

A PERCEÇÃO DE GESTORES DOS MUNICÍPIOS DE DUQUE DE CAXIAS E RIO DE JANEIRO QUANTO À ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MAGNAGO, Carinne¹
PIERANTONI Celia Regina²

RESUMO

Objetivo: Identificar o grau e os principais motivos da rotatividade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias e as estratégias adotadas pelos gestores de recursos humanos em saúde (RHS) para arrefecimento do problema. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, de investigação narrativa e abordagem qualitativa, realizado entre outubro e dezembro de 2011. Foram entrevistados sete gestores de RHS da ESF dos municípios estudados, por meio de roteiro semi-estruturado. As

1 Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ (2012). E-mail: carinne.mag@gmail.com

2 Pós-doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (2010); Doutorado em Saúde Coletiva pela UERJ (2000); Coordenação Geral do Instituto de Medicina Social/UERJ, Professora Associada. E-mail: cpierantoni@gmail.com

narrativas foram submetidas à análise de conteúdo e os dados quantitativos à estatística descritiva. **Resultados:** O maior grau de rotatividade foi creditado aos médicos. As principais causas estão associadas à carga horária excessiva, más condições de trabalho e localização da unidade em áreas de risco social. As estratégias para atração e fixação profissional incluem: processos seletivos, garantia dos direitos trabalhistas, flexibilização de carga horária, melhorias em infraestrutura e estratégias de qualificação. **Conclusão:** Para fixação profissional em grandes centros urbanos recomendam-se: incentivos salariais para atuação em regiões vulneráveis, melhorias em infraestrutura e integração entre instituições de ensino e rede de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Gestão de Recursos Humanos em Saúde. RecursosHumanosemSaúde.

THE PERCEPTION OF MANAGERS OF CITIES OF DUQUE DE CAXIAS AND RIO DE JANEIRO AS THE TURNOVER OF PROFESSIONALS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

Aim: To identify the degree and the main reasons for turnover of professionals from the Family Health Strategy (FHS) of the municipalities of Rio de Janeiro and Duque de Caxias and the strategies adopted by managers of human resources for health (HRH) to decrease the problem. **Method:** Method: Exploratory study, of narrative investigation and approach qualitative, carried out between October and December 2011. Seven managers of HRH of FHS of municipalities studied were interviewed through semi-structured questionnaire. The narratives were subjected to content analysis and the quantitative data to descriptive statistical. **Results:** The highest degree of turnover was credited to doctors. The main causes

are associated with excessive workload, poor working conditions and location of the unit in areas of social risk. Strategies for attracting and fixing professional include: selective processes, guarantee of labor rights, decrease in workload, improvements in infrastructure and qualification strategies. **Conclusion:** For professional fixing in large urban centers the following strategies are recommended: salary incentives to work in vulnerable regions, improvements in infrastructure and integration between educational institutions and health network.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Program. Health Personnel Management. Human Resources in Health.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se deu em 1990, exigiu um processo de reorientação das ações de saúde, de modo que essas acordassem os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade. Para tanto, os princípios organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização foram estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Com vista ao rompimento da hegemonia do modelo hospitalocêntrico privado e à promoção de intervenções de saúde direcionadas aos diferentes determinantes e condicionantes, seguindo tendências mundiais, promoveu-se a edificação da Atenção Básica como mecanismo de porta de entrada da rede de saúde brasileira (VIANA; DAL POZ, 2005).

Nesse contexto, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de promover mudanças na organização dos serviços e práticas assistenciais na esfera local, priorizando as ações preventivas e de promoção da saúde e agenciando,

portanto, a reorganização da demanda (VIANA; DAL POZ, 2005).

Entretanto, a implementação e consolidação do PSF sofreram dificuldades, sobretudo pela política de Estado mínimo em vigor nos anos 1990, que restringiu a expansão dos serviços públicos universais em favor do modelo de financiamento que privilegiava os municípios de população pequena (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Além disso, o SUS também enfrentou desafios – muitos em virtude da dificuldade de estabelecer regras genéricas a um país extenso e desigual, tendo em vista as inúmeras particularidades regionais.

