

OBSERVATÓRIO

DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DO MERCADO
DE TRABALHO EM SAÚDE - SUS-SES/MG

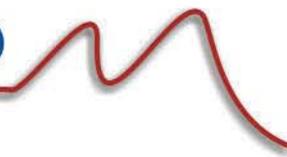
A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS

IGNEZ HELENA OLIVA PERPÉTUO
ALESSANDRA COELHO DE OLIVEIRA
MIRIAN MARTINS RIBEIRO
RAQUEL BRAGA RODRIGUES
SÉRIE PUBLICAÇÕES DO OBSERVATÓRIO

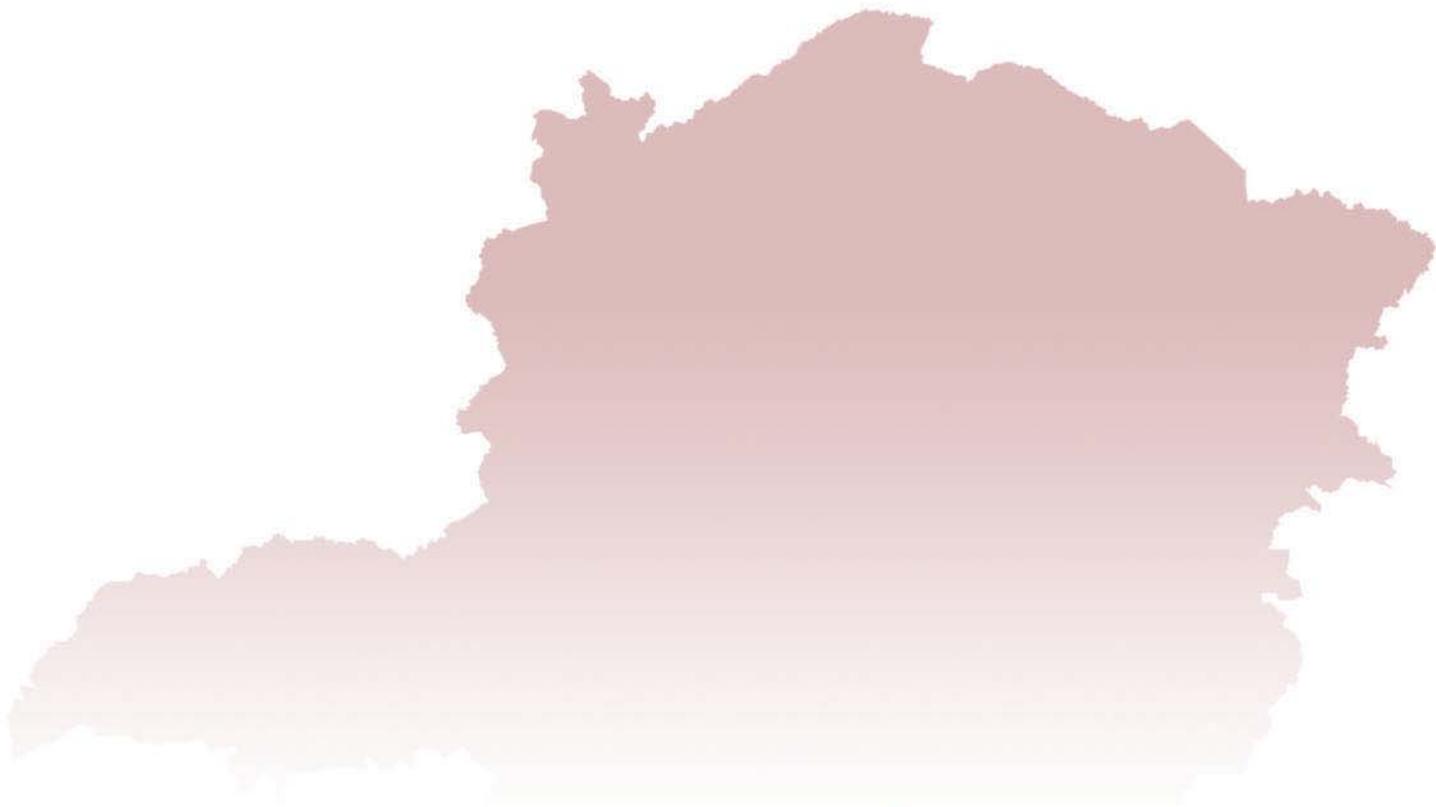


OBSERVATÓRIO

DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DO MERCADO
DE TRABALHO EM SAÚDE - SUS-SES/MG



A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS
FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS



IGNEZ HELENA OLIVA PERPÉTUO
ALESSANDRA COELHO DE OLIVEIRA
MIRIAN MARTINS RIBEIRO
RAQUEL BRAGA RODRIGUES
SÉRIE PUBLICAÇÕES DO OBSERVATÓRIO



Série Publicações do Observatório

Coordenação: Allan Claudius Queiroz Barbosa (UFMG)

Ignez Helena Oliva Perpétuo – 1ª edição

Alessandra Coelho de Oliveira

Mirian Martins Ribeiro

Raquel Braga Rodrigues

Copyright © 2009

Todos os direitos desta edição reservados ao Observatório de Recursos Humanos em Saúde

É permitida duplicação ou reprodução deste volume, ou partes do mesmo, desde que citada a fonte.

Realização:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Núcleo interdisciplinar sobre gestão em organizações (não) empresariais – Nig.one

Universidade Federal de Minas Gerais

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Equipe Observatório:

Allan Claudius Queiroz Barbosa (coordenador), Ignez Helena Oliva Perpétuo, Júnia Marçal Rodrigues, Núbia Cristina da Silva, Raquel Braga Rodrigues, Thiago Augusto Hernandes Rocha

Parceria

Ministério da Saúde

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:

HS Design - Hermann Santiago

Revisão:

Prof. Afonso Celso Gomes

Impressão e acabamento:

Artes Gráficas Formato Ltda.

Contato:

observatorio@face.ufmg.br

C357

2009

A categoria profissional dos médicos : fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais / Ignez Helena Oliva Perpétuo ... [et al.] – Belo Horizonte : Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.
140 p. : il.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-60500-05-5

1. Recursos humanos na saúde pública 2. Cuidados Primários de Saúde I. Perpétuo, Ignez Helena Oliva, 1951- II. Título.

Elaborada pela Biblioteca FACE/UFMG - MMS 027/09

CDD : 658.3

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Núcleo interdisciplinar sobre gestão em organizações (não) empresariais – Nig.one

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 – salas 4.056 / 4.123 – Faculdade de Ciências Econômicas - FACE/UFMG - Belo Horizonte – MG – CEP: 31270-901

Tel: (31) 3409-7044 – www.face.ufmg.br/observatorio

Impresso no Brasil

OBSERVATÓRIO



DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DO MERCADO
DE TRABALHO EM SAÚDE - SUSSES/MG

A Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SUS-SES/MG), denominada Observatório de Recursos Humanos em Saúde, foi implantada em 2005 como resultado de uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, através do Núcleo interdisciplinar sobre gestão em organizações não empresariais (Nig.one) da Faculdade de Ciências Econômicas, alinhado à iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), juntamente com o Ministério da Saúde (MS). Sua constituição permitiu que se construísse uma rede de profissionais, tanto da esfera acadêmica quanto da esfera pública, voltados primordialmente ao espaço da Atenção Primária à Saúde em sua estratégia hegemônica de Saúde da Família.

Esta iniciativa considera o espaço da Saúde complexo e diversificado, impondo desafios no sentido de assegurar boa qualidade no atendimento às demandas dos usuários em suas diversas interfaces. Para o alcance deste objetivo, é imperativo discutir o papel do Estado na gestão, formação e desenvolvimento dos Recursos Humanos da saúde alocados nas diferentes instituições e localidades, tanto pela perspectiva conceitual e de definição de políticas públicas, quanto pela geração de informações embasadas em metodologia consistente e apropriada ao approach de objeto tão complexo.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

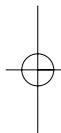
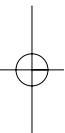
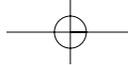
Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde (SUS-SES/MG)

Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

www.face.ufmg.br/observatorio

observatorio@face.ufmg.br

+55-31-3409.7044



Equipe Técnica Responsável pelo Projeto

- Ignez Helena Oliva Perpétuo – Coordenação geral
- Alessandra Coelho de Oliveira
- Mirian Martins Ribeiro
- Raquel Braga Rodrigues
- Lindira Moreira Santana (bolsista de Iniciação Científica)
- Marina Moreira de Aguiar (bolsista de Iniciação Científica)
- Mariana Marques de Souza (bolsista de Iniciação Científica)

Realização Logística do Projeto

- DM&P – Desenvolvimento de Mercados e Produtos

Suporte Técnico

- CEPEQCS – Centro de Pesquisas Quantitativas em Ciências Sociais

FAPEMIG

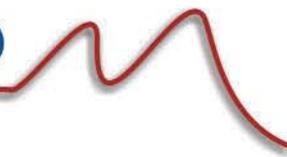
Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado de Minas Gerais

Esta pesquisa foi possível graças ao Edital FAPEMIG 005/2006

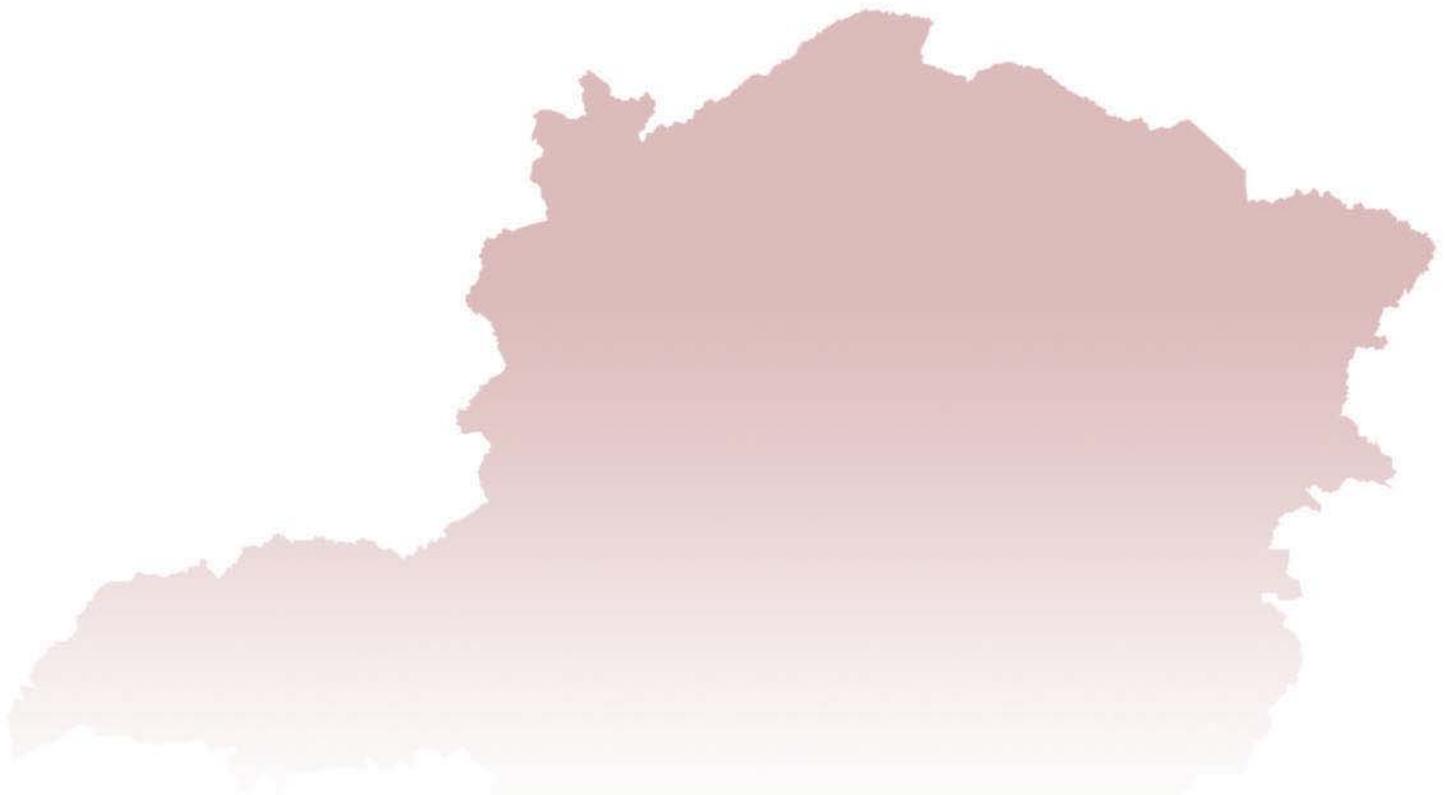


OBSERVATÓRIO

DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DO MERCADO
DE TRABALHO EM SAÚDE - SUS-SES/MG



A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS
FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS



IGNEZ HELENA OLIVA PERPÉTUO
ALESSANDRA COELHO DE OLIVEIRA
MIRIAN MARTINS RIBEIRO
RAQUEL BRAGA RODRIGUES
SÉRIE PUBLICAÇÕES DO OBSERVATÓRIO



ÍNDICE

RESUMO	15
1 - APRESENTAÇÃO	16
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	20
3 - METODOLOGIA	28
3.1 - INQUÉRITO AMOSTRAL	29
3.1.1 - QUESTIONÁRIOS	29
3.1.2 - DESENHO DA AMOSTRA	30
3.1.3 - IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA	31
3.1.4 - EQUIPE	31
3.1.5 - COLETA DE DADOS	32
3.1.6 - PROCESSAMENTO DOS DADOS	32
3.2 - PESQUISA QUALITATIVA	32
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	34
4.1 - PERFIL DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MINAS GERAIS	36
4.1.1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	36
4.1.2 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL	38
4.1.3 - EXERCÍCIO PROFISSIONAL E PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	43
4.1.4 - CONTRATO DE TRABALHO	49
4.2 - TRAJETÓRIA DOS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	52
4.3 - FATORES ASSOCIADOS À FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF	58

ÍNDICE

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
5.1 - FATORES INDIVIDUAIS	69
5.2 - MERCADO DE TRABALHO	73
5.3 - GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	75
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
8 - ANEXOS	94
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	08
LISTA DE QUADROS	09
LISTA DE TABELAS	10

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

Lista de Siglas e Abreviaturas

APS:

Atenção Primária à Saúde

ESF:

Estratégia de Saúde da Família

IC:

Intervalo de confiança

INS:

Índice de Necessidade em Saúde

GRH:

Gestão de Recursos Humanos

Macro:

Macrorregião de Saúde

MFC:

Medicina de Família e Comunidade

MG:

Minas Gerais

MGC:

Medicina Geral e Comunitária

Micro:

Microrregião de Saúde

PA:

Pronto Atendimento

PSF:

Programa de Saúde da Família

RH:

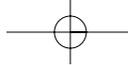
Recursos Humanos

RMBH:

Região Metropolitana de Belo Horizonte

UBS:

Unidade Básica de Saúde



Lista de Quadros

Quadro 01

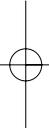
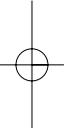
Relação de fatores condicionantes da atração e da (não) retenção de médicos, segundo os autores que os citam - pag 25

Quadro 02

Fatores de atração e retenção a serem investigados, classificados segundo categorias e dimensões - pag 26

Quadro 03

Estrutura e conteúdo dos instrumentos de coleta de dados - pag 29



A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS****Lista de Tabelas****Tabela 01**

Distribuição percentual dos médicos por idade, sexo e estado civil, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 36

Tabela 02

Distribuição percentual dos médicos por município de origem, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 37

Tabela 03

Distribuição percentual dos médicos por tipo de faculdade, município e motivo para vir para MG depois de formado, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 38 / - pag 94 (ERRATA)

Tabela 04

Distribuição percentual dos médicos por tipo e área da pós-graduação, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 39

Tabela 05

Desejo de fazer curso de pós-graduação, para médicos que já fizeram e não fizeram pós-graduação, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 40

Tabela 06

Distribuição percentual dos médicos que desejam realizar pós-graduação por tipo e área de especialização que desejam, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 41

Tabela 07

Distribuição percentual dos médicos por participação em cursos de capacitação oferecidos pela Secretaria de Saúde, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 42

Tabela 08

Distribuição percentual dos médicos por tempo de formado, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 43

Tabela 09

Distribuição percentual dos médicos por carga horária contratada, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 44

Tabela 10

Distribuição percentual dos médicos por número de outras atividades além da APS, e carga horária nestas outras atividades, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 44

Tabela 11

Distribuição percentual dos médicos que trabalham em outras atividades além da APS, por tipo de atividade, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 45

Tabela 12

Distribuição percentual dos médicos que trabalham em outras atividades além da APS, por tipo de atividade e carga horária semanal média e mediana, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 46

Tabela 13

Número e percentagem de postos de trabalho ocupados pelos médicos entrevistados por tipo de serviço, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 48

Tabela 14

Distribuição percentual de médicos em outros postos de trabalho ocupados (excluído o local da entrevista), por área da especialidade, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 48

Tabela 15

Distribuição percentual dos médicos por forma de contratação atual e desejada, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 49

Tabela 16

Distribuição percentual dos médicos por aspecto considerado mais importante no seu projeto profissional, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 50

Tabela 17

Distribuição percentual dos aspectos que os médicos mudariam na ESF, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 51

Tabela 18

Distribuição percentual dos médicos por nível de remuneração que consideram ideal para o médico da ESF, segundo modelo de atenção, Minas Gerais, 2008. - pag 51

Tabela 19

Distribuição percentual dos médicos por tempo total de atuação na Estratégia de Saúde da Família, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 53

Tabela 20

Distribuição percentual dos médicos por principal motivo para ter ido trabalhar na ESF, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 53

Tabela 21

Distribuição percentual dos médicos por número de municípios em que trabalhou na ESF, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 54

Tabela 22

Distribuição percentual dos médicos por motivos de mudança de município na ESF, Minas Gerais, 2008. - pag 54

Tabela 23

Distribuição percentual dos médicos por tempo médio de permanência na ESF em outros municípios e no município atual, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 55

Tabela 24

Distribuição percentual dos médicos por desejo de continuar na ESF e no município, Minas Gerais, 2008. - pag 55

Tabela 25

Distribuição percentual dos médicos que desejam continuar na ESF e no município, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 56

Tabela 26

Distribuição percentual dos médicos por motivo pelo qual gostaria de continuar trabalhando na ESF, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 56

Tabela 27

Distribuição percentual dos médicos por motivos pelos quais sairiam da ESF, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 57

Tabela 28

Distribuição percentual dos médicos por tempo que gostariam de continuar trabalhando na ESF, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 57

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Tabela 29

Distribuição percentual de médicos pelo número de vezes que mudaram de equipe e pelos principais motivos para a mudança, segundo tempo de formado, Minas Gerais, 2008. - pag 58

Tabela 30

Distribuição dos médicos por critérios de classificação de (não) permanência na ESF, Minas Gerais, 2008. - pag 59

Tabela 31

Permanência do médico no município atual, segundo tempo de formação e motivação para o início do trabalho na ESF, Minas Gerais, 2008. - pag 60

Tabela 32

Permanência do médico no município atual, segundo grau de satisfação com o trabalho na ESF, Minas Gerais, 2008. - pag 60

Tabela 33

Permanência do médico no município atual, segundo pós-graduação realizada, Minas Gerais, 2008. - pag 61

Tabela 34

Permanência do médico no município atual, segundo número de cursos de atualização e/ou capacitação realizados, Minas Gerais, 2008. - pag 61

Tabela 35

Permanência do médico no município atual, segundo motivações para tomada de decisões, Minas Gerais, 2008. - pag 62

Tabela 36

Permanência do médico no município atual, segundo forma de contratação na ESF, Minas Gerais, 2008. - pag 63

Tabela 37

Permanência do médico no município atual, segundo outras atividades além da ESF, Minas Gerais, 2008. - pag 63

Tabela 38

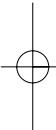
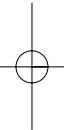
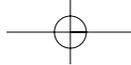
Permanência do médico no município atual, segundo variáveis relativas ao do município de trabalho, Minas Gerais, 2008. - pag 64

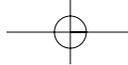
Tabela 39

Permanência do médico no município atual, segundo variáveis relativas a localização do município de trabalho e residência, Minas Gerais, 2008. - pag 65

Tabela 40

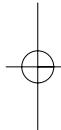
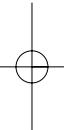
Permanência do médico no município atual, segundo a constituição familiar, Minas Gerais, 2008. - pag 66





A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

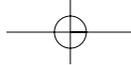
FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS



RESUMO

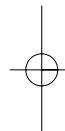
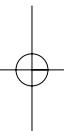
Esta pesquisa buscou caracterizar os condicionantes da atração e retenção dos profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Minas Gerais, considerando aspectos profissionais e organizacionais, atributos e expectativas pessoais. Os dados foram coletados a partir de um inquérito amostral com médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Atenção Primária Convencional representativo para o estado e de um levantamento qualitativo, por meio de grupos focais. Os resultados apontam que o médico que atua na ESF se diferencia daquele que atua na Atenção Primária Convencional por ser mais jovem, por revelar menor proporção do estado civil “casado” e por ter perfil de formação distinto. Distingue também pela carga horária trabalhada e pela forma de contratação. Cerca de 17% dos profissionais não pretendem continuar trabalhando na ESF do município atual e 53% já haviam atuado na ESF de outro município. Os médicos com pós-graduação em Clínicas Básicas e Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade, concursados, com origem no mesmo tipo de município onde trabalham atualmente, que possuem algum tipo de vínculo com a macrorregião de trabalho e que têm família constituída foram os que apresentaram maior retenção na ESF do município de trabalho. Questões ligadas à gestão de recursos humanos – contrato sem garantias trabalhistas, falta de perspectiva de carreira, remuneração insatisfatória e problemas no relacionamento com a gerência – foram apontados por 22% dos profissionais como motivo de sua intenção de sair da ESF. A mudança entre municípios foi, em grande parte (42%), atribuída a problemas com a gestão municipal, dentre os quais se destacam a mudança política e a discordância quanto à forma de condução da Atenção Primária. A chamada “competição predatória” entre municípios também foi um fator importante, motivando a mudança de 17% dos profissionais atraídos para outro município pela oferta de melhor remuneração ou pela flexibilização da carga horária. “Forma de gestão de RH” foi o aspecto mais citado que os médicos alterariam na ESF e o segundo mais valorizado no projeto de carreira profissional. A pesquisa ressalta quanto o componente da gestão influencia a (não) retenção dos médicos na ESF, identificando, assim, importantes focos de ação para as políticas públicas de gestão dos recursos humanos na saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família (ESF). Programa Saúde da Família (PSF). Atração e fixação de médicos



CAPÍTULO - 01

CAPÍTULO 01



APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta a síntese dos principais resultados da pesquisa: “A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes de sua atração e fixação na atenção primária à saúde em Minas Gerais”, estudo elaborado e conduzido pela Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde SUS/SES-MG¹ e pelo CEDEPLAR-UFMG, financiado pela FAPEMIG.

O Observatório tem como meta principal a realização permanente de estudos que subsidiem a reflexão sobre políticas públicas de gestão de recursos humanos em saúde, por meio da construção de bases de dados e informações embasadas em metodologia consistente e voltadas para a discussão da gestão, formação e desenvolvimento dos recursos humanos da saúde.

Tal iniciativa emerge a partir do contexto complexo e diversificado da saúde pública e com inúmeros desafios no que se refere à garantia do acesso ao sistema de saúde e da qualidade do serviço prestado. Sob a perspectiva da gestão, estes desafios referem-se, dentre outros, à composição e gerenciamento dos recursos humanos, o que demanda a disponibilidade de evidências sistemáticas para que sejam adequadamente formulados.

A organização dos serviços de saúde por meio da Atenção Primária, modelo hoje adotado pelo sistema brasileiro, representa a possibilidade de racionalização do atendimento, permitindo um fluxo ordenado de pacientes no sistema como um todo. Starfield (1998) indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários, com médicos generalistas treinados e exercendo a medicina para a promoção da saúde da comunidade², prestam cuidados com maior efetividade, em termos tanto de custos quanto clínicos, em comparação com os sistemas dotados de fraca orientação para os cuidados primários e com ênfase na medicina curativa.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se hoje como o mecanismo adotado pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no País. Esta organização, no entanto, exige uma mudança de visão na forma de prestação de serviços em saúde.

A visão da APS enquanto estratégia de organização do sistema de serviços de saúde apoia-se na abordagem que afirma que tais sistemas podem ser fragmentados ou integrados. Os primeiros são organizados por níveis hierárquicos, de acordo com a complexidade crescente, sob a forma piramidal. A APS, neste modelo, ocupa o primeiro nível de complexidade, o que pode levar a uma visão distorcida, na medida em que impõe certa banalização deste nível de atenção perante os outros. O modo de organizar os serviços de saúde nestes sistemas é voltado para o atendimento a

¹ Regulamentada pela Portaria da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, de 1º de julho de 2005

² A promoção da saúde relaciona educação com saúde, hábitos de vida com nutrição adequada e saneamento com qualidade de vida e redução da mortalidade. As ações de prevenção consistem em atuar anteriormente à ocorrência do agravo, enquanto a atenção curativa refere-se à cura das doenças com o objetivo de prolongar a vida, diminuir sintomas e reabilitar sequelas (Mendes, 1996).

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

condições agudas (duração da condição limitada, manifestação abrupta, causas simples e diagnósticos precisos). Por outro lado, sistemas integrados se estabelecem em rede horizontal integrada, na qual a APS é o centro de comunicação e não há hierarquia. Neste caso, a atenção é voltada para condições crônicas (manifestação gradual, duração indefinida, causas múltiplas e diagnósticos incertos) (MENDES, 2002).

A ESF, todavia, encontra, ainda, vários obstáculos para sua aplicação. Dentre eles, podem ser citados: a) entendimento insuficiente da estratégia por parte da população, equipes, políticos e profissionais; b) fragilidade das Secretarias de Estado de Saúde em centralizar a condução do programa, bem como do Ministério da Saúde pós-descentralização; c) não garantia de atendimento em outros níveis e momentos em que as equipes não trabalham – noturno, fim de semana e feriado; d) excessiva utilização da ESF na atenção às condições agudas; e) infraestrutura inadequada das unidades; f) deficiência dos sistemas de apoio diagnóstico quanto à qualidade e morosidade; g) deficiência de medicamentos essenciais; h) profissionais não adequados ou preparados para a APS convencional; i) condições de trabalho inadequadas em termos de forma de contratação, salários e turno; e j) subfinanciamento do sistema relativo a custos e valores recebidos pelos municípios (MENDES, 2002; ANDRADE et al., 2004).

Embora os motivos que dificultem a prática da APS extrapolem a dimensão da gestão de recursos humanos, deve-se considerar que os problemas a ela relacionados se tornam mais evidentes à medida que a administração do sistema de saúde passa a ser descentralizada. Ou seja, transfere-se para os municípios a responsabilidade pela garantia da oferta dos serviços de saúde. Essa transferência, nem sempre acompanhada de suporte adequado, traz à tona problemas relacionados a contratação, permanência e remuneração de profissionais, tornando a gestão dos recursos humanos que atuam na Atenção Primária à Saúde um elemento crítico para a consecução de seus objetivos.

A atração e a fixação³ de profissionais médicos surgem, assim, como questões a serem equacionadas, uma vez que o médico desempenha papel de destaque na articulação dos atributos da Atenção Primária, tanto na APS convencional quanto na ESF, notadamente o princípio da longitudinalidade, o qual pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção à saúde e seu uso ao longo do tempo, bem como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e seus pacientes.

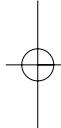
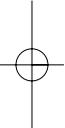
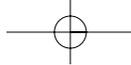
A literatura sobre a gestão de recursos humanos no que concerne às dimensões da atração e retenção tem uma amplitude significativa, notadamente nos aspectos descritivos e na análise em torno de situações concretas vividas nas organizações. Apesar disso, existe um enorme campo de reflexão no que diz respeito à situação específica da categoria dos profissionais médicos.

Com efeito, essas evidências acabam por revelar uma gama variada de aspectos conceituais ligados diretamente ao que os profissionais almejam em termos de trabalho e carreira e ao que lhes é oferecido em termos de recursos materiais e simbólicos, passando, naturalmente, pela própria situação geográfica, com suas condições e características, e, ainda, uma conjuntura que pode favorecer, ou não, a mobilidade profissional. Isso significa dizer que a dimensão associada aos aspectos usuais de atração e de retenção demanda uma análise mais aprofundada quando se trata desta categoria profissional.

A insuficiência de dados empíricos para refletir sobre esta questão dificultou, até então, a proposição de ações efetivas neste campo. Dessa maneira, este projeto visa contribuir para a sistematização de evidências acerca dos fatores que atuam, direta ou indiretamente, na atração e fixação de profissionais médicos na APS em Minas Gerais, possibilitando o avanço do conhecimento sobre esta temática.

Este relatório apresenta, primeiramente, a descrição das evidências existentes sobre o tema, procurando agrupar os fatores de atração e fixação em cinco categorias: fatores individuais, organização de trabalho, gestão, condições de trabalho e cultura, e identidade. Em seguida, descreve-se a metodologia referente ao inquérito amostral e à pesquisa qualitativa. O terceiro capítulo contém os principais resultados. Divide-se em três seções: perfil dos médicos da aps; trajetória; e fatores associados à fixação dos médicos da esf. No capítulo seguinte, é realizada a discussão dos resultados. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

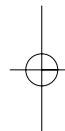
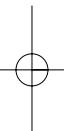
³ Na literatura de recursos humanos, pode-se encontrar o emprego dos termos fixação e retenção com o mesmo sentido. Neste documento, estes termos e o termo permanência serão usados para designar a mesma ideia.





CAPÍTULO - 02

CAPÍTULO 02



REFERENCIAL TEÓRICO

Na literatura sobre gestão de recursos humanos (GRH) nas organizações, a retenção de profissionais é discutida no âmbito das pesquisas sobre rotatividade, ou turnover, e seus determinantes e consequências. As dimensões de atração e retenção podem ser, então, entendidas como parte do papel que a GRH tradicionalmente deve assumir nas organizações.⁴

Mobley (1992) identifica um conjunto de possíveis causas da rotatividade ressaltando algumas variáveis que, a partir de pesquisas realizadas, apresentaram relação direta com o turnover, estando ligadas a questões individuais, tanto profissionais como pessoais, a questões relativas à organização e a questões associadas ao mercado de trabalho.

