmo sempre foi apresentado pelos gestores como uma opção. Neste contexto, o papel dos órgãos de fiscalização ganha destaque.

“De forma geral não vemos muita preocupação dos municípios com isso não, hoje está tendo uma preocupação maior que está voltada à questão do ministério público. Onde tem concurso não é porque o gestor está preocupado com plano de cargos e carreira, não. Está vindo muito da demanda do ministério público. (os gestores) Querem, muita vezes, manter o clientelismo para aqueles profissionais que já conhecem”.

De fato, conforme discutido anteriormente no referencial teórico, a contratação de profissionais deveria ser sempre por meio de concursos, seja para os vínculos celetistas ou estatutários. Até mesmo para os empregos temporários, que deveriam acontecer somente em casos bastante específicos, caberia um processo de seleção pública amplo e justo. As contratações realizadas sem o devido processo constituem-se, em muitos casos, em irregularidade por parte dos gestores e oferecem instabilidade para o profissional.

Além das questões relacionadas à estabilidade no emprego, o concurso público viabiliza também a inserção do trabalhador em um PCCS.

“A falta de uma carreira e de um estímulo formal e financeiro à formação prejudica em relação a manter um profissional de qualidade”.

Oliveira (2009) ressalta a importância da criação deste plano como uma política atrativa para os trabalhadores e uma forma poderosa de fixação de profissionais do SUS, pois desenvolve uma perspectiva de carreira, melhores condições de trabalho e remuneração, progressão e garantia de investimento num amplo processo de educação permanente ⁶⁴.

Apesar de entender a importância do PCCS, os gestores destacam as dificuldades para construção desta política relacionando-a aos limites financeiros de gasto com pessoal e à instabilidade de financiamento.

“A gente tem alguns limites que é o casamento das despesas com a receita, os municípios não tem uma fonte de receitas inesgotável, e nem segura. Se você tem um plano de carreira que onera muito sua folha e aquilo é lei, diante de uma crise, como é que você faz?”.

Mais uma vez, os limites financeiros impostos à administração municipal refletem suas consequências na política de Gestão do Trabalho e, mais precisamente, na precarização dos vínculos empregatícios.

Desta forma, observa-se que os entrevistados consideram o concurso público como fator de retenção profissional e importante aliado na construção dos desejados vínculos da ESF. Entretanto, indicam alguns transtornos em relação à organização dos processos de trabalho no ingresso destes novos profissionais e dificuldades em relação à estabilidade profissional, que serviria de proteção aos profissionais pouco qualificados e descomprometidos. Além disso, apesar de considerarem o PCCS como um outro fator de fixação, relatam ter dificuldades financeiras para manutenção destes planos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início desta pesquisa, durante a formulação do problema e a escolha da rotatividade profissional na ESF como tema da dissertação, teve-se em mente a impossibilidade de abranger a totalidade das questões que envolvem esta importante problemática.

Não houve a pretensão de esgotar a discussão e propor medidas milagrosas para serem implantadas nos municípios afetados pela dificuldade de retenção de profissionais. Na verdade, buscou-se realizar uma reflexão e abrir possibilidades viáveis de implantação para uma microrregião específica.

Segundo os dados encontrados, praticamente metade (47,1%) dos profissionais de nível superior da ESF desta microrregião foi substituída no período de um ano, o que gera dificuldade na consolidação da ESF. Destacam-se os médicos e enfermeiros que possuem um índice de rotatividade aproximado, sendo 53,9% e 47,6% respectivamente.

Apesar desta aproximação entre os índices, a dificuldade de substituição dos médicos, associada à manutenção do processo de trabalho centrado neste, faz com que os gestores tenham a percepção de que somente a rotatividade deste profissional se encontra elevada, causando transtornos para o serviço.

Este fato chama atenção à falta de acompanhamento de informações concretas relativas à Gestão do Trabalho, o que pode estar dando um direcionamento equivocado às tomadas de decisão.

As alterações na força de trabalho deveriam ser monitoradas tanto pelos gestores municipais, quanto pelo governo estadual, não se resumindo à composição mínima da equipe de saúde da família, mas, principalmente, em relação aos vínculos empregatícios adotados, salários e benefícios pagos, PCCS criados e medidas de educação permanente implantadas. Estas informações podem ser utilizadas para subsidiar a discussão a respeito da rotatividade profissional, bem como outros problemas relacionados à Gestão do Trabalho, e auxiliar nas tomadas de decisão.