No intuito de superar as referidas dificuldades e fortalecer o modelo de atenção público e universal, foram propostas medidas de organização do sistema de saúde, especialmente aos serviços de Atenção Básica. Exemplo foi a criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) com destaque para a de 1996, que estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PAB consiste em recursos financeiros repassados diretamente da

União aos fundos estaduais e municipais destinados ao investimento de procedimentos e ações de assistência básica (BRASIL, 2007).

Após a instituição do PAB e do incentivo ao PSF e PACS, um importante processo de ampliação do acesso à Atenção Básica foi iniciado, impulsionando a expansão e consolidação do PSF, que passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007).

Com o passar dos anos, visualizou-se o crescimento do número de equipes de Saúde da Família e PACS no território brasileiro, entretanto ainda nota-se disparidade na implantação dessas estratégias em municípios de grande porte, sobretudo nas capitais (CAETANO; DAIN; 2002). Não obstante, o estímulo dado ao fortalecimento da ESF no Brasil tem gerado um aumento do número de equipes em municípios que apresentam dificuldades na consolidação dessa estratégia, sobretudo naqueles situados em regiões com alta densidade demográfica, como é o caso dos municípios da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Além das dificuldades relacionadas ao acesso à saúde

devido à rede assistencial desarticulada dos grandes centros urbanos, também são percebidas dificuldades relacionadas aos Recursos Humanos em Saúde (RHS). Podem-se citar a falta de pessoal preparado para atuar na perspectiva de vigilância à saúde, em face da baixa capacidade das instituições formadoras em saúde para proceder a adequações no processo de formação à Atenção Básica, e a alta rotatividade de profissionais, sobretudo de médicos, muito em parte devido às modalidades de contratação, estrutura física das unidades e carga horária de 40 horas semanais (VARELLA; PIERANTONI; 2008; NEY; RODRIGUES, 2012).

O aumento de concursos e processos seletivos para a ESF, sobretudo no município do Rio de Janeiro, e a escassez de pesquisas sobre o objeto, suscitaram o delineamento desta pesquisa. Ademais, essas constatações justificam o enfrentamento do desafio de pesquisar municípios que ainda apresentam dificuldades em implantar a ESF e fixar profissionais de saúde mesmo com salários superiores aos oferecidos pelo mercado de trabalho.

A dificuldade de fixação de profissionais na ESF constitui-se num dos maiores problemas enfrentados pelos gestores, até em municípios de grande porte que apresentam mercado de trabalho favorável com maiores possibilidades de progressão profissional.

A identificação dos profissionais com maior grau de rotatividade e os motivos da insatisfação profissional que, por sua vez, favorecem a rotatividade, poderá subsidiar a tomada de decisão dos gestores de RHS.

Nesse sentido, este estudo pretende: contribuir com a elucidação de fatores que dificultam a gestão do trabalho na ESF nos municípios de grande porte; suscitar novos estudos; apontar medidas que possam fortalecer a Atenção Básica por meio da gestão do trabalho. Adicionalmente, acredita-se que os resultados e metodologia aqui adotados poderão ser exportados e replicados em outros municípios com características semelhantes aos desse estudo.

Partindo desse contexto, os objetivos deste artigo foram: identificar, nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, dois dos três municípios mais populosos do estado

do Rio de Janeiro, o grau de rotatividade dos profissionais da ESF; os fatores que dificultam a fixação destes profissionais e as principais estratégias adotadas pelos gestores de RHS para arrefecimento dessa rotatividade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo exploratório de investigação narrativa e abordagem qualitativa, realizado nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, entre os meses de outubro e dezembro de 2011. Foram realizadas perguntas semiestruturadas, com auxílio de questionário autoaplicável e de gravador portátil, com sete gestores de RHS da ESF.