Em relação às variáveis individuais, satisfação geral no trabalho e com o conteúdo do cargo, tempo de serviço, idade e comprometimento organizacional apresentam relação inversa ao turnover, enquanto intenção declarada de sair se relaciona de forma direta ao fenômeno.

Quanto às variáveis organizacionais, o autor destaca que salário possui relação consistente inversa com a rotatividade, enquanto outras variáveis, como estilo de supervisão, se autoritária ou participativa, grau de rotinização das atividades e grau de autonomia e responsabilidade apresentam uma relação moderada. Lideranças mais participativas e atividades menos rotinizadas e com maior grau de autonomia e responsabilidade tendem a favorecer menores taxas de turnover. Por fim, em relação ao ambiente econômico, destaca-se a relação inversa entre os níveis de desemprego e as taxas de turnover (MOBLEY, 1992).

Para o mesmo autor, o turnover constitui, em última instância, um comportamento individual, e por isso a preocupação gerencial deve levar em conta a maneira como o trabalhador percebe e avalia a situação econômica e os fatores organizacionais, bem assim a maneira como ele integra elementos ligados ou não ao seu trabalho. Apesar de listar um conjunto de possíveis causas, o autor ressalta a escassez de pesquisas sobre o tema e as falhas dos estudos em integrar variáveis organizacionais, individuais e de mercado de trabalho, que, segundo ele, devem ser analisadas de forma conjunta.

A atração de profissionais para determinado posto de trabalho, por sua vez, está relacionada, de um lado, a fatores individuais de perfil, preferências e identificação com o trabalho e, de outro lado, com as características deste trabalho – ou seja, o processo e as condições de trabalho. No contexto da pesquisa, estes últimos são determinados pelo modelo de atenção à saúde pelo qual o médico optou e pelas condições oferecidas a eles do ponto de vista de estrutura e de recursos, as quais são permeadas também pelas características da gestão do sistema e do trabalho dos profissionais de saúde.

⁴ A gestão de recursos humanos, sob uma perspectiva tradicional, por ser entendida como o conjunto de subsistemas que visam atrair, desenvolver, avaliar, compensar, coordenar e reter pessoas, tendo em vista os objetivos da organização.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

Embora alguns dos fatores sejam apontados como condicionantes tanto da atração como da retenção dos médicos, observa-se que o papel destes nestas duas dimensões não é necessariamente coincidente. A grande oferta de vagas decorrente da expansão da ESF no País e a motivação para trabalhar com atuação generalista são exemplos de fatores que atraem, mas não retêm, enquanto a satisfação com o trabalho e o sentimento de gratificação pelos resultados obtidos com o trabalho perante a população, por exemplo, não são fatores de atração, mas podem reter os profissionais (RODRIGUES, 2008).

Esses fatores podem ser divididos em áreas temáticas que compõem o panorama de referência sobre o que foi levantado nos estudos realizados sobre o tema.

Na dimensão dos fatores individuais, destacam-se elementos que estão fora do âmbito do trabalho em si, mas que influenciam de alguma forma as escolhas profissionais e locacionais dos médicos.

A escolha locacional, sob a perspectiva dos estudos sobre a migração, é determinada por características demográficas e da família constituída pelos profissionais, assim como pelas características das localidades. Póvoa e Andrade (2006) apontam que os médicos mais jovens são mais propensos a mudar e que a área de atuação e o local de nascimento do cônjuge também aparecem como parte do conjunto de determinantes da mobilidade dos profissionais, sugerindo que o fato de o cônjuge trabalhar na área de saúde favorece a mobilidade e que o município onde nasceu pode também constituir um fator de atração para o médico. Ainda quanto à família constituída, o número de componentes da família também influencia a mobilidade, dado que quanto maior este número maior também são os custos de mudança.

Quanto às características das localidades, os mesmos autores afirmam que aquelas com PIB per capita mais elevado apresentam maior número de médicos que não nasceram no local, o que sugere a atração destes profissionais pelo fator econômico (PÓVOA e ANDRADE, 2006).

A estrutura de ensino médico, notadamente a oferta de vagas em programas de residência médica, atrai profissionais em busca de aperfeiçoamento, o que indica que a busca por formação profissional e a necessidade de atualização e aperfeiçoamento são elementos que interferem na escolha dos médicos por determinadas localidades. Os grandes centros urbanos onde se concentram as escolas médicas atraem pela oferta de bons salários, pela possibilidade de especialização e pela concentração da maior parte dos serviços de alta complexidade, das unidades hospitalares e dos planos privados de saúde (PINTO, 1999; SEIXAS e STELLA, 2002; PÓVOA e ANDRADE, 2006; SEIXAS, 2006).

A escolha por trabalhar na Atenção Primária, em áreas rurais ou distantes, e por sua fixação parece ser determinada, em parte, pela origem do profissional nestes locais, o que estaria relacionado à experiência com a vida e os recursos disponíveis fora dos centros urbanos (RABINOWITZ et al., 2001; SEIXAS e STELLA, 2002⁵).

Outra dimensão da atração é dada pela opção do profissional pelo trabalho na Atenção Primária e na ESF. Esta opção parece ter origem, em primeiro lugar, no interesse suscitado por atividades escolares regulares e na convivência com profissionais da área, o que possibilita a aquisição de competências específicas neste tipo de atuação, voltada à promoção e integralidade de atendimento e à proximidade com a comunidade (STEARNS, 2000; BACON, 2000 apud SEIXAS e STELLA, 2002; SEIXAS, 2006).

A formação profissional é encarada como outro elemento que influencia a opção profissional. Segundo alguns autores, a formação oferecida pelas escolas médicas parece ainda estar distante do modelo de saúde proposto pela ESF, desde que ainda é organizada segundo disciplinas desarticuladas, ciclos básico e clínico separados e centrados na doença e no atendimento hospitalar, características contrárias ao do modelo de assistência preconizado na ESF (PADILHA, 2002; SEIXAS e STELLA, 2002).

Meneses e Rocha e Trad (2005) complementam essa assertiva ao afirmarem que na formação do médico os conhecimentos da saúde pública são tocados de forma marginal, o que dificulta o desenvolvimento de habilidades requisitadas para o médico de Saúde da Família. Para Gugliemi (2006), os cursos de formação geralmente atraem os alunos para está-

⁵ Seixas e Stella (2002) efetuam uma revisão dos seguintes estudos internacionais: Barley, 2001; Rabinowitz, 2001; Easterbrook, 1999; Szafran, 2001; Rabinowitz, 1999; Ramsey, 2001; Lynch, 2001; Stearns, 2000; Bacon, 2000; Sinay, 2001; Page, 1992.

gios e residências em áreas superespecializadas, que passam a ver na especialização a possibilidade de obter um padrão de vida elevado.

A formação acadêmica influencia, de um lado, o desenvolvimento de habilidades e, de outro, a imagem sobre a profissão e a atuação no mercado de trabalho, o que leva à análise de um dos componentes dos fatores individuais, de caráter mais subjetivo, que diz respeito à cultura e à identidade, dimensões que englobam outros elementos explicativos para a atração e para a não atração dos médicos para a APS e a ESF.

Estudo realizado com médicos da cidade de São Paulo aponta como principais motivos para a escolha da atuação na APS: identificação com a proposta e com a abordagem integral do cuidado à saúde; e possibilidade de aperfeiçoamento colocado pelo desafio de lidar com uma nova proposta pode trazer a partir da implantação da ESF (SEIXAS, 2006).

Nesta mesma linha, oportunidade de desenvolvimento de ações de educação, promoção e prevenção para a população e autonomia para elaborar o planejamento e a agenda da equipe são fatores que aparecem relacionados à satisfação com o trabalho desenvolvido e que podem sinalizar possíveis fatores de atração e/ou fixação, dada a relação inversa existente entre satisfação e turnover.

De outro lado, a imagem que se tem da ESF, que tem origem, em parte, nos cursos de medicina, é um fator dificultador da atração de profissionais. Gugliemi (2006) afirma haver segregação por parte dos médicos especialistas em relação àqueles que atuam na ESF, sendo estes últimos menos valorizados. Há uma imagem da ESF como uma boa oportunidade de renda para médicos recém-formados ou um trabalho para profissionais em fim de carreira.

No que se refere ao processo de trabalho, ou organização do trabalho, destacam-se as mudanças que o modelo da ESF impõe à organização do trabalho do médico. Dentre elas, apontam-se: atividades educativas de grupo, atendimento domiciliar, vinculação do médico a uma equipe, responsabilização pela assistência integral à população adscrita e por ações de vigilância à saúde, ações de promoção e prevenção, e incorporação de instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais (CAPOZZOLO, 2003). A reorganização do trabalho se dá ainda pela jornada de trabalho em tempo integral, pela incorporação na equipe de agentes da comunidade e pela redução das intermediações entre médico e comunidade (SEIXAS, 2006).

Para Seixas (2006), a ESF apresenta aspectos da prática médica, que podem ser analisados em três dimensões: a) plano individual – a partir da reintegração da prática clínica, da recuperação do vínculo com a clientela e das dimensões psicoafetiva e social da prática; b) plano coletivo – pelo objeto de ação sobre a comunidade e sobre a família, pela incorporação da epidemiologia e do planejamento, normatização de práticas; e c) plano institucional do trabalho – pela ação conjunta com outros agentes e pela dimensão do trabalho em equipe. Assim, o profissional se depara neste modelo de atenção com o rearranjo de práticas e de objetos de trabalho e incorporação de novos conhecimentos, atitudes e habilidades.

Dentre todos esses elementos do processo de trabalho na ESF, as relações que se estabelecem entre os membros de equipe e desta com pacientes e comunidade é que geram satisfação no trabalho (CAMPOS, 2005; SEIXAS, 2006).

Os profissionais consideram que há número excessivo de famílias por equipe, o que gera sobrecarga de atendimento, em decorrência de a expansão do programa não acompanhar a ampliação das equipes e o redimensionamento dos postos de atendimento. Para eles, alguns elementos do processo de trabalho impedem uma prática mais planejada e com maior qualidade, como a demanda excessiva por atividades de pronto-atendimento, que diminui o tempo para a realização dos grupos, visitas domiciliares e demais ações preventivas, de vigilância, educacionais e de integração com a equipe. Por vezes, a carga horária definida é também citada pelos médicos como fator de desgaste no trabalho (MACHADO, 2002; CAPOZZOLO, 2003; CAMPOS, 2005; MENESES e ROCHA e TRAD, 2005; SEIXAS, 2006).

O conforto de um trabalho com horários regulares, em comparação aos plantões, é visto por alguns profissionais como uma das vantagens do trabalho na ESF e aparece também como um fator de fixação (RODRIGUES, 2008)

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

Quanto aos aspectos de gestão, evidencia-se principalmente o tipo de contrato de trabalho, marcado pela instabilidade do vínculo trabalhista, que gera insegurança para os profissionais e contribui para a rotatividade (MACHADO, 2002; MENESES e ROCHA e TRAD, 2005; SEIXAS, 2006).

A insuficiência de capacitação para atuação na ESF, o grande número de equipes incompletas, decorrente da dificuldade de contratar médicos, e a escassez de profissionais de outras áreas para complementar o trabalho da equipe são fatores que causam insatisfação no trabalho e contribuem para a não fixação dos profissionais. A ampliação do treinamento em variados temas e cursos de especialização e a possibilidade de estabelecer uma rede de troca com outros profissionais ou equipes, especialmente o conhecimento tácito decorrente da prática cotidiana, são colocadas como sugestões para a melhoria do programa (SEIXAS, 2006). Para Campos (2005), a capacitação é um fator que mantém relação direta com a satisfação no trabalho.

Vale notar que não se observa consenso entre os autores sobre alguns fatores ou temas, sendo a influência da remuneração na rotatividade dos médicos um dos melhores exemplos desta situação. Na literatura sobre recursos humanos nas organizações, o salário em níveis mais baixos está relacionado de forma consistente com a rotatividade (MOBLEY, 1992). Isso não se confirma no estudo de Campos (2005), que encontrou uma correlação positiva entre salário e rotatividade – ou seja, quanto maior o salário, maior a rotatividade dos médicos pesquisados. A autora considera que o nível salarial da ESF atrai os profissionais, mas não os fixam, aventando a hipótese de que um salário mais alto esteja sendo utilizado com mecanismo de fixação, embora não esteja sendo efetivo neste propósito.

Outros autores que estudaram a questão do trabalho do médico afirmam que o salário e os benefícios oferecidos aos profissionais estão, de fato, entre suas principais queixas acerca de seu trabalho (MACHADO, 2002; SEIXAS, 2006).

Por fim, as condições de trabalho compõem o panorama de fatores relacionados à atração e fixação de médicos. Elas se referem aos fatores do contexto no qual os médicos desenvolvem seu trabalho, dentre os quais estão as características do mercado de trabalho.

Quanto às condições físicas e materiais de trabalho, infraestrutura física deficiente, falta de material e de medicamentos e deficiência de um sistema de referência e contrarreferência adequado têm sido os fatores mais fortemente destacados como obstáculos a uma prática resolutiva na ESF. Essas condições figuram sempre entre as principais queixas dos profissionais quanto ao seu trabalho, representando, assim, potenciais fatores de rotatividade (MACHADO, 2002; CAPOZZOLO, 2003; CAMPOS, 2005; MENESES e ROCHA e TRAD, 2005; SEIXAS, 2006; STEARNS, 2000; BACON, 2000 apud SEIXAS e STELLA, 2002).

Distância entre a residência e a unidade de saúde também aparece como fator que dificulta a retenção dos profissionais (OBSERVARHSP, 2006; CAMPOS, 2005).

A atração também parece ser influenciada pela perspectiva da competição no mercado de trabalho. Ou seja, os médicos geralmente evitam locais que já alcançaram certo nível de densidade de profissionais, procurando regiões menos aglomeradas (PÓVOA e ANDRADE, 2006).

Além disso, observa-se que, desde a criação do PSF a atuação como médico de Saúde da Família tem sido apontada como um campo de oferta de emprego em expansão. O programa, criado em 1994, era responsável por 9,5% do estoque de emprego formal e 5,5% da oferta de médicos em 2001 (GIRARDI e CARVALHO, 2003).

Um resumo dos fatores condicionantes da atração e da fixação, ou não, dos profissionais médicos na atenção primária, segundo a literatura revisada, é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1
Relação de fatores condicionantes da atração e da (não) fixação de médicos, segundo os autores que os citam

Condicionantes	Autores
Local de origem do médico semelhante ao local de trabalho favorece a fixação	Rabinowitz et al. (2001); Barley (2001); Easterbrook (1999); Szafran (2001); Rabinowitz (1999); Ramsey (2001); Lynch (2001); Stearns (2000); Bacon (2000); Sinay (2001); Page (1992)
O local de origem e a área de atuação do cônjuge interferem na mobilidade dos profissionais, bem como o número de componentes na família	Póvoa e Andrade (2006)
Localidades com PIB per capita mais elevado atraem médicos	Póvoa e Andrade (2006)
Faixa etária: médicos mais jovens tendem a ter maior mobilidade e, por isso, menor fixação	Pinto (1999); Póvoa e Andrade (2006)
Busca por formação profissional, atualização e aperfeiçoamento contribuem para a não fixação na ESF	Pinto (1999); Seixas e Stella (2002); Campos (2005); Seixas (2006); Póvoa e Andrade (2006)
Experiências e estágios na Atenção Primária durante a formação favorecem a fixação	Stearns (2000); Bacon (2000)
Formação em medicina voltada para o trabalho como especialista em detrimento da atuação generalista contribui para a não atração e não fixação	Padilha (2002); Seixas e Stella (2002); Gugliemi (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005)
Desvalorização da especialidade Saúde da Família contribui para a não atração e não fixação	Gugliemi (2006); Stearns (2000); Bacon (2000)
A ESF atrai profissionais em busca de boa remuneração no início da carreira ou em final de carreira	Gugliemi (2006)
Identificação com a proposta e com a abordagem integral do cuidado à saúde favorece a atração	Seixas (2006)
Satisfação no trabalho favorece a fixação	Seixas (2006); Campos (2005); Rodrigues (2008)
Sobrecarga de trabalho contribui para a não fixação	Machado (2002), Capozzolo (2003); Meneses e Rocha e Trad (2005); Seixas (2006)
Carga horária semanal de 40 horas contribui para a não atração e não fixação	Seixas (2006); Machado (2002)
Preferência por um trabalho com horários regulares favorece a atração e a fixação	Rodrigues (2008)
Forma de contratação inadequada e contrato de trabalho precário contribuem para a não fixação na ESF	Machado (2002); Seixas (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005); Girardi e Carvalho (2003)
Insuficiência de capacitação contribui para a não atração e não fixação	Seixas (2006)
Remuneração contribui para a atração e fixação	Mobley (1992); Machado (2002)
Remuneração não contribui para a fixação	Campos (2005)
Ausência de uma rede de troca de experiências com outros profissionais ou equipes contribui para a não fixação	Seixas (2006)
Condições de trabalho: estrutura física inadequada, baixa disponibilidade de materiais e medicamentos, escassez de profissionais de outras áreas contibuem para a não fixação	Machado (2002); Seixas (2006);
Deficiência do sistema de referência e contrarreferência contribui para a não fixação	Machado (2002); Seixas (2006); Stearns (2000); Bacon (2000)
Grande distância entre unidade de saúde e residência contribui para a não fixação	ObservaRHSP (2006); Campos (2005)
Grande concentração de profissionais na localidade dificulta a atração	Póvoa e Andrade (2006)
Ampliação da oferta de empregos gerada pela implantação da ESF favoreceu a atração dos profissionais	Machado (2002); Girardi e Carvalho (2003)

Fonte: A partir da revisão bibliográfica.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Essa listagem de condicionantes foi utilizada como arcabouço teórico para definir o conteúdo da pesquisa. Envolveu, em primeiro lugar, a sistematização dos fatores de atração e fixação contemplados e o agrupamento destes fatores em categorias de análise, de acordo com o tema ao qual se referiam. Essas categorias dividem-se em cinco grandes dimensões: fatores individuais; organização do trabalho; gestão; condições de trabalho; e cultura e identidade (Quadro 2). A partir deste quadro, foram selecionados os fatores a serem explorados na pesquisa, o que orientou a construção do instrumento de coleta de dados, o processamento e a análise dos dados.

Quadro 2

Fatores de atração e fixação a serem investigados, classificados segundo a categoria e a dimensão

Dimensões	Categorias	Fatores
Fatores individuais	Características demográficas	Idade Sexo Local de nascimento
	Background familiar	Local onde viveu até 15 anos Cidade onde estudou no segundo grau Tipo de escola onde fez o segundo grau Escolaridade dos pais Profissão dos pais
	Família construída	Estado civil Naturalidade cônjuge Profissão do cônjuge Número de filhos Idade dos filhos
	Formação profissional	Tipo de escola de medicina (pública/privada) Cidade em que se localiza a escola Cursos de pós-graduação (tipo, área de especialidade, local, ano de conclusão) Cursos de capacitação em SF / APS
	Trajatória profissional	Primeiro emprego (o que, onde, quando) Emprego anterior (o que onde, quando)/experiência com a vida e os recursos fora dos centros urbanos Empregos atuais: tipo de serviço (hospital, ambulatório, posto de saúde, consultório); tipo de vínculo, carga horária Tempo no emprego atual/tempo de permanência na APS/na UBS/no município
	Projeto futuro	Projeção de carreira/desejo de permanecer na ESF/desejo de permanecer na profissão Busca por especialização/desejo de especializar-se Desejo de permanecer no município Busca de estabilidade financeira Planejamento de carreira anterior à formação Inexistência de plano de carreira na ESF/insatisfação com promoção Busca de melhores oportunidades profissionais e econômicas
Organização do trabalho	Plano individual	Autonomia do profissional em relação ao próprio trabalho Uso de capacidades e habilidades/nível de complexidade da função Variedade de tarefas realizadas/rotinização Identidade da tarefa (ter noção do seu trabalho perante todo o processo) Profissionais não se sentem preparados para responder demanda generalista Fadiga física e mental ao terminar a jornada de trabalho/incapacidade por doença relacionada com tensão ou fadiga/ estresse Carga horária semanal de 40 horas Flexibilidade de horário de trabalho/falta de disponibilidade para cursar Especializações fora do programa Estabelecimento de protocolos e práticas
	Plano coletivo	Sensibilização da população para a APS e seus princípios Resolutividade dos atendimentos para diferentes grupos populacionais Satisfação pelas relações estabelecidas com a comunidade Grande demanda de atendimentos de urgência Demanda de cobertura proposta para equipe é excessiva/ não atendimento de demandas/sobrecarga de atendimento Demandas reprimidas por consultas individuais e exames
	Plano institucional	Relações de poder entre diferentes categorias profissionais na equipe Rede de troca com outros profissionais ou equipes/solidão e isolamento dos profissionais/comunicação

Dimensões	Categorias	Fatores
		Integração da equipe Trabalho realizado em equipe Satisfação pelas relações estabelecidas com a equipe de trabalho
Gestão	Coordenação	Excesso de burocracia Falta de hierarquia Falta de planejamento Subestimação do número de famílias a serem atendidas (cadastro de famílias desatualizado) Reduzido número de auxiliares para atividades administrativas Inexistência de gerentes Conflitos com a gerência da unidade Tipo de gerência/estilo de supervisão Integração e comunicação entre profissionais nas unidades
	Remuneração	Baixos salários/valor do salário Incentivo de remuneração variável ou por resultados Competitividade externa da remuneração/regulada pelo mercado/diferença de ganhos entre as regiões Alinhamento interno da remuneração (equilíbrio entre os profissionais da equipe) Outros fatores de compensação (promoções, aumentos, benefícios)
	Capacitação	Pouca oportunidade de desenvolvimento profissional na ESF Formação acadêmica dos médicos (ênfase na especialidade)/currículos das Escolas médicas Oferta de capacitação na ESF Educação continuada/educação permanente como componente intangível de Valorização do profissional Mudanças nas residências médicas
	Forma de seleção/contratação	Precarização e diversidade de vínculos Diversidade entre os municípios quanto ao modo de seleção Escassez de concursos públicos Instituições parceiras para contratação de profissionais Limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal Desligamento por iniciativa da empresa/influência da questão política
Condições de trabalho	Condições físicas e materiais	Falta de segurança Condições de espaço/ventilação/higiene/ruído/possíveis causadores de acidentes Disponibilidade de material/falta de medicamentos/descontinuidade de suprimento das unidades Equipes incompletas e escassez de profissionais Dificuldade de encaminhar pacientes (exames e serviços de outra complexidade)/sistema de referência e contra-referência
Condições de trabalho	Localidade	Locais precários ou com poucas facilidades/precariedade do território de atuação Localização da UBS/distância/zona urbana ou zona rural Demandas sociais da comunidade são direcionadas aos profissionais/lidar com realidade social de pobreza e violência Oferta de cursos de especialização e residência
	Mercado de trabalho	Visão, percepção e expectativa sobre mercado de trabalho e atuação profissional/oferta de postos de trabalho (privado <i>versus</i> público)/(generalista <i>versus</i> especialista)/alternativas ao emprego atual/oportunidades na ESF <i>versus</i> outras oportunidades Concentração de profissionais médicos no município
Cultura e identidade	Identificação com o trabalho	Sentimento de incompetência frente aos desafios na ESF Realização profissional/sentimento de felicidade e conquista/trabalho compensador Generalista <i>versus</i> especialista (imaginário da profissão) Identificação com a proposta da ESF e abordagem integral do cuidado à saúde pouca valorização dos profissionais na APS Motivação com prática de natureza humanitária/possibilidade de intervir socialmente Motivação pela convivência com profissionais de outras áreas Motivação pelo desafio de lidar com nova proposta de atenção à saúde Prestígio, autoestima e sensação de conforto Carreira na APS e na ESF é menos valorizada Ausência de profissional modelo de referência na área Comprometimento/sentimento de pertencimento Características da formação recebida e imaginário da profissão construído a partir dela

Fonte: Elaborado a partir da revisão bibliográfica.

CAPÍTULO - 03

CAPÍTULO 03

METODOLOGIA

A pesquisa “A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes de sua atração e fixação na atenção primária à saúde em Minas Gerais” tem dois componentes: um inquérito amostral e uma pesquisa qualitativa.

3.1 - Inquérito amostral

O inquérito amostral consistiu na aplicação de dois tipos de questionários, por meio de entrevistas face a face, a uma amostra representativa dos profissionais médicos que atuam nas duas modalidades de Atenção Primária à Saúde (APS) em Minas Gerais: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a APS convencional.

O inquérito foi precedido de uma etapa preparatória, que contou com a participação da equipe do Centro de Pesquisas Quantitativas em Ciências Sociais (CEPEQCS). Compreendeu: a) construção do plano amostral; b) capacitação dos assistentes de pesquisa do projeto em relação a aspectos cognitivos da metodologia de survey, construção de questionário e supervisão do trabalho de campo; c) desenvolvimento e testagem dos instrumentos de coleta; e d) seleção e treinamento dos entrevistadores.

3.1.1 - Questionários

Os dois questionários utilizados no inquérito foram elaborados com base no arcabouço teórico e nas hipóteses da pesquisa, tendo os seguintes conteúdos (Quadro 3):

Quadro 3
Estrutura e conteúdo dos instrumentos de coleta de dados

QUESTIONÁRIO PARA OS MÉDICOS DA ESF	QUESTIONÁRIO PARA OS MÉDICOS DA APS CONVENCIONAL
<p>Seção 1 – Formação profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Graduação em medicina: ano, local e motivação • Cursos de pós-graduação realizados: tipo, área, local, instituição, ano de conclusão • Cursos de pós-graduação que gostaria de fazer: tipo, área • Participação em cursos de capacitação oferecidos pela Secretaria de Saúde 	
<p>Seção 2 – Trajetória profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho na Atenção Primária: ano de início e momento de conversão para a ESF; • Motivação para escolha do trabalho na ESF 	<p>Seção 2 – Trajetória profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho na Atenção Primária: ano de início • Motivação para escolha do trabalho na atenção primária

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

<ul style="list-style-type: none"> Satisfação profissional em ser médico da ESF Locais onde trabalhou como médico da ESF: municípios, tempo de trabalho em cada um e motivos para mudança de município Forma como tomou conhecimento da vaga para médico da ESF Município onde reside <i>versus</i> município onde trabalha Mudança de equipe: número de vezes e motivos para mudança Carga horária semanal contratada Forma de contrato de trabalho atual e desejada Trabalho em outros locais: tipo de serviço, município onde se localiza, especialidade em que atua, carga horária cumprida 	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de trabalho no município atual Motivação para escolha do município onde trabalha Carga horária semanal contratada Forma de contrato de trabalho atual e desejada Trabalho em outros locais: tipo de serviço, município onde se localiza, especialidade em que atua, carga horária cumprida Convite para atuar como médico da ESF Motivos pelos quais aceitou ou recusou o convite Atuação como médico da ESF em algum momento: municípios onde trabalhou, tempo em cada município, motivos pelos quais mudou de município neste período, e motivos pelos quais deixou de ser médico da ESF
<p>Seção 3 – Projeto futuro</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspectos considerado mais importantes e menos importantes em sua vida profissional Desejo de permanecer trabalhando como médico da ESF Motivos para querer permanecer ou sair Motivos que, em hipótese, poderiam fazer o médico da ESF desejar sair no futuro Desejo de voltar a trabalhar na ESF após a conclusão da residência médica Desejo de permanecer trabalhando no mesmo município 	<p>Seção 3 – Projeto futuro</p> <ul style="list-style-type: none"> Desejo de atuar como médico da ESF Motivos pelos quais desejaria trabalhar na ESF ou não Aspectos considerado mais importantes e menos importantes em sua vida profissional
<p>Seção 4 – Avaliação do modelo ESF</p> <ul style="list-style-type: none"> Fatores que os médicos, se pudessem, mudariam na ESF Remuneração ideal para um médico da ESF 	
<p>Seção 5 – Características demográficas e socialização</p> <ul style="list-style-type: none"> Sexo Mês e ano de nascimento Naturalidade Município onde foi socializado (viveu a maior parte da infância - até os 12 anos) Município onde concluiu o segundo grau Tipo de escola onde concluiu o segundo grau Existência de médicos na família 	
<p>Seção 6 – Família construída</p> <ul style="list-style-type: none"> Estado civil Cônjuge: naturalidade, escolaridade e ocupação Filhos: número e idade 	
<p>Seção 7 – Background familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> Escolaridade do pai ou responsável Ocupação do pai ou responsável 	

Os questionários foram pré-testados em 52 profissionais de 26 municípios. O pré-teste ocorreu no mês de setembro de 2007 e teve por objetivo averiguar a adequação dos instrumentos em relação a: conteúdo, clareza das questões, grau de variabilidade das respostas, grau de dificuldade da aplicação, grau de atenção do entrevistado às perguntas, filtros e tempo de aplicação.

3.1.2 - Desenho da amostra

O plano amostral foi desenvolvido com vistas a obter uma amostra representativa de médicos em todo o estado de Minas Gerais, possibilitando comparar os que participam da ESF com os da Atenção Primária Convencional, de forma a detectar-se uma diferença de 0,1576 entre as proporções de cada grupo, com nível de 5% de significância. O plano foi estruturado levando em consideração três níveis de estratificação: as macrorregiões de Saúde de Minas

Gerais; o agrupamento das microrregiões dentro de cada macrorregião, segundo o Índice de Necessidade de Saúde (INS)⁶; e o agrupamento dos municípios, dentro de cada microrregião, de acordo com a adesão de seus médicos à ESF.

Cada município foi classificado de acordo com a macrorregião, o nível do INS e o nível de adesão à ESF. A unidade de seleção considerada foi um conglomerado de aproximadamente 15 médicos⁷, formado dentro de cada microrregião, podendo envolver um ou mais municípios, com índice semelhante de adesão à ESF. Dentro de cada microrregião, o tamanho do conglomerado foi calculado de acordo com o total de médicos existentes, que foram subdivididos em conglomerados de tamanhos os mais próximos possíveis de 15. Todos os médicos do conglomerado selecionado foram entrevistados. Nos municípios maiores, em que apenas uma parcela dos médicos foi selecionada, obteve-se uma amostra proporcional de médicos convencionais e de ESF, a partir de uma lista atualizada de informações sobre as UBS e seus médicos.