Além disso, os resultados da pesquisa apontam para uma multiplicidade de fatores que interferem na permanência do profissional em uma equipe da ESF. A combinação dos diversos fatores faz com que as equipes se mantenham ou se modifiquem em um determinado período.

Ao serem questionados a respeito das causas da rotatividade profissional nesta microrregião, os entrevistados relataram quatro grandes fatores, estando estes associados à Gestão do Trabalho em Saúde: salário, condições de trabalho, formação e vinculação profissional.

O salário é visto como principal fator de atração profissional, sendo utilizado, desta forma, como estratégia prioritária de captação de profissionais pelos municípios. Devido à escassez de médicos no mercado de trabalho, relatada pelos entrevistados, os municípios entram em um processo de competição denominado “leilão”, resultando em aumento dos salários e da rotatividade profissional.

De forma bastante contraditória, os maiores salários geralmente são pagos pelos municípios com menos estrutura (inclusive financeira), que visam compensar a ausência de outras formas de renda para os profissionais. Devido ao alto gasto com os salários, estes municípios diminuem sua capacidade de investimento em outras questões relativas ao trabalho da ESF, o que causa insatisfação aos profissionais e gera o desligamento destes.

Os gestores apresentaram a condição de trabalho como outro importante fator de retenção profissional. Entretanto, o entendimento limitado das condições de trabalho como acesso às tecnologias duras dificultam ações direcionadas à ESF, pois nesta estratégia os processos de trabalho também são baseados no uso das tecnologias leves, que se referem ao relacionamento do profissional com os outros membros da equipe, com os gestores e com os usuários.

A adoção de um modelo de gestão menos hierárquico e baseado na participação ativa das equipes profissionais na definição das políticas públicas de saúde do município trará ao profissional maior aproximação da definição dos processos de trabalho e seus resultados, diminuindo a alienação profissional. Isso, associado à diminuição das interferências políticas, poderá resultar em uma permanência do profissional em seu posto de trabalho por um tempo maior.

Outro ponto bastante discutido pelos entrevistados se refere à formação do profissional de saúde e sua adequação ao trabalho na ESF. Os gestores reconhecem que a formação dos profissionais de saúde no Brasil ainda está baseada no modelo flexneriano, o que aumenta a fragmentação do saber e a valorização do trabalho especializado e hospitalar. Além disso, segundo os gestores, os profissionais são inseridos no serviço sem ter o devido conhecimento a respeito do SUS e da ESF.

Apesar disso, mesmo reconhecendo esta deficiência da formação, os gestores não demonstraram dar a devida importância aos processos de educação permanente para superar este problema. Estas ações, além de preparar os profissionais para a realidade dos serviços em que atuam, beneficiariam a reorganização dos processos de trabalho na ESF e, conseqüentemente, nos outros níveis de atenção.

Foi identificado um programa de educação à distância, desenvolvido pelo governo estadual, direcionado aos profissionais de saúde municipais, que viabiliza a qualificação na própria unidade de saúde. Entretanto, os gestores municipais, em muitos casos, não disponibilizam aos profissionais o apoio necessário para sua participação, o que se torna contraditório, pois mesmo percebendo a deficiência da formação como entrave à ESF, não oferecem condições de capacitação dos profissionais da rede para o trabalho nesta estratégia.

A adoção dos concursos públicos e dos PCCS municipais é vista, de uma forma geral, como positiva para a manutenção da força de trabalho na ESF. Entretanto, é consenso que a inserção de grande número de trabalhadores concursados nos serviços traz, em um primeiro momento, um transtorno aos processos de trabalho. Este problema não decorre do concurso em si, mas da manutenção prévia de um grande número de profissionais por meio de contratos precários/irregulares por um tempo superior do que o desejado e a ausência de um planejamento relacionado à inserção destes trabalhadores.

Para concluir, cabe destacar que, diante de um contexto de instabilidade no emprego, baixa renda, falta de perspectiva de carreira, desvalorização profissional por parte de gestores, usuários e colegas de profissão, incompatibilidade da formação profissional com o trabalho desenvolvido, excesso de interferência política e condições inadequadas de exercício profissional, se torna fácil compreender os motivos que levam os profissionais de saúde a buscarem condições de trabalho melhores do que as da ESF.