O único critério de inclusão adotado foi que os sujeitos deveriam estar exercendo ou que tivessem exercido cargo de gestão na ESF em um dos municípios estudados.

As respostas relativas às questões que demandavam respostas escalares (de 1 a 5, onde 1 significava menor grau de importância e 5 o maior grau) e de frequência foram analisadas por estatística simples. Os discursos, por sua vez, foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o registro CAAE 0031.0.259.000-11.

RESULTADOS

Foram entrevistados quatro gestores do Rio de Janeiro, dos quais três do sexo masculino. No município de Duque de Caxias, por sua vez, foram entrevistadas duas mulheres e um homem com idade superior a 50 anos. Todos os dados e resultados

oriundos desta pesquisa estão embasados na percepção e experiência profissional dos gestores, sem necessariamente apoiar-se em dados estatísticos oficiais.

Por meio da Escala de Likert, foi solicitado aos gestores que enumerassem, de 1 a 5, os profissionais da Saúde da Família com maior grau de rotatividade. Dadas as respostas, obtiveram-se as médias dos graus de rotatividade por categoria profissional e por município, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Grau de rotatividade dos profissionais de Saúde da Família por categoria profissional, nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2011.

Profissional	Médias		
	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Conjunto
Médico	5,0	5,0	5,0
Enfermeiro	1,7	2,0	1,9
Dentista	3,0	0,7	2,0
Técnico de Enfermagem	1,7	3,0	2,3
THD	0,2	0	0,1
ACD	0,5	0,3	0,4
ACS	1,7	3	2,3

THD: técnico de higiene dental; ACD: Auxiliar de consultório dentário;

ACS: agente comunitário de saúde.

Fonte: elaboração das autoras.

Nota-se, a partir da Tabela 1, que o médico é o profissional com maior grau de rotatividade. Todos os gestores, de ambos os municípios, atribuíram grau de rotatividade 5 que,

pela escala empregada, correspondia ao maior grau.

O médico é grau 5, agora o restante é menor, porque de uma forma geral os outros você consegue fixar. Agora o

médico é muito difícil (gestor do Rio de Janeiro).

A rotatividade médica em Duque de Caxias é extraordinariamente superior à dos demais profissionais da ESF, sobretudo quando comparada aos demais profissionais de nível superior, como evidenciado na seguinte fala.

Pelo concurso anterior, hoje nós temos mais dentistas que a necessidade, porque o edital de 2008 abriu 124 vagas para dentista. Chamamos 70 que era a necessidade e os outros foram entrando na justiça. Para médicos foram 70 vagas e chamamos 115 e ficaram apenas 33%. Hoje já não temos mais 33% [...]. Enfermeiro foram 105 vagas e o déficit era de 57. Chamamos os 57 e os outros entraram na justiça também. Hoje nós temos alguma gordurinha de enfermeiro que estão em núcleo de supervisão ou então a gente está fazendo um revezamento, onde os mais antigos, que tem mais experiência, vão para o núcleo de apoio técnico-operacional para dar sustentação às equipes. E os enfermeiros novos, que entram por demanda judicial, são treinados, acompanhados e assumem uma equipe de Agentes Comunitários. Hoje a gente só abre EACS [Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde]. Não existe a menor possibilidade de ESF, pelo déficit de médicos (gestor de Duque de Caxias).

Por outro lado, aqueles com menor grau de rotatividade são o auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico de higiene dental (THD).

A partir das médias obtidas, infere-se que para o município do Rio de Janeiro, a maior rotatividade está

entre os profissionais de nível superior. Em Duque de Caxias, por sua vez, há predominância de rotatividade em profissionais com escolaridade básica e técnica, especialmente ACS, o que pode ser explicado em parte pela forma de contratação desses profissionais. Os ACS são empregados pela prefeitura por meio de contratos temporários, enquanto os enfermeiros e dentistas são, em sua maioria, estatutários municipais.