3.1.3 - Implementação da amostra

Foram selecionadas duas amostras de 23 conglomerados cada uma, ou seja, 46 conglomerados, perfazendo um total de 690 médicos, distribuídos em 106 municípios do estado.

Nos 46 conglomerados selecionados, foram encontrados 703 médicos, 328 da ESF e 375 da APS convencional. Foram obtidas informações completas para 686 médicos, numa taxa de resposta de 98,5% para os médicos da ESF e 96,8% para os da APS convencional. “Recusa por falta de interesse na temática da pesquisa” foi o principal motivo de não resposta, que ocorreu principalmente entre os médicos do sexo masculino e dos grupos etários acima dos 40 anos, sem diferenciais importantes nos dois modelos de atuação.

3.1.4 - Equipe

A capacitação dos assistentes de pesquisa, realizada pelo CEPEQCS, contemplou a metodologia de survey, com ênfase nos aspectos cognitivos subjacentes ao processo de pergunta e resposta, e a validade das medidas, bem como a condução de entrevista e a supervisão do trabalho de campo.

A seleção dos entrevistadores foi realizada em conjunto pela equipe da UFMG e do CEPEQCS. Foram recrutados, preferencialmente, entrevistadores com formação superior completa ou em curso e, ainda, uma parcela de profissionais com experiência de trabalho em institutos de pesquisa na aplicação de questionários similares. Os requisitos do recrutamento foram: experiência e interesse pelo trabalho de pesquisa e disponibilidade para realizar coleta de dados em outros municípios. O treinamento dos entrevistadores recrutados envolveu uma etapa de capacitação quanto ao conteúdo técnico (objetivos da pesquisa, aspectos cognitivos do survey, condução da entrevista e aplicação do instrumento) e aspectos logísticos da pesquisa, com duração total de 12h e, em um segundo momento, uma etapa prática, que consistiu na atuação no pré-teste dos questionários da pesquisa.

A seleção dos entrevistados iniciou-se no próprio treinamento. Foram avaliados: comparecimento e participação integral no treinamento técnico e desempenho dos candidatos no pré-teste do instrumento; e, no que tange à qualidade do preenchimento do questionário, capacidade de fornecer esclarecimentos sobre a entrevista realizada e postura durante a coleta de dados.

O grupo de 17 entrevistadores selecionados passou por um segundo treinamento, no qual foram explicadas as mudanças feitas no questionário após o resultado do pré-teste, enfatizando a forma correta de preenchimento das questões e erros a evitar, a fim de garantir a qualidade do dado. Também foram abordados aspectos sobre a postura do pesquisador em campo e, ainda, os aspectos da logística da coleta e dinâmica da supervisão de campo.

⁶ O Índice de Necessidade de Saúde (INS) foi desenvolvido pela Fundação João Pinheiro para utilização como fator de alocação de recursos financeiros para a saúde pela SES-MG. Mais detalhes, ver (SES-MG, 2004) http://www.fjp.mg.gov.br//index.php?option=com_content&task=view&id=332&Itemid=99

⁷ O tamanho do conglomerado foi prefixado em 15, por se tratar do menor número de médicos existentes numa microrregião, de acordo com o 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária em Minas Gerais (BARBOSA e RODRIGUES, 2006).

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

3.1.5 - Coleta de dados

A execução do trabalho de campo foi realizada pela DM&P, empresa especializada em pesquisas de mercado, cujas atribuições envolveram: contratação dos entrevistadores selecionados pela equipe da UFMG; atualização da amostra; desenvolvimento da logística, seguindo o plano amostral (logística de transporte, logística financeira etc.); estabelecimento das rotas de coleta; definição das metas e controle de seu cumprimento; marcação das entrevistas; e desenvolvimento de relatório de campo.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de novembro de 2007 e agosto de 2008 por uma equipe de 23 entrevistadores. A segunda etapa, em julho e agosto de 2008. O tempo médio de permanência dos pesquisadores em campo foi de 7 dias e o máximo, 12 dias, variando conforme a localidade. Nas regiões mais distantes de Belo Horizonte, o entrevistador permanecia por um período de tempo maior, a fim de minimizar os deslocamentos.

O controle de qualidade da coleta foi operacionalizado mediante estreito acompanhamento do desenvolvimento da pesquisa pelos facilitadores logísticos da DM&P – responsáveis por orientar determinado número de entrevistados quanto às entrevistas agendadas, rotas, transporte e melhor forma de acesso aos médicos – e de contatos permanentes do entrevistador com os assistentes de pesquisa da equipe da UFMG (supervisores técnicos) responsável por seu acompanhamento.

A cada período de uma ou duas semanas, os entrevistadores se reuniam com seu supervisor técnico, em horário previamente agendado, para fazer a revisão e a entrega de cada questionário aplicado. Neste momento, caso os supervisores identificassem erros de preenchimento, inconsistências nas respostas das questões e/ou necessidade de complementação de informações, orientavam o entrevistador a retificar, confirmar e/ou coletar as informações faltantes por telefone diretamente com o médico entrevistado. Esta etapa constituiu também um momento para reforçar as orientações técnicas aos entrevistadores e ouvir relatos sobre as entrevistas que contextualizavam as respostas do entrevistado, o que se mostrou importante para a posterior codificação dos questionários e a análise dos dados.

3.1.6 - Processamento dos dados

O trabalho de digitação dos dados foi realizado por dois profissionais, por meio de um programa de entrada de dados desenvolvido especificamente para a pesquisa no software Microsoft Access, que contém controles interativos sobre intervalos das variáveis, inconsistências entre variáveis e fluxos dos questionários. O banco de dados foi gerado em formatos STATA e SPSS, a partir dos quais foram analisados erros de digitação e foi feita a verificação final da consistência dos dados. Erros de digitação e de consistência foram corrigidos com base na revisão dos questionários.

A montagem de variáveis derivadas para a análise preliminar dos resultados da pesquisa foi orientada pelas principais questões apontadas pela revisão da literatura. As variáveis correspondentes a cada uma das questões que compõem os instrumentos de coleta de dados e as variáveis derivadas construídas na análise dos dados estão relacionadas em um dicionário de dados. Nesse documento, cada variável é definida por um código, conforme identificação no banco de dados, com a respectiva descrição da informação que a variável fornece, o formato (numérica ou texto) e o tamanho (número de dígitos ou limite de caracteres), código e descrição das categorias de resposta das variáveis numéricas.

Os resultados do inquérito amostral serviu de referência para o detalhamento da fase qualitativa.

3.2 - Pesquisa qualitativa

Realizada por meio de grupos focais, após o módulo quantitativo, teve por objetivo discutir e aprofundar os resultados obtidos por meio dos questionários quantitativos, bem como reunir elementos que permitissem esclarecer resultados inusitados e temas polêmicos, de forma a propiciar maior entendimento a respeito dos fatores relacionados com a atração e fixação dos profissionais.

Foram realizados 10 grupos focais: 7 com médicos da ESF, 2 com médicos da APS convencional e 1 com estudantes do último ano do curso de medicina. Estes grupos foram distribuídos em municípios da RMBH e do interior do estado, de modo a contemplar diferentes realidades e experiências. O número de participantes nos grupos variou de 3 a 12 e o número de grupos realizados foi menor que o inicialmente previsto, tendo em vista que seus resultados se tornaram repetitivos.

O roteiro de discussão foi elaborado a partir dos resultados obtidos no módulo quantitativo da pesquisa, tendo sido abordados os seguintes temas: “Perfil dos médicos da ESF em relação às características de idade e tempo de formado”; “Caracterização dos médicos recém-formados que trabalham na SF”; “Formação dos médicos em termos de pós-graduação, com ênfase na importância relativa das diversas especialidades e nas motivações de especialistas em áreas diferentes das clínicas básicas para atuarem na APS”; “Processo de trabalho na ESF no tocante à percepção dos médicos quanto às atividades definidas para a ESF (realização de visitas domiciliares, acompanhamento de pacientes, atuação na prevenção e promoção a saúde e abordagem integral do cuidado, entre outros)”; “Mercado de trabalho, no que diz respeito ao tipo outras atividades exercidas pelos médicos e à percepção do emprego na ESF diante de outras oportunidades de trabalho”; “Motivação para trabalhar na ESF e/ou para deixá-la”; “Motivação pela qual os médicos do modelo convencional não iriam para ESF”; “Interferência política na rotatividade dos médicos da ESF”; “Fatores das condições de trabalho que afetam a atividade na ESF”; “Remuneração ideal para o médico da ESF”; “Influência da forma de contratação na fixação dos médicos na ESF e no município”; e “Efeito do plano de carreira sobre a fixação dos médicos na ESF”.

Os grupos foram moderados por membros da equipe e supervisionados pelos pesquisadores do projeto. Todos foram gravados, com a anuência dos participantes, e, posteriormente, transcritos, tendo sido seguidos todos os procedimentos descritos no documento enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A análise do material foi inspirada na metodologia da construção de redes de temas (ATTRIDE-STIRLING, 2001). Baseou-se na organização dos dados coletados, segundo os temas de interesse levantados na revisão bibliográfica.

A interpretação dos dados foi realizada a partir da leitura atenta das transcrições dos grupos, da identificação de trechos relevantes sobre cada tema, da codificação e seleção deste material e da sumarização e construção de relações entre os dados quantitativos e os qualitativos. Tais relações orientaram a apresentação dos dados dos grupos focais, feita a partir da inserção de trechos que completam e auxiliam a análise dos resultados quantitativos.

CAPÍTULO - 04

CAPÍTULO 04

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A temática da atração e retenção de profissionais é abordada nesta pesquisa com base na literatura sobre gestão de recursos humanos que discute a rotatividade, ou turnover, de profissionais, seus determinantes e consequências. Assume-se, como postula Borrelli (2004), que para se entender a rotatividade é necessário também estabelecer o conceito de retenção, uma vez que, estabelecidas as razões pelas quais um profissional se fixa por um período de tempo em determinado local, podem-se obter informações sobre aqueles que não o fazem, e vice-versa.

A retenção não significa prática profissional indefinida em um local, mas um tempo mínimo de permanência que permita o retorno do investimento em treinamento e recrutamento, e que gere resultados positivos (HUMPHREYS apud BORRELLI, 2004).

É importante considerar que a fixação dos médicos pode ser entendida sob três perspectivas: a) em uma mesma Equipe de Saúde da Família; b) na Estratégia de Saúde da Família; e c) no município.

Esta pesquisa vai buscar elementos que permitam caracterizar a fixação nessas três perspectivas.

A permanência na equipe foi abordada a partir da análise da proporção de profissionais que já mudaram de equipe e da motivação para essas mudanças. A fixação na ESF foi analisada mediante a distribuição percentual dos médicos por tempo total de atuação na ESF, independente do número de municípios trabalhados, e o desejo de continuar atuando na ESF. Já a permanência no município foi o parâmetro adotado na construção de hipóteses explicativas da natureza das causas do turnover dos médicos.

A atração do profissional por determinado modelo de atenção, de outro lado, é um fenômeno que depende de fatores individuais – atributos pessoais, motivações e preferências – e das características deste posto de trabalho – aspectos de gestão, organização do trabalho e condições de trabalho. Pode ser abordada de duas maneiras: primeira, perguntando diretamente ao médico o que o fez optar por trabalhar na ESF ou na APS convencional; e segunda, indiretamente, mediante a comparação do perfil do médico que atua na ESF com o de profissionais que trabalham na Atenção Primária Convencional, que representa a opção alternativa à SF para médicos que desejam trabalhar em serviços públicos de saúde.

Os resultados apresentados neste capítulo estão divididos em três seções. Na primeira, analisa-se o perfil dos médicos da ESF, comparativamente ao perfil dos médicos que atuam na APS convencional, em relação a aspectos considerados relevantes para a melhor compreensão dos fatores de atração e retenção dos profissionais, quais sejam: carac-

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

terísticas sociodemográficas, formação, trajetória profissional, inserção no mercado de trabalho, contrato de trabalho, projeto futuro e avaliação da ESF. Nas outras duas seções o foco é nos médicos da ESF e em indicadores de fixação. A segunda apresenta um panorama da trajetória profissional dos médicos na ESF, a partir das informações sobre tempo de trabalho, postos de trabalho ocupados e motivos da permanência ou de mudanças eventualmente realizadas. A terceira seção busca relacionar indicadores de fixação dos profissionais com fatores a ela associados, com base nas hipóteses apresentadas pela revisão de literatura ou levantadas no decorrer do processo da pesquisa relativas às dimensões dos fatores individuais, gestão e organização do trabalho e mercado de trabalho.

4.1 - Perfil dos médicos da Atenção Primária em Minas Gerais**4.1.1 - Características sociodemográficas**

Conforme apresentado na Tabela 1, 20% dos médicos da ESF têm menos de 30 anos de idade, grupo que na APS convencional representa apenas 5%, existindo um pequeno diferencial na proporção de profissionais com 60 anos e mais (13% e 11%, respectivamente). Embora os médicos da ESF sejam mais jovens que os da APS convencional, a grande maioria encontra-se em idades intermediárias, sendo 40,1 anos a idade média do médico da SF, pouco abaixo dos 44,9 anos da APS convencional. Verifica-se que há mais homens que mulheres e que a maior parte dos profissionais é casada, tanto na ESF quanto na APS convencional. No entanto, a proporção de solteiros na ESF é substancialmente maior que a existente na APS convencional.

Tabela 1

Distribuição percentual dos médicos por idade, sexo e estado civil, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
	Faixa etária				
ESF	menos de 29 anos	20,7	24,6	22,9	18,6
	de 30 a 39 anos	33,4	35,1	30,1	34,4
	de 40 a 49 anos	16,1	10,5	10,8	20,2
	de 50 a 59 anos	16,7	17,5	19,3	15,3
	60 anos ou mais	13,0	12,3	16,9	11,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
APS convencional	menos de 29 anos	4,7	6,1	2,4	5,6
	de 30 a 39 anos	21,8	20,0	21,8	23,4
	de 40 a 49 anos	30,9	34,8	24,2	33,9
	de 50 a 59 anos	31,4	31,3	36,3	26,6
	60 anos ou mais	11,3	7,8	15,3	10,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Sexo				
ESF	Feminino	37,2	56,1	43,4	28,4
	Masculino	62,8	43,9	56,6	71,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
APS convencional	Feminino	33,6	40,0	30,6	30,6
	Masculino	66,4	60,0	69,4	69,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Estado civil (1)				
ESF	Casado	58,8	45,6	60,2	62,3
	Solteiro	30,3	43,9	25,3	28,4
	Separado/viúvo	10,8	10,5	14,5	9,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

APS convencional	Casado	75,5	67,0	79,0	79,8
	Solteiro	14,0	22,6	8,1	12,1
	Separado/viúvo	10,5	10,4	12,9	8,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
ESF	N	323	57	83	183
APS convencional	N	363	115	124	124

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação a todas as características analisadas ($p < .01$), exceto "sexo".

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios apenas com relação a "sexo" na ESF ($p < .01$).

(1) Na categoria de "separados" estão incluídos os desquitados, divorciados e separados, judicialmente ou não.

A desagregação dos dados segundo o tipo de município mostra que não existe diferença estatisticamente significativa de distribuição por idade dos médicos que atuam na RMBH, nos municípios sede de macro e de microrregião de saúde e nos demais municípios do estado para ambos os modelos. Já a distribuição por sexo para médicos da ESF e por estado civil para ambos os modelos é diferente, com maior parcela de mulheres e de profissionais solteiros na RMBH que no restante do estado.

Para a análise da origem, foram relacionadas as tipologias dos municípios de origem com a tipologia do município onde os médicos trabalham atualmente. Considerou-se município de origem aquele onde o médico nasceu e/ou onde viveu sua infância até 12 anos. Os municípios em que os médicos trabalham foram categorizados usando a seguinte tipologia: "RMBH", "municípios sede de macro ou de microrregião de saúde" e "demais municípios de Minas Gerais". No caso da origem, além dessas foram estabelecidas três outras categorias: "Outros municípios de outras UFs"; "origem mista", sendo um dos locais de "outros municípios de Minas Gerais"; e "origem mista", sendo entre locais da "RMBH, sede de macro ou microrregião e outros municípios de outras UFs".

Destaca-se o fato de que 21% dos médicos possuem origem em mais de um tipo de município, incluindo aqueles fora de Minas Gerais. Aproximadamente 12% nasceram e viveram a infância na Região Metropolitana de Belo Horizonte, 32% em sede de macrorregião ou microrregião de saúde, 16% nos demais municípios de Minas Gerais e 19% de outros estados ou países (TAB. 2).

Na Tabela 2, observa-se que nos dois modelos de atuação os médicos trabalham em municípios de porte semelhante ao daquele em que foram socializados. Os profissionais que trabalham na RMBH e em municípios sede de macrorregião ou microrregião de saúde, respectivamente, 37% e 47% no caso da ESF e 36% e 50% no caso da APS convencional, têm origem e trabalho no mesmo tipo de município. Para os demais municípios de Minas Gerais, também um percentual mais elevado de profissionais tem origem nesse tipo de município, considerando tanto aqueles que têm origem unicamente nesse tipo de município como aqueles que têm aí apenas seu nascimento ou a vivência de sua infância (36% na ESF e 45% na APS convencional).

Tabela 2

Distribuição percentual dos médicos por município de origem, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Município de origem	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
ESF	RMBH	11,8	36,8	6,0	6,6
	Sede de macrorregião e de microrregião	32,2	17,5	47,0	30,1
	Outros municípios de Minas Gerais	15,8	5,3	12,0	20,8
	Outros municípios de outras Ufs	18,9	19,3	12,0	21,9
	Outros municípios de Minas Gerais & RMBH/Sede de macrorregião ou microrregião/outras UFs ou países	13,6	8,8	13,3	15,3
	Fora de Minas Gerais & RMBH/Sede de macrorregião ou microrregião	7,7	12,3	9,6	5,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	323	57	83	183

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

	RMBH	14,3	36,5	5,6	2,4
	Sede de macrorregião e de microrregião	34,2	18,3	50,0	33,1
	Outros municípios de Minas Gerais	18,5	13,9	15,3	25,8
	Outros municípios de outras Ufs	14,3	9,6	15,3	17,7
APS convencional	Outros municípios de Minas Gerais & RMBH/Sede de macrorregião ou microrregião/outras UFs ou países	13,8	13,9	8,1	19,4
	Fora de Minas Gerais & RMBH/Sede de macrorregião ou microrregião	5,0	7,8	5,6	1,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	363	115	124	124

Notas: * Não há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .30$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios com relação à característica analisada para ambos os modelos ($p < .01$).

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação apenas à variável *município onde a faculdade se localiza* ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios em relação apenas às variáveis *município onde a faculdade se localiza* na ESF e na APS convencional ($p < .01$) e *tipo de faculdade* na ESF ($p < .04$).

(1) A análise dos dados nas categorias "RMBH" e "Sede de macrorregião ou de microrregião" deve ser cautelosa, pois o número de casos é muito pequeno, podendo distorcer as análises.

4.1.2 - Formação profissional

A maior parte dos médicos que trabalha nos dois modelos formou-se em faculdades públicas (TAB. 3). Quanto ao local de formatura, na APS convencional predominam os médicos formados em faculdades localizadas em municípios do interior de Minas Gerais, enquanto na ESF é relativamente homogênea a distribuição entre Belo Horizonte, municípios do interior de Minas Gerais e em outras unidades da Federação.

Ao se considerar o tipo de local de trabalho, verifica-se que tanto na ESF quanto na APS convencional a maior parte dos médicos que estão na RMBH formou-se em Belo Horizonte, ao passo que nas sedes predominam médicos formados no interior mineiro. Nos demais municípios do estado, a distribuição é diferente: na ESF a maior parcela de médicos se formou fora de Minas Gerais, enquanto na APS convencional predominam os do interior deste estado. De qualquer forma, chama a atenção o fato de que os médicos que imigraram para Minas Gerais representam um terço da força de trabalho da ESF e um quinto da APS convencional.

A maior parte dos profissionais da APS convencional veio para Minas Gerais depois da formatura por "motivos pessoais e familiares". Para os médicos da ESF, também porque moravam no estado antes da graduação.

Tabela 3

Distribuição percentual dos médicos por tipo de faculdade, município e motivo para vir para Minas Gerais depois de formado, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008 - ERRATA: vide Anexos

No que diz respeito à formação em nível de pós-graduação, os médicos foram questionados se já haviam realizado algum curso. Apurou-se, em caso positivo, os cursos realizados (em número máximo de 5), especificados segundo o tipo (especialização/aperfeiçoamento, residência, mestrado e doutorado) e a respectiva área de especialização.

As informações sobre o tipo de curso foram categorizadas, sendo considerado, no caso dos médicos que realizaram mais de uma pós-graduação, o curso de grau mais elevado. A área de especialização foi classificada nas seguintes categorias: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Saúde de Família (SF), Medicina de Família e

⁸ Tais como: cardiologia, geriatria, nefrologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, traumatologia, urologia, alergologia, dermatologia, gastroenterologia, hemoterapia/hematologia, homeopatia, psiquiatria, infectologia, oncologia e otorrinolaringologia.

⁹ Por exemplo, infectologia pediátrica, neonatologia, neurologia pediátrica, psiquiatria infantil e do adolescente, cardiologia pediátrica e medicina do adolescente.

Comunidade (MFC), Especialidades Clínicas de Adulto⁸, Especialidades Pediátricas⁹, Subespecialidades Gineco-Obstétricas¹⁰, Cirurgia¹¹ e Anestesiologia, Especialidades Propedêuticas¹², Outras Especialidades Médicas¹³, Gestão da Saúde¹⁴ e Especialidades não Médicas (Psicologia e Metodologia do Ensino). Em um segundo momento, estas categorias foram agrupadas em três: Clínicas Básicas¹⁵, Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade (SF/MFC) e Outras Especialidades Médicas. A classificação final das áreas de especialização, apresentada na Tabela 4, mostra a combinação das áreas de todas as pós-graduações realizadas.

Tabela 4

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **			
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais	
ESF	Tipo de pós-graduação (1)					
	Não fez pós-graduação	26,6	24,6	24,1	28,4	
	Só fez especialização	36,2	45,6	42,2	30,6	
	Fez residência	34,7	28,1	33,7	37,2	
	Fez mestrado/doutorado	2,5	1,8	-	3,8	
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
	Número médio de cursos realizados	1,8	2,1	1,7	1,8	
	IC (95%)	(1,7 - 2,0)	(1,7 - 2,5)	(1,5 - 1,9)	(1,6 - 2,0)	
	N	323	57	83	183	
	APS convencional	Não fez pós-graduação	9,4	6,1	9,7	12,1
Só fez especialização		21,8	18,3	25,8	21,0	
Fez residência		65,3	70,4	62,1	63,7	
Fez mestrado/doutorado		3,6	5,2	2,4	3,2	
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	
Número médio de cursos realizados		1,9	2,0	1,8	1,8	
IC (95%)		(1,8 - 2,0)	(1,8 - 2,2)	(1,6 - 2,0)	(1,7 - 2,0)	
N		363	115	124	124	
ESF		Área da pós-graduação realizada				
		Clínicas Básicas	16,4	7,0	16,1	19,7
	SF/MFC	9,9	18,6	14,5	4,7	
	Clínicas Básicas e SF/MFC	3,9	4,7	3,2	3,9	
	Clínicas Básicas e Outras Especialidades	16,8	9,3	16,1	19,7	
	SF/MFC e Outras Especialidades	13,4	23,3	8,1	12,6	
	Clínicas Básicas e SF/MFC e Outras Especialidades	5,6	16,3	8,1	0,8	
	Outras Especialidades	34,1	20,9	33,9	38,6	
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
	N (2)	232	43	62	127	
ESF	Clínicas Básicas	35,4	31,5	39,3	35,2	
	SF/MFC	2,7	1,9	2,7	3,7	
	Clínicas Básicas e SF/MFC	1,2	2,8	0,9		

¹⁰ Reprodução assistida, infertilidade, mastologia e uroginecologia.

¹¹ Cirurgia vascular, cirurgia geral, neurocirurgia e cirurgia geral.

¹² Por exemplo, anatomia patológica, ultrasonografia, endoscopia, microbiologia e patologia clínica.

¹³ Medicina do trabalho, homeopatia, medicina do exercício e do esporte, acupuntura médica, fitoterapia, perícia médica e fisioterapia.

¹⁴ Administração de serviços de saúde, administração hospitalar, auditoria médica.

¹⁵ Clínicas Básicas – incorporam as especialidades clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios apenas com relação a "Área da pós-graduação realizada" na ESF ($p < .01$).

(1) Nos casos em que o médico fez mais de uma pós-graduação foi considerado o grau mais elevado.

(2) Número de casos que fizeram pelo menos uma pós-graduação.

Distribuição percentual dos médicos por tipo e área da pós-graduação, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008
Observa-se que na ESF há um percentual maior de médicos que não possuem nenhum tipo de pós-graduação do que na APS convencional, mas que o número médio de cursos realizados é semelhante. O diferencial entre os dois modelos deve-se, pelo menos em parte, ao fato de os médicos da ESF terem se formado há menos tempo, tendo assim menos tempo para realizar pós-graduação, como demonstram os dados apresentados na Tabela 8.

Verifica-se ainda que a distribuição por tipo de pós-graduação realizada é diferente. Na APS convencional o percentual de profissionais que fizeram residência (65%) é mais expressivo do que na ESF (35%), na qual se destacam os cursos de especialização (36,2%).

Com relação às áreas de pós-graduação, a grande maioria dos médicos fez cursos nas Clínicas Básicas e na Saúde da Família (SF) ou Medicina de Família e Comunidade (MFC), sozinhos ou combinados com especialidades não características da Atenção Primária à Saúde. Chama a atenção o fato de que os profissionais que fizeram apenas essas Outras Especialidades representam 34% dos médicos da ESF, percentual significativamente superior aos 22% de médicos da APS convencional. Vale ressaltar que 32% dos profissionais da ESF possuem pós-graduação em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade. Nota-se, ainda, que as diferenças quanto ao tipo de pós-graduação realizada entre os tipos de municípios não são estatisticamente significativas.

Foi também investigado com os médicos entrevistados o desejo de realizar cursos de pós-graduação e a área de interesse. A Tabela 5 mostra que a maioria dos médicos respondeu positivamente, mesmo no grupo dos que já fizeram pós-graduação. Na ESF, é maior o percentual de profissionais que expressam o desejo de se especializar comparativamente à APS convencional, sendo os diferenciais mais acentuados no grupo que ainda não fez nenhum tipo de pós-graduação.

Tabela 5

Desejo de fazer curso de pós-graduação para médicos que já fizeram e não fizeram pós-graduação, segundo o

Fez pós-graduação	Desejo de fazer pós-graduação	Minas Gerais	Modelo de atenção *	
			ESF	APS convencional
Já fez pós-graduação	Sim	65,3	75,1	58,2
	Não	34,7	24,9	41,8
	Total	100,0	100,0	100,0
	N	565	237	328
Não fez pós-graduação	Sim	82,5	89,5	64,7
	Não	17,5	10,5	35,3
	Total	100,0	100,0	100,0
	N	120	86	34
Todos os médicos	Sim	68,3	78,9	58,8
	Não	31,7	21,1	41,2
	Total	100,0	100,0	100,0
	N	685	323	362

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Chama atenção que 25% dos médicos da ESF pretendem cursar residência e cerca de 20% querem mestrado e/ou doutorado. Esta última parcela é semelhante à dos médicos da APS convencional, grupo em que predomina o desejo de realizar cursos de especialização.

Em relação à área de pós-graduação desejada (TAB. 6), nos dois modelos destacam-se especialidades médicas que não as das áreas básicas ou Saúde da Família / Medicina de Família e Comunidade (uma delas ou duas ou mais delas combinadas). Os médicos que declararam desejo de cursar pós-graduação nas áreas características da Atenção Primária representam 35% dos médicos da ESF e 41% dos médicos da APS convencional.

Tabela 6

Distribuição percentual dos médicos que desejam realizar pós-graduação, por tipo e área de especialização que

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
Deseja fazer pós-graduação e tipo de pós-graduação desejada(1)					
ESF	Não quer realizar pós-graduação	21,2	19,6	24,4	20,2
	Quer realizar apenas especialização	34,6	25,0	29,3	39,9
	Quer realizar residência	24,6	23,2	25,6	24,6
	Quer realizar mestrado/doutorado	19,6	32,1	20,7	15,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	321	56	82	183
APS convencional	Não quer realizar pós-graduação	41,3	40,7	45,2	37,9
	Quer realizar apenas especialização	30,5	29,2	26,6	35,5
	Quer realizar residência	6,6	5,3	8,1	6,5
	Quer realizar mestrado/doutorado	21,6	24,8	20,2	20,2
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	361	113	124	124
Área da pós-graduação desejada					
ESF	Clínicas Básicas e SF/MFC	24,0	13,0	25,4	26,9
	Clínicas Básicas/SF/MFC e Outras Especialidades	9,8	23,9	4,8	7,6
	Outras Especialidades Médicas	66,1	63,0	69,8	65,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	254	46	63	145
APS convencional	Clínicas Básicas e SF/MGC	35,2	27,9	42,4	35,5
	Clínicas Básicas/SF/MFC e Outras Especialidades	6,2	7,4	4,5	6,6
	Outras Especialidades Médicas	58,6	64,7	53,0	57,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	210	68	66	76

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação a todas as características analisadas ($p < .01$ e $p < .02$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios com relação a todas as características analisadas na ESF ($p < .01$).

(1) Nos casos em que o médico fez mais de uma pós-graduação foi considerado o grau mais elevado.

desejam, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Outro aspecto considerado sobre a formação dos médicos foi a realização de cursos de capacitação oferecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) ou pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) (ver TAB. 7). Em geral, percebe-se que para quase todos os cursos selecionados a participação de médicos da ESF é maior comparativamente à dos médicos da APS convencional. O curso mais frequentemente realizado nos dois modelos foi o Curso de Atualização

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

em Hanseníase. Vale a pena ainda destacar que apenas 38% dos médicos da ESF participaram do Treinamento Introdutório em Saúde da Família, que alcançou cerca de 10% dos médicos que estão na APS convencional. A parcela de profissionais que teve a oportunidade de frequentar a Oficina do Plano Diretor da APS também é baixa em ambos os modelos.