Cabe aos gestores, diante desta multiplicidade de fatores, estruturarem estratégias de atração e fixação profissional que ultrapassem os limites da competição mercadológica, por meio do aumento do salário. Adotar medidas que valorizem o trabalhador e seu trabalho, dando-lhe as condições adequadas de emprego e perspectiva de crescimento em sua carreira profissional poderá trazer benefícios para o trabalhador e para a prestação dos serviços.

Estas medidas devem ser discutidas e desenvolvidas nos espaços de discussão microrregionais, fortalecendo os pequenos municípios e viabilizando o alcance de resultados mais duradouros para a microrregião. Esta consideração se justifica pelos transtornos causados em toda microrregião pela desorganização da atenção básica em um município, sobrecarregando os serviços de urgência, bem como os de média e alta complexidade.

Somente com um adequado diagnóstico e acompanhamento dos diversos fatores que influenciam na rotatividade profissional, poderão ser adotadas estratégias de Gestão do Trabalho mais condizentes com a realidade e que atuem de forma eficaz na resolução desta problemática. A realização destas ações pelas diversas esferas de gestão do SUS poderá trazer resultados mais próximos aos desejáveis por toda a sociedade, reduzindo a desigualdade de acesso e contribuindo para a garantia da saúde como um direito universal.

REFERÊNCIAS

1. Araújo LM, Machado MH, Vitalino HÁ, Paiva J, Toloza DC. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho do SUS. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 3, n. 1, mar. 2006.
2. Guglielmi MC. A Política “Saúde da Família” e a Permanência/Fixação do Profissional de Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
3. Deluiz N. Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde. Texto apresentado à reunion de la Red Latino Americana de Técnicos em Salud. OPS/OMS/FIOCRUZ, 4-6 set. 1997.
4. Ornellas TCF, Monteiro MI. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. Rev. Bras. Enfrem., 59(4), p. 552-555, jul-ago, 2006.
5. SENAC. DN. Ética e trabalho. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 80p., 2ed., 2007.
6. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre as afirmações e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2ªed., 2009.
7. Silva FCT. Mutações do trabalho. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 12p. 1999.
8. Martins MIC. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. Trabalho, educação e saúde, v.2, n.2, p.287-310, 2004.
9. Kantorski LP. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde – algumas reflexões preliminares. Rev. Latino-am.enferm., Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.5-15, abril 1997.
10. Alves G. Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
11. Martins MIC, Dal Poz MR. A qualificação dos trabalhadores no de Saúde e as Mudanças Tecnológicas. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8(2): 125-146, 1998.

12. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, educação e saúde, 1(1): 75-91, 2002.
13. Oliveira CR. História do trabalho. São Paulo: Ática. 5ªed, 2006.
14. Pereira EM, Linhares F. O Estado e as políticas sociais no capitalismo. In: In: Morosini MVGC (org.) Sociedade, estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV-FIIOCRUZ, 2007.
15. Alves G. Trabalho, corpo e subjetividade: Toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. Trabalho, educação e saúde, v.3, n.2, p.409-428, 2005.
16. Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E. Pós-neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado democrático. São Paulo: Paz e Terra. 2010. 10 reimpressão, cap.1, 9-23
17. Andrews CW, Bariani E. Da década perdida à reforma gerencial: 1980-1998. In: _____. Administração pública no Brasil: breve histórica política. São Paulo: Unifesp, 2010.
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Comunicado IPEA nº110. Ocupação no Setor Público Brasileiro: Tendências recentes e questões em aberto. 2011.
19. Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Barros AFR. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Volume 2. Ministério da Saúde 2004.
20. Nogueira RP. Problemas de gestão e Regulação do trabalho no SUS. In: _____ (org.). Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no SUS. Brasília: UNB/CEAM/NESP/Observe RH, 2010.
21. Ribeiro AB. Vínculos de trabalho na administração pública brasileira. In: Nogueira RP, Oliveira AB. Reflexões sobre diferentes temas: capital e trabalho nos serviços de saúde; o estado, as agências e a saúde; vínculos de trabalho na administração pública brasileira. Brasília: UNB/CEAM/NESP/Observe RH, 2010.

22. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Ago 2010, vol.15, no.5, p.2483-2495. ISSN 1413-8123
23. Andrade LR. A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
25. Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em saúde: da teoria para à prática. *Cadernos RH Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 3, n. 1, mar. 2006.
26. Girardi S, Carvalho CL, Der Mass LW, Farah J, Araújo JF. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na ESF. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. N.45, maio 2010.
27. Moyses NMN, Machado MH. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: o desafio sempre presente. *Divulg. Saude Debate*. (45): 33-41, maio 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
29. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, cap.2, pag. 59-82.
30. Paim J. O que é o SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

31. Paim J. A Reforma Sanitária Brasileira e a municipalização. *Saúde e Sociedade*, 1 (2):29-47,1992.
32. Heiman LS, Mendonça MHM. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS:uma busca de identidade. In: Lima NT (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, cap.15, pag.481-502.
33. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca!.*Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (supl.1): 1429-1438, 2009.
34. Corbo ADA, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini MVGC, Corbo ADA. (Org.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. 4, p. 69-106.
35. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2), 2007
36. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC (org.) *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV-FIOCRUZ, 2007.
37. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1367-1377, 2009.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2. 488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
39. Silva Júnior AG, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC (org.) *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV-FIOCRUZ, 2007.
40. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. Texto on line. Acesso em 01/10/2011. http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf

41. Vieira AM, Manoel Neto J, Crepaldi TMS, Saito RXS. Trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: Saito RXS. Integralidade e da Atenção: organização do trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva Sujeito-Sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.
42. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18(4): 685-704, 2008.
43. Ribeiro EM, Pires DE, Blank VLG. A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: Fonseca AF. O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV-FIOCRUZ, 2007.
44. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>
45. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS. SUS: Avanços e Desafios. Brasília: CONASS, 2006. 164p.
46. Alves JS, Assis MMA. Gestão do Trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista baiana de Saúde pública*. V.35, supl.1, p.55-67, jan-jun. 2011.
47. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma Sanitária. In: Lima NT (org.) Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, cap.8, pag.257-284.
48. Aguiar JMM. O Programa Saúde da Família no Brasil. A Resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). Dissertação apresentada no curso de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ Rio de Janeiro, março de 2001.
49. Farah BF. A Educação Permanente no Processo de organização em Serviços de Saúde: As Repercussões do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família – Experiência do Município de juiz de Fora/MG. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

50. Maciel Filho R, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008
51. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva; 2010.
52. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 8ª ed.
53. Minayo MCS. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: _____. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
54. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: _____ (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011. 30 ed.
55. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. NARS/AGR/SES-MG. O PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. 2010.
56. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. RAP – Rio de Janeiro 42(2): 347-68, mar./abr. 2008
57. Borrelli FRG. A Rotatividade dos Profissionais de Saúde na Zona Rural de Sergipe: Um problema a ser enfrentado. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Planejamento e Gestão da Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.
58. Gomes R. A Análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: Minayo MCS (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011. 30 ed.
59. Marques RM Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 163-171 2002.

60. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwinger G, Carreno I, Jungles LAPS, Olinda MFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1521-1531, 2010
61. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia de saúde da família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. *Rev. APS*, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008
62. Perpétuo [et al.] A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009. 140 p.: il.
63. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médic*, Rio de Janeiro. 33 (3): 393 – 403 ; 2009.
64. Oliveira MS. 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.
65. Silva SF. Formação e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde: um debate necessário e urgente. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 25-28, maio 2009.
66. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl. 1, 2009.

ANEXO I

Roteiro para as Entrevistas

- Sua trajetória relacionada à posição que você ocupa hoje em seu município/estado;
- A ESF para e a organização dos serviços de saúde do município;
- A Gestão do Trabalho, sua estrutura e suas ações no município;
- Sua percepção sobre a rotatividade dos profissionais da ESF;
- As causas e consequências deste fenômeno;
- As estratégias utilizadas pelos municípios que visam à atração e retenção profissional, seus resultados e limites;
- As particularidades e as semelhanças entre os municípios da microrregião no que se refere à temática estudada;
- Como a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais está auxiliando os municípios na resolução da problemática estudada e quais os impactos na microrregião.