Outros motivos para a alta rotatividade dos ACS relatados pelos gestores podem ser evidenciados nas falas a seguir.

Os agentes comunitários rodam muito porque são em maior número (Duque de Caxias).

Os agentes comunitários rodam porque arrumam outro emprego, que geralmente paga mais (Duque de Caxias).

Em Duque de Caxias também foi percebida grande rotatividade entre os técnicos de enfermagem que, segundo acreditam os gestores, deve-se à finalização da graduação de enfermagem por esses profissionais que, por consequência, passam a buscar colocação no mercado de trabalho como enfermeiros.

Outros motivos de rotatividade profissional foram escalonados pelos gestores em grau de importância,

também por meio da Escala de Likert. médias descritas na Tabela. 2. As respostas permitiram chegar às

Tabela 2 – Motivos de rotatividade dos profissionais de Saúde da Família do Rio de Janeiro e Duque de Caxias por grau de importância, 2011

Motivos	Médias		
	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Conjunto
Infraestrutura	1,5	3,7	2,4
Condições de trabalho	2,2	4,0	3,0
Remuneração	0,5	4,0	2,0
Carga horária	3,5	4,0	3,7
Vínculo trabalhista	0,5	0,7	0,6
Status social	0,7	0,3	0,6
Localização da USF*	3,2	1,0	2,3
Dedicação exclusiva	1,2	0	0,7
Vínculo com o paciente	0	0,7	0,3
Troca de emprego	0	1,3	0,6
Transferência	1,3	0	0,7

*USF: Unidade de Saúde da Família
Fonte: Elaboração das autoras

Verifica-se, na Tabela 2, que os principais motivos da rotatividade profissional no município do Rio de Janeiro são a carga horária e a localização das USF que mostraram médias superiores a 3,0. Em seguida, têm-se as condições de trabalho com média de 2,2 e a infraestrutura, transferência para outras unidades a pedido da secretaria de saúde e a dedicação exclusiva com médias entre 1,2 e 1,5. Os demais motivos apresentaram médias inferiores a 1,0, inclusive a remuneração que obteve média de 0,5.

Não acredito que as pessoas vão trabalhar na Saúde da Família só pelo dinheiro. Tem uma vocação, tem algo

além do que isso, por isso não coloquei a remuneração como o principal viés (gestor do Rio de Janeiro).

A fixação é algo que muito me incomoda porque falam muito da questão do salário e a percepção que eu tenho é que isso é um dos motivos, mas não o principal (gestor do Rio de Janeiro).

A remuneração, nesse caso específico, é o que menos interfere (gestor do Rio de Janeiro).

Cabe discorrer sobre outro motivo de rotatividade apontado por um gestor do Rio de Janeiro: o distanciamento entre a universidade e a rede de saúde.

Outra questão sempre muito colocada pelos profissionais é: 'queremos ter alunos e queremos fazer pesquisa!'. O que não é muito simples para os serviços de atenção primária que geralmente ficam muito isolados. Nas unidades em que eu tenho alunos de graduação e residentes, ou que tenham

algum processo de pesquisa, ou que estão praticando algum ensaio clínico, os profissionais tem uma adesão e uma rotatividade muito menor. Nas unidades onde isso não acontece, a rotatividade é maior. Pode ser que tenha uma associação de que as melhores unidades são as que sempre têm aluno e pesquisa, mas é algo que deve-se considerar, porque são falas desses profissionais (gestor do Rio de Janeiro).

No caso de Duque de Caxias, as motivações para a saída de profissionais das USF, em ordem decrescente foram: remuneração, carga horária de 40 horas e condições de trabalho, todos com média 4,0 e, a infraestrutura, com média 3,7. Os demais fatores motivacionais obtiveram médias inferiores a 1,5.

Como já evidenciado pelas falas dos gestores, a remuneração não é um problema para o Rio de Janeiro que, inclusive, vem atraindo profissionais de outros municípios,

como Duque de Caxias, que tem perdido profissionais e permanece temeroso em relação às novas investidas da capital do estado.