Os dados (TAB. 7) sugerem também que não existem diferenças estatisticamente significantes na participação nestes cursos segundo o tipo do município onde os médicos trabalham.

Tabela 7
Distribuição percentual dos médicos por participação em cursos de capacitação oferecidos pela Secretaria de Saúde, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
	Número de cursos				
	Média	3,6	3,7	4,7	3,1
	IC (95%)	(3,2 - 4,0)	(2,8 - 4,6)	(3,9 - 5,4)	(2,6 - 3,5)
	Tipo de curso				
ESF	Treinamento Introdutório em Saúde da Família	37,8	47,4	44,6	31,7
	Curso de AIDIPI (1)	16,1	28,1	15,7	12,6
	Curso de Atualização em Diabetes	35,0	33,3	49,4	29,0
	Curso de Atualização em Hipertensão	35,6	36,8	48,2	29,5
	Curso de Atualização em DST/AIDS	34,4	36,8	44,6	29,0
	Curso de Atualização em Saúde da Mulher	32,2	35,1	45,8	25,1
	Curso de Atualização em Tuberculose	36,2	50,9	44,6	27,9
	Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador	12,1	14,0	14,5	10,4
	Curso de Atualização em Hanseníase	43,7	33,3	50,6	43,7
	Curso de Atualização em Imunização	8,7	12,3	7,2	8,2
	Curso de formação em Humanização da Atenção	9,6	8,8	15,7	7,1
	Treinamento para Preenchimento do SIAB	13,0	14,0	21,7	8,7
	Programa de Educação Permanente para Médicos (PEP)	12,4	7,0	14,5	13,1
	Oficina do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde	8,4	3,5	12,0	8,2
	Oficina do Programa Viva Vida	24,5	7,0	37,3	24,0
		N	323	57	83
APS convencional	Número de cursos				
	Média	2,1	2,4	2,2	1,9
	IC (95%)	(1,8 - 2,4)	(1,9 - 2,9)	(1,7 - 2,7)	(1,4 - 2,4)
	Tipo de curso				
	Treinamento Introdutório em Saúde da Família	10,7	10,4	10,5	11,3
	Curso de AIDIPI (1)	8,8	14,8	4,8	7,3
	Curso de Atualização em Diabetes	21,5	24,3	25,0	15,3

Curso de Atualização em Hipertensão	20,7	22,6	25,0	14,5
Curso de Atualização em DST/AIDS	24,5	28,7	27,4	17,7
Curso de Atualização em Saúde da Mulher	15,4	12,2	17,7	16,1
Curso de Atualização em Tuberculose	25,3	38,3	21,0	17,7
Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador	8,8	8,7	8,1	9,7
Curso de Atualização em Hanseníase	25,9	22,6	25,0	29,8
Curso de Atualização em Imunização	15,2	19,1	12,1	14,5
Curso de formação em Humanização da Atenção	7,2	5,2	6,5	9,7
Treinamento para Preenchimento do	3,0	3,5	3,2	2,4

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação aos cursos analisados ($p < .01$), **exceto** para Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador, Curso de formação em Humanização da Atenção, Oficina do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios com relação aos seguintes cursos analisados: a) para ESF e convencional: Curso de AIDIPI e Curso de Atualização em Tuberculose ($p < .01$); b) apenas para ESF: Curso de Atualização em Diabetes, Curso de Atualização em Saúde da Mulher e Oficina do Programa Viva Vida ($p < .01$); Treinamento Introdutório em Saúde da Família, Curso de Atualização em Hipertensão, Curso de Atualização em DST/AIDS, Treinamento para Preenchimento do SIAB ($p < .04$).

(1) Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

4.1.3 - Exercício profissional e participação no mercado de trabalho

A experiência profissional dos entrevistados pode ser analisada a partir de dados sobre o seu tempo de formado e sua inserção no mercado de trabalho, que foi pesquisada por meio do levantamento de outros locais em que o médico trabalhava além do serviço onde foi entrevistado. Para cada uma das atividades declaradas foram registrados o tipo de serviço e a área de especialidade.¹⁶ Estes dados mostram que os médicos da APS convencional apresentam características que os diferenciam dos que atuam na ESF.

A distribuição do tempo de formado, que pode ser considerada como um indicador do tempo em que os médicos estão no mercado de trabalho (TAB. 8), mostra que 68% dos médicos da ESF não estão em fases iniciais de sua carreira, pois formaram-se há mais de cinco anos.

Tabela 8

Distribuição percentual dos médicos por tempo de formado, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
Tempo de formado					
ESF	Menos de 2 anos	16,4	22,8	15,7	14,8
	2 a 4 anos	15,5	10,5	16,9	16,4
	5 a 9 anos	18,3	22,8	15,7	18,0
	10 anos ou mais	49,8	43,9	51,8	50,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	323	57	83	183
APS convencional	Menos de 2 anos	1,4	2,6	-	1,6
	2 a 4 anos	5,2	6,1	5,6	4,0
	5 a 9 anos	10,2	7,8	8,9	13,7
	10 anos ou mais	83,2	83,5	85,5	80,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	363	115	124	124

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

** Não há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios ($p > .31$).

¹⁶ O questionário tinha espaço para o registro de até cinco locais de trabalho. Os serviços foram classificados nos seguintes tipos: 1. Hospital; 2. Consultório ou Ambulatório não-SUS; 3. Unidade Básica (Posto ou Centro) de Saúde do SUS; 4. Ambulatório ou unidade de especialistas do SUS; e 5. Outro (com especificação).

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

No entanto, os médicos da ESF estão há menos tempo no mercado do que médicos da APS convencional, sendo que 83% destes formaram-se há mais de dez anos. Vale ressaltar que, embora a grande maioria dos médicos da ESF não seja muito jovem, o percentual de recém-formados é expressivo (16%) comparativamente aos da APS convencional (7%). Entre os tipos de município não existe diferença estatisticamente significativa da distribuição dos médicos por tempo de formado.

Quanto à carga horária na APS (TAB. 9), observa-se que cerca de 8% dos médicos da ESF são contratados para uma jornada de trabalho menor do que as 40 horas semanais regulamentares neste modelo de atenção. Por outro lado, aproximadamente 90% dos médicos da APS convencional são contratados para até 20 horas semanais, carga horária tradicional neste modelo, mas existem médicos com uma jornada de trabalho maior, especialmente em municípios fora da RMBH.

Tabela 9

Distribuição percentual dos médicos por carga horária contratada, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Carga horária semanal	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
ESF	Menos de 40 horas	8,2	1,8	7,3	10,7
	40 horas ou mais	91,8	98,2	92,7	89,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	317	57	82	178
APS convencional	Até 20 horas	89,4	93,9	91,8	82,9
	21 a 30 horas	3,1	3,5	1,6	4,1
	40 horas ou mais	7,5	2,6	6,6	13,0
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	360	115	122	123

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios apenas para a APS convencional ($p < .03$).

Os dados sobre a inserção dos profissionais no mercado de trabalho (TAB. 10) mostram que a maior parte dos médicos exerce outro tipo de atividade além do trabalho na APS, acumulando, portanto, uma carga horária semanal expressiva, conforme descrito a seguir.

Aproximadamente 25% dos médicos trabalham apenas na ESF, uma proporção muito superior à da APS convencional (3%). Outra diferença refere-se ao comportamento mais frequente constatado na ESF de ter apenas uma atividade adicional, enquanto na APS convencional predomina o percentual de médicos com duas ou mais atividades. Vale registrar, no entanto, que existem profissionais da SF que atuam em três ou mais outras atividades. A carga horária dos médicos da APS convencional nas outras atividades é, em média, superior à dos médicos da ESF.

Tabela 10

Distribuição percentual dos médicos por número de outras atividades além da APS e carga horária nestas outras atividades, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de Macro ou Microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
Número de outras atividades					
	Não trabalha em outra atividade	25,7	35,1	33,7	19,1
	Uma atividade	41,8	43,9	33,7	44,8
	Dois atividades	21,7	17,5	21,7	23,0

ESF	Três ou mais atividades	10,8	3,5	10,8	13,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Média (atividades)	1,2	0,9	1,2	1,3
	IC (95%)	(1,1 - 1,3)	(0,7 - 1,2)	(0,9 - 1,4)	(1,2 - 1,5)
	N	323	57	83	183
APS convencional	Não trabalha em outra atividade	3,0	2,6	0,8	5,6
	Uma atividade	26,7	32,2	25,0	23,4
	Duas atividades	35,8	35,7	41,9	29,8
	Três ou mais atividades	34,4	29,6	32,3	41,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Média (atividades)	2,2	2,0	2,3	2,2
	IC (95%)	(2,1 - 2,3)	(1,8 - 2,2)	(2,1 - 2,5)	(2,0 - 2,4)
N	363	115	124	124	
Carga Horária					
ESF	Média (horas)	27,4	21,9	27,1	28,8
	IC (95%)	(25,1 - 29,7)	(18,5 - 25,4)	(22,1 - 32,1)	(25,7 - 32,0)
	N	238	37	54	147
APS convencional	Média (horas)	35,6	32,9	38,1	35,4
	IC (95%)	(33,3 - 37,9)	(29,9 - 35,8)	(33,5 - 42,8)	(31,5 - 39,4)
	N	352	112	123	117

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios em relação à característica analisada ($p < .02$).

A desagregação dos dados por tipo de município de trabalho sugere que no caso da ESF o número médio de outros locais de trabalho e a carga horária média em outras atividades são significativamente superiores para os profissionais que atuam nos municípios de “menor porte” em relação aos médicos que atuam na RMBH. No caso da APS convencional a média de outras atividades exercidas e de carga horária dessas atividades não mostra diferenças significativas entre os tipos de municípios.

Os dados sobre os tipos de outras atividades nas quais os médicos atuam (TAB. 11) indicam que também o padrão de exercício profissional é diferente entre os médicos da ESF e da APS convencional.

Tabela 11

Distribuição percentual dos médicos que trabalham em outras atividades além da APS, por tipo de atividade, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Tipo de atividades	Minas Gerais*	Município onde o médico trabalha atualmente**		
			RMBH	Sede de Macro ou Microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
ESF	Só hospital/PA(1) /plantão	49,6	51,4	38,2	53,4
	Só UBS (2)	2,1	2,7	5,5	0,7
	Só atividades não APS (3)	15,0	21,6	12,7	14,2
	Hospital/PA/plantão e UBS	1,7	-	1,8	2,0
	Hospital/PA/plantão e atividade não APS	25,4	24,3	30,9	23,6
	UBS e atividades não APS	2,5	-	3,6	2,7
	Hospital/PA/plantão, UBS e atividade não APS	3,8	-	7,3	3,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	240	37	55	148

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

	Só hospital/PA(1) /plantão	13,4	12,5	12,2	15,4
	Só UBS (2)	5,1	8,9	2,4	4,3
	Só atividades não APS (3)	18,8	25,9	20,3	10,3
	Hospital/PA/plantão e UBS	5,7	1,8	5,7	9,4
APS convencional	Hospital/PA/plantão e atividade não APS	35,2	29,5	42,3	33,3
	UBS e atividades não APS	9,1	15,2	4,9	7,7
	Hospital/PA/plantão, UBS e atividade não APS	12,8	6,3	12,2	19,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	352	112	123	117

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios apenas com relação ao modelo convencional ($p < .01$).

(1) Pronto Atendimento; (2) Unidade Básica (Posto ou Centro) de Saúde do SUS onde o médico atua nas clínicas básicas, ou seja, clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, saúde da família, medicina geral e da comunidade; (3) Consultório ou Ambulatório não SUS e Ambulatório ou unidade de especialistas do SUS no qual o médico atua como especialista.

Na ESF, quase 50% dos médicos que exercem outra atividade trabalham em hospitais, serviços de pronto atendimento ou fazem plantões. Segue-se em importância uma combinação de trabalhos em um destes locais com atividades não APS (atividades como especialista) e a atuação restrita a serviços não APS.

No caso dos médicos que trabalham na APS convencional, tem maior importância a atuação em atividades não APS, isoladamente ou em combinação com atividades hospitalares, em pronto atendimento e/ou plantões. Também é maior do que na ESF o exercício de atividades em UBS, sendo interessante notar que 18 dos 363 médicos entrevistados em postos de trabalho da APS convencional trabalhavam também como médicos da ESF, 13 dos quais em outros municípios.

Outro dado interessante é a carga horária semanal de trabalho nas outras atividades. Ela é apresentada na Tabela 12, para o total da amostra, sendo registrados o percentual de médicos em cada categoria em relação tanto ao total de entrevistados quanto aos que exercem outra atividade, a carga horária semanal, e média e mediana, por tipo de serviço e modelo de atenção.

Verifica-se que a carga horária semanal prestada em outras atividades é, em média, de 27,4 horas para os médicos da ESF e 35,6 horas para os médicos da APS convencional. Considerando que a jornada de trabalho semanal na ESF é de 40 horas e que 20 horas é a jornada típica na APS convencional, verifica-se que o médico da ESF teria uma carga horária semanal média (considerando todos os serviços) muito superior à do médico da APS convencional. Ainda que se considere que parte desta carga horária possa ser superposta – ou seja, que ela diga respeito a atividades exercidas em regime de sobreaviso – este dado parece sinalizar que nem todos os profissionais estariam cumprindo as 40 horas de seu contrato como médico da saúde da família.

Tabela 12

Distribuição percentual dos médicos que trabalham em outras atividades além da APS, por tipo de atividade e carga horária semanal, e média e mediana, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Tipo de atividades	% em relação aos médicos que possuem outros trabalhos *	% em relação ao total de médicos	Carga horária semanal MÉDIA em outros trabalhos (horas) (1)	Carga horária semanal MEDIANA em outros trabalhos (horas)	IC para média (95%)
	Não possui outras atividades	-	26,4	-	-	-
	Só hospital/PA/plantão	50,0	36,8	24,6	24,0	(21,6 - 27,6)
	Só UBS	2,1	1,5	16,8	12,0	(8,6 - 25,0)
	Só atividades não APS	15,1	11,1	17,9	18,5	(12,7 - 23,0)
ESF	Hospital/PA/plantão e UBS	1,7	1,2	28,5	25,0	(-6,4 - 63,4)
	Hospital/PA/plantão e não APS	24,8	18,3	36,6	32,0	(31,8 - 41,3)
	UBS e não APS	2,5	1,9	22,7	23,0	(10,9 - 34,4)
	Hospital e UBS e não APS	3,8	2,8	50,6	53,0	(38,8 - 62,4)
	Total	100,0	100,0	27,4	24,0	(25,1 - 29,7)
	N	238	323	238	238	238

	Não possui outras atividades	-	3,0	-	-	-
	Só hospital/PA/plantão	13,4	12,9	25,0	24,0	(20,3 - 29,7)
	Só UBS	5,1	5,0	24,1	22,0	(17,3 - 31,0)
	Só atividades não APS	18,8	18,2	22,7	20,0	(19,6 - 25,9)
	Hospital/PA/plantão e UBS	5,7	5,5	51,5	52,0	(37,3 - 65,7)
APS convencional	Hospital/PA/plantão e não APS	35,2	34,2	40,6	38,0	(36,5 - 44,6)
	UBS e não APS	9,1	8,8	35,1	32,0	(30,0 - 40,1)
	Hospital e UBS e não APS	12,8	12,4	49,5	47,0	(43,4 - 55,6)
	Total	100,0	100,0	35,6	32,0	(33,3 - 37,9)
	N	352,0	363,0	352,0	352,0	352

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

(1) A distribuição percentual e total de médicos da ESF é diferente da tabela anterior porque para 2 casos não há informação para carga horária.

A desagregação dos dados por tipo de outras atividades mostra que a jornada média dos médicos cuja atividade adicional se dá em hospital/pronto atendimento/plantão gira em torno de 24 horas (duração típica deste tipo de atividade), parte da qual pode ocorrer no período noturno ou em finais de semana. Médicos que atuam não apenas neste tipo de serviço mas também em ambulatorios não APS dispõem mais tempo: em média, 36,6 e 40,6 horas semanais para aqueles da ESF e da APS convencional, respectivamente. Note-se, ainda, que existem médicos cuja carga horária semanal média é de quase 50 horas, valor extremamente alto, especialmente quando se considera que a ele devem-se somar as 40 horas de jornada da ESF ou entre 12 e 20 horas da jornada na APS convencional.

Ao rearranjar os dados de forma a se examinar a distribuição do total de postos de trabalho¹⁷ ocupados pelos médicos e classificando-se estes postos por sua vinculação ao SUS, é possível dar outra dimensão à análise: o exame da importância do setor público no mercado de trabalho médico. Nesta classificação, apresentada na Tabela 13, foram consideradas como SUS os postos de trabalho em ambulatório ou unidade de especialistas do SUS e nas UBS (adicionando-se a estas o posto de trabalho onde o médico foi entrevistado). Como não SUS foram considerados os postos de trabalho informados como consultório/ambulatório não SUS, assim como a categoria Outro tipo de serviço. Note-se que a categoria Hospital/pronto atendimento/plantão foi considerada em separado, mas em sua quase totalidade compreende serviços vinculados (ou financiados) pelo SUS.

Verifica-se que os 323 médicos da ESF entrevistados ocupavam no momento da pesquisa 716 postos de trabalho, enquanto os 363 médicos entrevistados na APS convencional ocupavam 1.152 postos. Quanto à sua natureza, 50% destes postos de trabalho correspondem a atividades ligadas ao SUS, tanto na ESF quanto na APS convencional. Em média, os médicos da APS convencional ocupam 3,2 postos de trabalho, enquanto para os médicos da ESF este índice é menor, 2,2 postos de trabalho.

¹⁷ A variável posto de trabalho foi composta pela soma de todos os trabalhos exercidos por todos os médicos em uma certa categoria, considerando-se como categorias os seguintes tipos de postos de trabalho: Hospital, Consultório/Ambulatório não SUS, Unidade Básica de Saúde do SUS, Ambulatório / unidade de especialistas do SUS, Outro tipo de serviço, Pronto atendimento/plantão e ESF. Os casos que aparecem com a resposta "Outro" no questionário foram individualmente examinados, sendo reclassificados quando pertinente. A categoria residual "Outro tipo de serviço" compreende postos de trabalhos exercidos em escolas médicas, atividades de gerência e coordenação em instituições não SUS, funções administrativas e outras cujo escopo não estava claro.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Tabela 13

Número e percentagem de postos de trabalho ocupados pelos médicos entrevistados, por tipo de serviço, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atuação	Tipo de posto de trabalho (1)	Número de postos de trabalho	Distribuição relativa por tipo de posto de trabalho (%)*	Número médio de postos de trabalho por médico	IC para média (95%)
ESF	Hospital /PA / plantão	226	31,6	0,7	(0,6 - 0,8)
	SUS	376	52,5	1,2	(1,1 - 1,2)
	Não SUS	114	15,9	0,4	(0,3 - 0,4)
	Total	716	100,0	2,2	(2,1 - 2,3)
APS convencional	Hospital /PA / plantão	302	26,2	0,8	(0,8 - 0,9)
	SUS	561	48,7	1,5	(1,5 - 1,6)
	Não SUS	289	25,1	0,8	(0,7 - 0,9)
	Total	1152	100,0	3,2	(3,1 - 3,3)
Total	Hospital /PA / plantão	528	28,3	0,8	(0,7 - 0,8)
	SUS	937	50,2	1,4	(1,3 - 1,4)
	Não SUS	403	21,6	0,6	(0,5 - 0,6)
	Total	1868	100,0	2,7	(2,6 - 2,8)

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

(1) Inclui o posto de trabalho em que o médico foi entrevistado

O panorama das atividades profissionais é complementado pelo exame do tipo de especialidade exercido nos outros postos de trabalhos além daquele no qual o médico foi entrevistado. Esta informação, que se encontra na Tabela 14, mostra que os médicos da APS mantêm na maioria dos outros postos de trabalho a mesma área de atuação da UBS onde foram entrevistados, ou seja, nas especialidades básicas (78%). Contudo, no caso dos médicos da ESF uma parcela significativa desses outros postos de trabalho ocorre em outras especialidades não características da atenção primária (25%), ao contrário dos médicos da APS convencional. Esse dado, também observado na análise sobre a área de pós-graduação, mostra que os médicos da ESF têm mais frequentemente qualificação específica para outras áreas de atenção do que os médicos que estão na APS convencional, a maior parte dos quais se formou e atuam exclusivamente nas especialidades básicas.

Tabela 14

Distribuição percentual de médicos em outros postos de trabalho ocupados (excluído o local da entrevista), por área da especialidade, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Área de especialidade exercida nos outros postos de trabalho	Modelo de Atenção *			
	ESF		APS convencional	
	N	%	N	%
Especialidades básicas	279	71,2	641	82,0
Clinica Médica	179	45,7	173	22,1
Pediatria	31	7,9	207	26,5
Ginecologia/Obstetria	28	7,1	215	27,5
Generalista	39	9,9	28	3,6
Medicina de Família	2	0,5	18	2,3
Outras especialidades	97	24,7	115	14,7
Especialidades Clínicas de Adulto	53	13,5	44	5,6
Subespecialidades Pediátricas (clínica e cirúrgica)	1	0,3	11	1,4
Subespecialidades Gineco-obstétricas (clínica e cirúrgica)	7	1,8	4	0,5
Cirurgias e Anestesiologia	24	6,1	23	2,9
Especialidades Propedêuticas	1	0,3	12	1,5
Outras Especialidades Médicas (Acupuntura, Fitoterapia, Fisiatria)	11	2,8	21	2,7
Urgência/Emergência	11	2,8	8	1,0
Gestão da Saúde (Administração de serviços de saúde, Administração hospitalar, Auditoria médica, Coordenação de curso...)	4	1,0	18	2,3
Outras especialidades não médicas (Psicologia, Metodologia do Ensino)	1	0,3	-	-
Total	392	100,0	782	100,0

Notas: Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

4.1.4 - Contrato de trabalho

A Tabela 15 mostra diferenças expressivas nas formas de contratação dos médicos da ESF e da APS convencional. Enquanto mais de 50% dos médicos da ESF tem contrato sem todas as garantias trabalhistas, na APS convencional predominam largamente os contratos estáveis de trabalho por meio de concurso público (59%). Médicos da ESF contratados via concurso público representam pouco mais de 20% do total. Esta proporção, em grande medida, se deve ao fato de 74% dos médicos entrevistados na RMBH terem esta forma de contratação, em flagrante contraste com os demais municípios, nos quais 10% dos médicos da ESF são concursados.

Quanto à contratação desejada, é interessante notar que as formas precárias de vinculação são rechaçadas pela grande maioria, mas o concurso público não é a forma preferida de contratação pela maior parte dos médicos da ESF, e sim os contratos com garantias trabalhistas, ao contrário do que ocorre com os médicos da APS convencional.

Tabela 15
Distribuição percentual dos médicos, de acordo com a forma de contratação atual e desejada,
segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
Forma de contratação atual					
ESF	Concurso público	21,4	73,7	10,8	9,8
	Contrato com todas garantias trabalhistas	23,5	8,8	42,2	19,7
	Contrato sem todas garantias trabalhistas e quer mudar	46,7	17,5	39,8	59,0
	Contrato sem todas garantias trabalhistas e não quer mudar	5,6	-	7,2	6,6
	Indeterminado	2,8	-	-	4,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	323	57	83	183
APS convencional	Concurso público	59,0	70,4	62,9	44,4
	Contrato com todas garantias trabalhistas	13,8	8,7	19,4	12,9
	Contrato sem todas garantias trabalhistas e quer mudar	20,4	13,9	12,1	34,7
	Contrato sem todas garantias trabalhistas e não quer mudar	6,3	6,1	5,6	7,3
	Indeterminado	0,6	0,9	-	0,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	363	115	124	124
Forma de contratação desejada					
ESF	Concurso público	37,8	71,9	38,6	26,8
	Contrato com todas garantias trabalhistas	54,8	24,6	54,2	64,5
	Contrato sem todas garantias trabalhistas	5,9	-	7,2	7,1
	Indeterminado	1,5	3,5	-	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
	N	323	57	83	183
APS convencional	Concurso público	57,0	61,7	61,3	48,4
	Contrato com todas garantias trabalhistas	34,2	30,4	28,2	43,5
	Contrato sem todas garantias trabalhistas	7,4	7,0	8,1	7,3
	Indeterminado	1,4	0,9	2,4	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
	N	363	115	124	124

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios com relação a todas as características analisadas ($p < .01$), exceto para forma de contratação desejada no modelo convencional.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Os dados ainda sugerem que na ESF existe associação entre o tipo de vínculo preferido e o município de trabalho, sendo o vínculo estatutário mais valorizado na RMBH e sedes das regiões de saúde que nos demais municípios do estado. Vale ainda notar que alguns médicos, principalmente da RMBH, contratados via concurso público responderam que preferiam ter outro tipo de vínculo.

Assim, a pesquisa sugere que os médicos valorizam mais a existência de garantias trabalhistas do que a estabilidade no emprego.

Indícios sobre a relativa pouca importância da estabilidade dada pelo concurso público aparecem nos dados da Tabela 16, que expressam a opinião dos entrevistados sobre os aspectos mais importantes no seu projeto de vida profissional. Por meio deles pode-se verificar que dois temas – emprego que permita conciliar a vida profissional com a familiar e valorização e reconhecimento do trabalho – foram citados por 50% dos entrevistados, enquanto o contrato de trabalho estável mereceu a preferência de menos de 10% dos médicos. Contudo, vale destacar que, em conjunto, os aspectos que se inscrevem na seara da gestão de recursos humanos – ter perspectiva de ascensão na carreira, oportunidades de capacitação, boa remuneração, contrato estável e flexibilidade de horário –, que podem ser alvo de políticas, foram relacionados por quase 30% dos médicos da ESF e por pouco mais de 20% da APS convencional. Também importante é que quase 20% dos entrevistados almejam exercer sua profissão em locais com boas condições de infraestrutura e recursos materiais.

Tabela 16

Distribuição percentual dos médicos, por aspecto considerado mais importante no seu projeto profissional, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008.

Aspecto mais importante no projeto profissional	Minas Gerais	Modelo de atenção *	
		ESF	APS convencional
<i>Ter emprego que permita conciliar vida profissional e familiar</i>	29,9	31,2	28,7
<i>Gestão de recursos humanos</i>	24,3	28,7	20,4
Ter uma ocupação com perspectiva de ascensão na carreira	6,0	8,7	3,6
Ter oportunidades de capacitação	3,8	4,7	3,0
Ter um contrato de trabalho estável	7,6	8,4	6,9
Conseguir uma boa remuneração	4,0	4,4	3,6
Trabalhar com flexibilidade de horário	2,9	2,5	3,3
<i>Alcançar valorização e reconhecimento do trabalho</i>	20,6	18,3	22,6
<i>Condições de trabalho</i>	19,1	16,2	21,6
Ter boas condições de infraestrutura e recursos materiais	17,0	15,0	18,8
Trabalhar em um local não exposto a agressões e ameaças	2,0	1,2	2,8
<i>Vínculo com instituições de pesquisa</i>	5,0	5,3	4,7
<i>Outro</i>	1,1	0,3	1,9
Total	100,0	100,0	100,0
N	686	323	363

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .02$).

Embora não sejam os aspectos mais valorizados no projeto profissional, os temas relativos à gestão de recursos humanos têm um lugar de destaque na avaliação dos entrevistados sobre a ESF, captado por meio das mudanças que eles fariam neste modelo. Como mostra a Tabela 17, estes temas são os mais frequentemente citados pelos médicos tanto da ESF quanto da APS convencional, englobando, em ordem de sua relevância: implantação de plano de carreira, mudança da forma de contratação para proporcionar maior estabilidade, aumento da oferta de capacitação e estabelecimento de uma rede de troca de informações com outros profissionais. Em segundo lugar situam-se as condições de trabalho, seguindo-se a necessidade de redução da influência de aspectos político-partidários (mencionada sobretudo nos municípios fora da RMBH). Alterações da carga horária de trabalho e redimensionamento da cobertura populacional representam pouco mais de 10% das citações. Verifica-se ainda que as diferenças entre a avaliação de médicos da SF e da APS convencional são pequenas, restringindo-se à ênfase dada a cada aspecto especificamente.

Tabela 17
Distribuição percentual dos aspectos que os médicos mudariam na ESF, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008.

Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
Aspectos da ESF que mudaria					
ESF	Gestão de RH (1)	39,0	35,7	37,8	40,6
	Condições de trabalho (2)	20,5	24,0	20,5	19,5
	Influência político partidária	15,7	4,7	16,1	18,9
	Características da ESF (3)	11,7	25,7	9,6	8,2
	Promover a conscientização da população	10,9	8,8	11,6	11,3
	Não mudaria nada	1,3	-	3,2	0,9
	Outra condição	0,8	1,2	1,2	0,5
	NS/NR	1,3	-	3,2	0,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N (4)	969	171	249	549
APS convencional	Gestão de RH (1)	30,2	30,1	26,6	33,9
	Condições de trabalho (2)	21,9	26,1	20,4	19,4
	Influência político partidária	17,2	13,3	17,5	20,4
	Características do ESF (3)	13,7	17,1	13,2	11,0
	Promover a conscientização da população	6,9	5,8	6,5	8,3
	Não mudaria nada	0,2	0,3	0,3	-
	Outra condição	2,5	3,2	3,2	1,1
	NS/NR	7,5	4,1	12,4	5,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N (4)	1089	345	372	372

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios com relação a todas a característica analisada na ESF e na APS convencional ($p < .01$).

(1) Mudar a forma de contratação para proporcionar maior estabilidade, implantação de plano de carreira, aumentar a oferta de capacitação para equipe e estabelecer uma rede de troca com outros profissionais.

(2) Aumentar a disponibilidade de medicamentos, assegurar apoio diagnóstico e laboratorial, assegurar a retaguarda de rede especializada e de urgência/emergência, melhorar a estrutura física da Unidade de Saúde e garantir a segurança física dos profissionais.

(3) Alterar a carga horária de 40 horas semanais e redimensionar a cobertura populacional estabelecida.