Hoje a gente está fazendo muita publicidade fora do município pra tentar buscar profissionais que tenham formação e que estão atuando em outros municípios e estados para vir trabalhar aqui (gestor do Rio de Janeiro)
“A baixa remuneração se faz para médico, porque nossos enfermeiros hoje ganham aproximadamente R\$ 4.400 líquidos. Odontólogo a mesma coisa. E médico a mesma coisa. Então nós temos pouca migração de enfermeiros. Eles ainda estão satisfeitos com o salário. O mercado não oferece superior. Mas, no dia que o Rio de Janeiro pagar R\$7.000 para os enfermeiros eles vão com certeza (gestor de Duque de Caxias).

Também foi questionado aos gestores quais as estratégias utilizadas pelo município para atrair e fixar profissionais na ESF. As frequências de respostas encontram-se descritas na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição de gestores segundo estratégias de atração e fixação de profissionais na ESF adotadas pelo Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2011.

Estratégias	n		
	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Total
Elaboração de PCCS*	3	3	6
Melhoria de infraestrutura	2	2	4
Qualificação profissional	2	1	3
Flexibilização de carga horária	0	2	2
Regularização de vínculos	2	0	2
Concurso público	1	0	1
Melhores condições de trabalho	1	0	1
Incentivo salarial	1	0	1

* PCCS: Plano de Cargos, Carreira e Salário
 Fonte: Elaboração das autoras.

Para ambos os municípios, a estratégia mais relatada pelos gestores foi a elaboração de PCCS. Embora o município de Duque de Caxias possua PCCS específico para a Secretaria Municipal de Saúde, o qual está em processo de reformulação, também já possui proposta de criação de um plano específico para a Saúde da Família, de modo a viabilizar a carreira de 40 horas. O Rio de Janeiro, por sua vez, não possui nenhum PCCS no qual se enquadrem os profissionais da Saúde da Família, mas já está em fase de elaboração de um plano específico para a estratégia.

O concurso público realizado em 2008 foi para médico de 40 horas, enfermeiro e odontólogo de 40 horas. Então a gente tem contrato inicial de 20 horas com [...] extensão do trabalho para mais 20 horas. O que hoje está acontecendo no município é um plano de cargos e salários em que a carreira de 40 horas será viabilizada. Porque hoje todas as carreiras são de 20 horas com possibilidade de extensão para 40 horas (gestor de Duque de Caxias).

A melhoria na infraestrutura também foi referida pela maioria dos gestores de ambos os municípios.

Outra estratégia de fixação adotada pelos municípios é a qualificação profissional. Ambos os municípios estão inseridos/referenciados a diversos projetos de

qualificação profissional, quais sejam: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), e Telessaúde.

Duque de Caxias ainda está referenciado ao Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e ao Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). E o Rio de Janeiro está vinculado ao Programa Nacional de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) e possui convênios com instituições de ensino superior para realização de estágios de graduação e de residências multiprofissionais.

Como estratégias de atração e fixação de profissionais, os gestores do Rio de Janeiro apontaram ainda a regularização de vínculos, a realização de concursos públicos e o incentivo salarial. Já os gestores de Duque de Caxias enumeraram, em adicional, a flexibilização de carga horária, praticada mesmo antes da regulamentação da flexibilização de

carga horária médica pela Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011³.

DISCUSSÃO

A região metropolitana do estado Rio de Janeiro se insere em um cenário de dificuldades concernentes à gestão de recursos humanos em saúde que, por consequência, obsta a implantação de novas equipes, a expansão da cobertura e a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Em Duque de Caxias, à exceção do profissional médico e ACS, todas as outras categorias pesquisadas apresentaram baixo grau de rotatividade, sugerindo a satisfação dos mesmos com relação aos vencimentos e condições de trabalho. Por outro lado, os salários oferecidos aos médicos tem se demonstrado insuficiente para fixação desses em seus postos de trabalho, verificando-se uma migração para municípios vizinhos como o Rio de Janeiro, que também apresenta dificuldade em fixar o profissional médico.