(4) Não se refere ao total de médicos, mas ao total de itens citados que mudaria no programa.

Também não existe quase nenhuma diferença entre a opinião dos profissionais que trabalham nos dois modelos quanto à remuneração ideal para os médicos da ESF (TAB. 18). A maioria considera valores entre 10 e 15 mil reais, sendo a média global de quase 10 mil reais para médicos da SF e pouco menor entre os médicos da APS convencional.

Tabela 18
Distribuição percentual dos médicos, por nível de remuneração que consideram ideal para o médico da ESF, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008.

Modelo de atenção	Remuneração ideal em R\$	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
ESF	menos de 7 mil	10,5	3,6	13,8	11,2
	de 7 mil a 9 mil	35,8	36,4	45,0	31,5
	de 10 mil a 14 mil	44,4	49,1	35,0	47,2
	15 mil ou mais	9,3	10,9	6,3	10,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Média (R\$)	9.966	11.382	9.028	9.950
	IC (95%)	(9217 - 10715)	(8034 - 14729)	(8424 - 9631)	(9156 - 10744)

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

	N(1)	313	55	80	178
	menos de 7 mil	10,9	5,9	15,2	11,7
	de 7 mil a 9 mil	32,2	27,7	35,4	33,3
	de 10 mil a 14 mil	45,3	52,5	40,4	43,2
	15 mil ou mais	11,6	13,9	9,1	11,7
APS convencional	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	Média (R\$)	9.791	10.344	9.222	9.795
	IC (95%)	(9445 - 10136)	(9722 - 10965)	(8653 - 9792)	(9194 - 10395)
	N (1)	311	101	99	111

Notas: Não há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação à característica analisada ($p < .70$).

** Não há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios ($p < .30$).

(1) Casos válidos.

Em resumo, o perfil mais frequente na ESF é de um profissional com mais de 30 anos de idade, casado, do sexo masculino e que nasceu e/ou passou a infância em municípios do interior mineiro (municípios sede de macro ou micror-região de saúde ou demais municípios de Minas Gerais). Quanto à formação profissional, terminou o curso de medicina há mais de cinco anos, em faculdades públicas, fora de Belo Horizonte. Já fez algum curso de especialização ou residência em áreas que envolvem não apenas as clínicas básicas e SF, mas também outras especialidades, e deseja fazer outra pós-graduação também em outras especialidades. Além disso, o perfil mais encontrado na ESF é de um médico que trabalha 40 ou mais horas semanais e também exerce outra atividade, na qual se ocupa cerca de 27 horas por semana, geralmente em hospitais, serviços de pronto atendimento ou plantões, atuando nas especialidades básicas. Outra característica do perfil da maioria dos médicos da SF é ter um contrato de trabalho sem todas as garantias trabalhistas, quando desejam tê-las asseguradas, porém sem o concurso público. Ter um emprego que permita conciliar vida profissional com a familiar é o aspecto que mais valorizam no seu projeto profissional. Caso pudessem, mudariam principalmente a forma de gestão de RH na ESF e receberiam entre 10 e 15 mil reais mensais.

O perfil mais frequente do médico que está na APS convencional se diferencia apenas pelo fato de este profissional ter mais de 40 anos, ser formado há mais de dez anos e possuir pós-graduação em clínicas básicas e outras especialidades. Além disso, ele trabalha até 20 horas semanais, exercendo, em média, 35 horas em outras atividades, geralmente em hospitais, serviços de pronto atendimento ou plantões e atividades não APS. Tal profissional diferencia-se também em termos do contrato de trabalho, possuindo e preferindo ter concurso público.

4.2 - Trajetória dos médicos da Estratégia de Saúde da Família

Esta seção apresenta um panorama da trajetória profissional dos médicos da ESF, de forma a complementar o seu perfil, esboçado na seção anterior. A análise dessa trajetória permitiria observar a questão da fixação sob três ângulos: na equipe; no município; e na ESF. Enquanto o abandono do modelo poderia indicar possível incompatibilidade entre o que é desejado pelos médicos e o que o modelo significa em termos de atuação profissional ou processo de trabalho, a mudança de localidade ou equipe poderia estar mais frequentemente vinculada a problemas ligados à gestão do trabalho na ESF do município.

Desse modo, a trajetória dos médicos da ESF é analisada em termos de: tempo total na ESF; motivação para ter ido trabalhar na ESF; número de municípios em que trabalharam; motivos de mudança de município; tempo médio de trabalho por município; intenção futura em termos de continuar trabalhando na ESF e de continuar no município; motivos para continuar e motivos para sair da ESF; tempo que pretendem ficar na ESF; e experiência em termos de mudança de equipes de SF em um mesmo município.

A distribuição dos entrevistados segundo o tempo total de atuação na ESF (TAB. 19) mostra que 21% têm menos de 1 ano de atuação como médico da ESF e 15% têm entre 1 e 2 anos. Entretanto, a maioria tem 5 ou mais anos de atividade, sendo a média global de quase 4 anos. Ou seja, é alta a proporção dos médicos que trabalham na ESF há bastante tempo.

Médicos com menos de 2 anos de formado têm, em média, 8 meses de trabalho na ESF, ao passo que os de que têm 5 anos ou mais de formado estão trabalhando na ESF por um período médio de 4,8 a 5,3 anos.

Tabela 19
Distribuição percentual dos médicos, por tempo total de atuação na Estratégia de Saúde da Família, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Tempo total de trabalho na ESF	Total	Tempo de formado *			
		Menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Menos de 1 ano	21,0	77,4	12,2	5,2	10,7
1 ano	15,0	22,6	32,7	10,3	8,8
2 a 4 anos	27,0	-	55,1	27,6	27,0
5 a 9 anos	31,0	-	-	56,9	41,5
10 anos ou mais	6,0	-	-	-	11,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Média (anos)	3,9	0,7	2,2	4,8	5,3
IC (95%)	(3,6 - 4,2)	(0,6 - 0,8)	(1,9 - 2,5)	(4,2 - 5,4)	(4,6 - 5,7)
Tempo máximo (anos)	15,5	1,7	5,5	10,2	15,5
N	319	53	49	58	159

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias de "tempo de formado" em relação à característica analisada ($p < .01$).

Quando questionados sobre o principal motivo para terem ido trabalhar na ESF (TAB. 20), 53% dos entrevistados apontam a "identificação com o tipo de trabalho". Este motivo tem um peso alto e crescente com o tempo de formado, a partir dos 2 anos. Contudo, representa apenas 19% das respostas dos médicos em início de carreira, que foram atraídos para a ESF principalmente porque a consideram um bom emprego enquanto aguardam residência ou outra oportunidade de trabalho.

Tabela 20
Distribuição percentual dos médicos, de acordo com o motivo principal apontado para trabalhar na ESF, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Principal motivo para trabalhar na ESF	Total	Tempo de formado *			
		Menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Identificação com o tipo de trabalho	52,6	18,9	44,0	47,5	68,3
Pelo emprego (1)	24,5	13,2	20,0	37,3	24,8
Aguardando residência	15,8	60,4	28,0	8,5	-
Pela remuneração	6,2	7,5	8,0	6,8	5,0
Indeterminado	0,9	-	-	-	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	323	53	50	59	161

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias de "tempo de formado" em relação à característica analisada ($p < .01$).

(1) "Pelo emprego" engloba: "a melhor oportunidade de emprego disponível, "ser trabalho com horário regular", "Porque era médico da unidade básica e todo mundo teve que ir para a ESF"

Uma informação importante para se entender a questão da fixação é o número de municípios em que os entrevistados foram médicos da ESF, apresentada na Tabela 21. Vê-se que cerca de 53% dos médicos trabalharam em mais de um município, encontrando-se situações em que o profissional esteve na ESF de até sete municípios. Observa-se, em relação à fase da vida profissional, que os médicos que têm de 5 a 9 anos de formados tendem a apresentar maior mobilidade, tendo trabalhado, em média, em 2,5 municípios. Chama a atenção o fato de que mais de 30% dos médicos com menos de 2 anos de formado já estiveram na ESF de outro(s) município(s).

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Tabela 21

Distribuição percentual dos médicos, por número de municípios em que trabalharam na ESF, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Número de municípios em que trabalhou na ESF	Total	Tempo de formado *			
		menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Trabalhou apenas no município atual	47,4	66,0	26,0	28,8	54,7
Trabalhou em outro município	26,3	22,6	42,0	25,4	23,0
Trabalhou em outros dois municípios	14,9	9,4	24,0	22,0	11,2
Trabalhou em outros três municípios ou mais	11,5	1,9	8,0	23,7	11,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Média (municípios)	2,0	1,5	2,2	2,5	1,9
IC (95%)	(1,8 - 2,1)	(1,3 - 1,7)	(1,9 - 2,4)	(2,2 - 2,9)	(1,7 - 2,1)
Número máximo (municípios)	7	4	5	5	7
N	323	53	50	59	161

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias de "tempo de formado" em relação à característica analisada ($p < .01$).

Os dados apresentados na Tabela 22 mostram que, considerados isoladamente, apenas quatro motivos são responsáveis por 55,5% da mobilidade intermunicipal dos médicos da ESF. O desejo de trabalhar no município de origem ou mais próximo dele é o principal, seguindo-se: mudança política na gestão municipal, discordância quanto à forma de condução da atenção básica no município e oferta de melhor remuneração.

A agregação dos motivos citados de acordo com o seu escopo sugere que problemas que têm origem na gestão municipal são a principal causa da rotatividade dos médicos da ESF. Escolhas locais com base em preferência ou conveniência pessoal respondem por outros 28% da mudança entre os municípios. A disputa dos municípios pelo médico da ESF – que tem sido chamada “competição predatória” – é responsável por 16,5% das mudanças feitas pelos entrevistados. Merece destaque o fato de que, embora o principal mecanismo de atração seja a oferta de melhor remuneração, os gestores municipais, em seu esforço para atrair o profissional, chegam a se valer de mecanismos em desacordo com as diretrizes da ESF, como a flexibilização da carga horária de trabalho.

Tabela 22

Distribuição percentual dos médicos, por motivo de mudança de município na ESF, Minas Gerais, 2008.

Motivos	%	% acumulado
Problemas da gestão municipal	41,8	41,8
Mudança política na gestão municipal	<u>13,1</u>	
Discordância quanto à forma de condução da Atenção Básica no município	<u>13,1</u>	
Problemas de relacionamento com a gerência / ESF / SMS	7,3	
Precariedade das condições físicas e materiais da UBS	2,7	
Falta de pagamento	3,0	
Falta de retaguarda da rede especializada e da rede de urgência/emergência	1,5	
Término de contrato, não contratação	0,9	
Conveniência pessoal	27,7	69,5
Trabalhar no município de origem ou mais próximo dele	<u>16,5</u>	
Questões pessoais	5,5	
Busca por tranquilidade ou por fuga da violência urbana	1,2	
Não adaptação ao município	1,2	
Acesso a melhor infraestrutura urbana, maior oferta de serviços	3,4	
Competição predatória	16,5	86,0
Oferta de melhor remuneração	<u>12,8</u>	
Oferta de flexibilidade de carga horária no outro município	2,4	
Convite	1,2	
Aprovação em concurso público ou oferta de contrato de trabalho estável	5,8	91,8
Realização de cursos de pós-graduação / capacitação	5,5	97,3
Outros motivos	2,7	100,0
Total	100,0	

Os dados sobre o tempo médio de trabalho na ESF (TAB. 23), por município, mostram que os médicos que já haviam trabalhado em outros municípios tendem a apresentar, como esperado, médias de permanência inferior à dos médicos que trabalharam apenas no município atual. Os entrevistados que já estiveram na SF de outros municípios apresentam tempo médio de trabalho de 1,6 ano nos municípios anteriores e 2 anos no município atual, enquanto os médicos que trabalharam apenas no município atual estão na ESF, em média, há 3,2 anos.

A diferença entre o tempo de trabalho no município atual de médicos que têm e que não têm experiência em outro município se mantém significativa, ao se desagregarem os dados por tempo de formado somente para aqueles que têm 10 ou mais anos de formados.

Tabela 23
Distribuição percentual dos médicos, por tempo médio de permanência na ESF em outros municípios e no município atual, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Tempo de permanência	Total	Tempo de formado *			
		menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Tempo em outros municípios					
Menos de 2 anos	71,8	100,0	97,3	71,4	52,1
2 a 4 anos	22,9	-	2,7	28,6	35,6
5 ou mais anos	5,3	-	-	-	12,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Média (anos)	1,6	0,4	0,8	1,6	2,4
IC (95%)	(1,4 - 1,9)	(0,3 - 0,6)	(0,6 - 0,9)	(1,4 - 1,9)	(1,9 - 2,8)
Tempo máximo (anos)	10,0	1,0	2,0	4,0	10,0
N	170	18	37	42	73
Tempo no município atual para médicos que trabalharam em outros municípios					
Menos de 2 anos	61,4	100,0	80,6	52,4	47,9
2 a 4 anos	26,5	-	19,4	38,1	29,6
5 ou mais anos	12,0	-	-	9,5	22,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Média (anos)	2,0	0,5	1,3	2,0	2,7
IC (95%)	(1,7 - 2,3)	(0,3 - 0,7)	(1,0 - 1,5)	(1,6 - 2,5)	(2,1 - 3,3)
Tempo máximo (anos)	10,0	1,3	3,3	5,3	10,0
N	170	18	37	42	73
Tempo no município atual para médicos que NÃO trabalharam em outros municípios					
Menos de 2 anos	47,0	100,0	61,5	29,4	27,6
2 a 4 anos	21,2	-	38,5	29,4	25,3
5 ou mais anos	31,8	-	-	41,2	47,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Média (anos)	3,2	0,5	1,5	3,5	4,4
IC (95%)	(2,7 - 3,6)	(0,4 - 0,7)	(0,9 - 2,0)	(2,4 - 4,6)	(3,8 - 5,1)
Tempo máximo (anos)	12,2	1,6	3,0	6,0	12,2
N	151	35	13	17	86

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias de "tempo de formado" em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

Dados sobre o projeto futuro (TAB. 24) mostram que 83% dos médicos pretendem continuar trabalhando na ESF e que 90% deles gostariam de permanecer no município atual. Os médicos que não querem manter a situação atual em relação tanto ao trabalho na ESF quanto ao município são apenas 6%; os que não querem continuar na ESF mas querem ficar no mesmo município são cerca de 12%; e os que querem mudar para a ESF de outro município somam 4%.

Tabela 24
Distribuição percentual dos médicos, segundo o desejo de continuar na ESF e no município, Minas Gerais, 2008.

Desejo de continuar no ESF e no município *	Total	Quer continuar no município	Não quer continuar no município
Quer continuar na ESF	82,8	79,0	3,8
Não quer continuar na ESF	17,2	11,5	5,7
Total	100,0	90,4	9,6
N	314	-	-

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as características analisadas ($p < .01$).

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Evidências apresentadas na Tabela 25 indicam que o percentual dos médicos que gostariam de continuar trabalhando na ESF cresce com o tempo de formado, variando entre 60% no grupo de médicos jovens e 91% no grupo dos que têm 10 ou mais anos de formado.

Tabela 25

Distribuição percentual dos médicos que desejam continuar na ESF e no município, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Desejo de continuar na ESF e no município	Total	Tempo de formado*				N
		menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9	10 ou mais	
Na ESF	82,8	60,4	77,6	84,5	91,3	320
Neste município	90,2	73,1	75,0	93,1	99,4	316

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias de "tempo de formado" em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

Perguntados sobre o principal motivo para querer continuar na ESF, 73% dos médicos citaram a identificação com a ESF. Seguiu-se o fato de a ESF ser considerada um bom emprego ou um emprego conveniente enquanto se aguarda a oportunidade de fazer a residência médica ou conseguir outra colocação no mercado de trabalho, como pode ser visto na Tabela 26. Nota-se que o trabalho na ESF, por esta última razão, tem mais importância no início da vida profissional. Mas mesmo neste grupo não é o motivo preponderante, sendo indicado por 34% dos médicos formados há menos de 2 anos.

Tabela 26

Distribuição percentual dos médicos, por motivo pelo qual gostariam de continuar trabalhando na ESF, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Motivo principal pelo qual gostaria de continuar trabalhando na ESF	Total	Tempo de formado *			
		menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Identificação/ realização (1)	72,8	59,4	55,3	73,5	80,1
É um bom emprego (2)	15,1	6,3	21,1	10,2	17,1
É emprego conveniente enquanto aguarda residência/outro emprego	9,8	34,4	21,1	12,2	0,7
Outros motivos	2,3	-	2,6	4,1	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	265	32	38	49	146

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias de "tempo de formado" em relação à característica analisada ($p < .01$).

(1) Ajudar as pessoas, intervir socialmente, identificação com abordagem, realização profissional

(2) Melhor emprego disponível, horário regular, boa remuneração

Os médicos que gostariam de continuar trabalhando na estratégia – parte dos quais por um curto período, como será mostrado a seguir – informaram que sairiam¹⁸ pelos motivos registrados na Tabela 27. O primeiro motivo, citado por mais de 25% dos profissionais, engloba aspectos relativos à gestão de recursos humanos, quais sejam: contrato sem garantias trabalhistas, falta de perspectiva de carreira, remuneração insatisfatória e problemas de relacionamento com a gerência/outros membros da equipe. A interferência política na prática médica ocupa o segundo lugar, sendo citada por 21% dos entrevistados. Seguem-se problemas relacionados ao processo de trabalho na ESF, isto é, sobrecarga de trabalho, jornada de 40h semanais e falta de identificação com a abordagem da ESF. Outros 16% dos médicos da ESF dizem que sairiam para fazer residência médica e 14% apontaram condições de trabalho, ou seja: falta de retaguarda da rede especializada e de urgência/emergência, más condições físicas da UBS e escassez de materiais para o trabalho, UBS muito distante do local de residência e agressões/ameaças. Vale notar que a falta de valorização da ESF aparece apenas como um motivo residual.

Os médicos que não gostariam de continuar trabalhando na estratégia informaram que sairiam por três motivos principais: fazer residência, citado por quase 50% dos profissionais; problemas de gestão de recursos humanos, por 22%; e processo de trabalho da ESF, por 14%.

¹⁸ Aos médicos que declararam o desejo de permanecer na ESF foi questionado quais seriam os motivos que hipoteticamente os fariam sair. dados de gerência e coordenação em instituições não SUS, funções administrativas e outras cujo escopo não estava claro.

Quanto aos motivos principais para deixar a ESF, a maioria dos médicos com menos de 2 anos de formados sairia para fazer residência. Os motivos fora do controle dos médicos – ou seja, aqueles relacionados à forma de gestão de RH, ao processo de trabalho e à interferência política – são preponderantes nos grupos de médicos que se formaram há mais de 5 anos.

Tabela 27
Distribuição percentual dos médicos, por motivos pelos quais sairiam da ESF,
segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Motivos pelos quais quer sair ou pelos quais sairia da ESF	Total	Tempo de formado *			
		Menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Médicos que gostariam de continuar na ESF					
Para fazer residência	15,6	65,6	34,2	2,1	4,1
Processo de trabalho da ESF (1)	17,1	12,5	13,2	22,9	17,2
Gestão de RH (2)	26,6	9,4	23,7	37,5	27,6
Condições de trabalho (3)	14,1	3,1	13,2	8,3	18,6
Interferência política	21,3	9,4	15,8	20,8	25,5
Falta de valorização da ESF	0,4	-	-	-	0,7
Outro	4,9	-	-	8,3	6,2
Total	78,7	100,0	100,0	100,0	100,0
N	263	32	38	48	145
Médicos que NÃO gostariam de continuar na ESF					
Para fazer residência	49,1	90,5	36,4	44,4	-
Processo de trabalho da ESF (1)	14,5	-	9,1	11,1	42,9
Gestão de RH (2)	21,8	9,5	54,5	22,2	14,3
Condições de trabalho (3)	3,6	-	-	11,1	7,1
Interferência política	7,3	-	-	11,1	21,4
Falta de valorização da ESF	-	-	-	-	-
Outro	3,6	-	-	-	14,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	55	21	11	9	14

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias "tempo de formado" em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

(1) Excesso de trabalho, jornada de 40h semanais e falta de identificação com a abordagem do ESF.

(2) Contrato sem garantias trabalhistas, falta de perspectiva de carreira, remuneração insatisfatória e problemas de relacionamento com a gerência/ outros membros da equipe.

(3) Falta de retaguarda da rede especializada e de urgência/emergência, más condições físicas da UBS e escassez de materiais para o trabalho, UBSmuito distante do local de residência e agressões/ameaças.

A intenção futura quanto à permanência na ESF é mais bem qualificada pelo tempo que o médico pretende trabalhar nela, apresentada na Tabela 28. Nota-se que a proporção de "tempo indeterminado" é alta tanto no grupo dos profissionais que dizem querer ficar quanto no grupo dos que querem sair da ESF. Dos que gostariam de continuar trabalhando na ESF 50% querem ficar por um longo período; 20%, por mais de dois anos; e 30%, por toda a vida ou até se aposentarem. Esses prazos são importantes em todas as idades. No entanto, no grupo com menos de 2 anos de tempo de formado 28% gostariam de ficar na ESF por menos de 2 anos. Médicos que não gostariam de continuar na ESF, por sua vez, pretendem, em sua maioria, ficar menos de 2 anos (53%).

Tabela 28
Distribuição percentual dos médicos, por tempo que gostariam de continuar trabalhando na ESF,
segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Tempo que gostaria de continuar trabalhando e tempo médio que pretende permanecer na ESF	Total	Tempo de formado *			
		menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Médicos que gostariam de continuar trabalhando no ESF					
Menos de 2 anos	5,7	28,1	7,9	4,1	0,7
2 anos ou mais	19,6	37,5	36,8	24,5	9,6
Por toda vida/ até aposentar	29,8	12,5	7,9	30,6	39,0
Enquanto o gestor quiser	1,9	-	-	-	3,4
Por prazo indeterminado/não sabe	43,0	21,9	47,4	40,8	47,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	265	32	38	49	146
Média (anos) (1)	16,1	8,8	10,6	21,0	18,0
		(2,6 -	(4,0 -		(15,7 -

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

IC (95%)	(13,9 - 18,3)	15,0	17,3	(14,5 - 27,5)	20,3
Máximo (anos)	60	44	42	40	60
N	150	25	20	29	76
Médicos que não gostariam de continuar trabalhando na ESF					
Menos de 2 anos	52,7	81,0	45,5	33,3	28,6
2 anos ou mais	21,8	9,5	36,4	22,2	28,6
Por toda vida/ até aposentar	-	-	-	-	-
Enquanto o gestor quiser	-	-	-	-	-
Por prazo indeterminado/não sabe	25,5	9,5	18,2	44,4	42,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	55	21	11	9	14
Média (anos) (1)	1,5	0,9	1,4	2,5	2,6
IC (95%)	(1,0 - 2,1)	(0,5 - 1,2)	(0,7 - 2,2)	(-1,5 - 6,6)	(1,0 - 4,3)
Máximo (anos)	8	3	3	8	5
N	41	19	9	5	8

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias "tempo de formado" em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

(1) Para o cálculo da média, foram consideradas as respostas numéricas e as respostas "por toda a vida/até aposentar". Neste último caso, calculou-se o tempo como a diferença entre a idade atual e a 70 anos (aposentadoria compulsória).

Outro aspecto da rotatividade na ESF refere-se à mudança de equipe em um mesmo município, verificando-se que 23% dos médicos tiveram esta experiência, dos quais 35% mais de uma vez. A determinação da Secretaria Municipal de Saúde se constituiu no motivo mais frequente para esta mudança (citado por 50% dos médicos que mudaram), seguindo-se a distância entre a Unidade de Saúde e o local de residência (32%) e problemas de relacionamento (18%) (TAB. 29).

Tabela 29

Distribuição percentual de médicos, pelo número de vezes que mudaram de equipe e pelos principais motivos para a mudança, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Variável/categorias	Total	Tempo de formado *			
		Menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Número de vezes que mudou de equipe					
não mudou	76,7	90,4	86,0	64,4	73,9
1 vez	15,2	7,7	8,0	23,7	16,8
mais de 1 vez	8,1	1,9	6,0	11,9	9,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Três motivos mais citados de mudança					
Ordem da SMS	50,0	42,9	40,6	66,7	54,5
Distância entre UBS e residência	31,6	28,6	31,3	33,3	31,8
Problemas de relaciona-mento	18,4	33,3	14,3	23,8	14,3
N	76	6	7	21	42

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias "tempo de formado" em relação apenas ao "número de vezes que mudou de equipe" ($p < .03$).

4.3 - Fatores associados à fixação dos profissionais da ESF

A estruturação da análise aqui apresentada tem como base o conceito adotado de que a retenção do profissional na ESF não significa prática profissional indefinida em determinado local, mas um tempo mínimo de permanência que permita o retorno do investimento em treinamento e recrutamento, e que gere resultados positivos. A determinação deste tempo mínimo é, de certa forma, arbitrária e vai depender, em grande parte, das características do posto de trabalho. Não existem estudos que sirvam de parâmetro para uma definição sobre qual seria o tempo adequado de permanência do médico na ESF. Assim, a análise aqui realizada considera como tempo de referência para o estudo da fixação um período mínimo de cinco anos de atuação em um mesmo município, tendo em vista poder se admitir que este tempo, indiscutivelmente, é suficiente para que se possa cumprir um dos princípios fundamentais da ESF: o vínculo do profissional com sua clientela.

A permanência assim definida, entretanto, implicaria excluir da análise os 103 médicos que ainda não têm cinco anos de formado (32,1% dos entrevistados). Admitindo-se que parte destes médicos irá permanecer na ESF, desde que lhes seja dado tempo, construiu-se um indicador que leva em consideração não apenas o tempo cumprido pelo profissional, mas também a soma desse tempo com o tempo que ele pretende ficar. Neste indicador – “Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos de permanência na ESF do município” – estão incluídos os médicos que cumprem os seguintes requisitos: a) trabalham há 5 ou mais anos na ESF do município atual; e b) não têm 5 anos na ESF do município atual, mas nela pretendem permanecer tempo suficiente para completar 5 ou mais anos. A distribuição dos entrevistados segundo estas características, apresentada na Tabela 30, mostra que a participação relativa dos casos com permanência realizada e presumida é relativamente parecida.

Tabela 30
Distribuição dos médicos, por critérios de classificação de (não) permanência na ESF, Minas Gerais, 2008.

Critérios de classificação	Número de médicos (*)	% em relação ao total de entrevistados	% em relação ao total com "5 ou mais anos"
Médicos classificados como tendo 5 ou mais anos de permanência na ESF			
♦ Tem 5 anos ou mais de trabalho na ESF do município atual	66	20,6	46,8
♦ Tem menos de 5 anos na ESF do município atual, mas o tempo que pretende ficar é suficiente para completar 5 anos ou mais na ESF do município atual	75	23,4	53,2
Total	141	43,9	100,0
Médicos classificados como não tendo 5 ou mais anos de permanência na ESF			
♦ Não tem 5 anos de trabalho e tempo que pretende ficar é insuficiente para completar 5 anos ou mais no município atual	180	56,1	-
Total	321	100,0	-

Notas: (*) Foram considerados apenas casos válidos.

Alternativamente, utilizou-se também como indicador de fixação o tempo médio de permanência na ESF do município atual. Ele é uma medida do tempo efetivamente realizado, superando, assim, as restrições que se podem ter ao primeiro indicador, associadas à incorporação de um tempo presumido de permanência e à arbitrariedade do limite de tempo definido (5 anos). Entretanto, o tempo de permanência na ESF do município atual considera todos os médicos igualmente, sendo, obviamente, afetado pelo tempo que o profissional tem de formado.

Esses dois indicadores são utilizados para investigar a influência dos fatores apontados pela literatura como condicionantes importantes da fixação dos médicos na ESF e das hipóteses abordadas na pesquisa, quais sejam: características pessoais e de formação, trajetória profissional, motivações e aspectos locais e de gestão de recursos humanos.

Em primeiro lugar, vale notar que, de acordo com o primeiro indicador adotado, 44% do total de médicos da ESF em Minas Gerais permaneceriam na ESF de determinado município por 5 ou mais anos. O tempo médio já cumprido na ESF do município atual é de 30 meses.

A influência do tempo de experiência profissional dos médicos sobre sua fixação pode ser examinada na Tabela 31. Observa-se que a porcentagem de médicos com permanência por 5 ou mais anos cresce expressivamente com o tempo de formado. Apenas 11% dos médicos que formaram-se há menos de 2 anos permanecem por 5 ou mais anos, percentual que aumenta para cerca de 55% no grupo daqueles com 5 anos de formados. O tempo médio de permanência de médicos com 5 ou mais anos de formação é de 43 meses, quase sete vezes o tempo daqueles que se formaram há menos de 2 anos (diferença que, obviamente, reflete o pequeno tempo de exposição dos médicos jovens ao risco de permanência, como já comentado).

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Tabela 31

Permanência do médico no município atual, segundo tempo de formação e motivação para o início do trabalho na ESF, Minas Gerais, 2008.

Variável/categoria	Percentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N (1)
		Média	IC (95%)	
Tempo de formado				
menos de 2 anos	11,3	6,3	(5,1 - 7,4)	53
2 a 4 anos	16,0	15,8	(13,0 - 18,7)	50
5 a 9 anos	54,2	29,6	(23,8 - 35,4)	59
10 anos e mais	59,7	43,3	(37,7 - 48,9)	159
Motivo para ter ido trabalhar na ESF *				
Identificação com o tipo de trabalho	54,2	38,9	(33,9 - 43,9)	168
Pelo emprego	46,8	28,4	(21,8 - 35,0)	79
Aguardando residência	9,8	10,5	(7,7 - 13,3)	51
Pela remuneração	40,0	20,6	(8,9 - 32,2)	20
Indeterminado	-	-	-	3
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias das variáveis analisadas ($p < .01$).
(1) Casos válidos

O motivo que levou o profissional a trabalhar na ESF também parece estar associado à sua permanência. Observa-se na Tabela 31 que dentre os médicos que foram para a ESF aguardando a oportunidade de fazer residência apenas 10% permanecem na ESF do município por 5 anos ou mais, e eles estão apenas 10 meses, em média, na ESF do município atual. Para os profissionais que foram trabalhar na ESF incentivados pela remuneração ou por fatores relativos ao tipo de emprego a fixação é maior, embora a parcela de médicos com permanência de 5 ou mais anos não seja expressiva, sendo ela um pouco maior para aqueles que foram trabalhar na estratégia devido à identificação com o tipo de trabalho. Nesse caso, a permanência no município eleva-se, sendo o tempo médio de 39 meses na ESF do município atual.

Verifica-se na Tabela 32 que profissionais com maior grau de satisfação em trabalhar como médicos da ESF têm maior fixação, pois 50% dos médicos que avaliaram a sua satisfação com nota superior a 7 (em uma escala de 0 a 10) têm permanência de 5 ou mais anos na ESF do município, enquanto 37% daqueles com nota igual ou inferior a 7 permanecem esse período.

Tabela 32

Permanência do médico no município atual, segundo o grau de satisfação com o trabalho na ESF, Minas Gerais, 2008.

Pontos atribuídos ao grau de satisfação em trabalhar na ESF (numa escala de 0 a 10)	Percentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N (1)
		Média	IC (95%)	
7 ou menos	37,3	25,5	(21,3 - 29,7)	158
Mais de 7	50,3	35,1	(29,9 - 40,3)	163
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias da variável analisada ($p < .01$).
(1) Casos válidos.

A capacitação também parece ser um fator relevante para a permanência do profissional na ESF (TAB. 33). Não somente a existência de pós-graduação, mas também o tipo de curso realizado apresenta uma relação com a fixação do médico. A proporção de médicos que permanecem na estratégia por um período igual ou maior que 5 anos é

consideravelmente menor para médicos que nunca fizeram curso de pós-graduação (23%), comparativamente aos que fizeram especialização (47%) e residência ou mestrado ou doutorado (55%). Dentre os médicos sem pós-graduação, o tempo médio de permanência na ESF do município atual é de apenas 17 meses e dentre aqueles que fizeram especialização e residência/mestrado/doutorado é significativamente maior (35 meses). Observa-se que a média para Minas Gerais é de 30 meses.

Os resultados sugerem que a área de especialização também está relacionada à permanência. Como apresentado na Tabela 33, para os médicos com alguma especialidade em Clínicas Básicas ou Saúde da Família a proporção de médicos que permanecem na ESF por 5 anos ou mais (cerca de 58%) é maior que entre médicos que se especializaram somente em outras áreas da medicina (36%).

Tabela 33
Permanência do médico no município atual, segundo pós-graduação realizada, Minas Gerais, 2008.

Variável/categorias	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N (3)
		Média	IC (95%)	
Tipo de pós-graduação				
Não fez pós-graduação	23,3	17,0	(11,9 - 22,0)	86
Só fez especialização	47,4	35,1	(29,2 - 41,0)	116
Fez residência/mestrado/doutorado(1)	55,5	35,5	(29,8 - 41,1)	119
Área da pós-graduação realizada				
Clínicas Básicas e SF/MFC (2)	59,4	42,2	(34,7 - 49,8)	69
Clínicas Básicas/SF/MFC e outras especialidades	57,8	38,2	(31,0 - 45,3)	83
Outras especialidades médicas	35,9	26,9	(20,6 - 33,3)	78
NS/NR /não especificado/NA (1)	-	-	-	5
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias das variáveis analisadas ($p < .01$).

(1) Nos casos em que o médico fez mais de uma pós-graduação foi considerado o grau mais elevado.

(2) Clínicas Básicas incorpora as especialidades "Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia".

(3) Casos válidos.

Além da pós-graduação, a capacitação também pode ser analisada a partir dos cursos de atualização oferecidos pelas Secretarias de Saúde. Conforme mostra a Tabela 34, há uma relação direta entre o número de cursos realizados e a permanência na ESF. O grupo que apresenta a maior porcentagem de médicos com 5 ou mais anos de permanência e maior tempo médio de permanência no município atual é aquele constituído por médicos que realizaram mais de 5 cursos, sendo essas medidas maiores que as observadas para todo o estado. Entretanto, não é possível por meio deste resultado dizer que estes cursos favorecem a fixação. Há uma causalidade reversa pelo fato de que médicos que estão há mais tempo na ESF tiveram maior oportunidade de frequentar estes cursos.

Tabela 34
Permanência do médico no município atual, segundo o número de cursos de atualização e/ou capacitação realizados, Minas Gerais, 2008.

Número de cursos realizados	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N
		Média	IC (95%)	
Nenhum curso	25,0	13,9	(9,3 - 18,5)	76
1 curso	35,9	22,4	(13,7 - 31,1)	39
2 ou 3 cursos	41,3	29,5	(22,6 - 36,4)	63
4 ou 5 cursos	54,7	37,2	(28,3 - 46,0)	53
Mais de 5 cursos	58,9	44,4	(37,4 - 51,4)	90
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias da variável analisada ($p < .01$).

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

A pesquisa levantou várias informações sobre as principais motivações para a tomada de decisões no que diz respeito à vida profissional, como mudança de município, interrupção do trabalho na ESF, opção de trabalhar no município, desejo de sair da ESF e aspectos de seu projeto profissional. Dentre as razões investigadas nesses quesitos inclui-se a busca de capacitação, que será examinada, a seguir, com os indicadores de fixação.

A Tabela 35 mostra que apenas 24% dos médicos que tiveram a busca de capacitação como principal motivo na tomada de decisões permanecem no município por um período igual ou maior que 5 anos, valor consideravelmente menor que o observado para todo o estado. O tempo médio desses médicos no município atual é 15 meses. Em contraste, para médicos com outras de motivações na tomada de decisões a fixação é mais significativa: 53% desses médicos permanecem no município pelo menos 5 anos e o tempo médio de trabalho na ESF do município atual é 37 meses.

Em análise análoga à busca de capacitação, foi também analisada a fixação dos médicos que tiveram a remuneração como motivação principal para: estudo da medicina, opção de trabalhar na ESF ou APS, mudança de município, opção de trabalhar no município, mudança de equipe, desejo de continuar trabalhando na ESF, desejo de sair da ESF e aspectos do projeto profissional.

A Tabela 35 mostra que a remuneração não parece estar associada à fixação, pois não há diferença entre profissionais que tiveram a remuneração como principal motivo para a tomada de decisões e os que não tiveram, em relação tanto à permanência na ESF do município igual ou maior que 5 anos quanto ao tempo no município atual.

Tabela 35
Permanência do médico no município atual, segundo as motivações para a tomada de decisões, Minas Gerais, 2008.

Variável/categoria	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N (1)
		Média	IC (95%)	
Tomada de decisão por motivo de capacitação				
A capacitação não foi motivo de mudanças	52,7	37,0	(32,8 - 41,3)	224
A capacitação foi motivo para mudanças	23,7	15,0	(11,3 - 18,8)	97
Tomada de decisão por motivo de remuneração				
A remuneração não foi motivo de mudança	44,0	29,8	(25,9 - 33,8)	216
A remuneração foi motivo de mudança	43,8	31,5	(25,1 - 37,9)	105
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias apenas para a variável "tomada de decisão por motivo de capacitação" ($p < .01$).

(1) Casos válidos.

Já o vínculo contratual parece ter forte influência na permanência do profissional, como mostra a Tabela 36. A proporção de médicos da ESF que permanecem no município por 5 ou mais anos é 64% entre os contratados via concurso público, muito maior do que nas demais formas de contratação e do que o percentual do estado. Cabe notar que não existe diferença na fixação entre vínculos contratuais que garantam ou não os direitos trabalhistas. Para os médicos concursados o tempo médio de trabalho na ESF do município atual é de 44 meses, sendo esse tempo reduzido para 32 e 24 meses no caso dos médicos que têm contrato com garantias trabalhistas e sem as garantias trabalhistas, respectivamente.

Tabela 36

Permanência do médico no município atual, segundo a forma de contratação na ESF, Minas Gerais, 2008.

Forma de contratação atual	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N
		Média	IC (95%)	
Concurso público	63,8	44,6	(37,1 - 52,1)	69
Contrato com garantias trabalhistas	36,5	31,8	(24,2 - 39,5)	74
Contrato sem garantias	38,5	24,0	(19,8 - 28,2)	169
Indeterminado	-	-	-	9
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias para a variável analisada (p < .01).

(1) Casos válidos.

Nota-se, ainda, que no exercício de outras atividades além da ESF proporções semelhantes de médicos têm/terão permanência de 5 ou mais anos na estratégia, independente da existência ou não de outras atividades profissionais, ressaltando uma parcela menor para aqueles que têm ao menos 3 outras atividades. O tempo médio que os médicos estão na ESF do município atual é muito similar entre aqueles que não têm nenhuma ou várias atividades (entre 25 e 33 meses) (TAB. 37).

A carga horária em outras atividades também oferece pouca diferenciação quanto à permanência do médico na ESF do município. O tempo médio que os médicos estão na ESF do município atual, apesar das diferentes cargas horárias em outras atividades, é também similar.

Tabela 37

Permanência do médico no município atual, segundo outras atividades além da ESF, Minas Gerais, 2008.

Variável/categoria	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N (1)
		Média	IC (95%)	
Número de outros trabalhos além da ESF				
Não possui outros empregos	42,2	32,6	(24,9 - 40,2)	83
1 emprego	45,9	31,3	(26,1 - 36,5)	135
2 empregos	46,4	25,4	(19,1 - 31,8)	69
3 ou mais empregos	35,3	31,3	(21,4 - 41,3)	34
Carga horária semanal em outros empregos				
Sem carga horária	44,4	32,6	(25,3 - 39,9)	90
Até 12 horas semanais	39,3	29,9	(21,5 - 38,3)	56
13 a 24 horas semanais	49,4	31,5	(24,7 - 38,3)	83
25 a 36 horas semanais	48,6	34,1	(23,0 - 45,1)	35
37 a 48 horas semanais	40,0	24,0	(15,4 - 32,7)	30
Mais de 48 horas semanais	32,0	22,9	(15,6 - 30,2)	25
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: *Não há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias para as variáveis analisadas (p < .70).

(1) Casos válidos.

Outro aspecto investigado diz respeito à influência na fixação do vínculo do médico com o município onde trabalha, medido por três indicadores. Em primeiro lugar, o tipo de município onde o médico trabalha: RMBH, sede de macro ou de microrregião de saúde e demais municípios do estado. Em segundo lugar, a semelhança do local de trabalho com o local de origem do médico, qual seja, o tipo de município onde ele nasceu e/ou viveu até os 12 anos de idade. Em terceiro lugar, a existência de vínculo com o local de trabalho, definindo-se vínculo a partir do local onde nasceu, viveu até os 12 anos, concluiu o segundo grau, graduou-se ou de naturalidade do cônjuge.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Com relação ao tipo de município onde o médico trabalha, verifica-se que não existe diferença significativa quanto à fixação entre médicos que trabalham na RMBH e aqueles que trabalham em municípios sede de macrorregião ou microrregião de saúde ou em outros municípios do estado (TAB. 38). O tempo médio na ESF do município atual é de 35 meses na RMBH, 38 meses entre aqueles municípios sede de macro ou microrregião e 25 meses para os demais municípios de Minas Gerais, embora essas diferenças não sejam significativas.

Para a análise da origem, comparou-se a tipologia dos municípios de origem com a tipologia do município onde os médicos trabalham atualmente, utilizando a divisão “RMBH, municípios sede de macrorregião ou de microrregião e demais municípios de Minas Gerais”. Dessa forma, a análise da origem em relação à permanência baseia-se na semelhança ou diferença quanto ao tipo de município de origem e trabalho. Para os casos em que o médico tem origem em tipos diferenciados de município – ou seja, o tipo de município de nascimento é diferente do tipo de município de infância –, consideraram-se ambos os municípios para a comparação com o município onde ele trabalha atualmente. Desse modo, se o médico somente nasceu ou somente viveu a infância no mesmo tipo de município onde trabalha atualmente, considerou-se que ele tem origem no local de trabalho. Já a existência de vínculo foi definida averiguando se o médico trabalha na macrorregião onde nasceu, viveu até os 12 anos, concluiu o segundo grau, graduou-se ou de naturalidade do cônjuge. Assim, a análise do vínculo em relação à fixação baseia-se no fator de proximidade das localizações com as quais o médico tem vínculo. Os resultados são apresentados na Tabela 38.

No grupo de médicos que trabalham no mesmo tipo de município de origem, há uma proporção significativamente maior de profissionais que permanecem na ESF por 5 anos ou mais. O tempo médio por município é aproximadamente 10 meses maior para esse grupo, comparativamente com aqueles que não possuem origem no local de trabalho, e 6 meses, comparativamente ao observado para Minas Gerais. A mesma tendência é notada para a variável de vínculo, embora o resultado seja menos significativo que o anterior. Dentre os médicos que trabalham em macrorregiões com as quais mantêm vínculo, observa-se maior proporção de profissionais que permanecem por 5 ou mais anos na estratégia e tempo médio na ESF do município atual igual a 33 meses. Dentre os médicos sem relação de vínculo o tempo médio é de 24 meses.

No tocante à motivação para trabalhar no município, dentre os profissionais que foram para o município por ser sua origem ou do cônjuge (ou próximo) praticamente 50% se fixaram por 5 ou mais anos na ESF, sendo essa parcela maior que a observada para todo o estado. Para aqueles que foram pelas características da gestão de recursos humanos (remuneração, concurso público e carga horária, dentre outros) há uma proporção um pouco menor de profissionais que se fixam por 5 anos ou mais (45%). Vale destacar que o tempo médio na ESF do município atual não é significativamente diferente entre os médicos com diferentes motivações.

Tabela 38
Permanência do médico no município atual, segundo as variáveis relativas ao do município de trabalho, Minas Gerais, 2008.

Variável/categoria	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N (4)
		Média	IC (95%)	
Município onde trabalha atualmente				
Belo Horizonte e RMBH	54,4	34,9	(27,6 - 42,1)	57
Sede de macro ou microrregião	45,1	38,5	(30,7 - 46,2)	82
Outros municípios de Minas Gerais	40,1	25,4	(21,2 - 29,6)	182
Origem				
Não tem origem no mesmo tipo de município onde trabalha	36,4	25,1	(20,9 - 29,4)	173
Tem origem no mesmo tipo de município onde trabalha	52,7	36,5	(31,3 - 41,7)	148
Vínculo				
Não tem vínculo na macro de trabalho	36,6	23,8	(18,1 - 29,6)	93
Tem vínculo na macro de trabalho	46,9	33,1	(29,0 - 37,2)	228

Motivo pelo qual foi para o município

Gestão de recursos humanos	44,6	28,7	(22,5 - 34,8)	101
Pelo município _ infraestrutura e tranquilidade	38,8	32,3	(24,1 - 40,6)	49
É o município de origem dele ou do conjuge ou proximo	49,7	33,2	(27,9 - 38,5)	145
Outros motivos	19,2	17,5	(10,0 - 25,0)	26
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: *Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias apenas para as variáveis "origem" e "motivo pelo qual foi para o município" ($p < .03$). Para a variável "vínculo" $p < .09$.

(1) Local onde nasceu ou viveu até os 12 anos.

(2) Local onde nasceu, viveu até os 12 anos, concluiu o segundo grau, graduou-se ou de naturalidade do cônjuge.

(3) Oferta de boa remuneração, aprovação em concurso público, flexibilidade de carga horária, para fazer curso de pós-graduação/capacitação ou porque o pagamento é regular (não há atrasos).

(4) Casos válidos.

Outra característica que pode exercer influência sobre a fixação do médico na ESF do município é a situação de residência em relação ao local de trabalho. Observa-se que entre os médicos que moram no município onde trabalham 47% permanecem por 5 anos ou mais e que o tempo médio no município atual é de 34 meses. Entre os médicos que moram em municípios diferentes do de trabalho esses valores são menores, respectivamente, 35% e 19 meses. Entretanto, as diferentes motivações para não residir no município de trabalho não imputam diferenças significativas quanto à fixação dos profissionais (TAB. 39).

No tocante à localização do município de residência, nota-se também que não existe diferença significativa de fixação entre aqueles que residem nos diferentes tipos de municípios. O tempo médio no município atual é similar entre os profissionais que moram na RMBH e os que residem em municípios sede de macrorregião ou microrregião ou em outros municípios de Minas Gerais (28 a 35 meses).

Tabela 39

Permanência do médico no município atual, segundo as variáveis relativas à localização do município de trabalho e residência, Minas Gerais, 2008.

Variável/categoria	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N
		Média	IC (95%)	
Mora no mesmo município onde trabalha				
Sim	46,9	34,0	(29,9 - 38,2)	241
Não	35,0	19,5	(14,9 - 24,0)	80
Motivo que o levou a não morar no município onde trabalha				
Falta de boa infraestrutura urbana e de opções de lazer e cultura; falta de segurança no município de trabalho; ou porque tem outros vínculos de trabalho onde mora	29,2	24,0	(12,0 - 36,1)	24
Porque a família é do município onde mora; ou porque o município onde já morava é próximo de onde trabalha	36,4	17,4	(13,1 - 21,7)	55
Outro motivo *	-	-	-	1
Município de residência				
RMBH	52,6	34,9	(27,7 - 42,2)	57
Sede de macrorregião ou de microrregião	40,7	31,1	(25,2 - 37,0)	118
Outros municípios de Minas Gerais	43,0	28,6	(23,5 - 33,8)	142
Outras Ufs **	-	-	-	4
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Não há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias para as variáveis analisadas.

(1) Não são calculados indicadores para estes casos, dado que o "N" é pequeno. Compõe a tabela apenas para a soma dos "N".

(2) Casos válidos.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Com relação à constituição familiar, os resultados obtidos apontam que entre os médicos que possuem cônjuge e pelo menos um filho há uma proporção consideravelmente maior de profissionais com permanência de 5 ou mais anos do que para os demais grupos e para Minas Gerais (TAB. 40). O tempo médio no município atual para este grupo é de 38 meses, 8 meses maior do que o observado para todo o estado, 13 meses maior do que o observado entre médicos que não possuem cônjuge e 17 meses maior do que para os médicos com cônjuge e sem filhos.

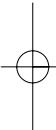
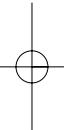
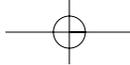
Tabela 40

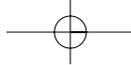
Permanência do médico no município atual, segundo a constituição familiar, Minas Gerais, 2008.

Constituição familiar*	Porcentagem de médicos com 5 ou mais anos *	Tempo médio (meses)		N
		Média	IC (95%)	
Não tem cônjuge	35,3	25,7	(20,4 - 30,9)	133
Tem cônjuge mas não tem filho	33,3	20,8	(14,7 - 26,8)	48
Tem cônjuge e filho	56,1	38,3	(33,0 - 43,7)	139
Total	43,9	30,4	(27,0 - 33,8)	321

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias para a variável analisada (P<.01).

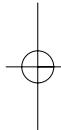
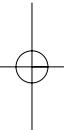
(1) Casos válidos.





CAPÍTULO - 05

CAPÍTULO 05



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo procura colocar em relevo os elementos mais importantes dos resultados apresentados, retomando as discussões de pesquisas anteriores sobre o tema, com base na comparação do perfil dos médicos da ESF com o dos médicos da APS convencional e no exame das relações entre os indicadores de fixação e os de aspectos que podem influenciá-la.

5.1 - Fatores individuais

No que diz respeito aos fatores ditos individuais, observou-se que há alguns elementos que diferenciam o perfil dos médicos da ESF daqueles da APS convencional, tais como idade, formação profissional e tempo de experiência.

Segundo Seixas (2006), existe na ESF um grupo de profissionais que consideram este trabalho como algo provisório, ou seja, no qual pretendem permanecer enquanto aguardam outra oportunidade. Parte dos médicos que desejam sair da ESF aponta como motivo a busca de aperfeiçoamento profissional em outras áreas, o que significaria a busca por um conhecimento formal consolidado e reconhecido entre os pares, por meio da realização de especialização, residência médica e cursos de mestrado e doutorado.

A partir dessas evidências, uma das hipóteses deste estudo era de que na ESF haveria um importante grupo de profissionais recém-formados que teriam optado por este emprego principalmente pela maior disponibilidade de vagas e pela remuneração, comparativamente com outros postos de trabalho, enquanto aguardavam a oportunidade de fazer residência médica. Este perfil de profissional explicaria, em grande medida, a rotatividade observada na ESF.

Os dados da pesquisa mostram, contudo, que a maioria dos médicos da ESF tem idade entre 30 e 39 anos e se formaram há mais de 5 anos; ou seja, já está a algum tempo no mercado de trabalho. Portanto, profissionais jovens e/ou recém-formados não constituem o perfil predominante na ESF.

A pesquisa também revela que o grupo de médicos com menos de 30 anos e que se formaram há menos de 5 anos tem maior peso relativo no modelo da ESF do que na APS convencional. Isso parece corroborar a hipótese citada, especialmente porque 60% daqueles que se formaram há menos de 2 anos disseram ter ido para a ESF porque estão aguardando residência, um percentual significativamente maior do que o dos médicos que foram por identificação com o tipo de trabalho (19%), porque era um bom emprego (13%) ou pela remuneração (8%). Além disso, observa-se que na ESF grande parte do contingente de profissionais jovens não deseja continuar na SF: 40% pretendem deixar a ESF, geralmente, para fazer residência médica, e dentre os 60% que declaram o desejo de permanecer é significativa a

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

parcela dos que querem ficar somente pelo período em que esperam outra oportunidade de emprego ou se preparam para residência.

Outro aspecto é que a permanência dos profissionais em início de carreira é inferior à dos demais e apenas 11% deles pretendem ficar na SF do município atual por pelo menos 5 anos. O relato dos profissionais da ESF que participaram do grupo focal mostra que a baixa permanência dos médicos jovens/recém formados é percebida por eles no contexto do trabalho:

[...] a realidade é essa mesmo. O sujeito tá fazendo PSF um mês e arrecada fundo pra que ele possa ter uma tranquilidade na residência. Então, isso aí é uma rotatividade muito grande. São pessoas novatas, que não têm nenhuma experiência, não tem uma formação, porque o PSF pra mim, eu hoje [...] continuo estudando, é a melhor escola que existe, desde que você tenha vontade. (Médico da ESF da RMBH)

[...] quem tá lá são os que ficaram. Mas tem muita rotatividade. E é verdade que é um “ganha-pão pré-residência”. Lá no nosso Posto de Saúde isso é muito banderoso. As quatro equipes que estão lá são quatro que ficaram. Nós temos vagas pra cinco. Tem uma vaga lá que não consegue preencher com médico [...]. (Médico da ESF da RMBH)

[...] o que que acontece? O médico presta um vestibular para residência, não passa. Aí ele procura o mercado de trabalho. O que que oferece mais? É o PSF. Entra no PSF, faz um ano, e começa a estudar de novo. Aí ele busca a residência de novo pra fazer a prova. Às vezes, ele foge do PSF por causa disso. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

[...] de uns tempos para cá os médicos, uns foram saindo para cá, outros para lá. Poucos acabam voltando. E o pessoal chega, fica seis meses, passa para a prova de residência e vai. Isto tem prejudicado um pouco [...]. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Entretanto, os grupos focais revelaram também a existência de trajetórias alternativas de médicos jovens/recém-formados que vão para a ESF querendo fazer residência. Alguns deles saem para realizá-la, mas retornam e reconhecem que a ESF é um bom locus de atuação, enquanto outros não conseguem viabilizar ou desistem da residência após um tempo de atuação como médico da Saúde da Família:

O médico forma, ele tenta uma residência e não passa. Vê o mercado. O PSF é um bom mercado. Ele entra no mercado, ao mesmo tempo em que ele tá fazendo uma coisa que ele aprendeu na faculdade, que é o atendimento primário. Ele tá estudando pra tentar a residência. Isso eu vejo muito característico. Aí o que que acontece? Ele passa na residência. Passou, fez dois, três anos de residência, ele volta. Ele percebe que o mercado do PSF ele agia da forma dele; é o médico de família, tradicional, que as pessoas ainda respeitam e que é diferente do centro, o urbano. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

É porque também tem uma coisa. Nem todo mundo que vai pro PSF com essa ideia consegue também. Por exemplo, eu fui um desses, que eu fui também com um pouco de ideia de trabalhar e estudar pra fazer a residência. Nem todo mundo que vai trabalhar consegue trabalhar e estudar o suficiente pra fazer uma prova de residência. [...] Porque não é fácil você trabalhar o dia inteiro e chegar em casa com a cabeça fresca o suficiente pra conseguir estudar o suficiente. Nem todo mundo. Uns ou outros vem. [...] Outra coisa que o pessoal deve tá falando, muitas vezes, família, né, que as pessoas às vezes acabam constituindo um família, e acaba... Foi o meu caso também. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Os dados sobre formação em nível de pós-graduação mostram que quase 25% dos médicos da ESF não fizeram nenhum tipo de curso, situação observada por menos de 10% dos médicos da APS convencional, sendo também consideravelmente menor a parcela de médicos que concluíram residência. Essa diferença de perfil reflete, em grande medida,

as características da distribuição etária e por tempo de formado dos profissionais dos dois modelos, ou seja, o fato de os médicos da SF serem mais jovens.

De outro lado, a maior parte dos médicos da ESF que realizaram pós-graduação fez cursos em áreas básicas e apenas 32% têm especialização em Saúde da Família. O grande peso relativo da especialização nas áreas básicas também caracteriza os médicos da APS convencional, onde também se encontram alguns médicos com especialização em Saúde da Família.

Esses dados corroboram, em parte, os de pesquisas (Machado, 2000 e Meneses e Rocha & Trad, 2005) que mostram que as áreas de especialização mais comuns dos médicos da ESF são as das clínicas básicas: Medicina interna, Medicina geral comunitária, Pediatria e Gineco-Obstetrícia. Isso parece ocorrer em decorrência de a ESF ter sido implantada como estratégia de atenção primária alternativa à APS convencional, sem que houvesse criação e crescimento na mesma medida da oferta de cursos de especialização na própria área.

Outro aspecto digno de nota é que na ESF de Minas Gerais 36% dos médicos têm formação nas clínicas básicas ou em Saúde da Família combinadas a outras especialidades e outros 34% fizeram cursos só em especialidades não características da Atenção Primária. Além disso, cursos nessas áreas (isoladamente ou combinadas com as das clínicas básicas) representam a maior parte da demanda dos médicos que desejam fazer (outra) pós-graduação.

As evidências dos grupos focais qualificam melhor a problemática do perfil de formação dos profissionais no nível de pós-graduação vis a vis sua atuação como médico de família, ou generalista, mostrando que ela pode adquirir diferentes significados.

Em primeiro lugar, sugerem que médicos que já atuavam em áreas afeitas à Atenção Primária são os que melhor se adaptaram à Saúde da Família:

Agora, realmente, eu lembro pela época da especialização que tinha pessoas de diversas especialidades [...] médicos mais antigos, pediatras e ginecologistas eram os mais comuns. Otorrinos tinham alguns, mas o mais comum era ver pediatra e ginecologista fazendo especialização e atuando no Programa da Saúde da Família no começo. (Médico da ESF da RMBH)

Eu, como fiz ginecologia e obstetrícia, isso pra mim fica mais fácil. Eu já tinha esse conhecimento. Eu só agreguei ao PSF. E eu também fiz geriatria com o intuito de prazer pra mim. (Médica da ESF da RMBH).

Em segundo lugar, indicam que a falta de profissionais com formação generalista tem levado ao estabelecimento de estratégias de organização específicas, que são importantes para assegurar a permanência:

Eu era clínica há muito tempo. Eu não sabia mais olhar pra uma criança e saber o que que ela tinha. Aí, esse cara me deu um apoio sensacional durante dois anos. Ele também não tinha a visão de clínica. Aí, eu dei a visão de clínica pra ele e ele deu a de pediatria pra mim. Hoje, eu não sou uma pediatra, mas não tenho medo de atender a criança mais. Eu não tenho esse medo [...]. Se não tivesse esse rapaz, eu não tinha ficado, porque eu tinha medo de ser negligente. (Médica da ESF da RMBH)

Na verdade, houve uma grande mudança no sistema de atendimento básico, que antigamente era feito ginecologista, clínicos gerais e pediatras, todos com especialização e experiência. De 2002 pra cá, 2001, implantou-se o PSF, que tem um generalista responsável por determinada área de abrangência. Nós que trabalhávamos ali na unidade ficamos como médicos de apoio pra resolver aqueles casos mais complexos que o generalista não teria capacidade de resolver. O que acontece é que o PSF é baseado no generalista e não existe, não havia, esse profissional no mercado (médico ESF da RMBH)

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

Os grupos focais também revelam que no grupo de especialistas que atuam na ESF existem profissionais que mudaram de área de atuação ou que resgataram a experiência que tiveram como generalista no início de sua carreira, como aparece na seguinte fala:

Porque eu percebo que os médicos mais antigos eles já foram médicos generalistas. Inclusive, eu trabalhava no interior. Eu percebo conversando com eles, que já foram anestesiastas, cirurgiões e deu pra perceber que eles fizeram de tudo e voltaram a resgatar isso daí. (Médico da ESF da RMBH)

A busca de especialização foi citada por alguns profissionais em função da necessidade da própria ESF, como os seguintes:

Eu vou dar o meu exemplo e de alguns outros profissionais que eu sei. Durante o exercício da medicina de família eu via a necessidade de me aprofundar em algumas áreas, pra depois fazer especialização, mais de uma até, mas não pra sair. A intenção desde o início era trazer o conhecimento disso pra medicina de família [...] eu fiz pra agregar um conhecimento que eu achei necessário. Então, eu acho que tem muitos profissionais que vão adiante pra agregar conhecimentos em áreas que acham necessárias, que não são tão bons e que a gente precisa avançar. (Médica da ESF da RMBH)

Eu não gosto de fazer puericultura. Eu não gosto. Eu não tenho estabilidade, eu não tenho prática, eu não gosto do choro da criança. Mas eu, como médica do PSF, eu tenho que fazer puericultura. Eu tenho que sentar e estudar puericultura pra mim poder ir lá e tentar fazer minha puericultura. (Médica da ESF da RMBH)

Outro ponto de destaque é que certos médicos não gostam de trabalhar como generalista, como exigido na ESF, porque acham que isso implica uma carga de trabalho excessiva, porque não lhes agrada prestar assistência à população em todas as etapas do ciclo de vida ou porque não se sentem capacitados e não se dispõem a buscar a qualificação necessária. Estes pontos podem ser exemplificados pelos seguintes depoimentos de médicos da APS convencional que saíram ou optaram por não trabalhar na ESF.