³Alterou a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável).

Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram os dados evidenciados em outro estudo (BRASIL, 2005), cujos resultados apontam para uma maior rotatividade entre os médicos em Goiânia e em Brasília, os quais, após um curto período de tempo, deixam a ESF para cursar programas de residência. Este mesmo estudo identificou que, em Palmas, a maior rotatividade se dá entre os ACS em virtude do elevado grau de escolaridade apresentado por eles. Os ACS têm, cada vez mais, ingressado na universidade, a qual demanda comprometimento e possui carga horária incompatível com a jornada de trabalho na ESF, acarretando, por consequência, em desligamento desses profissionais.

Campos e Malik (2008) evidenciaram alta rotatividade médica no município de São Paulo, relacionada ao ambiente físico, à localização das unidades e à disponibilidade de materiais de consumo. Além disso, constataram que a remuneração *per se* não garante a fixação profissional, tal como apontado pelos gestores deste estudo.

Ney e Rodrigues (2012), por sua vez, constataram que os principais fatores de rotatividade médica no

município de Duque de Caxias são: carga horária elevada, a remuneração praticada, a sobrecarga de trabalho gerada pelo excesso de usuários vinculados a uma equipe de saúde e a infraestrutura.

O distanciamento entre a universidade e a rede de saúde apontada por um gestor do Rio de Janeiro também foi discutido por Ney e Rodrigues (2008). Segundo os autores, o sentimento de solidão encarado pelos médicos da Saúde da Família, em virtude da inexistência de diálogo entre os diferentes profissionais que compõem a equipe e de espaços para troca de experiências e discussão de casos clínicos, reflete na insatisfação do profissional e por consequência nas atividades laborais.

A relação entre a satisfação no trabalho e a rotatividade na atenção básica não pode ser completamente compreendida sem que se analise o contexto no qual estão inseridos os profissionais. Devem-se considerar aspectos como a cooperação e o trabalho em equipe, os modelos de gestão empregados e a infraestrutura municipal.

Nesse contexto, estudo realizado no município de Santo Amaro da Imperatriz (RS) identificou

os principais fatores contribuintes para a intenção positiva de médicos e enfermeiros de permanecer ou pedir demissão da ESF. Entre os motivos positivos, os mais citados foram o relacionamento com os colegas, vínculo com a comunidade e distância até o trabalho. Por outro lado, a remuneração e sua manutenção na aposentadoria e a oportunidade de crescimento profissional foram os mais citados como motivos indutores do desejo de se desligar da ESF (RODRIGUES; PEREIRA; SABINO, 2013).

Na zona rural de Sergipe foram encontradas como causas principais de insatisfação profissional e rotatividade, a distância da capital, baixos salários, vínculo trabalhista precário e condições de trabalho inadequadas (BORRELLI, 2004). Notam-se, portanto, similitudes entre os municípios de menor porte e os de maior porte no que se refere aos motivos de desligamento.

Os resultados desta pesquisa confirmam também aqueles encontrados em estudo realizado com médicos e enfermeiros da ESF do Vale do Taquari (RS). Este apontou como principais causas de rotatividade: os vínculos de trabalho precários; as más

condições de trabalho, e a formação fragmentada e baseada na especialização, que gera perfil destoante ao demandado pela atenção básica (MEDEIROS et al., 2010). Este mesmo estudo identificou que o índice de rotatividade de médicos tem aumentado proporcionalmente ao aumento do número de equipes, enquanto a rotatividade de enfermeiros mostra tendência de estabilização.

Cumprir destacar que esta pesquisa identificou menor grau de rotatividade entre os ACD e THD, talvez pelo mercado de trabalho mais restrito e pelos salários no setor público serem superiores ao do setor privado para estes profissionais.

Os centros urbanos possuem peculiaridades que impactam na consolidação da ESF, entre elas pode-se citar a cultura de maior ênfase na implementação e manutenção dos níveis secundários e terciários de complexidade do sistema de saúde nacional. Este cenário decorre, em parte, das “[...] resistências corporativas em alterar o processo de trabalho consagrado na lógica de intervenção médica vigente e a dificuldade em superar ou integrar as dimensões de promoção e prevenção

às ações de assistência médica” (BRASIL, 2002, p. 22).

Neste cenário, o avanço da ESF nos municípios de grande porte está condicionado a diversas mudanças no âmbito da gestão do trabalho, sobretudo no que compete à adoção de estratégias de atração e fixação de profissionais.

Ante os resultados evidenciados, sugere-se considerar a possibilidade de incentivos que apoiem o arrefecimento da rotatividade dos profissionais como acréscimos salariais para atuação em áreas de maior risco social. Ademais, recomenda-se o estreitamento do vínculo entre as Instituições de Ensino Superior e a rede de saúde que possibilitem a inserção de estudantes nas unidades de saúde e nas comunidades com vistas à ambientação na realidade social.

Especificamente para o município de Duque de Caxias, uma estratégia a ser considerada é a readequação salarial dos médicos, de maneira a aumentar a fixação desse profissional e a consequente perda de força de trabalho para municípios adjacentes.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo apontam que a maior rotatividade entre os profissionais é motivada por carga horária excessiva, más condições de trabalho, infraestrutura precária e localização da unidade em áreas de risco social.

Nesse sentido, os municípios têm investido em estratégias de atração e fixação de profissionais para a Saúde da Família como: a realização de processos seletivos, garantia dos direitos trabalhistas por meio da contratação por CLT, abonos salariais e melhorias em infraestrutura, no caso do Rio de Janeiro. Já Duque de Caxias tem adotado a flexibilização da carga horária de médicos, melhorias em infraestrutura e estratégias de qualificação profissional.

Em linhas gerais, o município do Rio de Janeiro mostra um cenário mais atraente para os profissionais da ESF. A única vantagem de Duque de Caxias evidenciada é a contratação direta pela prefeitura com vinculação estatutária, característica que se mostra mais interessante para os odontólogos e enfermeiros.

Cumprido esclarecer que esta pesquisa se baseou na percepção dos gestores em um cenário específico, de modo que não se podem extrapolar os seus resultados. Nesse sentido, faz-se ainda mais importante o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a rotatividade de profissionais de saúde no âmbito da ESF com dados estatísticos de série histórica, que possam refutar ou confirmar os achados deste estudo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. *Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 20 de setembro de 1990.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. CONASS, 2007.

_____. Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. *Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custos e forma de financiamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BORRELLI, Flávia Rezende Gomes. *A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

CAETANO, Rosângela; DAIN Sulamis. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, jan-jun. v. 12, n. 1, 11-23p. 2002.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008.

MACHADO, CristianiVieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 sup1:S42-S57, 2008.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; JUNQUEIRA, Álvaro Gustavo Wagner; SCHWINGEL, Glademiret al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1521-31, 2010.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, v. 22, n. 4, 2012, p. 1293-1311.

RODRIGUES, José Augusto Chimendes; PEREIRA, Maurício Fernandes; SABINO, MileideMarlete Ferreira Leal. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Santo Amaro da Imperatriz. In: PEREIRA, Maurício Fernandes; COSTA, Alexandre Marino; MORITZ, Gilberto de Oliveira et al. (Orgs.). *Contribuições para a gestão do SUS*. Coleção Gestão da Saúde Pública, v. 2, Universidade Federal de Santa Catarina. 2013, p. 65-81.

VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Celia Regina. Mercado de Trabalho: Revendo Conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque. *Physis*, v. 18, n. 3, p. 521-544. 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, v. 12, supl., p. 255-64, 2005.

Recebido em: 12-12-2013
Aprovado em: 06-03-2014