Eu acho fantástico. Mas a carga com que eles fazem é muita coisa. Eu, pessoalmente, acho que eu não sei se eu iria conseguir resolver da forma que deve ser resolvido. Atender o idoso, não sei se eu teria capacidade. (Médica da APS convencional da RMBH)

Eu também sou pediatra. Tenho 28 de formada. Fiz uma residência. Gosto de trabalhar como pediatra. E algum tempo que eu passei trabalhando com PSF, com adulto, gente, que coisa horrível! Acho que aquilo não tem nada a ver com pediatra, você vai fazer um trabalho que sua qualidade não vai ser boa nele. E achei que não tinha nada a ver, e não me aceitei no PSF. (Médica da APS convencional da RMBH)

Eu não [...] não foi por causa disso não, qualidade de trabalho. A gente não dá conta. O volume de trabalho. A demanda é uma coisa assim... porque trabalhar com adulto a gente consegue. É claro que no começo é difícil [...] mas rapidamente a gente pega. [...] você não almoça, você não faz xixi, você tem infecção urinária, você pira, você não dorme né? Não tem condição (médica da APS convencional da RMBH)

No que se refere à relação entre fixação e área de especialização, os dados mostram que o percentual de médicos que cursaram pós-graduação nas Clínicas Básicas ou em Saúde da Família tem permanência maior do que os médicos com pós-graduação em outras áreas.

Em resumo, a questão da qualificação profissional como elemento de atração e fixação do médico na APS em Minas Gerais parece assumir uma dupla dimensão, tendo influências diferentes conforme a fase do ciclo de vida profissional. De um lado, a busca de capacitação constituiria um fator que leva à rotatividade dos médicos, especialmente a busca pela residência médica pelos médicos jovens; de outro, a formação em áreas afeitas à APS parece favorecer a fixação

dos profissionais e a procura por capacitação, uma demanda para fazer face à complexidade da atuação na saúde da família.

Outro ponto de destaque em relação aos fatores individuais é o argumento ressaltado por alguns estudos de que o local de origem e a família constituída, embora não ligados diretamente ao trabalho, afetam suas escolhas locais e as decisões de mudança de postos de trabalho. Esses dois aspectos são importantes para a discussão da oferta e da fixação de médicos na APS, sobretudo na ESF, tendo em vista que grande parte dos postos de trabalho disponíveis encontra-se em municípios de pequeno porte populacional, onde é maior a dificuldade de atração e fixação de médicos.

A pesquisa indica que em Minas Gerais a origem do profissional – entendida como o local onde nasceu ou onde viveu a maior parte da infância – funcionaria como fator de atração e de retenção para médicos dos dois modelos de atenção. Isso porque, de um lado, a maioria dos profissionais que atualmente trabalham em municípios de menor porte tem origem em municípios fora da RMBH. Além disso, a permanência de médicos em municípios de porte semelhante àquele do qual originaram é superior em relação aos demais, conforme ilustrado pela fala abaixo:

Eu vim pra [nome do município], que era a minha cidade, por questão do trabalho também, porque eu precisava trabalhar assim que eu formasse. Não tinha condição de ficar só por [...] então, questão de remuneração e a questão da região de origem. Inclusive, nós temos também uma fazenda aqui perto. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Quanto à família, os dados coletados mostram que médicos que têm cônjuge e filhos possuem menor mobilidade que médicos com cônjuge mas sem filhos ou profissionais que são solteiros. Este resultado é consistente com o dos estudos citados na revisão da literatura que mostram que o tipo de trabalho do cônjuge e seu local de nascimento, bem como o número de componentes da família, fazem parte do conjunto de determinantes da escolha locacional dos profissionais. Médicos participantes dos grupos focais disseram a respeito:

[...] você vai pra “tonga da mironga”, e você não tem nem pra você e nem pra quem vive com você. Se eu tiver filhos eu vou botar em que escola? Se eu tiver um fim de semana, eu vou pra onde? (Médico da ESF interior de Minas Gerais)

Cidade grande, porque tem um melhor conforto. E, às vezes, a remuneração não é nem igual à do interior, mas o sonho dele é trabalhar em cidade grande. É que tem uma condição aí e de qualidade, de comércio, de uma vida boa para você poder se atualizar, de... educação dos filhos. Tudo isto a gente pensa [...]. (Médica da ESF interior de Minas Gerais)

5.2 - Mercado de trabalho

Nos anos de 1990, por questões macroeconômicas e transformações específicas do mercado de trabalho, houve crescimento do trabalho médico assalariado, acompanhado por um achatamento salarial. Com isso, o perfil do mercado de trabalho médico no Brasil passou a se caracterizar, cada vez mais, pela existência de profissionais que atuam em múltiplos empregos e possuem múltiplas fontes de renda. Em 2002, estimativas do Conselho Federal de Medicina apontavam que 28% dos médicos brasileiros exerciam mais de três atividades profissionais (Girardi & Carvalho 2002; Pierantoni & Maciel Filho, 2004; CFM apud Pierantoni & Maciel Filho 2004).

Paralelamente a essas transformações, a criação do PSF, no final da década de 1990, também teve impacto na configuração do mercado de trabalho médico, ao proporcionar uma nova forma de inserção – emprego em tempo integral, trabalho em equipe e assistência a pacientes em todas as fases do ciclo vital – e a expansão dos postos de trabalho no setor público, mais especificamente na esfera municipal. Nesse sentido, alguns autores estimam que em 2000 os municípios eram responsáveis por 53% dos postos de trabalho de médicos no setor público (Girardi & Carvalho 2002; Pierantoni & Maciel Filho, 2004).

Vários dos dados desta pesquisa se coadunam com o cenário traçado por essas características. Em primeiro lugar, é

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

grande a importância dos postos de trabalho vinculados ao SUS em relação ao conjunto de atividades exercidas por todos os entrevistados.

Em segundo lugar, o fato de parte considerável dos médicos da ESF ser constituída de jovens ou de estar há pouco tempo no posto de trabalho atual, ao contrário do que ocorre na APS convencional, prova que a ESF é um locus de absorção de profissionais mais dinâmico que a APS convencional. As vantagens oferecidas pelo emprego, especialmente o horário regular, sem plantões ou atividades nos finais de semana, figuram entre os principais motivos da opção dos profissionais pelo trabalho na ESF.

Também significativo é o fato de grande parcela de médicos terem a ESF como sua única atividade profissional, situação rara entre os médicos da APS convencional. Entretanto, a maioria dos médicos da ESF exerce múltiplas atividades, sendo predominante a atuação em plantões de hospitais, conforme resultados da pesquisa quantitativa e depoimentos seguintes:

No caso do PSF, trabalha no PSF, tem uma folga por semana, que é o dia que vai dar o plantão. Dá plantão também de noite, dá plantão não sei o quê. Fica aí, trabalha no PSF e mais dois ou três empregos. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

A maioria das pessoas que trabalham no PSF tem mais de um emprego. Quase ninguém tem um emprego só. Todo médico tem mais de um emprego, porque é muito difícil. Então, você faz PSF e vai dar plantão, ou mais de um consultório, ou mais... Em geral, é assim, um fixo e mais vários... (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Em parte, esse resultado pode se relacionar à remuneração que a ESF proporciona, considerada baixa comparativamente à que se pode alcançar combinando múltiplas atividades ou, ainda, à conjuntura de queda relativa nos salários médicos sob a qual a ESF se desenvolveu, o que levaria os profissionais a procurarem outros trabalhos com o objetivo de complementar a renda. Outra possível explicação é que em um cenário de demanda por assistência médica e escassez de mão de obra, como se verifica principalmente em municípios de menor porte, onde há maior dificuldade de atração e fixação de profissionais, os médicos da ESF estariam sendo demandados para exercer outras atividades.

Esse tipo de explicação encontra respaldo nos dados desagregados por tipo de local de trabalho, que mostram que nos municípios da RMBH a proporção de médicos que trabalham em muitas atividades é menor do que nos demais municípios. Contudo, essa é uma hipótese que merece ser mais bem explorada, tendo em vista que a amostra utilizada nesta pesquisa não é representativa por categorias de municípios.

Como exemplos desses tipos de explicação, têm-se os seguintes depoimentos:

Eu vim pra cá porque só o PSF não me atraía de jeito nenhum. Hoje, associando o PSF com o hospital eu tenho um salário que eu considero digno. Merece eu tá trabalhando lá, entendeu? (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Aí, nós que estamos trabalhando no PSF, só PSF, aí pra você pegar um dinheiro a mais tem que dar plantão. É estresse 24 horas. É isso, é aquilo. Aí não compensa. Agora, é a única coisa que tem pra fazer, o pessoal que mexe com PSF, é dar plantão". (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Então, hoje, o que que aconteceu? A prefeitura fez um acordo com o hospital, e o médico que vinha pro PSF recebe uma remuneração pelo PSF e recebe mais o plantão do hospital, porque senão nem o hospital conseguiria plantão e nem o PSF conseguia. Então [...] os dois salários, você consegue... (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Outro ponto a ser destacado é que a maior parte dos médicos de ambos os modelos atua em especialidades básicas, sobretudo Clínica Médica. Esse pode ser um reflexo da própria conjuntura do mercado de trabalho no que se refere à demanda por especialidade. A descentralização da atenção à saúde e sua consequente municipalização resultaram

no incremento da atenção ambulatorial e, portanto, do número de postos de trabalho para médicos nesse nível de atenção e da demanda por especialidade a ele relacionada, tais como a Clínica Médica e outras básicas (Pierantoni & Maciel Filho, 2004).

5.3 - Gestão e organização do trabalho

Dentre os vários fatores que podem afetar a atração e retenção dos profissionais médicos na APS e, principalmente, na ESF, os aspectos relativos à gestão de recursos humanos (incluindo aí as condições de trabalho) e à organização do trabalho foram os que tiveram o maior relevo, tanto no inquérito quanto na pesquisa qualitativa.

A forma de contratação é uma das categorias da gestão de RH mais discutidas na literatura sobre a rotatividade de médicos na APS. Os dados da pesquisa corroboram evidências anteriores (Machado, 2002) sobre o grande peso de vínculos precários na ESF, ao constatar que mais da metade dos médicos tem contratos sem as garantias trabalhistas. Este resultado se torna ainda mais significativo diante do desejo de 93% dos médicos por formas de contratação não precárias. Entretanto, um achado inesperado é que a percentagem dos entrevistados que se referem a um contrato com todas as garantias trabalhistas é substancialmente maior do que a dos profissionais que optam pelo concurso público.

A preferência pelo contrato com garantias trabalhistas em detrimento do concurso público parece ocorrer na maior parte do estado, mas não na RMBH, sugerindo a influência de outros fatores específicos de um grande centro urbano e seu entorno, tais como: melhor infraestrutura urbana, mercado de trabalho mais amplo (maior variedade de empregos), maior acesso a capacitações e menor interferência política. Estas características levariam ao desejo de permanecer no município, e este a uma maior valorização do concurso público pelos médicos.

A possibilidade de negociação das condições do contrato de trabalho poderia ser um dos motivos da não opção pelo concurso, como ilustra o seguinte trecho:

[...] sou contratado. Não quero fazer concurso, não. [...] Porque tem como eu negociar. [...] no momento que eu criei um vínculo com o município, eu sou importante pro município e o município é importante pra mim [...] Estabiliza, estabiliza, mas, por exemplo, não pode dar um aumento pra você. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Também talvez se deva desconsiderar que a contratação por concurso público pode não fazer parte das expectativas exatamente por ser um evento raro, especialmente no interior do estado, onde apenas 10% dos profissionais são concursados, em contraste com cerca de 70% da RMBH. Vale notar ainda que apenas 8% do total de entrevistados tem o concurso como meta mais importante do seu projeto profissional.

Alguns autores (Machado, 2002; Seixas, 2006; Menezes, Rocha e Trad, 2005) destacam que a precarização do vínculo empregatício é fator de desgaste no trabalho, uma vez que não assegura continuidade e segurança, gerando instabilidade, que estimularia o turnover. Devido a isso, a importância de uma forma de contratação não precária é abordada.

No interior do estado, onde os vínculos precários são mais frequentes, há médicos que pensam que a contratação formal, mesmo que não seja por concurso, seria importante como garantia contra demissões por questões políticas:

Mas essa forma de contratação é muito importante pro médico do PSF, eu acho, porque assim, por exemplo, sempre estão mudando formas de contratação. E essa questão política, por exemplo, você não tendo nenhum vínculo. Muda a política e se você foi contra você tá arriscado a ser demitido. Eu vejo isso. A gente vê no dia a dia acontecer muito. Quer dizer, essa questão do vínculo é muito importante. [...]. Na verdade, assim, é um anseio, acho que uma contratação... Se o Governo Federal tivesse uma coisa talvez uniforme, uma contratação mais... [...] que não seja concurso, mas que não seja esse contrato temporário. (Médica da ESF do interior de Minas Gerais)

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

A contratação formal também parece atrair, por assegurar os direitos trabalhistas, o que seria fonte de segurança e de garantia de tempo de lazer para levar a vida pessoal, um bem precioso, pois, como visto, conciliar a vida familiar com a profissional é o aspecto mais importante no projeto profissional para 30% dos médicos:

A gente tem um caso no nosso Centro de Saúde de uma cardiologista que tá lá como especialista e é bem o que ela falou: das 8 horas diárias, do feriado, do 13º, das férias remuneradas, de tudo certinho, que é o que atrai muito pra quem quer dedicar também à família, quer ser mãe [...]. (Médica da ESF da RMBH)

Além da privação dos direitos trabalhistas, médicos com contratos precários parecem sofrer outros tipos de restrições que tornam pior sua condição de trabalho no dia a dia, como expressa a seguinte fala:

Em [município da RMBH] é como se o concursado fosse o céu e o contrato fosse o inferno. Você não tem o 13º salário. Só que você completa dois anos e meio, né (pelo menos eu tive uma época lá). Se você faz lá dois anos, você não recebe os dois anos. Férias, você tem direito (na minha época, era 20 dias) e tem o lanche, a parte que eu mais achava muito interessante _ na época, eu trabalhava como clínica no Posto _ é muito interessante o lanche. Então, assim, quem era concursado vinha o café e o pãozinho com manteiga. Pro contratado, nem o café, porque o café do concursado você não pode tomar também não, tá! (Médica da ESF da RMBH)

No entanto, os diferenciais de retenção não ocorrem segundo a dicotomia “precário versus não precário”, sendo evidente a maior importância da contratação por concurso público para uma maior permanência, enquanto não existem diferenças de permanência entre médicos que têm contrato com e sem garantias trabalhistas.

Os resultados parecem sugerir que, apesar de um contrato com as garantias trabalhistas ser desejado e se relacionar uma maior satisfação profissional, não se mostra fator decisivo para a permanência do médico, pois, embora a contratação não seja temporária, como no contrato sem garantias, não está assegurada a estabilidade.

Não ter a segurança de um vínculo empregatício, que é simplesmente o contrato. Não tem um vínculo para falar: “Não, já posso me fixar aqui. Posso tentar comprar minha casa, porque daqui eu não vou sair. Eu sou efetivo, nós vamos permanecer”. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Esse aspecto, associado à interferência das mudanças políticas¹⁹ que agravariam a instabilidade dos cargos, pode levar o médico a sair, conforme foi colocado por alguns profissionais nos grupos focais:

Eu deixaria o PSF [deste município], por exemplo, por estabilidade. [...] Por exemplo, se eu passasse num concurso que me desse estabilidade. Por exemplo, se amanhã ou depois mudar o prefeito aqui, né, sair uma pessoa diferente, igual aconteceu comigo [...], eu, de repente, ter que sair daqui pra ir pra uma outra cidade... [...] Colocação a gente consegue tranquilo, mas o problema é ter que mudar tudo. [...] Efetivação é importantíssimo. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

A forma de contratação, apesar de ser considerada importante pelos médicos, devido aos vários fatores apresentados, não é uma questão expressiva quando se pensa em mudança de município. As questões relativas à contratação – fim de contrato ou ausência de contratação, aprovação em concurso público ou oferta de contrato estável em outro município – têm uma importância apenas marginal como motivo de troca dos municípios de atuação na ESF, desde que quase 93% dos médicos que tiveram esta experiência alegaram outros motivos.

Outro fator importante na gestão de RH e muito abordado na literatura sobre atração e retenção de médicos na APS é a remuneração. Ela é uma das principais estratégias que os municípios utilizam para atrair profissionais. Mas, paradoxalmente, gera rotatividade entre municípios, pois os médicos se transferem seguindo a maior oferta financeira (Machado, 2002; Seixas, 2006; Campos, 2005; Mobley, 1992).

¹⁹ Interferência política é fator de destaque nas motivações de mudança de município e de sair da ESF e na avaliação da ESF, e serão posteriormente comentadas.

Os resultados da pesquisa reforçam este último argumento, pois a oferta de melhor remuneração foi um dos principais motivos para a mudança de municípios na ESF, e a permanência na ESF de um mesmo município é relativamente mais baixa para aqueles que foram trabalhar na ESF motivados pela remuneração que a dos motivados pela identificação com o tipo de trabalho ou porque é um bom emprego.

De acordo com a observação de Campos (2005), os dados qualitativos também indicam que a remuneração atrai, mas não fixa.

Todas as vezes que eu troquei, tirando [nome do município], foi salário. O prefeito foi logo me convidar pra mudar o PSF em [nome do município]. Fez uma proposta boa. Aí eu preferi ir [...] o que mantém a pessoa atraída é a questão salarial e, a partir desse salário, você ter valorização gradativa do seu salário. Se você tá ficando no município, um dos problemas que eu acho que o PSF falta resolutividade é o profissional ficar pulando de “galho em galho”. A partir do momento que o profissional médico fica no seu trabalho, você tem maior resolutividade. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Os grupos focais sustentam que a atividade na ESF, por sua natureza e dedicação em termos de carga horária, deveria ter uma remuneração diferenciada, que se equiparasse ao valor que pode ser alcançado pelos profissionais por meio de múltiplas atividades no mercado. Sugerem que o patamar hoje oferecido não é compatível com a expectativa dos médicos ou com as exigências do cargo, o que faz com que assumam outra(s) atividade(s) além da ESF, mudem de município em busca de melhor remuneração ou abandonem a ESF para atuar em outras atividades:

Então, ou seja, quanto à remuneração [...], realmente não tem como você colocar 40 horas pro médico da Saúde da Família com remuneração de 4.000. Ele faz um plantão de 12 horas ganha muito mais e trabalha muito menos. Então, a remuneração aí tinha que ser revista pela Secretaria de Estado, pelo Ministério, com relação a isso. Tá muito baixo. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

E o que que acontece? O reconhecimento de uma profissão passa também pela remuneração e pela expectativa do sujeito. Poxa, se eu vejo meus colegas ganhando 15, 20 mil reais por mês e eu tô ganhando 6, tô ganhando 8 e fazendo uma coisa que [...] então, é difícil. (Médica da ESF do interior de Minas Gerais)

Eu vou te falar o meu caso. No início que eu comecei no PSF e que o salário era muito maior. Quando eu formei, eu formei em 97 e eu fui pra minha cidade natal [...]. Era em torno de 3.000 mil dólares, era 30 salários mínimos. Então, me satisfazia plenamente a remuneração naquela época, principalmente pra mim, que tava formando. Não sou de família rica nem nada, mas me satisfazia plenamente. Durante um bom tempo eu não dei plantão, não fiz outra coisa a não ser PSF. [...] Agora, quando chegou um certo momento em que foi defasando, porque o salário não tinha um indexador e foi acontecendo a inflação, e foi aumentando, e eu tinha família e tudo, e precisei de mais, eu fui procurar plantão. Fui dá plantão pra compor... É lógico que me satisfiz o fato de eu trabalhar num hospital, de eu ter uma noção de uma outra atenção e não só aquela básica ali. Isso foi bom pra mim também. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

*Seria legal sair de casa e ir pro PSF, e não do plantão do [nome da região], e ir pro PSF, que é o que eu tenho que fazer até hoje. Ainda tenho esse sonho. Um dia esse negócio vai ser bem remunerado e eu vou ficar por conta. Quer dizer, vou continuar sonhando [...] É exatamente isso que [**], porque quando eu comecei a trabalhar [...] nós tínhamos dedicação exclusiva, mas tinha uma remuneração [...] muito boa. Você tá entendendo? (Médica da ESF da RMBH)*

Outro aspecto investigado pela pesquisa foi a interferência política na rotatividade dos médicos. Ela pode produzir conflitos na relação entre profissionais e gestores, a partir da intervenção na prática da equipe de SF, gerando insatisfação e estimulando a não fixação dos profissionais.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

[...] um dos fatores que [...] eu, por exemplo, estou no PSF e provavelmente vou continuar no PSF, mas que muitas vezes me fez pensar em sair do PSF seria isso, em fazer uma residência, seria isso, pra ter autonomia, pra não ter que ficar respondendo, não ter que ficar obedecendo a certas coisas que, muitas vezes, são o que eu considero erradas, políticas que eu considero erradas, coisas que eu não considero corretas. Mas, voltando aí ao que eu tava, eu trabalhei oito anos no [nome do município]. Quando nós fizemos os cadastros, todos começamos ali o primeiro PSF da cidade, fiz outras capacitações, outros cursos e tal. Teve duas gestões do prefeito. Aí teve a eleição. Ele não candidatou de novo. Aí ganhou o prefeito atual [...] ele era inimigo político do prefeito anterior. Ele tomou posse no domingo e na segunda-feira ele me mandou embora. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Além disso, a contratação e a permanência dos profissionais podem estar relacionadas à gestão política daquele período, podendo sofrer interrupções conforme as mudanças dessa gestão. Discutindo a interferência do fator político na saúde, os médicos relatam:

[...] eu tenho um Centro de Saúde onde os ACS todos são colocados lá dentro pelo vereador. (Médico da ESF da RMBH)

E a cada período político se quebra o processo. E, dependendo da pessoa que chega, a pessoa que conhece o município, até mesmo da própria, da mesma gestão, você pega um caminho, aí muda ali, muda o gerente, acabou, você foi! Aí muda tudo de novo. Às vezes, na mesma gestão, nos mesmos quatro anos. (Médica da ESF da RMBH)

Nesse sentido, verifica-se que o segundo fator motivador para a mudança de municípios na ESF foi “mudança política na gestão municipal”, o que indica o forte peso dos ciclos políticos na atenção à saúde. A importância deste fator na insatisfação e a não fixação do médico podem ainda ser apreendidas por outros dois resultados: é o segundo motivo pelo qual os médicos que declaram o desejo de ficar optariam por sair da ESF e o terceiro aspecto que os médicos gostariam de mudar na ESF.

Assim, a questão política pode apresentar-se como um agravante para os problemas de capacidade técnica e financeira da gestão municipalizada da APS, em decorrência da organização descentralizada do sistema de atenção à saúde, já discutida pela literatura específica (SOUSA e HAMANN, 2007; MENDES, 2002; MONNERAT et al., 2002).

Quanto às condições de trabalho, a pesquisa revelou que elas têm peso para o projeto futuro e para a avaliação dos médicos com relação às mudanças na ESF. A existência de boa infraestrutura física e de recursos materiais constitui o terceiro fator mais importante no projeto profissional. As condições adequadas de trabalho – dadas por disponibilidade de medicamentos e recursos materiais, boa estrutura física das unidades de saúde e garantia de apoio diagnóstico e laboratorial, de retaguarda de rede especializada e de urgência e emergência e de segurança física dos profissionais na Unidade de Saúde – merecem lugar de destaque no rol dos aspectos que os médicos mudariam na ESF. Todavia, esses fatores não estão entre os mais citados como motivo de mudança de município ou de abandono da ESF.

A importância atribuída pelos médicos a esses aspectos pode relacionar-se ao argumento presente na literatura (Machado, 2002; Seixas, 2006; Campos, 2005) de que as condições de trabalho, quando negativas, constituem-se em obstáculos à prática médica de qualidade e fator de desestímulo para o trabalho. As falas seguintes ilustram a importância da estrutura física para o atendimento na visão do médico:

Tudo que necessitar a unidade para dar uma boa assistência que deveria ter [...]. [Unidade de Saúde] bem equipada, com as instalações adequadas. Nada de adaptações, entendeu? Tudo que necessita para que se tenha um bom atendimento. (Médica da ESF do interior de Minas Gerais)

Discutindo especificamente a questão da falta de retaguarda da rede especializada, percebe-se a ênfase que a ela é dada:

Agora, eu acho que o interior realmente deve ser mais complicado, porque lá entra toda a questão [...]. Aqui, a gente ainda, [...] tendo um paciente grave, eu ainda tenho como encaminhar esse paciente pra um serviço secundário ou, às vezes, terciário. Lá, não. Esse profissional, além de ter todos esses problemas que eu tenho certeza que ele vive, igual nós vivemos, ele ainda fica com problemas que às vezes ele não tem a menor condição de resolver, como se ele tivesse que resolver, porque não tem suporte. Ele não tem suporte nenhum, né, de estrutura mesmo, remédio. Não tem condição nenhuma, né, e não consegue encaminhar esse paciente pra onde esse paciente deveria tá tratando. Não consegue encaminhar. (Médica da ESF do interior de Minas Gerais)

Mas as condições de trabalho ainda são muito precárias. Eu acho que isso é que dificulta mais as pessoas darem mais resolutibilidade aos casos. Muitas vezes, o município não tem laboratório municipal, não tem diagnóstico de imagem, não tem outros recursos, e você acaba tendo que mandar pra um especialista, pra fora, pra poder fazer coisas que ele poderia fazer tudo. Onde eu trabalho, graças a Deus, é muito bom, e foi uma das principais causas que me fixei lá. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Na ausência de condições de trabalho adequadas, mesmo a oferta de alta remuneração não funcionaria como fator de atração:

A condição do trabalho, se você tá no norte de Minas, é difícil, né, é difícil. Você não tem hospital em nenhuma cidade. Muitas vezes, você não tem nem o diagnóstico. Você também não tem medicamento. E quando tiver um paciente grave, você tem um pepino na mão, e talvez um processo... Semana passada eu recebi uma proposta pra ganhar 10 mil reais livre, 10 mil reais livre, líquido, que a gente fala, seria o quê? Mais ou menos 15 mil reais. Trabalhar só 40 horas/mês, só PSF, e não pegar mais nada. Só que, olha pra você ver, cidade perto de [nome do município], querendo começar. Você já tem uma estabilidade aqui. Você pode não tá ganhando isso, mas você ganha quase isso. Será que vale a pena você ir pra lá? Será que vale a pena essa mudança toda que você vai fazer? (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Outros aspectos relacionados à insatisfação dos profissionais médicos da ESF, segundo a literatura, são a sobrecarga de trabalho e a carga horária de 40 horas semanais (Machado, 2002; Seixas, 2006; Menezes, Rocha e Trad, 2005).

Os resultados apontaram que a flexibilização da carga horária de 40 horas da ESF não está entre os fatores mais citados no projeto profissional e entre aqueles sugeridos para mudança de município na ESF, mas parecem importantes na medida em que há indícios de que ocorrem na prática em alguns municípios. Foram identificados casos em que os médicos foram contratados para uma carga horária semanal inferior a 40 horas. Outros sugerem que a carga horária contratada não é cumprida integralmente, visto que os médicos trabalham também na APS convencional, seja no mesmo município ou em outro. Apesar de corresponderem a uma parcela reduzida dos entrevistados, estes dados são importantes por evidenciar uma prática que contraria explicitamente as diretrizes definidas pela ESF. Com relação a isso, têm-se os seguintes relatos:

O médico é tradicionalmente de cumprir ali a obrigação dele. Acabou as consultas ou acabou a atividade que ele tem que cumprir, ele não vai ficar ali esperando dá um horário ali pra bater o ponto e ir embora. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

A prática de acordos informais entre o médico e a gestão municipal em torno da redução da carga horária semanal e de diversos tipos de arranjos para garantir uma remuneração maior foi explicitada nos grupos focais realizados, sendo colocados como fator positivo para fixação:

Quando eu cheguei aqui [...] o pessoal do PSF já tava bem fixo. Foi um tempo em que a coisa tava duradoura. Eles davam plantão também no hospital, trabalhava... Isso aí é muito de praxe. Lá em [nome do município] também, eu trabalhava na Prefeitura [...] e tinha um dia que eu era liberado pra dar plantão. Quase todas as cidades fazem isso. Isso parece que, inclusive, é legalmente feito

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

pela saúde. Os colegas que estavam aqui, eles atendiam PSF. Tinha poucos, né? Então, eles ficavam de sobreaviso no hospital. Ele recebia pelo hospital o plantão e tava trabalhando no PSF. Então, ele trabalhava no PSF e recebia como sobreaviso no hospital. [...] o prefeito também sabia disso e, sendo um médico, não era o caso; “Ah não, não pode...”. Então, a coisa funcionava. O pessoal ficou fixo aí muito tempo. Tava satisfeito [...]. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

[...] isso é extra oficial, mas é uma condição que se a cidade não fizer, ela não... [fixa o médico]. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

A importância da flexibilização da carga horária pode depender do fator remuneração associado a ela, como mostrado por alguns relatos.

Na verdade, é um sonho do médico ser um operário siderúrgico: trabalhar oito horas de segunda a sexta, né, pra quem não curte trabalhar de noite, fim de semana e tal. Mais é uma pena que o salário não cubra pra você se dedicar a isso. (Médico da ESF da RMBH).

É a primeira coisa. Se a jornada de trabalho, ao invés de oito horas fosse seis horas [...] seis horas seria o ideal. [...] Todos reclamaram da jornada de trabalho. Porque, pela remuneração, oito horas por dia a gente fica exausta. E aí não tem jeito. Então, seis horas por dia pra você poder fazer uma outra coisa pra poder complementar renda. (Médica da ESF da RMBH)

A jornada de 40 horas semanais, aliada a um volume de trabalho excessivo, apareceu como motivação para parte dos médicos manifestar o desejo de deixar a ESF, tendo maior peso entre aqueles com maior tempo de formação. Nesse caso, as discussões surgidas nos grupos focais dão ênfase ao grande volume de atividades a serem executadas num dia de trabalho, em decorrência da cobertura populacional exigida da equipe, do perfil da área a ser atendida ou de normas quanto ao número de atendimentos que o profissional deveria realizar por dia.

As falas seguintes relatam sobre a sobrecarga de trabalho.

A gente trabalha muito. É estressante. [...] Não tem tempo nem tomar água, nem tomar nada, entendeu? Se você quer fazer bem feito, sai um trapo. Igual eu, que moro muito longe do Centro. Eu não vou almoçar em casa. Eu levo um lanchinho [...] você não tem merenda, não tem cafezinho [...] porque a gente trabalha quatro horas, é um a cada quinze minutos. Daí, você chega pontualmente às sete, e já tem um paciente dentro do seu consultório. Cada um tem que ser quinze minutos, né? O outro fica na porta esperando. [...] Eles fazem a conta assim: um pra cada quinze minutos. Então, você entrou às sete e saiu às onze, pontualmente, sem ir no banheiro, sem conversar com a equipe, sem beber um copo d'água, nada. (Médica da ESF do interior de Minas Gerais)

Diminuir a pressão em cima da gente em relação a números. Que a coordenação avaliasse qualidade, e não mais quantidade. (Médica da ESF do interior de Minas Gerais)

Agora, eu acho que a gente já começa desde lá de cima. O Ministério está lá, o médico tem que dar conta da maior população do País: 4.500 pessoas. Então, não existe uma adequação. Pelo menos a maioria não existe uma adequação [...] essa área é altamente remunerada. Então, precisa ter menos população pro mesmo profissional. [...] duas mil pessoas e que 70% tem plano de saúde. Que de manhã, no horário que os pacientes chegam e tudo, chega lá tem dez pessoas. É [...], né, gente? Coisa maravilhosa! E já tem outras áreas que mora seis mil pessoas. Isso é uma loucura! [...] Aí nesse turno as 40 horas é pouco. [...] Se você for pensar bem, você tem uma área com duas mil pessoas, uma alta cobertura de plano de saúde, Quarenta horas pra quê? (Médica da ESF da RMBH)

Um dos fatores que muita gente não fica é porque é pesado. O acúmulo de responsabilidade é muito grande. Tem que fazer muita coisa pra um médico só, e oito horas por dia é muito tempo

pra você ficar dentro de um consultório, mas pra Saúde da Família é pouco. (Médica da ESF da RMBH)

Outro elemento específico da organização do trabalho na ESF é a realização de atividades mais diversificadas que as da prática médica na APS convencional, no contexto de trabalho em equipe multidisciplinar. Essa organização, segundo a literatura (Seixas, 2006; Campos, 2005), poderia propiciar conflitos entre os membros da equipe, gerando insatisfação e dificultando a permanência profissional. Em favor desse argumento, observa-se que os problemas decorrentes do relacionamento entre os membros da equipe e/ou destes com a gerência da Unidade de Saúde são o terceiro fator mais citado como motivador para a mudança de equipe e o quinto motivo mais importante para a mudança de municípios na ESF.

Nos grupos focais, o aspecto relativo a este tema mais frequente foi o conflito entre médicos e enfermeiros.

[...] eu tenho depoimento de vários colegas e colega que têm atrito com a enfermeira, que tem atrito porque aí entra uma série de questões. Existe a enfermeira que é enfermeira porque ela quer ser enfermeira. Ela quis, é um projeto de vida dela, ótimo! E o médico que sabe valorizar, que ele acha que ele não é Deus. Então, ele sabe valorizar, ele reparte, né. Ele vai valorizar todo mundo aí. Dá supercerto essa mistura. Mas quando tem uma enfermeira que queria fazer medicina e não fez, e aí ela é chefe da equipe, aí ela ataca o médico o tempo inteiro. É um ataque de inveja o tempo inteiro. Aí não dá certo. Eu já tive vários colegas que passaram por isso, que é picuinha daqui, é picuinha dali, sabe? Então, eu acho que existe tanta dificuldade do médico de trabalhar com a enfermeira. Mas existe também a dificuldade da enfermeira de lidar com o médico. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

[...] houve muito conflito, porque muitos enfermeiros passaram a se considerar chefe do médico, e o médico é formado. De certa forma, para não aceitar isso. Médico não é muito de ter chefia. Houve muito conflito. Eu vi muito conflito nesse sentido. Eu tive esse tipo de conflito. Aqui, não. Aqui eu tenho uma ótima relação com o enfermeiro que eu trabalho. Mas, por exemplo, no PSF anterior que eu trabalhava, eu cheguei a ter discursões de ficar inimigo com o enfermeiro, porque o enfermeiro chegava a ponto de controlar quantas consultas eu fazia, quantas consultas eu não fazia. Queria me tratar como um agente de saúde, por exemplo. Queria, por exemplo, me chamar à atenção porque um dia eu troquei uma ficha. Aliás, foi um erro da portaria. Eu anotei uma coisa numa ficha diferente, e ele veio me chamar atenção como se eu fosse um agente de saúde. Não menosprezando o trabalho das outras pessoas, mas a gente é profissional do nível superior e trabalha no mesmo nível. E existe um conflito nas unidades de saúde que é mais ou menos levado aí e é uma coisa que breve vai estourar. E existe, inclusive, esse conflito a nível nacional, porque existe aí a questão do “ato médico”. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

É uma fase coletiva. Tem que ter opinião de vários, e muitos não conseguem lidar com o assunto, e você tá num conjunto, porque no PSF médico é primordial e enfermeiro, cada um com suas funções, cada um com sua opinião [...] Você tá ali e você é o médico. Para o paciente, o médico é o principal. Para a Prefeitura, quem tá comandando os médicos hoje são os enfermeiros. Então, nós temos uma permissão dos profissionais médicos para administração da enfermagem. Até que a enfermagem hoje, o número de profissionais é muito maior. Então, a enfermagem, ela está em todas as áreas. Estão coordenando os médicos. Você pode pegar a maioria dos Postos de Saúde, e quem está gerenciando, quem está organizando, tudo isso são enfermeiros. E a partir daí, vem o profissional médico, que tem que aceitar uma opinião diversa. Então, isso aí afasta muito os profissionais, mesmo porque o trabalho, muitas vezes, ele até enfrenta. (Médico da APS convencional da RMBH).

Vale ainda ressaltar a importância da existência de um plano de carreira no projeto profissional dos médicos da ESF entre os fatores referentes à gestão e organização do trabalho. Um plano de carreira poderia apresentar-se como a articulação de várias dimensões que, hoje, são problemas na ESF, tais como forma de contratação, remuneração e localização, conferindo segurança e possibilitando o planejamento futuro do profissional. Nesse sentido, mostra-se

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

como atual ponto de discussão para a gestão, conforme ilustram os trechos a seguir, que pontuam diferentes aspectos da carreira que devem ser valorizados.

Estes, por exemplo, ressaltam a importância da capacitação:

Tem que ser valorizado naquilo que você faz, no tempo que você dispõe pra você estudar e aprimorar o conhecimento, que é pra você lidar com a própria Unidade, ou seja: os cursos que você faz. Por exemplo, você tem uma limitação de horas na liberação. (Médica da APS convencional da RMBH)

[...] tem que avaliar o profissional, como que ele trabalha. Tem que ser de forma individualizada. Plano de cargo de carreira e salário poderiam estar diferenciando nossa capacitação, nosso trabalho, porque os profissionais são diferentes, sim. (Médica da APS convencional da RMBH)

[...] Incentivo por especialização: quando cê faz uma especialização, cê tem tantos por cento no seu salário. Especialização ou mestrado. Incentivo à produção científica: se você publica trabalho, se você produz conhecimento científico, você tem um acréscimo. Tempo. Agora nós vamos ter, porque nós estamos brigando há quanto tempo pra que a gente tenha tempo pra poder estudar. Então, nós fomos proibidos de frequentar as aulas da universidade, apesar da gente receber alunos da Universidade Federal [...] para... nós sejamos preceptores deles [...] levei maior ferro porque deixei de atender naquele período da manhã porque eu ia frequentar as aulas junto com os alunos. Então, é... quer dizer, são coisas que a gente fica desestimulado. (Médica da ESF do interior de Minas Gerais)

Estas falas discutem a questão da valorização do desempenho:

Esse ponto é importantíssimo, [...] de você crescer profissionalmente. [...] Eu acho que uma política de cargo de salário, vamos dizer assim, a nível estadual, se você já tem tantos anos, se você tem um bom trabalho, é bom no sindicato hoje, então você é convidado pra dar uma palestra aqui, você é convidado pra coordenar ali, você vai se fazendo mais elite de PSF, mais você vai valorizando as pessoas que se dedicam efetivamente, que tem perfil, que fazem a coisa crescer. Eu acho que essa política de valorização ainda não existe, né, não sei da onde que ela vai... [...] o tempo, os indicadores que ele consegue cumprir. Os indicadores de saúde médica mostram o seu trabalho, ou seja, o que que você conseguiu. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

Por exemplo, você tá lá, você tá assíduo, você vai e cumpre a sua carga horária, não tem nenhuma advertência, não tem nenhum problema. Isso é uma forma de você ser valorizado. Então, é no seu conhecimento, na sua postura, é na sua avaliação perante a comunidade, perante a sua gerência. (Médico da ESF da RMBH)

Não, você quer ver uma coisa que é chocante com relação a isso aí? Me dá só um minutinho. Eu tô lá, digamos, há dez anos. Você passou num concurso e segunda-feira você começa a trabalhar. Você começa trabalhando ganhando o mesmo que eu tô ganhando. Quer dizer, esse trabalho de todos nós não tem valor nenhum [...] não tem progressão, não [...] tem progressão automática, mas é pouca coisa; é três e meio, três por cento de acordo com a sua avaliação de desempenho. (Médica da ESF da RMBH)

Eu já tô há vinte anos de saúde pública, e agora eu vou abrir meu consultório, porque não satisfaz. Você não se sente vencendo profissionalmente. Você tem necessidade de estudar mais, de ser mais reconhecida, de poder fazer melhor mais coisas e fica muito travado. Eu acho que não tem crescimento profissional na saúde pública. (Médico da ESF do interior de Minas Gerais)

De forma geral, ainda resta destacar a importância da dimensão da gestão de RH como um todo, diante de outras grandes categorias de análise, apresentando-se como o aspecto mais citado que os médicos alterariam na ESF²⁰ e o segundo aspecto mais importante no projeto profissional dos médicos²¹, além de ser o principal motivo pelo qual os médicos sairiam da ESF.²²

É comum a gente ouvir falar assim: “Ah não, mas eu não atendo aquilo porque eu não gosto”. Então, ele tá no lugar errado. Agora, ele está no lugar errado por quê? Aí, eu acho que é uma questão de gerenciamento. Porque alguém aceitou que ele fosse pra lá, permitiu que ele estivesse lá. Às vezes, a gente fala assim: “Ah, a culpa é do médico”. Eu acho que tem muito a culpa do profissional médico, sim. Agora, em minha opinião, a culpa maior é de quem permite que isso aconteça. Quem permite que isso aconteça não é especificamente “o médico”; é quem gerencia. [...] Eu não acho que o problema do PSF seja “um” problema. Pra mim, é como se fosse um acidente de avião. É um dominó. Cada pedra leva a um acidente maior. O PSF tá como tá não especificamente por causa do médico, mas nesse momento é muito mais uma questão do gerenciamento. Por que que aceita um médico passar dezesseis horas? Porque aquela equipe não pode ficar sem médico. Entre ficar quarenta horas sem médico e ficar dezesseis horas com médico é menos ruim ficar dezesseis horas. Tá errado? Também não tá, não, porque tem que ter o profissional. [Médico da ESF da RMBH].

²⁰ Neste caso, a dimensão “Gestão de RH” compreende as categorias “mudar a forma de contratação, para proporcionar maior estabilidade, implantação de plano de carreira, aumentar oferta de capacitação para equipe e estabelecer uma rede de troca com outros profissionais”.

²¹ Nessa questão, a “Gestão de RH” considera os fatores “plano de carreira, capacitação, contrato de trabalho estável e remuneração”.

²² Nessa questão, a “Gestão de RH” compreende a “falta de ascensão na carreira, o contrato de trabalho precário, a remuneração insatisfatória e os problemas no relacionamento com a gerência ou com outros membros da equipe”.

CAPÍTULO - 06

CAPÍTULO 06

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na pesquisa são consistentes com a literatura sobre a problemática da atração e da retenção de profissionais na ESF, que coloca que não existe linearidade quanto aos fatores condicionantes da decisão de ficar/sair da equipe ou do município, ou de deixar de atuar neste modelo de atenção. Isso porque essa decisão é um fenômeno multifacetado e de múltipla determinação, para a qual concorrem tanto a combinação de diversos fatores objetivos quanto uma série de aspectos subjetivos, que aumentam a complexidade da análise ao acrescentar uma parcela de determinantes imponderáveis relacionados às escolhas e preferências pessoais.

Reforça este último aspecto o fato de terem sido encontradas na pesquisa ora sobreposições dos fatores que atraem e retêm, ora divergências quanto à direção de sua influência sobre a fixação e/ou diferenças da sua importância relativa entre diferentes contextos ou regiões do estado. Cabe, entretanto, lembrar que, como tais conclusões se assentam numa análise descritiva básica, é necessário que a investigação da direção ou magnitude da influência dos fatores de fixação seja aprofundada por meio de instrumental estatístico mais sofisticado, o que será realizado numa próxima etapa voltada a produções bibliográficas específicas.

É interessante ressaltar que a pesquisa permite analisar a questão da permanência dos médicos sob três perspectivas: a mudança de equipe no interior de um mesmo município; o movimento entre ESF de diferentes municípios; e o abandono da ESF. Sob qualquer uma destas perspectivas a rotatividade está presente e implica o rompimento do vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e a população a ela adstrita, ou seja, a não consecução da longitudinalidade, um dos princípios fundamentais da Saúde da Família. A ausência de fixação pode também gerar períodos de falta de assistência médica, devido à dificuldade de reposição deste profissional, além de ônus financeiro para o município, advindo de despesas de recrutamento, contratação, treinamento e rescisão contratual.

No que diz respeito aos movimentos intramunicipais, verifica-se que 25% dos médicos da ESF já mudaram de equipe de trabalho, o que representa um substancial grau de mobilidade, com o qual, aparentemente, os gestores não têm se preocupado. Ao contrário, a administração municipal parece contribuir direta e fortemente para essa mobilidade, pois metade desse tipo de transferência ocorreu por determinação da Secretaria Municipal de Saúde e outros 18% por problemas de relacionamento, em grande parte, oriundos de conflito com a gerência da UBS.

Os movimentos intermunicipais – foco principal da atenção de gestores e pesquisadores – também são de magnitude considerável, desde que mais da metade dos profissionais já trabalhou na ESF de outros municípios, com uma média de permanência por município menor que dois anos. Verifica-se ainda que este tipo de rotatividade é expressiva mesmo entre os médicos que estão há pouco tempo no mercado de trabalho, pois um terço dos que se formaram

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

há menos de dois anos já esteve na ESF de outro(s) município(s). Quase metade dos médicos que executaram este movimento disse que ele foi motivado por mudança política na gestão municipal, por discordância quanto à forma de condução da APS ou outros problemas relativos à gestão do sistema de saúde e pela “competição predatória” entre os municípios.

O abandono da atuação na ESF, por sua vez, tem importância relativamente menor, a se julgar pelo fato de a maioria dos médicos da ESF ter a intenção de continuar trabalhando neste modelo de atenção por pelo menos dois anos. Dos que querem sair, quase a metade pretende permanecer por período semelhante. Assim, no total, a percentagem de médicos da ESF que pretendem ficar por pouco tempo na ESF (menos de dois anos) é de apenas 14%. Quando se avalia a permanência por um maior período, a rotatividade aumenta substancialmente, desde que mais da metade dos profissionais não está e não pretende continuar trabalhando na ESF do município por tempo suficiente para completar pelo menos cinco anos. Os médicos apontam fatores da gestão de RH e a interferência política como motivos pelos quais sairiam da estratégia.

Os dados da pesquisa sugerem a existência de dois grupos de médicos na ESF. O primeiro é composto por médicos com menos de dois anos de formados, cuja maioria foi trabalhar na ESF enquanto aguarda a oportunidade de fazer residência, está há menos de 1 ano nessa atividade e pretende sair em menos de 2 anos para fazer residência. O outro é formado por profissionais mais experientes, que predominantemente foram para a ESF motivados pela identificação com esse tipo de trabalho, pretendem ficar por período bem mais amplo e sairiam da ESF por fatores relativos à gestão de RH e à interferência política.

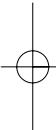
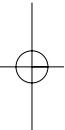
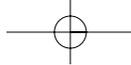
Vale ressaltar que a rotatividade intramunicipal é maior para médicos com maior tempo de formação e que a rotatividade intermunicipal é maior entre os profissionais com 5 a 9 anos de formados, tendo maior proporção de médicos que trabalharam em mais municípios.

Essas informações sugerem que o problema de fixação de médicos na ESF pode advir, em parte, dos profissionais jovens interessados em fazer residência, principalmente quando essa rotatividade refere-se ao abandono da ESF. De outro lado, o grupo de profissionais mais experientes pode ter importante contribuição na rotatividade quando esta decorrer apenas da mudança de municípios ou de equipes. Nesses casos o próprio gestor parece contribuir forte e diretamente para a rotatividade.

Dentre todos os fatores, o aspecto mais fortemente evidenciado pelo estudo foi a relevância dos temas referentes à gestão na determinação da permanência do médico. Este resultado é fundamental, pois fatores relacionados à gestão, provavelmente, são os que têm maior possibilidade de intervenção para mudança. Dentre eles, destacaram-se: tipo de contrato de trabalho, plano de carreira ou ausência dele, remuneração vis a vis à jornada de trabalho e questão da interferência política.

Fatores relativos às condições de trabalho, como escassez de materiais e/ou medicamentos nas Unidades de Saúde e deficiências da rede de apoio diagnóstico e dos mecanismos de referência e contrarreferência também podem ser transformados por meio da gestão financeira, de infraestrutura ou de recursos humanos.

Finalmente, a análise dos fatores condicionantes segundo o tipo de município revelou que existem algumas diferenças importantes para a discussão da atração e fixação. Tendo em vista que a amostra utilizada não é representativa nesse nível, esses resultados devem ser encarados como hipóteses que merecem ser investigadas em estudos futuros com base em amostras representativas para diferentes regiões do estado.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 1997.

ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança.

ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo; RODRIGUES, Ricardo Donato. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/MFC%20na%20Gradua%C3%A7%C3%A3o_SBMFC.pdf>.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor/EE%201%20Formas%20de%20Remunera%C3%A7%C3%A3o%20de%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>.

ATTRIDE-STIRLING. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research Qualitative Research .2001; 1: 385-405

AZEVEDO, Antonio Carlos de. et al. Integração dos serviços de saúde a nível periférico: experiência da comunidade da Amazônia, Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 7, n. 4, 1973.

BARBOSA, M. L., 2003: As profissões no Brasil e sua sociologia. Dados, vol. 46, nº 3, pp. 593-608.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; RODRIGUES, Júnia Marçal (organizadores). 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do estado de Minas Gerais. OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Belo Horizonte, 2006.

BACON, T.J.. BADEB, d.j., COCCODRILLI, l.d. The National area health education center program and primary health care residency training. Journal of Rural Health, USA, v.16, n.3, p. 288-294, summer 2000.

BARLEY, G. E. et. Al. Characteristics an issues faced by rural fernale family physicians. Journal of Rural Health, USA, v.17, n.3, p.251-258, summer 2001.

BASTOS, A.C. S. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia.

BONELLI, M. G. Os médicos e a construção do profissionalismo no Brasil. História, Ciências, Saúde, 2002, vol. IX, nº 2, pp. 431-436.

BORELLI, F.R.G. A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado. Dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2004.

BORRELLI, Flavia Rezende Gomes. A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado. 2004. 128 p. tab. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde. Relatório Anual 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Concepção, seleção e lotação de equipes.

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

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda. Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, v.16, n.2, p.507-515, abr./jun. 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.373-383, 2002.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. O médico e o seu trabalho. CARNEIRO, M.B.; GOUVEIA, V.V. (coord.). Brasília: CFM, 2004.

CHERCHIGLIA, Mariangela L. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. Cad. Saúde Pública, v.10, n.1, p.67-79. jan./mar. 1994.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Gestão do Trabalho na América Latina e Caribe: Tensões e Conciliações entre a Velha e a Nova Agenda. Novembro de 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=470> Acesso em 6/03/2007.

COSTA, J.S.M. Assistência humanizada e estrutura organizativa. A necessária interface: a experiência do grupo de trabalho de humanização em um hospital de Belo Horizonte. (dissertação) Faculdade de Ciências Econômicas. Belo Horizonte, 2004.

CRISP, Nigel. Global Health Partnerships. The UK contribution to health in developing countries. February 2007. Disponível em: <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/ghp.pdf>.

EASTERBROOK, M. et.al. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. Canadian Medical Association Journal, Canada, v.160, n.8, p.1159-1163, Apr. 1990.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: IN: NEGRI, B; FARIA R.; D'ÁVILA, A.L. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, C Cristiana Leite. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: IN: NEGRI, B; FARIA R.; D'ÁVILA, A.L. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, C Cristiana Leite. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Mercado de trabalho em saúde: dimensões setoriais, jurídico-

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

institucionais e ocupacionais. Um estudo a partir da RAIS. Belo Horizonte, 2002.

GUGLIEMI, Maria Cristina. A Política Pública “Saúde da Família” e a Permanência – Fixação – Do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde, Rio de Janeiro.

HUMPHREYS, J & Rolley, F, 1998: A modified framework for rural General Practice: The importance of recruitment and retention, *Social Science & Medicine*. Austrália 46(8):pp 939-945.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.6, no.2, 2001.

LYNCH, D.C. et.al. Interim evaluation of the rural health scholars program. *Teach Learn Med, USA*, v.13, n.1, p.36-42, winter 2001.

MACHADO, M.H. (org.) *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz., 1995.

_____ *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____ (org.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

_____ *Mercado de trabalho em saúde*. IN: FALCÃO, André. (org.) et.alli. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: FIOCRUZ, 2003

MENDES E.V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENESES E ROCHA, A.A. R.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.303-16, mar/ago 2005.

MILKOVICH, George T; BOUDREAU, John W. *Administração de recursos humanos*. São Paulo: Atlas, 2000.

MOBLEY, William H. *Turnover: causas, conseqüências e controle*. Porto Alegre: ED. Ortiz, 1992.

MONNERAT, G. L., SENNA, M. C. M., SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

MOORE, Gordon e SHOWSTACK, Jonathan. Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. *Ann Intern Med*. 2003;138:244-247. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. Disponível em: www.annals.org

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DE SÃO PAULO – OBSERVARHSP. *Recursos Humanos em Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família: cidade de São Paulo: 10 anos de Saúde da Família*. 2006. Disponível em: http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html acessado em 20/03.

OPAS, Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos. *Observatório de recursos humanos em saúde nas Américas, 1999-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro*. IN: Barros, A.F.R. (org.) et.alli. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

- PADILHA, Roberto Q. PROMED: programa de incentivo a mudanças curriculares nas escolas médicas. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Políticas de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- PAGE, J.et.al. Factors influencing medical interns trained at UWI to work subsequently in a rural area in Jamaica. West Indian Medical Journal, [s.l.], v.41, n.2, p.75-78, Jun. 1992.
- PAIM J. S. 1999. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde.
- PEREIRA-NETO, André de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 1995.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2001 v.6, n.2.
- PIERANTONI, C.R.; MACIEL FILHO, R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: Barros, A.F.R. (org.) et al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. IN: Barros, A.F.R. (org.) et al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- PINTO, L. F. Médicos e migração: a residência em foco. (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1555-1564, ago, 2006.
- RABINOWITZ, Howard K; DIAMOND, James J., MARKHAM, Fred W.e PAYNTER, Nina P. Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. American Medical Association. JAMA. September 5, 2001 – Vol 286, No 9 p 1041-1048.
- RABINOWITZ, H.K.et.al. Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. Journal os Rural Health, USA, v.15, n.2, p.212-218, spring 199?.
- RAMSEY, P.G. From concept to culture: the WWAMI program at the University of Washington School of Medicine. Acad Medicine, [s.l.], v.76, n.8, p.765-775, Aug. 2001.
- RIGOLI, Felix; ROCHA, Cristianne Famer; FOSTER, Allison Annette. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, jan./fev. 2006.
- ROBBINS, Stephen P. Comportamento organizacional. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
- RODRIGUES, R.B. Atração e retenção e a lógica da gestão de recursos humanos - Um estudo sobre os médicos do programa saúde da família (PSF) em Belo horizonte. Dissertação (Mestrado em Administração) - CEPEAD/UFGM, Belo Horizonte, 2008.
- ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13 (6):1027-34.
- SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. Recursos Humanos em saúde no Brasil: a necessidade do planejamento. Disponível em: <http://www.cetrede.com.br/OBSERVATORIO/RECURSOS_HUMANOS_EM_SA_DE_NO_BRASIL.doc>.

A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS**

SANT'ANNA, Ana Maria. A propósito da medicina de família. Rev. Bras. Med. Família e Comunidade. Disponível em <<http://www.sbmfc.org.br/site/bib/pdf/APropositoda.pdf>>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – MG. Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Agosto de 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE–MG. Programa Saúde em casa. Dados disponíveis em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa> acessado em 20/03.

SEIXAS, P.H. Médicos em saúde da família na cidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.observerhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html> acessado em 20/03.

SEIXAS, P.H.; STELLA, R.C.R. Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: NEGRI, B; FARIA R.; D'ÁVILA, A.L. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, 2002.

SHIELDS, Michael A e MELANIE, E. Ward. Improving Nurse Retention in the British National Health Service: The Impact of Job Satisfaction on Intentions to Quit. Discussion Paper No. 118. February 2000.

SILVA J. A. Estratégias de Qualificação e Inserção de Trabalhadores de Nível Médio na Área de Saúde.

SILVA, P.B.L.; COSTA, N R. Características do mercado de trabalho no setor de saúde na década de 1990: reflexões. In NEGRI, B; FARIA R.; D'ÁVILA, A.L. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, 2002.

SINAY, T. Productive efficiency of rural health clinics: the midwest experience. Journal of Rural Health, USA, v.17, n.3, p.239-250, summer 2001.

SOUZA, H.M. et al. Pólos de capacitação, formação e educação permanente para o programa saúde da família. In: BRASIL, Ministério da saúde. Políticas de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STEARNS, J.A.et.al. Illinois RMED: a comprehensive program to improve the supply of rural family physicians. Farm Medicine, [s.l.], v.32, n.1, p.17-21, Jan. 2000.

STELLA, R.C.R. Desafios e estratégias para a interiorização do trabalho em saúde. In: BRASIL, Ministério da saúde. Políticas de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

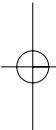
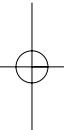
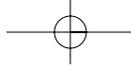
STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SZAFRAN, O., CRUTCHER, R.A. CHAYTORS, R.G. Location of family graduates practices. What factors influence Albertans' choices? Canadian Family Physician, [s.l.], v.47, p.2279-2285, Nov. 2001.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Disponível em: <<http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11555808341viana.pdf>>.

VIANA, A. L. D.; DAL PÓZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) World Health Report 2006 – Working Together for Health. WHO, Geneva.



A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:**FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS****8. ANEXOS**

Tabela 3

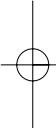
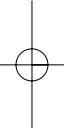
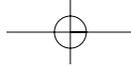
Distribuição percentual dos médicos por tipo de faculdade, município e motivo para vir para Minas Gerais depois de formado, segundo o modelo de atenção, Minas Gerais, 2008

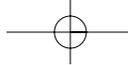
Modelo de atenção	Variável/categorias	Minas Gerais *	Município onde o médico trabalha atualmente **		
			RMBH	Sede de macrorregião e de microrregião	Outros municípios de Minas Gerais
Tipo de faculdade					
ESF	Pública	61,0	64,9	71,1	55,2
	Particular	39,0	35,1	28,9	44,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	323	57	83	183
APS convencional	Pública	55,4	49,6	63,7	52,4
	Particular	44,6	50,4	36,3	47,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N	363	115	124	124
Município onde a faculdade se localiza					
ESF	Belo Horizonte	30,0	64,9	22,9	22,4
	Outras cidades de Minas Gerais	35,3	15,8	54,2	32,8
	Outras UFs	34,7	19,3	22,9	44,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	323	57	83	183	
APS convencional	Belo Horizonte	33,6	60,9	25,0	16,9
	Outras cidades de Minas Gerais	42,7	28,7	47,6	50,8
	Outras UFs	23,7	10,4	27,4	32,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	363	115	124	124	
Motivo para vir para Minas Gerais depois de formado					
ESF	Porque morava em Minas Gerais antes da graduação e voltou	26,4	18,2	21,1	28,8
	Por motivos pessoais e familiares	51,8	45,5	68,4	48,8
	Por motivos profissionais (pós-graduação, oportunidade de emprego)	14,5	27,3	5,3	15,0
	Outro motivo	7,3	9,1	5,3	7,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N (1)	110	11	19	80	
APS convencional	Porque morava em Minas Gerais antes da graduação e voltou	25,0	27,3	26,5	23,1
	Por motivos pessoais e familiares	42,9	54,5	38,2	43,6
	Por motivos profissionais (pós-graduação, oportunidade de emprego)	25,0	18,2	26,5	25,6
	Outro motivo	7,1	-	8,8	7,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	84	11	34	39	

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre a ESF e a APS convencional de Minas Gerais em relação apenas à variável *município onde a faculdade se localiza* ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre os municípios em relação apenas às variáveis *município onde a faculdade se localiza* na ESF e na APS convencional ($p < .01$) e *tipo de faculdade* na ESF ($p < .04$).

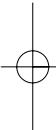
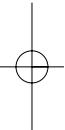
(1) A análise dos dados nas categorias "RMBH" e "Sede de macrorregião ou de microrregião" deve ser cautelosa, pois o número de casos é muito pequeno, podendo distorcer as análises.

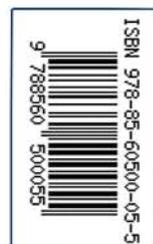




A CATEGORIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS:

FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATRAÇÃO E FIXAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS





REALIZAÇÃO:

