

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

Claudia Valentina de Arruda Campos

POR QUE O MÉDICO NÃO FICA?

Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de
Saúde da Família do Município de São Paulo

SÃO PAULO

2005

CLAUDIA VALENTINA DE ARRUDA CAMPOS

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 apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Administração Pública e
Governo da Escola de Administração de
Empresas de São Paulo da Fundação
Getulio Vargas, como requisito parcial a
obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Profª. Drª. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2005

Campos, Claudia Valentina de Arruda. - 2005.
202 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Recursos humanos na saúde pública. 2. Mobilidade de mão-de-obra. 3. Motivação no trabalho. 4. Programa de Saúde da Família (Brasil). 5. Serviços de saúde – São Paulo (SP). I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614(816.11)

CLAUDIA VALENTINA DE ARRUDA CAMPOS

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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre

Campo de Conhecimento: Administração Pública

Data de aprovação:

___/___/___

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV-EAESP

Prof^a. Dr^a. Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco
FGV-EAESP

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Pierantoni
IMS-UERJ

Aos meus pais
e às pequenas Gabriela e Beatriz

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu amor, Rodrigo Roldan Mussolino, por existir, por resistir e por saber, mais de mim, que eu.

À minha família, em especial à minha mãe, Clacira Pirré de Arruda Campos, ao meu pai, Clovis de Arruda Campos Júnior, à minha irmã, Valeska de Arruda Campos, ao meu irmão, Clovis de Arruda Campos Neto, e à minha cunhada, Glaucia Marchetti Campos, que sempre me apoiaram em meus devaneios pela vida.

Aos meus amigos, Clélia Regina Martins de Almeida, Líbero Malavoglia, Beatriz Almeida e Vera Figueiredo, pelo carinho.

Ao amigo Elvis Cesar Bonassa, pelas discussões sobre a vida.

Aos meus colegas de trabalho da Atenção Básica e PSF, e à equipe da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Darci Pinheiro, Franciês Regyanne, Jane Abraão Marinho, Joeci Castilho Buelta, Marci Vescio, Maria Elisa Avelino de Souza, Maricy Antunes, Marly Kajimoto, Nanci Gaggini, Patrícia Pallota, Paula Lerner Sznifer e Shirley Pereira Teles Renó, por terem transformado minha visão sobre a administração pública.

Ao Laércio Monaro, pela tabulação dos dados e pelo auxílio no desenvolvimento da metodologia da pesquisa de satisfação dos profissionais no trabalho.

Aos professores Claude Machline e Fernando Abrucio, pela generosidade na transmissão de seus conhecimentos.

Aos professores Djair Picchiali e Miguel Aboud, pelas contribuições na banca de qualificação do projeto.

Aos entrevistados das Instituições Parceiras do município de São Paulo na Implantação do PSF, cujos nomes não se encontram citados de forma a garantir o sigilo dos dados, por terem aceito participar da pesquisa.

Às instituições Fundação Getulio Vargas, UNESCO, CAPES, Secretaria Municipal de Saúde e Instituições Parceiras do Município na Implantação do Programa de Saúde da Família, pelo auxílio na realização da pesquisa.

Agradeço especialmente à minha querida orientadora, Ana Maria Malik, que me ajudou a sair de todos os impasses, e me apoiou imensamente durante todo o período de realização da pesquisa.

RESUMO

Na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, dois problemas foram identificados. O primeiro diz respeito à dificuldade de implantação do programa em grandes municípios, o que inclui o município de São Paulo. O segundo refere-se às dificuldades da área de recursos humanos no PSF, dentre os quais destaca-se a rotatividade dos médicos do PSF. Na medida em que a proposta do PSF funda-se no vínculo entre os profissionais da equipe de saúde e a população, a alta rotatividade dos profissionais pode comprometer a efetividade do modelo.

A partir de estudos sobre satisfação no trabalho, que demonstram a existência de correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade, realizamos um estudo com o objetivo de verificar se a satisfação no trabalho dos médicos do PSF no município de São Paulo encontrava-se correlacionada à rotatividade destes profissionais. A análise foi realizada com dados referentes às Instituições Parceiras conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde para a implantação do Programa de Saúde da Família no município.

Como resultado, a pesquisa confirmou a hipótese da existência de correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade. Os fatores de satisfação no trabalho que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram capacitação, distância das unidades de saúde e disponibilidade de materiais e equipamentos para realizar as tarefas designadas. Este resultado foi comparado à percepção dos gerentes das Instituições Parceiras, quanto às suas hipóteses sobre os fatores que levavam à rotatividade dos médicos, e foram encontradas contradições entre os resultados obtidos.

Ao final da pesquisa, uma nova hipótese foi formulada: a existência de correlação negativa entre o prestígio das Instituições Parceiras na área hospitalar e a rotatividade dos médicos. Esta hipótese foi confirmada, constituindo-se o prestígio da Instituição Parceira na área hospitalar o fator mais relevante encontrado na determinação da rotatividade dos médicos do PSF de São Paulo.

Palavras-chave: Satisfação no Trabalho, Motivação, Rotatividade, Programa de Saúde da Família, Médico de Família, Médico Generalista.

ABSTRACT

Upon implementation of the Health Family Program (Programa de Saúde da Família – PSF) in Brazil, two problems were identified: the first was the difficulty of implementing the Program in large cities, including the city of São Paulo; the second refers to the difficulties in human resources, among which the turnover of general practitioners in the Program. Given that the Program is based on the relationship between health professionals and citizens, general practitioners' high turnover rates affect the model's effectiveness.

Based on studies on job satisfaction, which demonstrate a negative correlation between job satisfaction and turnover rate, a study was performed to verify the correlation between job satisfaction and general practitioners' turnover rate in the Health Family Program in the city of São Paulo. Analysis was performed on data from the Partner Institutions (private health services) contracted by the Municipal Health Secretariat to implement the Health Family Program in the city.

Research results confirmed the hypothesis that there is a negative correlation between job satisfaction and turnover rate. The job satisfaction factors that demonstrated most correlation to the turnover rate of general practitioners were: training; distance of the health units; and equipment and material to perform the assigned tasks. These results were compared with the perception of the Partner Institutions' managers, regarding their own hypotheses on factors that lead to practitioners' turnover, and contradictions were found between the results.

By the end of the study, a new hypothesis was formulated: that there is a negative correlation between the prestige of the Partner Institutions and the turnover rate of general practitioners. This hypothesis was confirmed: it is the most important factor in determining the turnover rate of the Health Family Program's general practitioners in São Paulo.

Keywords: Job Satisfaction, Motivation, Turnover Rate, Family Health, Family Doctor, General Practitioner.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios e Estados recebendo recursos fundo a fundo, de 1997 a 2001	18
Tabela 2 - Distribuição Percentual da Atenção Básica em relação ao Orçamento Global da Saúde de 1996 a 2002	20
Tabela 3 - Destino dos valores gastos, em reais, na Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, de 1996 a 2002	21
Tabela 4 - Evolução no número de equipes do Programa de Saúde da Família, de 1994 a 2004	24
Tabela 5 - Número de UBS, de UBS com PSF e de Médicos do Programa de Saúde da Família, por Região do Município de São Paulo, em agosto de 2004	42
Tabela 6 - Número de médicos, número de questionários respondidos e percentual de respondentes por IP	101
Tabela 7 - Número de funcionários, número de questionários respondidos por IP e percentual de respostas por IP	101
Tabela 8 - Rotatividade dos médicos do PSF, por Instituição Parceira, no município de São Paulo, de julho de 2004 a junho de 2005	120
Tabela 9 - Saídas dos médicos do PSF, de julho de 2004 a junho de 2005.....	121
Tabela 10 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, em função de gênero	122
Tabela 11 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por faixa etária....	123
Tabela 12 - Médicos do PSF em São Paulo por local de nascimento	123
Tabela 13 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por local de formação	124
Tabela 14 - Médicos do PSF em São Paulo por tempo de formação	125
Tabela 15 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tempo de formação	125
Tabela 16 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por especialização	126
Tabela 17 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tipo de especialização.....	126
Tabela 18 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por residência médica	127
Tabela 19 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tipo de residência	128

Tabela 20 - Médicos do PSF do município de São Paulo, por tipo de capacitação	128
Tabela 21 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por atividade médica anterior	129
Tabela 22 - Médicos no PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tempo de trabalho no PSF	129
Tabela 23 - Médicos do PSF do município de São Paulo por experiência anterior no PSF	130
Tabela 24 Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por experiência anterior no PSF de outros municípios.....	130
Tabela 25 - Médico do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por forma de contratação do	131
Tabela 26 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por número de vínculos empregatícios.....	132
Tabela 27 - Médicos do PSF do município de São Paulo por meio de locomoção para o trabalho	132
Tabela 28 - Médicos do PSF do município de São Paulo por tempo de locomoção para o trabalho	133
Tabela 29 - Resultado dos indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF	135
Tabela 30 - Resultado Geral de satisfação no trabalho por IP	136
Tabela 31 - Indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF por Instituição Parceira.....	137
Tabela 32 - Principais fatores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF do município de São Paulo, correlacionados ao índice de rotatividade de julho de 2004 a junho de 2005	140
Tabela 33 - Fatores correlacionados ao índice de rotatividade dos médicos do PSF, de julho de 2004 a junho de 2005.....	141
Tabela 34 - Correlação entre fatores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF do município de São Paulo e características dos profissionais, agosto de 2004	145
Tabela 35 - Classificação e pontuação das IP, em função de possuir faculdade de medicina e/ou hospital.....	152
Tabela 36 - Correlação entre índice de rotatividade por IP e pontuação por possuir faculdades de medicina e/ou hospitais	152

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro I - Distribuição das Instituições Parceiras por Região do Município de São Paulo, em agosto de 2004.....	40
Gráfico I - Evolução no número de equipes PSF e PACS no município de São Paulo, no período de 2001 a 2004.....	41
Quadro II - Relação entre aspectos, indicadores e questões, no questionário de satisfação no trabalho dos médicos do PSF.....	96
Quadro III - Relação entre os indicadores de satisfação no trabalho e seus Significados.....	97
Quadro IV - Relação entre indicadores de satisfação no trabalho e os fatores higiênicos e motivacionais de Herzberg.....	98
Quadro V - Dados obtidos por Instituição Parceira.....	106
Gráfico II - Resultado dos indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF.....	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Atendente de Consultório Dentário

CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CEINFO – Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IP – Instituição Parceira na implantação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MS – Ministério da Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OS – Organização Social

OSS – Organização Social de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Plano de Assistência a Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa de Saúde da Família

QUALIS – Qualidade Integral de Assistência à Saúde

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RH – Recursos Humanos

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	14
1. O Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família	15
2. O Programa de Saúde da Família.....	22
2.1 A história do PSF.....	22
2.2 O que é o PSF.....	24
2.3 O PSF em São Paulo	25
2.4 Reforma do Estado, Recursos Humanos e PSF	42
2.5 Estudos sobre o PSF.....	44
2.6 Recursos Humanos e PSF	45
3. Satisfação dos profissionais no trabalho	56
3.1 Psicologia organizacional e teorias de satisfação no trabalho.....	56
3.2 Pesquisas sobre a satisfação no trabalho.....	71
3.3 Satisfação no trabalho e rotatividade dos profissionais de saúde	75
II. QUESTÃO BÁSICA.....	84
III. OBJETIVOS	85
IV. HIPÓTESE.....	86
V. METODOLOGIA	87
1. Entrevista.....	88
2. Rotatividade.....	89
3. Metodologia da pesquisa de satisfação dos profissionais no trabalho.....	91
3.1 Validação do instrumento de pesquisa	92
3.2 Questionário	93
3.3 Universo	98
3.4 Amostra	99
3.5 Metodologia de tabulação dos dados.....	102
3.6 Metodologia de cálculo dos resultados	103
4. Correlação entre grau de satisfação e rotatividade	104
5. Comparação dos dados quantitativos aos qualitativos.....	105
6. Problemas metodológicos encontrados	105
VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO	107
1. Entrevistas	107
1.1 Principais problemas da área de RH.....	107
1.2 QUALIS X PSF	112
1.3 Problemas referentes à categoria médica.....	114
2. Índice de Rotatividade	120
3. Satisfação dos médicos no trabalho	122
3.1 Caracterização dos profissionais	122
3.2 Indicadores de satisfação no trabalho.....	133
4. Correlação entre nível de satisfação e rotatividade.....	140
4.1 Correlação entre satisfação no trabalho e características dos profissionais.....	145

5. Contradições entre os resultados obtidos pelos diferentes métodos.....	146
5.1 Como explicar a contradição entre os resultados?.....	149
VII. CONCLUSÃO	153
BIBLIOGRAFIA	158
Anexo I - Coordenadorias de Saúde por Região do Município.....	173
Anexo II - Mapa 1: Distribuição das Unidades no município de São Paulo, por modalidade de assistência, em agosto de 2004.....	174
Anexo III - Mapa 2: Distribuição Instituições Parceiras do PSF no Município de São Paulo, em agosto de 2004.....	175
Anexo IV – Roteiro de entrevista.....	176
Anexo V – Instrumento de pesquisa de satisfação no trabalho	178
Anexo VI – Amostra da pesquisa de satisfação no trabalho por Região, Coordenadoria de Saúde e Unidade Básica de Saúde	183
Anexo VII – Quadro com a síntese dos principais problemas de RH no PSF, do ponto de vista das IP	189
Anexo VIII – Quadro com a síntese das hipóteses sobre os fatores da rotatividade dos médicos do PSF, do ponto de vista dos gerentes das IP	191
Anexo IX - Tabela com a caracterização dos médicos do PSF e sua correlação com a rotatividade, por IP.....	193
Anexo X - Tabela com as correlações entre os indicadores de satisfação no trabalho e o índice de rotatividade, por IP	194
Anexo XI - Tabela com as correlações entre os indicadores de satisfação no trabalho e as características dos médicos do PSF	195

I. INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho é a análise da correlação entre o nível de satisfação dos médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) e o índice de rotatividade destes profissionais. Este tema foi escolhido por duas razões; de um lado, o interesse em dar continuidade a uma pesquisa sobre satisfação no trabalho e clima organizacional em organizações de saúde, que vinha sendo desenvolvida desde 2001; e de outro, a dificuldade observada, durante período de trabalho na Coordenadoria de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família, e na Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, do Programa conseguir médicos para completar seus quadros. Em função do problema identificado, e de estudos que demonstram a existência de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade, foi pensado o projeto de pesquisa.

A metodologia que havia sido inicialmente desenvolvida para avaliar clima organizacional em hospitais foi adaptada para avaliar o nível de satisfação dos profissionais do PSF em unidades básicas de saúde. A pesquisa foi aplicada pela Secretaria Municipal de Saúde a todos os profissionais do PSF: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No âmbito desta monografia foram utilizados apenas os dados de satisfação no trabalho dos médicos do PSF, tendo sido pactuada com a Coordenação da Atenção Básica e PSF a disponibilidade dos dados, em troca da utilização da metodologia e da realização do trabalho.

O trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: O capítulo da Introdução encontra-se dividido em três partes. A primeira, introduz a questão do PSF, a partir de sua inserção no Sistema Único de Saúde. A segunda, sobre o Programa de Saúde da Família, apresenta a história do PSF no Brasil, no período de 1994 a 2004; a história do PSF no município de São Paulo, de 1996 a 2004; a reforma de Estado e algumas das questões de Recursos Humanos no PSF decorrentes da reforma; estudos recentes realizados sobre o PSF e quais os principais aspectos da política de Recursos Humanos do PSF. A terceira parte do capítulo, apresenta as principais teorias de satisfação no trabalho, e estudos recentes realizados na área de saúde, sobre satisfação no trabalho e rotatividade.

O segundo capítulo apresenta a questão básica de pesquisa. O terceiro, seus objetivos; e o quarto, a hipótese de pesquisa a ser testada.

O quinto capítulo, sobre metodologia, encontra-se dividido em seis partes. A primeira, refere-se às entrevistas; a segunda, ao método de cálculo da rotatividade utilizado; a terceira, à pesquisa de satisfação no trabalho dos profissionais; a quarta, à correlação estatística entre satisfação no trabalho e rotatividade; a quinta, à comparação dos resultados obtidos pelos diferentes métodos aplicados; e a sexta, às limitações da pesquisa, do ponto de vista metodológico.

O sexto capítulo, referente aos resultados e à discussão, está dividido em cinco partes. A primeira apresenta o resultado das entrevistas realizadas. A segunda, apresenta os dados de rotatividade dos médicos do PSF no município de São Paulo. A terceira, o resultado da pesquisa de caracterização e de satisfação no trabalho dos médicos do PSF em São Paulo. A quarta, apresenta os resultados da correlação entre o índice de rotatividade e a satisfação no trabalho dos médicos do PSF. Por fim, são apresentadas as contradições entre os resultados obtidos a partir dos diferentes métodos utilizados.

O sétimo e último capítulo, apresenta as conclusões da pesquisa.

1. O Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil resultou do movimento de Reforma Sanitária. Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram estabelecidos seu modelo e suas grandes diretrizes.

O SUS foi incluído na Constituição Federal de 1988 como um dos componentes da Seguridade Social. Sua proposta foi norteadada pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. Além destes princípios, também foram definidas para o SUS as seguintes diretrizes: regionalização, hierarquização, descentralização, comando único por nível de governo e controle social.

Sua implementação foi iniciada em 1990 por meio da regulamentação estabelecida pelas Leis 8080 e 8142. Na delimitação das atribuições por nível de governo, no SUS caberia ao Governo Federal o papel de formular e conduzir a Política Nacional de Saúde; aos Estados, as funções de gestão, controle e coordenação das políticas de saúde, além da prestação de serviços de maior complexidade e custo de forma coordenada com outros níveis de governo. Aos municípios caberia planejar, gerir e coordenar o sistema de saúde em sua base territorial, assim como executar os serviços voltados para a atenção básica. (NEPP, 1988 apud ARRECHE, 2000). Assim, desde a criação do SUS, foi estabelecido que a execução dos serviços de saúde deveria ser realizada no âmbito local, ou seja, pelos municípios¹.

Segundo ARRETCHE (2000), a base do modelo do SUS se encontra na separação entre a provisão de serviços e seu financiamento. A provisão fica a cargo dos municípios e o financiamento como atribuição das três esferas de governo.

Com o objetivo de direcionar o processo de implementação do SUS foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB). As duas primeiras foram formuladas em 1991 e 1992, respectivamente as NOB 01/91 e a NOB 01/92. Em 1993 foi editada a terceira Norma Operacional SUS, ou NOB 01/93, considerada a primeira a efetivamente normatizar a implantação do SUS e referir-se a seus princípios. Esta NOB buscou sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços. Seu processo de implantação foi iniciado no final do ano 1994, tendo permanecido válida até 1998.

A partir das experiências provenientes do processo de descentralização proporcionado pela NOB 01/93, foi desenhada uma nova norma, a NOB 01/96, a qual redefiniu critérios de habilitação de Estados e municípios. Apesar de formulada em 1996, foi regulamentada apenas em 1998. Segundo a NOB 01/96, o município continuou a ser o principal operador da rede de serviços, sendo de sua total responsabilidade o atendimento à atenção básica à saúde.

¹ O artigo 30 da Constituição de 1988 estabelece que compete aos municípios "(...) prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população."

Para financiar os procedimentos e ações da Atenção Básica, a NOB 01/96 propôs uma importante mudança na forma de financiamento do sistema, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), cuja vigência iniciou-se em fevereiro de 1998. O PAB é uma forma de transferência de recursos, regular e automática, em que a verba federal é repassada diretamente aos municípios. (COSTA & PINTO, 2002).

A importância do mecanismo do PAB é que este dissociou o repasse financeiro do faturamento por produção. Este prejudicava os municípios mais pobres, que não possuíam unidades de saúde. O PAB pode ser considerado um agente intermediário no processo de descentralização do Sistema de Saúde. Além disso, o PAB significou um importante passo no sentido do aumento da equidade do sistema. (NEGRI, 2002).

O PAB tinha dois componentes, PAB fixo e PAB variável. O PAB fixo é definido pela multiplicação de um valor *per capita* pela população de cada município. Sua forma de repasse é direta ao município, via fundo² municipal de saúde. A transferência dos recursos financeiros do PAB aos Estados, para que este os administrasse, só ocorreria quando o município não estivesse habilitado a nenhuma das condições de gestão da NOB 01/96.

O PAB variável foi criado como estratégia de direcionamento à implantação de programas considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que, enquanto o PAB fixo deveria ser destinado à assistência básica, e repassado com base em um valor *per capita*, o PAB variável³ tinha por objetivo incentivar determinadas ações na atenção básica e seu repasse era realizado na medida em que o município aderisse aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde.

O PAB variável incentivou as seguintes ações e programas: Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;

² O Fundo de Saúde é uma conta especial, existente em cada esfera de atuação, municípios, Estados e Federação, em que são depositados e movimentados os recursos financeiros do SUS, sob fiscalização dos Conselhos de Saúde. (BRASIL, 1990).

Assistência Farmacêutica Básica; Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF) e Combate às Carências Nutricionais. (COSTA,2003).

Os municípios habilitados no forma de gestão Plena da Atenção Básica da NOB 01/96, passaram a receber os repasses do PAB fixo, e a poder receber os repasses do PAB variável. Já os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, passaram a receber a totalidade dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA). Em Gestão Plena o município passava a ter, subordinado a si, todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas em seu território.⁴ (NOB 01/96).

O crescimento do número de municípios habilitados junto ao SUS pela NOB 01/96 foi muito grande. A tabela abaixo apresenta o número de municípios e Estados que receberam recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (chamado repasse de recursos “fundo a fundo”), de 1997 a 2001.

Tabela 1 - Municípios e Estados recebendo recursos fundo a fundo, de 1997 a 2001

	Dez/1997	Dez/1998	Dez/1999	Dez/2000	Dez/2001
Municípios	144	5.049	5.350	5.450	5.516
Estados	-	2	7	8	12

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão 1998/2001. In: SANTOS, 2002, p. 401

Na tabela acima, podemos observar o grande salto ocorrido em 1998 no número de municípios habilitados em alguma das formas de gestão da NOB 01/96, que passaram a receber recursos fundo a fundo. Já o processo de adesão dos Estados foi mais gradual.

³ Alguns dos critérios de financiamento do PAB variável foram alterados ao longo do tempo, mas seu conteúdo foi basicamente estabelecido pela Portaria do MS nº 1.882, de 22 de dezembro de 1997. (COSTA, 2003).

⁴ Sobre a análise do processo de financiamento do SUS, no período de 1991 a 2002, ver: COSTA, L. R. L. *Os critérios de alocação de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002*. Dissertação de Mestrado em Administração. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2003.

A implementação da NOB 01/96 permitiu que fossem identificadas suas fragilidades, particularmente no que se refere às questões intermunicipais. Ocorreram dificuldades no estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, e de hierarquia e integração dos serviços de saúde. (NEGRI, 2002). Na busca de solucionar estes problemas, e de consolidar o processo de descentralização, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde, a NOAS 01/01.

A NOAS 01/01 foi aprovada em janeiro de 2001. Seu principal objetivo foi o fortalecimento da regionalização da assistência. Nos municípios, a NOAS 01/01 ampliou a responsabilidade da atenção básica, aumentando o número de ações de saúde incluído no PAB fixo, criando o PAB ampliado (PAB-A). Para os municípios, as regras para o recebimento das verbas referentes aos programas financiados por meio do PAB variável, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), permaneceram as mesmas. (BONASSA & CAMPOS, 2001).

O processo de implantação da NOAS 01/01 foi difícil, o que levou à sua reelaboração. A revisão de seu texto gerou uma nova Norma Operacional de Assistência, a NOAS 01/02, aprovada em fevereiro de 2002. A NOAS 01/02 manteve as diretrizes definidas pela NOAS anterior e procurou oferecer alternativas à superação das dificuldades encontradas em sua operacionalização. O financiamento via PAB variável para o PACS e para o PSF foi mantido.

Ao analisar esse processo, verifica-se que um primeiro e importante passo no processo de descentralização do SUS foi a transferência, para os municípios, da gestão do sistema ambulatorial, e a transferência da responsabilidade pela atenção básica à saúde da população. O que, de fato, possibilitou que esta transferência fosse efetiva, foi a criação do PAB.

Alguns dados sobre o financiamento permitem observar a alteração do perfil de investimentos da União em saúde.

A tabela abaixo apresenta o crescimento do valor total de investimento em atenção básica, em relação ao orçamento global do Ministério da Saúde, no período de 1996 a 2002.

Tabela 2 - Distribuição Percentual da Atenção Básica em relação ao Orçamento Global da Saúde de 1996 a 2002

R\$ milhões em valores médios de 2001

Ano	Atenção Básica (AB)	Orçamento Global da Saúde (OG)	Percentual da AB em relação ao OG (%)
1996	2.321,8	22.095,9	10,5
1997	3.217,2	26.798,4	12,0
1998	3.591,8	26.608,7	13,5
1999	3.932,5	25.149,2	15,6
2000	3.854,6	24.678,4	15,6
2001	4.207,7	26.135,9	16,1
2002*	5.063,0	28.551,4	17,7

* Lei nº 10.407, de 10 de janeiro de 2002; R\$ milhões nominais

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS – Quadro Gerencial. In: NEGRI, 2002, p.20

Na tabela acima, pode-se observar que, no período de 1996 a 2002, houve crescimento, não apenas do valor nominal investido na atenção básica (118%), mas do percentual do orçamento de saúde destinado à área, variando de 10,5% a 17,7% do orçamento total da saúde, entre 1996 e 2002.

Na tabela abaixo são apresentados os orçamentos da atenção básica de 1996 a 2002, agrupados por programas, segundo critérios estabelecidos pela Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde.

Tabela 3 - Destino dos valores gastos, em reais, na Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, de 1996 a 2002

R\$ milhão a preços de 2001

Discriminação	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)
Total AB	2.321	100	3.217	100	3.591	100	3.932	100	3.854	100	4.207	100	5.063	100
PAB fixo	1.760	76	2.010	62	2.371	66	2.194	56	1.877	49	1.790	42	1.920	38
PACS/PSF	171	7	230	7	311	9	401	10	713	18	968	23	1.300	26
Carências nutritivas /bolsa alimento	49	2	145	5	81	2	173	4	165	4	170	4	473	9
Farmácia básica/ Hipertensão/Diabete	-	-	-	-	62	2	153	4	178	5	168	4	172	3
Vacinas e vacinação	204	9	255	8	261	7	339	9	289	7	332	8	351	7
Controle de endemias	137	6	577	18	505	14	672	17	632	16	779	19	847	17

AB – Atenção Básica, PAB – Piso de Atenção Básica; PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde; PSF – Programa de Saúde da Família.

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Ministério da Saúde. In: SANTOS, 2002, p.396

Analisando o período de 1996 a 2002, verifica-se o crescimento nominal do valor do orçamento de todos os programas da atenção básica. O PAB fixo apresentou valor nominal relativamente constante, mas sua participação percentual reduziu-se no período, o que indica aumento de investimento do Ministério da Saúde nas outras ações da atenção básica, ligadas ao PAB variável.

Dentre os programas destacam-se, por sua participação crescente em todo o período, o PACS e o PSF. Sua participação no orçamento da atenção básica que, em 1996, foi 7%, chegou a 26% do orçamento em 2002. Comparando-se o valor nominal de 1996 ao valor de 2002, houve crescimento de 660% do orçamento no período.

Ao aderir ao PSF, o município recebe auxílio financeiro para investir na implantação da equipe de saúde da família. Caso mantenha seu sistema de informação atualizado⁵, passa a ter direito de receber uma parcela mensal de recursos, específica para compor o financiamento do programa, parte de seu PAB variável.

⁵ A não alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) por um período de 2 meses consecutivos, ou de 3 meses alternados durante o ano, implica na suspensão do cadastramento do programa. Com isso, há suspensão dos recebimentos referentes à parcela do PAB variável do PSF.

O valor do incentivo para as equipes do PSF varia de acordo com o percentual da população atendido pelo programa.

Os recursos federais representam apenas um percentual dos custos de manutenção de uma equipe. Além dos incentivos que compõem a parte variável do PAB, para a manutenção do programa também é preciso adicionar recursos de fontes estaduais e municipais. (MS, 2001b).

Em função da análise do orçamento é possível observar que a expansão do PSF foi efetivamente uma política prioritária na área de saúde. Mas, o que é o PSF?

2. O Programa de Saúde da Família

2.1 A história do PSF

Algumas experiências se encontram na origem do PSF. Dentre elas, destacam-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Médico de Família (PMF) de Niterói.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi iniciado a partir de experiências realizadas no Estado do Ceará, desde 1987. O sucesso do programa no Estado, com a redução da mortalidade infantil e materna, levou o MS a propor em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS). Em 1992, o Programa passou a ser denominado PACS, tendo sido implementado através de convênio entre Funasa/MS e Secretarias Estaduais de Saúde. (VIANA & DAL POZ, 1998; SILVA & DALMASO, 2002; MS, 2002a).

O Programa Médico de Família (PMF) foi desenvolvido a partir de 1992, no município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro. Com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba, influenciou na decisão do Ministério da Saúde de criar o Programa Saúde da Família (PSF) em 1993. A diferença do PSF, em relação ao Programa Médico de Família, é que o PSF não é centrado no médico, mas na equipe multiprofissional, e inclui os agentes comunitários de saúde. (SOUZA, 2001; SENNA & COHEN, 2002; MS, 2002).

O PSF foi formulado em 1993 e, em setembro de 1994, o programa e suas diretrizes foram oficialmente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, com sua primeira publicação oficial: “Programa de Saúde da Família: Saúde Dentro de Casa”. Ainda em 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF). (MS, 2002a).

Entre 1997 e 1998, ocorreu uma mudança de *status* do programa. Em 1997 foi editado pelo MS o segundo documento oficial do PSF: “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”. Também nesse ano, o PACS e o PSF foram incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. (MS, 1998, 2002a).

A partir de 1998, o PSF passou a ser considerado a principal estratégia de reorganização da Atenção Básica e a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Com a implantação da NOB-SUS 01/96 e do Piso de Atenção Básica (PAB), o PACS e o PSF ganharam novo impulso e, pela primeira vez, o PSF teve seu orçamento próprio estabelecido no Plano Plurianual. Também em 1998, foi estruturado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de monitorar os resultados do programa, e foi editado o “Manual para a Organização da Atenção Básica” que serviu como referência para sua organização. (MS, 1998; SOUZA, 2001; DAL POZ, 2002; MS, 2002a; MS, 2004c).

Em 1999, o Ministério da Saúde observou que um grande número de municípios tinha um baixo percentual de cobertura populacional pelo PSF. Em função disso, a partir de novembro de 1999, foram reajustados os valores de repasse para municípios, tendo sido introduzida uma nova metodologia de cálculo do incentivo financeiro para o programa. Estabeleceu-se uma tabela, segundo a qual, quanto maior a cobertura populacional das ESF, maior seria o valor repassado ao município, com o valor máximo sendo alcançado acima de 70% de cobertura populacional. (MS, 2001a; MS, 2001b; MS, 2002a).

Os grandes centros urbanos apresentaram maior dificuldade na implantação do PSF. Isso foi causado tanto pela forma de financiamento, que terminou por privilegiar os pequenos municípios, quanto pelo modelo do PSF, que não previa uma

modalidade diferenciada de implantação em sistemas mais complexos e com grande número de especialistas. (MS, 2002a).

Em função das dificuldades de implantação em grandes centros urbanos, o MS buscou induzir, a partir de 2000, a expansão do PSF nesses municípios. Para incentivar a implantação de equipes em municípios acima de 100 mil habitantes, foi criado, em 2001, o Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF). (MS, 2002a; MS, 2003a).

O PSF se expandiu de forma muito rápida. Em dez anos, de 1994 a 2004, o número de equipes passou de 328 para 20.822. Em julho de 2004, dos 5.561 municípios brasileiros, 4.701 (84,55%) haviam implantado o programa, prestando assistência a cerca de 38,3% da população do país. (MS, 2004b).

A tabela abaixo apresenta a evolução no número de equipes do PSF, de dezembro de 1994 a julho de 2004.

Tabela 4 - Evolução no número de equipes do Programa de Saúde da Família, de 1994 a 2004

Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Equipe	328	724	847	1.623	3.083	4.254	8.604	13.168	15.867	—	20.822

*Dado de julho de 2004

Fontes: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. In: MARQUES & MENDES, 2002, p. 73 e MS, 2004b, p. 4

O PSF passou de 328 equipes de saúde da família, no final de 1994, para 20.822 equipes, em julho de 2004.

2.2 O que é o PSF

O modelo de atenção proposto pelo PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Na proposta do MS, o PSF tem por objetivo substituir a rede básica de saúde tradicional, com a transformação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Unidades de Saúde da Família (USF). As USF devem estar integradas à rede de serviços de saúde, sendo a porta de entrada do sistema, de forma a garantir a atenção integral à saúde das famílias e a hierarquização da assistência. A atuação

da USF é regionalizada e sua clientela territorializada e adscrita. As Equipes de Saúde da Família (ESF) existentes na USF, são responsáveis pelo acompanhamento da população moradora da região. (MS, 1998; MS, 2001a; MS, 2002a; MS, 2002,b).

No modelo do PSF, o foco da atenção se dá sobre a família e a comunidade, sendo fortemente valorizado o vínculo entre os profissionais das equipes e a população. Em função disso, estabeleceu-se a jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os profissionais da equipe multiprofissional. Cada ESF deve atender de 800 a 1.000 famílias e ser responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. (MS, 1998; MS, 2002a; MS, 2002,b).

A composição mínima de uma ESF é a seguinte: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Em 2000 foi incorporada à ESF a Equipe de Saúde Bucal (ESB), a qual é formada por um odontólogo e um atendente de consultório dentário (AD), sendo opcional a presença de um técnico de higiene dental (THD). Segundo o MS, outros profissionais podem ser adicionados à ESF, ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades de cada região. (MS, 1998; MS, 2002a; MS, 2002b).

Em síntese, os objetivos estabelecidos para o PSF são: realizar ações de atenção básica à saúde; cuidar da integralidade da assistência; oferecer serviço de qualidade; ampliar a atenção ao domicílio, à USF e à comunidade; proporcionar a interação entre a equipe e a comunidade; prevenir doenças e identificar fatores de risco que possam afetar a população; promover o conceito de saúde; considerar a família no atendimento à saúde; humanizar o atendimento; garantir o acesso da população a outros níveis de assistência e racionalizar o fluxo no sistema de saúde. (MS, 2002a).

2.3 O PSF em São Paulo

No município de São Paulo, a história do PSF pode ser dividida em dois momentos: o período em que o governo do Estado implantou no município o Projeto Qualidade

Integral de Assistência à Saúde (QUALIS) e, após a municipalização da saúde, o período em que o PSF passou a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde, e as unidades estaduais do QUALIS foram municipalizadas.

2.3.1 QUALIS

O processo de implantação do PSF no município de São Paulo foi iniciado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo porque, em 1996, o município não se encontrava habilitado no SUS em função de haver adotado o modelo assistencial do PAS (Plano de Assistência à Saúde) nas gestões de Paulo Maluf e de Celso Pitta. (CAPISTRANO FILHO, 1997; CAPOZZOLO, 2002; GUEDES, 2003).

O nome dado ao projeto foi Projeto Qualidade Integral de Assistência à Saúde (QUALIS). Seu processo de implantação foi iniciado em abril 1996, por meio de parceria da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) com a Casa de Saúde Santa Marcelina. O instrumento utilizado na formalização da parceria foi o convênio.

O QUALIS surgiu em um contexto onde a rede de serviços de saúde do município se encontrava desestruturada. Em São Paulo, no período, coexistia uma rede de serviços estaduais, com cerca de 200 unidades básicas, e outra rede municipal, com mais 200 unidades básicas, funcionando de forma desarticulada. (GUEDES, 2003; SMS, 2004b).

A primeira região do município a receber as equipes de saúde da família foi a região Leste do município, pois ali já havia uma experiência anterior de parceria entre a SES/SP e Casa de Saúde Santa Marcelina. Esta parceria, iniciada em 1989, implantou o Programa de Consultórios de Médico de Família, com proposta similar à do modelo cubano.

Em novembro de 1997, a SES/SP realizou um novo convênio, desta vez com a Fundação Zerbini. O QUALIS Fundação Zerbini, ou QUALIS II, foi implantado nas regiões Norte e Sudeste da cidade. (CAPISTRANO FILHO, 1997; CAPOZZOLO, 2002).

O modelo de convênios utilizado no QUALIS, era uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde, o Ministério da Saúde e entidades filantrópicas ligadas à prestação de serviços na área da saúde – Fundações e Organizações Sociais. A justificativa das parcerias partiu de uma avaliação da SES/SP, segundo a qual o gerenciamento dos serviços por meio de Organizações Sociais e Fundações possibilitaria maior agilidade gerencial e administrativa ao programa. (SANTOS, 2001 apud CAPPOZOLO, 2002).

Segundo o modelo proposto pelo QUALIS, os parceiros assumiam integralmente o projeto, com uma equipe central encarregada do planejamento, da supervisão e da avaliação do programa. Juntamente com a SES/SP, os parceiros identificaram as áreas de implantação das equipes, realizaram a contratação da equipe técnica e dos agentes comunitários de saúde, assim como o processo de capacitação. (GUEDES, 2003).

Os projetos foram totalmente financiados com recursos do SUS. Às instituições parceiras cabia a responsabilidade pelo gerenciamento dos recursos, o provimento do material de consumo, contratação de pessoal e a operacionalização das equipes do PSF. (ZERBINI, 1997; CAPPOZOLO, 2002).

A Fundação Zerbini, por exemplo, foi responsável pela seleção, contratação e desenvolvimento dos programas de capacitação e educação permanente dos profissionais de suas equipes, assim como pelo aluguel e construção de unidades necessárias ao projeto. (ZERBINI, 1997; CAPOZZOLO, 2002).

Os profissionais do QUALIS foram contratados em regime de CLT, e a seleção foi realizada por meio de análise de currículo e entrevistas. Havia diferença salarial entre os profissionais da rede estadual e os do QUALIS, assim como também havia diferença no abastecimento de material e medicamentos destas unidades. (CAPOZZOLO, 2002).

A partir da experiência do QUALIS Santa Marcelina, alguns problemas foram apontados pela equipe da Fundação Zerbini, com o objetivo de serem equacionados no QUALIS II. Algumas das propostas desta equipe foram: aprimorar os mecanismos

de acolhimento da demanda espontânea; incluir a saúde bucal, mental e a assistência ao parto no projeto; buscar a continuidade territorial entre as áreas de cobertura; melhorar a retaguarda de ambulatórios especializados e de hospitais para as unidades do QUALIS. (CAPISTRANO FILHO, 1999).

No QUALIS II foram implantados, juntamente com as equipes de saúde de família, dois ambulatórios de especialidades, que também deveriam servir às demais unidades públicas da região; uma casa de parto, para realizar partos naturais em gestantes de baixo risco, acompanhadas pelas equipes, por enfermeiras obstetrizas; equipes de saúde bucal em algumas unidades; equipes volantes de saúde mental e atividades de fonoaudiologia. O acolhimento da demanda espontânea, detectado como sendo um dos pontos frágeis do projeto, foi incorporado como dispositivo na organização do atendimento nas unidades. (CAPISTRANO FILHO, 1999; LANCETTI, 2000; CAPOZZOLO, 2002).

O QUALIS Santa Marcelina, a partir de 1997, também passou a incorporar equipes de saúde mental e bucal em algumas de suas unidades, mas em proporção insuficiente para dar retaguarda a todas as suas equipes. (CAPOZZOLO, 2002).

Em 2000, a SES/SP iniciou a implantação de algumas equipes do PSF sob gestão direta da Secretaria. Nesse mesmo ano, novas parcerias foram firmadas pela SES/SP, com outras duas instituições privadas e filantrópicas, Congregação Santa Catarina e Universidade de Santo Amaro (UNISA), ambas na região Sul. (CAPOZZOLO, 2002; GUEDES, 2003).

No período de 1996 a 2001, o QUALIS implantou 218 equipes no município. As equipes de saúde da família foram implantadas em áreas descontínuas, em regiões do município de grande densidade populacional e com poucos recursos sociais e de saúde. (CAPOZZOLO, 2002; GUEDES, 2003).

Sobre a formação de pessoal para o QUALIS, a maior parte das capacitações realizadas foi voltada para a formação dos médicos. Grande parte dos profissionais não possuía formação generalista e precisava ser qualificada para realizar o trabalho. Os médicos que se inscreviam para o projeto podiam ser agrupados em

três categorias: recém-formados que não conseguiram passar na residência médica, médicos de diferentes especialidades atraídos pelos salários, e médicos com mais tempo de formado, atraídos pela possibilidade de exercer uma nova prática assistencial. Muitos deles não possuíam experiência anterior de atendimento na rede básica, o que exigiu investimento em capacitação destes profissionais. (CAPOZZOLO, 2002).

Profissionais com diferentes vínculos empregatícios atuaram no projeto. Alguns funcionários estaduais que participaram do programa não obtiveram equivalência salarial ao salário dos profissionais das parceiras. Apesar de cumprirem a mesma carga horária do pessoal do QUALIS, recebiam salários mais baixos, o que levou a conflitos de integração no projeto. (CAPOZZOLO, 2002).

2.3.2 O PSF no Município de São Paulo

Em janeiro de 2001, mudaram os gestores do município de São Paulo. O modelo cooperativo do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) foi oficialmente extinto em junho de 2001, e as unidades de saúde retornaram à Secretaria Municipal de Saúde. A partir de julho de 2001 iniciou-se a municipalização das unidades básicas de saúde estaduais e o QUALIS passou para o município. As mesmas parcerias existentes foram mantidas, porém com nova definição de responsabilidades. (CAPOZZOLO, 2002; SMS, 2004b).

Em 25 de janeiro de 2001, foi publicado no Diário Oficial do Município de São Paulo, o comunicado SMS 001/2001 “Diretrizes Gerais para SMS – Documento 1”, documento que estabeleceu a primeira etapa no processo de descentralização na área da saúde no município, com a criação de 41 Distritos de Saúde.

Sobre a situação na área de Recursos Humanos em janeiro de 2001, o relatório de gestão da SMS de 2001 a 2004, dá a seguinte descrição:

“A situação encontrada na área de Recursos Humanos, em 2001, era a seguinte: dos 17 mil funcionários do PAS, 5 mil eram da prefeitura e 12 mil contratados de forma irregular. A SMS permanecia com 13 mil profissionais e (destes) cerca de 10 mil profissionais se encontravam espalhados por diversos setores da administração da prefeitura. Houve um grande esforço

de reorganização e de regularização desta força de trabalho para que o sistema municipal pudesse atuar integrado à política do SUS. (...)“ (SMS, 2004b, p.12).

Com o objetivo de modernizar, do ponto de vista gerencial, a área hospitalar, foram criadas cinco Autarquias Regionais Hospitalares, com o objetivo de permitir uma maior agilidade administrativa a estes equipamentos. As Autarquias não se encontravam subordinadas à SMS, mas diretamente ao Prefeito do município. (SMS, 2004b).

Em 2001 elaborou-se um plano de implantação do PSF e foi constituída a Coordenadoria de PSF junto à Secretaria Municipal de Saúde. A previsão inicial é que São Paulo comportaria, no mínimo, 1.000 equipes de saúde da família. (SMS, 2001b).

O que norteou o processo de implantação do PSF foi a identificação das regiões no município com maior exclusão social e de menor índice de desenvolvimento humano (IDH). Foram privilegiados os locais em que havia maior concentração de famílias com renda de até cinco salários mínimos, onde a rede básica já estivesse implantada, e regiões totalmente desprovidas de serviços de saúde. (SMS, 2004b).

Com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica (AB) e o PSF, foi considerado necessário recuperar a rede básica tradicional. A articulação entre a equipe de saúde da família e a rede assistencial foi uma das principais tarefas propostas no início do governo, para reorganizar o sistema de saúde municipal. (SMS, 2001b).

Em setembro de 2001, foi publicada portaria municipal com o objetivo de criar uma rede de apoio aos Distritos para a implantação do PSF e definir suas competências. Neste documento, o PSF foi apresentado como sendo a principal estratégia para mudar o sistema de saúde do município. O número de ESF a ser implantado no município foi estimado em torno de 1.000. (SMS, 2001e).

O Conselho Municipal de Saúde aprovou, em julho de 2001, a Agenda Municipal de Saúde para o Plano Plurianual de 2001-2005. Dentre os compromissos estabelecidos, constava a necessidade de democratizar o acesso da população aos

serviços de saúde por meio da descentralização da gestão, do desenvolvimento gerencial das unidades de saúde e da expansão do PSF. (SMS, 2001c).

No segundo documento publicado sobre as diretrizes gerais para sistema municipal de saúde, foi colocado como desafio para o PSF, assegurar a universalidade da atenção à saúde no município. (SMS, 2001d).

Este documento estabelece alguns dos processos de organização do PSF nos distritos e sua estratégia de implantação. Seus objetivos foram: organizar o trabalho das equipes e Unidades de Saúde da Família; definir formas de construção de consenso nas regiões sobre o PSF; definir a forma de contratação dos profissionais do PSF; definir o modelo de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das Equipes de Saúde da Família; descrever a relação da SMS com os Pólos de Educação permanente; definir os principais compromissos das equipes, tanto do PSF quanto do PACS; definir a jornada de trabalho dos profissionais; definir aspectos relativos aos salários; dentre outros. (SMS 2001d).

O Plano para Implantação do Programa de Saúde da Família, de 2001 a 2004, elaborado pela equipe responsável pela implantação do PSF, estabeleceu três estratégias de investimento no PSF: Implantação do Programa de Saúde da Família, Desenvolvimento de pessoal para o PSF e Sustentação do PSF. Cada uma dessas linhas contava com diversas áreas de atuação. (SMS, 2001a).

Este Plano redimensionou o número de equipes necessário para o município. A meta, para 2005, era de uma cobertura de 6 milhões de paulistanos pelo PSF, com a implantação de 1.749 equipes de saúde da família e a contratação de 10.496 ACS, incluindo equipes de saúde bucal. (SMS, 2001a).

No Plano, o critério de implantação das ESF foi ampliado. Além das áreas de maior exclusão social no município, também foram incluídas regiões vinculadas a instituições universitárias que buscavam desenvolver o modelo de distrito escola. (SMS, 2001a).

Também no Plano, a capacitação dos profissionais foi considerada um ponto fundamental para o sucesso do programa. Desenhou-se um modelo técnico pedagógico onde a proposta de capacitação teria 5 momentos, que seriam os seguintes: Momento I – Conhecendo o PSF; Momento II – Construindo um novo olhar para o PSF; Momento III – Praticando o PSF; Momento IV – Sustentando o PSF e Momento V – Inovando tecnologias para o PSF. Na prática, até 2004, as Instituições Parceiras conseguiram realizar apenas os momentos I e II contidos na proposta. (SMS, 2001a, 2004b).

Outro ponto destacado foi a necessidade de construção de metodologias de avaliação para a Atenção Básica. (SMS, 2001a).

A primeira etapa da implantação do PSF deu-se com o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e serviço do município. A parceria foi proposta como um processo de co-responsabilização na implantação do programa, entre a sociedade civil e o poder público, sendo que suas diretrizes eram estabelecidas pelo poder público. (CHIESA E BATISTA, 2004).

Para se efetivar o modelo foi necessário reconstruir as bases legais de formalização da parceria, que não se caracterizava como um convênio tradicional, nem como um contrato de prestação de serviços. (CHIESA E BATISTA, 2004).

A partir de maio de 2001, foram estabelecidas 10 parcerias com instituições de ensino e pesquisa sem fins lucrativos, para a implantação do PSF no município de São Paulo. Essas parceiras foram firmadas por meio de convênios, com as seguintes instituições:

- Casa de Saúde Santa Marcelina – 24/05/2001;
- Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC) - 19/07/2001;
- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - 25/07/2001;
- Associação Comunitária Monte Azul - 15/08/2001;
- Instituto Adventista de Ensino (IAE) - 17/08/2001;
- Associação Saúde da Família – 17/08/2001;
- Associação Congregação Santa Catarina - 24/08/2001;

- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein – 24/08/2001;
- Santa Casa de São Paulo - 04/09/2001;
- Fundação Faculdade de Medicina da USP - 18/09/2001. (SMS, 2002b, 2004b).

Assim, a Casa de Saúde Santa Marcelina, a OSEC e a Congregação Santa Catarina, que tinham convênio anterior com o Estado, no QUALIS, assinaram novo convênio com a prefeitura. Apenas a Fundação Zerbini assinou o convênio com a prefeitura posteriormente, mantendo até 2002 o convênio com o Estado. (SMS, 2004b).

O objetivo destas parcerias, segundo Eduardo Jorge, Secretário de Saúde no período, foi o seguinte:

“O objetivo dessas parcerias foi tornar possível, de forma eficiente e eficaz, a operacionalização dessa estratégia (PSF) numa cidade de extensa dimensão populacional e territorial. É importante lembrar que os convênios, se por um lado estabelecem as responsabilidades das instituições, especialmente em viabilizar a contratação das equipes, por outro, determina a dupla atribuição da SMS, qual seja: prover os recursos financeiros para o sucesso da estratégia Saúde da Família, bem como controlar sua execução de acordo com as características estruturais mencionadas.” (ALVES SOBRINHO & SOUSA, 2002, p. 53-54)

Para a efetiva implantação do PSF, iniciou-se um processo de seleção, contratação e treinamento dos profissionais. A contratação das equipes, por decisão da SMS, foi iniciada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com o objetivo de definir as regras para o processo seletivo foi elaborado um documento, distribuído às Instituições Parceiras, chamado “Documento orientador ao processo seletivo das equipes do PSF”. (SMS, 2002b).

A Equipes de Saúde da Família de São Paulo contavam com: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde. O modelo de São Paulo é diferente do preconizado pelo MS, porque conta com um auxiliar de enfermagem a mais por equipe.

No primeiro ano de funcionamento do PSF no município, dois pontos merecem destaque: a unificação do corpo funcional e dos equipamentos públicos de saúde do município, o que inclui as unidades do PAS e do Estado; e o início da implantação do PSF. (SMS, 2002b).

A implantação do PSF pelo município decorreu da articulação da Coordenação Municipal do PSF com os Interlocutores Regionais, os Distritos de Saúde, os Coordenadores Distritais e as Instituições Parceiras. Esse grupo foi chamado de Rede de Apoio à Implantação da PSF. (SMS, 2002c).

No ano de 2002, foram firmados convênios com mais duas Instituições Parceiras:

- Centro de Estudos e Pesquisa “Dr. João Amorim” (CEJAM) – 02/2002
- Fundação Zerbini - 06/2002. (SMS, 2004b).

Dessa forma, passou a haver 12 Instituições Parceiras do município na implantação do PSF.

Em 2002 foi elaborado e publicado, pela SMS, documento norteador sobre as responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF. (SMS, 2002a).

Em junho de 2002, o município de São Paulo foi habilitado em Gestão da Plena da Atenção Básica. Neste mesmo mês, foram municipalizadas as unidades básicas de saúde do Estado, o que incluiu as unidades estaduais do QUALIS. As equipes do projeto QUALIS passaram a integrar o Programa de Saúde da Família do município de São Paulo. (SMS, 2002d, 2002e).

No processo de municipalização da saúde, a Secretaria Municipal de Saúde passou de 74 unidades de saúde, para 557 unidades. Dos 15 hospitais públicos municipais, 14 que estavam sob responsabilidade do PAS foram reintegrados à rede municipal. O único hospital municipal que tinha permanecido com a SMS no período do PAS foi o Hospital e Maternidade Vila Nova Cachoeirinha. Além dos hospitais, a rede contava com 12 Prontos Socorros Municipais, 14 Prontos Atendimentos, cerca de 200 Unidades Ambulatoriais Municipais e 200 Unidades Ambulatoriais Municipalizadas (anteriormente do Estado). Em termos de recursos humanos, havia

cerca de 32 mil servidores municipais, e mais 8 mil servidores municipalizados (funcionários do Estado que foram municipalizados), em um total de aproximadamente 40 mil profissionais. Cabe lembrar que, no início de 2001, a SMS contava com cerca de 18 mil servidores, sendo que, destes, 5 mil encontravam-se no PAS e 10 mil encontravam-se espalhados em outras áreas da prefeitura, que não a saúde. (SMS, 2004b).

A dificuldade de implantação do modelo do PSF, em um grande município que já contava com uma rede de atenção básica tradicional, levou à necessidade de formulação do que seria um período de transição, onde conviveriam a rede básica tradicional com as unidades que contavam com equipes do PSF. (SMS, 2004b).

Em agosto de 2002, houve uma grande reestruturação do sistema de saúde municipal. Foram criadas 31 Subprefeituras no Município⁶, com suas respectivas Coordenadorias Setoriais. Entre as Coordenadorias das Subprefeituras estava a de Saúde. A idéia era que as 31 Coordenadorias substituíssem os 41 Distritos de Saúde. As Coordenadorias de Saúde só foram de fato instaladas a partir de 2003. (SMS, 2002e, 2003c, 2004b).

Os Subprefeitos eram nomeados pelo Prefeito do Município, sendo o Coordenador de Saúde nomeado pelo Subprefeito. O Secretário de Saúde tinha poder de veto sobre o nome indicado pelo Subprefeito mas, ainda assim, neste modelo institucional, os Coordenadores de Saúde não respondiam diretamente ao Secretário Municipal de Saúde, o que, do ponto de vista da Secretaria de Saúde, causou problemas de gerenciamento. A política de saúde do município deixou de ser definida exclusivamente pela SMS, passando a ser negociada com os Subprefeitos e Coordenadores de Saúde.

Em dezembro de 2002, o município contava com 515 equipes do PSF, sendo 218 originárias do QUALIS, 297 Equipes de Saúde da Família e 175 equipes do PACS constituídas diretamente pelo município. (SMS, 2002e, 2004b).

⁶ Lei Municipal nº 13.399, de 1º de agosto de 2002.

Em janeiro de 2003, foi aprovado o Projeto de Cooperação Técnica entre Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura – UNESCO, com o objetivo de apoiar a organização da Atenção Básica em Saúde, por meio da estratégia Saúde da Família.

As negociações para esta parceria haviam sido iniciadas em 2001. Foi elaborado um Documento do Projeto (PRODOC), com três componentes: Desenvolvimento dos Distritos; Atenção Básica/PSF; e ações contra a violências e a AIDS. (SMS, 2002c, 2002e).

A meta inicialmente presente no acordo era de 1.750 Equipes de Saúde da Família até dezembro de 2006.⁷ Havia grande diferença entre os convênios com as IP e o PRODOC. Enquanto os convênios com as IP eram ligados às atividades fim do PSF, por exemplo, a contratação de profissionais de saúde para atuar nas Equipes de Saúde da Família, o PRODOC estava ligado a atividades meio, que viabilizassem a expansão e a implantação do programa. Boa parte da equipe responsável pelo PSF, junto à Coordenadoria de Saúde da AB e PSF do município, foi contratada pela UNESCO. Com recursos do PRODOC foram: contratados consultores; pagas passagens e diárias; realizados treinamentos; publicados materiais técnicos e informativos; realizados estudos e pesquisas; e comprados materiais e equipamentos destinados ao gerenciamento do PSF. A estratégia de parceria com organismos internacionais para a formação das equipes técnicas responsáveis pelo PSF existe desde sua origem. No Ministério da Saúde, a equipe de coordenação do PSF, formada a partir de 1994, tinha quase todos os seus membros contratados pelo PNUD, não sendo, até 1998, formada por funcionários de carreira do Ministério. (VIANA & DAL POZ, 1998).

Em maio de 2003, cerca de dois anos após o início da implantação do PSF, foi publicada a portaria nº 2069/03 que regulamentava a utilização de recursos pelas Instituições Parceiras do Município. A portaria estabelece o sistema de informações necessários ao acompanhamento, controle e avaliação da execução do PSF, a

⁷ Dados no site:

http://www.unesco.org.br/areas/educacao/educacaosaude/atbasica/projatencaobasica/atencaobasica_sp/mostra_projeto > acessado em 20/08/2005.

serem prestadas pelas IP. Também fixa os procedimentos relativos à prestação de contas dos recursos utilizados. (SMS, 2003a, 2003c).

Em Julho de 2003, o município foi habilitado em Gestão Plena do Sistema. (MS, 2003b).

A efetiva criação das Subprefeituras e a descentralização da saúde no município, com a implantação das 31 Coordenadorias de Saúde⁸, ocorreu em setembro de 2003. As Unidades Básicas de Saúde, os servidores municipais lotados da rede básica, e a estrutura administrativa referente às áreas de RH, finanças e patrimônio da rede básica, foram transferidas para as Subprefeituras, passando a ser gerenciadas pelo Coordenador de Saúde local. A nomeação dos gerentes das unidades básicas passou a ser atribuição dos Subprefeitos e Coordenadores de Saúde.

O nível central da SMS foi reestruturado. Sua função passou a ser a definição das diretrizes técnicas para a assistência à saúde, o monitoramento das condições de saúde da população e a definição das ações voltadas ao controle da estrutura descentralizada. (SMS, 2004b).

Em função de questões financeiras da prefeitura, as metas de expansão do PSF para o ano de 2003 foram revistas. O setor responsável pela Atenção Básica passou a trabalhar sob a ótica de integração da AB e do PSF. A Coordenação de Atenção Básica e PSF realizou um amplo diagnóstico da rede básica do município. (SMS, 2004b).

No ano de 2003, o PSF teve uma expansão de 130 equipes. Em janeiro, havia 515 equipes completas e, em dezembro, 645. Houve esforço para transformar as equipes PACS em equipes do PSF. Em janeiro havia 175 equipes PACS e, em dezembro, 128. (SMS, 2003b, 2004b).

⁸ O nome das 31 Coordenadorias de Saúde, por Região do município, encontra-se no ANEXO I.

Também em 2003, o município de São Paulo passou a participar do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). O financiamento previsto foi de cerca de R\$ 42 milhões, em um cronograma de desembolso de 2003 a 2008.⁹

No ano de 2004, com a impossibilidade de expansão do programa, a SMS investiu na organização da rede de assistência básica. Foi elaborado um plano de investimentos do PROESF, com base no diagnóstico realizado, com o objetivo de locar imóveis, reformar e ampliar unidades, e adquirir equipamentos. (SMS, 2004b).

A Coordenadoria de Recursos Humanos da SMS organizou um processo seletivo de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para a rede básica, por meio de concurso público. Foram identificadas áreas da cidade caracterizadas como de “difícil provimento de médicos”, e criou-se um incentivo financeiro aos profissionais que trabalhassem em unidades localizadas nestas áreas. Também atualizou-se a Tabela de Lotação de Pessoal da rede básica. (SMS, 2004b).

A Coordenação de Atenção Básica e PSF buscou articular as Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras e as Instituições Parceiras para implantação do PSF. Foram criados Grupos de Trabalho de Gestão de Recursos Humanos, de Capacitação de Recursos Humanos e de Informação do PSF, contando com representantes das três instâncias. (SMS, 2004b).

Em agosto de 2004, o município de São Paulo contava com 386 Unidades Básicas de Saúde. Destas, 89 trabalham contavam apenas com Equipes de Saúde da Família. Outras 170 Unidades trabalhavam com modelo misto, ou seja, com equipes tradicionais dividindo a unidade com Equipes de Saúde da Família. As 127 unidades restantes continuavam a funcionar segundo o modelo da atenção básica tradicional. (SMS, 2004b). O mapa com a distribuição das unidades no município, por modalidade de assistência, em agosto de 2004, encontra-se no Anexo II.

⁹ Considerando um custo estimado do PSF de cerca de R\$ 20 mil por mês, por equipe de saúde da família, o impacto orçamentário de um programa com 700 equipes (final de em 2004) é de, aproximadamente R\$ 170 milhões/ano. Nesta perspectiva, o incremento de cerca de R\$ 7 milhões ano, proposto pelo PROESF, corresponde a cerca de 4% dos custos do PSF. [Dados de custos estimados com base em estudo de custos do PSF realizado pelo MS em 2001]. (MS, 2001b).

Nas unidades mistas, as equipes, a lógica de organização do serviço, a população atendida (adscrita ou demanda espontânea), a forma de contratação dos profissionais, os salários e a carga horária eram diferentes para os profissionais que atuavam segundo a lógica do PSF, e para os da AB tradicional. Estas divergências dificultavam o trabalho do gerente destas unidades.

O percentual de cobertura da população pelo PSF, do município, em agosto de 2004, era de 22%. São Paulo contava com 686 equipes, sendo o município com o maior número de equipes do país. (SMS, 2004b).

Em agosto de 2004, o município permanecia com os 12 convênios com Instituições Parceiras na implantação do Programa de Saúde da Família. O mapa com a distribuição das Instituições Parceiras no município, em agosto de 2004, encontra-se no Anexo III.

Outra forma de observar a distribuição das Instituições Parceiras (IP) no município, é em função das regiões em que atuava. A distribuição das IP, por Região, encontra-se no quadro abaixo.

Quadro I - Distribuição das Instituições Parceiras por Região do Município de São Paulo, em agosto de 2004

Instituição Parceira	Região
1. Associação Comunitária Monte Azul	Sul
2. Associação Congregação Santa Catarina	Norte Sudeste Sul
3. Associação Saúde da Família	Norte Sudeste
4. Casa de Saúde Santa Marcelina	Leste Sudeste
5. Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim (CEJAM)	Sul
6. Fundação Faculdade de Medicina da USP	Centro-Oeste
7. Fundação Zerbini	Norte Sudeste
8 Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein	Sul
9. Instituto Adventista de Ensino – IAE	Sul
10. Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC)	Sul
11. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Centro-Oeste Norte Sul
12. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Centro-Oeste Norte

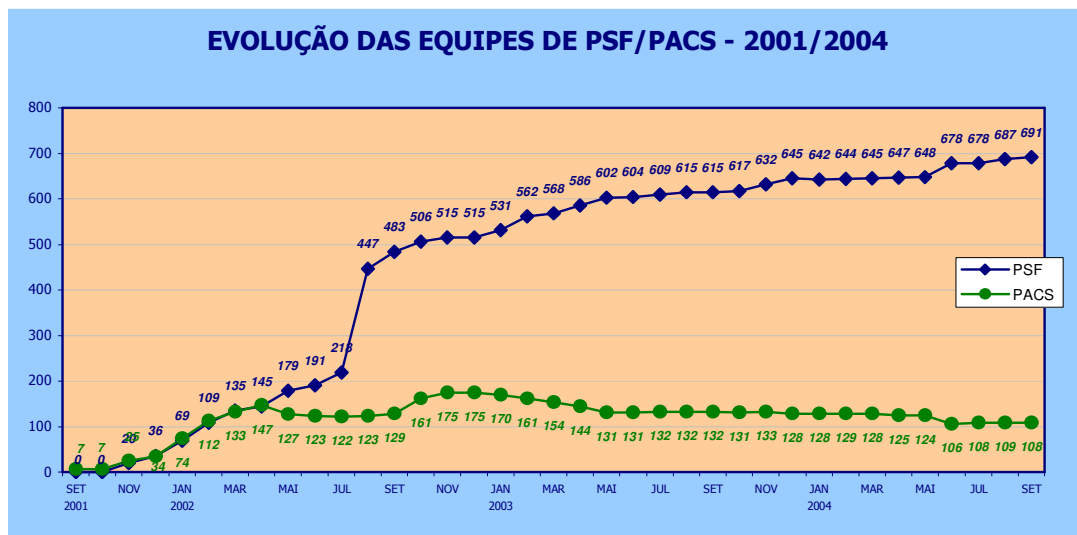
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Ao analisarmos o dado por região, verificamos que: em toda a região Leste há apenas uma IP, na região Centro-Oeste encontramos três, na Sudeste quatro, na Norte cinco e, na região Sul, 7 IP diferentes.

Algumas IP atuam em apenas uma região e outras atuam em três diferentes regiões. Isso significa que a distribuição das Instituições Parceiras no município não obedeceu aos mesmos critérios utilizados para a distribuição dos territórios por Coordenadoria de Saúde. Isso dificultou o trabalho, tanto das IP, quanto dos Coordenadores de Saúde, pois eram necessárias negociações constantes com um número maior de atores. Ou seja, uma IP que atuasse em sete Coordenadorias de Saúde, como a Casa de Saúde Santa Marcelina, por exemplo, tinha de negociar sua forma de atuação com sete Coordenadorias de Saúde diferentes, além da Coordenadoria de Atenção Básica e PSF da SMS.

O gráfico abaixo apresenta a evolução do número de equipes PSF e PACS, no período de 2001 a 2004.

Gráfico I - Evolução do número de equipes PSF e PACS no município de São Paulo, no período de 2001 a 2004



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004b

O salto observado em julho de 2002, deveu-se à incorporação das Unidades QUALIS do Estado, ao município. No gráfico, em agosto de 2004, havia 686 equipes completas PSF. No entanto, na mesma data, havia 668 médicos de saúde da família. Isto porque, havia variação diária no número de profissionais contratados, tanto em função da rotatividade dos profissionais, quanto da dificuldade das IP em contratar médicos para algumas das unidade de saúde. Assim, havia 18 equipes, em agosto de 2004, consideradas completas, mas que não tinham médicos.

Segundo o MS, uma ESF que fique mais de três meses sem algum dos profissionais da equipe mínima, deixa de receber seu incentivo financeiro. Em agosto de 2004, segundo dados do CEINFO, havia 108 equipes do PSF “incompletas”, as quais, pelo fato de faltar ao menos um dos membros da equipe há mais de três meses (em alguns casos as equipes nunca chegaram a ser completadas em função da falta de recursos da SMS para expansão do PSF), não recebiam financiamento do MS. (SMS, 2004b).

A Tabela com o número de UBS existentes, de UBS com PSF e de médicos do PSF, por região do município, em agosto de 2004, encontra-se abaixo.¹⁰

Tabela 5 - Número de UBS, de UBS com PSF e de Médicos do Programa de Saúde da Família, por Região do Município de São Paulo, em agosto de 2004

Região	UBS	UBS com PSF	Médicos do PSF
Total	389	198	668
Centro-Oeste	33	11	39
Leste	107	52	167
Norte	76	34	104
Sudeste	87	36	107
Sul	86	65	251

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Observa-se, nos dados acima, que a região Sul foi a que contava com maior número de UBS com PSF e de médicos do PSF, dentre as regiões do município.

2.4 Reforma do Estado, Recursos Humanos e PSF

Para se compreender as questões existentes na área de Recursos Humanos do PSF é preciso contextualizá-las. Em 2003, o PSF respondeu por cerca de 20% do emprego público em saúde no Brasil. Nesse ano, o programa foi considerado responsável, direta ou indiretamente, por aproximadamente 200 mil empregos. (GIRARDI & CARVALHO, 2003).

DAP POZ (2002) identifica a existência de duas agendas distintas e simultâneas na área de RH em saúde. A primeira é composta pelos problemas dos profissionais da saúde (carreiras, questões salariais etc.). Já a segunda, foi originada a partir das reformas administrativas do Estado e da descentralização do sistema de saúde.

A reforma administrativa do Estado não se deu sem conflitos. Um dos pontos de conflito das reformas pode ser atribuído ao seguinte paradoxo: o desejo de um Estado mínimo, com menores gastos, ocorrendo de forma simultânea ao

¹⁰A Tabela com o número de médicos do PSF, por Unidade Básica de Saúde, em agosto de 2004, encontra-se no Anexo VI.

crescimento das atribuições do Estado e das demandas da população. Se, na década de 80, a principal demanda foi pela redução dos gastos públicos, nos anos 90 houve uma forte demanda por aumento dos gastos sociais. Para RESENDE (2002), durante o governo de FHC, o aspecto econômico da reforma se sobrepôs ao aspecto da eficiência: a busca de ajuste fiscal, de redução de gastos e o princípio do Estado mínimo, juntamente com a busca de melhoria de eficiência, dificultou o sucesso das reformas.

Na prática, conseguir que a administração pública se voltasse para resultados, necessitaria de grande investimento, melhoria de salários, capacitação de pessoal, redesenho organizacional, dentre outras medidas. Na área da saúde, a reforma administrativa também exigia o aumento da eficiência e a redução dos custos. Sendo a maior parte dos custos, na área de saúde, referente a despesas com pessoal, algumas das formas de redução encontradas foram o congelamento de contratações, a ausência de investimento em capacitação e treinamento, e a adoção de relações trabalhistas precárias. (PICCHIALI, 2000; PIERANTONI, 2002; RESENDE, 2002; RIGOLI, 2003).

Segundo PIERANTONI (2002), desde a aprovação do SUS tem se observado uma distância muito grande entre as formulações políticas para a área de recursos humano em saúde e sua real implantação.

A partir de 1995, o tema da Reforma do Estado ganhou destaque com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Foram apresentadas uma série de propostas, dentre elas, a retirada do Estado como prestador de serviços em áreas não-exclusivas, como a saúde, e foi estabelecida uma nova figura institucional, as Organizações Sociais (OS). Do ponto de vista do Ministério, o principal objetivo das reformas foi implantar um modelo de administração pública gerencial. (PEREIRA, 2001a, 2001b, 2002)

As OS puderam ser criadas a partir da aprovação da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Ao ser qualificada como OS, uma entidade passava a estar habilitada a receber recursos financeiros, humanos e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, deveria celebrar um contrato de gestão

com o setor público, por meio do qual seriam acordadas metas de desempenho que assegurassem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados.

No Estado de São Paulo, a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, estabeleceu que organizações nas áreas da saúde e cultura que atendessem aos requisitos da lei poderiam solicitar sua qualificação como Organização Social. Na área da saúde foram habilitadas Organizações Sociais de Saúde (OSS).¹¹

O primeiro convênio realizado pelo Estado de São Paulo com as Instituições Parceiras para a implantação do projeto QUALIS ocorreu em 1996, anteriormente à lei de criação das OS, em 1998.

O modelo de convênio do PSF tinha por objetivo implantar um modelo de administração gerencial no programa, conforme proposta da reforma do Estado. No entanto, não possuía instrumento de gestão similar ao contrato de gestão das OS, que estabelecesse as bases da relação entre a administração pública e a privada. O que existia era um plano de trabalho realizado anualmente pelas Instituição Parceiras do município, pactuado junto à SMS, e analisado pelo Tribunal de Contas do Município, o qual não definia metas ou resultados a serem alcançados.

Com a municipalização do projeto QUALIS, o município continuou com um modelo de convênio similar ao adotado pelo Estado. No entanto, houve mudanças nas relações entre o município e as Instituições Parceiras, com redução da autonomia das mesmas no gerenciamento das unidades do PSF.

2.5 Estudos sobre o PSF

Diversos trabalhos têm sido publicados sobre Atenção Básica e PSF. Alguns dos objetivos desses trabalhos são: verificar o impacto da atenção primária no sistema de saúde (POLITZER et al., 2003); desenvolver metodologias de avaliação da atenção básica (VIACAVA et al., 2004); comparar o modelo do PSF e o modelo da

¹¹ Diversas pesquisas têm sido realizadas sobre as OSS no Estado de São Paulo. (FERREIRA JR., 2004), (FERREIRA JR., 2003), (SANO, 2003), (SEIXAS, 2003), (PEREIRA & PEREZ, 2002), (TANAKA & MELO, 2002), (IBANEZ et al., 2001).

atenção básica tradicional (MACINKO et al., 2004); verificar o perfil de utilização dos serviços no PSF (GOLDBAUM et al., 2005) e avaliar a satisfação do usuário no PSF (KLOETZEL, et al., 1998).

O próprio MS realizou diversos estudos sobre o programa, dentre os quais encontram-se: “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família” (MS, 2000); “Avaliação do PSF em dez grandes centros urbanos” (MS, 2002a); “Determinação e avaliação do custo do Programa Saúde da Família – PSF” (MS, 2001b). Na área de formação, foi financiado pelo MS o estudo: “A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família”. (MS, 2002c).¹²

Na área de recursos humanos, cabe destacar as pesquisas sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF (MACHADO, 2002, 2003), sobre o processo de trabalho do médico do PSF em São Paulo (CAPOZZOLO, 2002) e sobre as modalidades de contratação e a qualidade do emprego dos profissionais do PSF (GIRARDI & CARVALHO, 2003).

2.6 Recursos Humanos e PSF

CONILL (2002) classificou os problemas de implantação do PSF em três grandes blocos: recursos humanos, financiamento e aspectos gerenciais e organizacionais. Segundo o autor, há consenso quanto ao fato de ser a área de recursos humanos a problemática central do PSF. Recrutamento de pessoal, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade são os principais problemas apontados. (CONILL, 2002).

Pesquisa realizada com gestores municipais também destacou a área de RH como sendo uma das principais limitações na implantação do PSF. As dificuldades apontadas foram: formação inadequada dos profissionais e número insuficiente de médicos para atuação no programa. (MS, 2000).

¹² Estudos e Pesquisas disponíveis no site <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/estudos.htm>> Acessado em 13/09/2005.

A rotatividade dos profissionais de saúde no PSF, em especial do médico, é considerada um fator de não sustentabilidade do programa. (MS, 2002c; MS 2004c).

Apesar da rotatividade dos médicos ser percebida, há poucos dados sobre ela. Segundo a pesquisa Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de 2001 a 2002 (MS, 2004a), observou-se que, das 13.501 equipes analisadas em 3.778 municípios, 76,8% contavam com médicos que trabalhavam no PSF há menos de um ano. No entanto, como este período foi um período de grande expansão do programa, está inserido neste dado os novos cargos abertos no período. (MS, 2004a).

Pesquisa sobre o PSF realizada com gestores de grandes municípios que tinha entre seus objetivos verificar os dados de rotatividade dos profissionais, encontrou que o percentual de profissionais de nível superior, com tempo de atuação menor que um ano, foi: em Palmas, 9,6%; Goiânia, 14,9%; Camaragibe, 15,1%; Brasília, 25,7%; Aracaju, 34,1%; Vitória da Conquista, 35,9%; Vitória, 36,5% e Manaus, 51,7%. (MS, 2002a).

Os dados desta pesquisa apresentam alguns problemas: a caracterização agrupou as categorias de nível superior, médicos e enfermeiros, o que não nos permite verificar os dados específicos da categoria médica. Além disso, a pesquisa excluiu de sua amostra os profissionais que trabalhavam há menos de seis meses no programa com o objetivo de excluir as novas equipes criadas no período. Essa exclusão distorce os dados de rotatividade. Também em função da dificuldade de obtenção do índice de rotatividade, optou-se por trabalhar com a Taxa Líquida de Substituição (TLS), ou seja, com os profissionais que estavam há menos de um ano nas equipes. Ainda assim, é possível verificar a existência de diferença significativa entre os dados dos municípios analisados. (MS, 2002a).

No município de São Paulo, em 2000, durante o projeto QUALIS, auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) constatou que cerca de 40% dos médicos trabalhavam há menos de um ano nas equipes. (apud CAPOZZOLO, 2002, p. 267). O dado levantado pelo TCU também incluiu equipes formadas há menos de um ano.

Apesar da rotatividade dos profissionais ser considerada um fator relevante para a sustentação do PSF, encontramos poucos dados sobre isso. De forma geral, o indicador utilizado para avaliar a rotatividade é a TLS e não o índice de rotatividade.

2.6.1 Hipóteses sobre a rotatividade

Algumas hipóteses têm sido formuladas quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF.

MACHADO (2002) aponta para o fato de, no Brasil, grande parte dos médicos do PSF terem contratos temporários. Segundo ela, a flexibilização nas formas de contratação, associada à existência de vagas em outros locais com salários diferenciados, levaria à alta rotatividade.

Pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que, em Manaus, a elevada rotatividade de médicos era decorrente da contratação de um grande número de recém-formados que, depois de curto período de tempo, desligava-se para cursar residência médica. (MS, 2002a).

Em Brasília, os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados, ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, o que levaria à alta rotatividade. (MS, 2002a).

Para CAPOZZOLO (2002), são a sobrecarga das ESFs, as dificuldades estruturais como a falta de medicamentos, de materiais e de retaguarda de outros níveis de atenção, e a insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, que levariam à alta rotatividade dos médicos do PSF.

As hipóteses sobre os fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF podem ser agrupadas da seguinte forma: formas de contratação, perfil dos médicos do PSF e condições de trabalho. Estes três fatores encontram-se detalhados abaixo.

a) Formas de contratação

A expansão do PSF ocorreu em um período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas na área pública. No SUS, isso se revelou pelo aumento da terceirização na contratação de mão de obra, onde o gestor público passou a contratar os profissionais por meio de outras organizações, e não mais diretamente. (DAL POZ, 2002).

As formas de contratação utilizadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde são muito variadas. As modalidades de contratação encontradas na área de saúde pública são as seguintes: trabalhador empregado regido pela CLT com prazo determinado; trabalhador empregado regido pela CLT com prazo indeterminado; Servidor Público regido pelo Regime Jurídico Único; Servidor Público não efetivo em cargos comissionados, cargos de confiança, contratações excepcionais baseadas em legislação especial; trabalhadores temporários, autônomos contratados como prestadores de serviço; terceirizações e bolsas trabalho (estagiários). (CONASS, 1997; DAL POZ, 2002; GIRARDI & CARVALHO, 2003).

Sobre a questão das formas de contratação no PSF, há uma peculiaridade. Como o Agente Comunitário de Saúde tinha de ser um morador da região em que atuava, não seria possível, segundo o modelo preconizado pelo MS, a realização de concursos públicos para a contratação desses profissionais. Isso, juntamente com as questões da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Lei Camata (que estabeleceram limites na despesas com pessoal para os gestores) e com as propostas de reforma administrativa do Estado, muito presentes durante o período de governo de FHC (1994-2002), levou à contratação dos profissionais do PSF no país, por meio de Organizações Não-Governamentais (ONG), Organizações Sociais, associação de moradores, cooperativas, contratos por meio de empresas, cargos em comissão, dentre outras. (MACHADO, 2000; SOUZA, 2001).

SOLLA (apud DAL POZ, 2002) afirma que, em 1998, 40% dos médicos do PSF eram temporários; 26,7% trabalhavam como autônomos prestadores de serviço; 15,8% estatutários e 12,1% eram contratados segundo a CLT.

Pesquisa realizada em 1999, com 3.119 equipes de 1.219 municípios do país, também detectou que grande parte dos contratos dos médicos do PSF eram temporários. Os dados dessa pesquisa foram analisados por município, e não por profissional. Em 49,0% dos municípios, a forma de contratação dos médicos era temporária. Outras formas de contratações encontradas foram, em 26,7% dos municípios, contratação para prestação de serviços; em 12,1% dos municípios, vínculo público como estatutário e em 4,9% dos municípios, CLT. (MS, 2000).

MACHADO (2002) em pesquisa sobre o perfil dos médicos do PSF realizada em 1999, constatou que 45,8% dos médicos do PSF tinham contratos temporários. Somando os contratos temporários às outras formas precárias de contratação, chegou-se a 61,69% das contratações.

A pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal do PSF”, realizada em novembro e dezembro de 2001, em 691 municípios brasileiros, buscou levantar os agentes contratantes e as modalidades de contratação dos profissionais do PSF. Os agentes contratantes encontrados foram: Prefeitura, Fundação Pública, Fundação Privada, Entidades Filantrópicas, ONG, Cooperativa, Organização Social (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e outros. As modalidades de contratação encontradas foram: temporário, autônomo, empregado CLT, estatutário/ Regime Jurídico Único e outras modalidades. A Prefeitura foi a responsável direta pela contratação dos médicos em 83% dos municípios. Entidades do terceiro setor (ONG) responderam por 6% das contratações e Entidades Filantrópicas por 4,5%. Constatou-se que a utilização de terceiros para contratação de pessoal para o PSF é mais freqüente nas regiões sul e sudeste, e que nas demais regiões do país prevalece a contratação direta pela Prefeitura. Sobre os vínculos trabalhistas, constatou-se que 70% dos médicos tinham vínculos precários de trabalho. Apenas 16% dos municípios contratavam via CLT, menos de 10% como estatutário e 2,5% como servidores públicos não efetivos. (GIRARDI & CARVALHO, 2003).

A contratação de profissionais na área pública, sem a realização de concurso público é uma questão controversa. Para alguns, a contratação sem concurso ou seleção pública é considerada irregular, pois contraria a Constituição de 1988. Nessa

perspectiva jurídica, encontram-se contratados de forma irregular pelo Estado tanto o trabalhador contratado pela CLT quanto o trabalhador contratado informalmente. (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

O modelo do PSF trouxe diferenças salariais, de carga horária, de benefícios sociais, de estabilidade no emprego e de condições de trabalho, para profissionais que atuam em uma mesma rede. (MS, 2002a).

Em 2002, foi publicada a lei 10.507¹³ que cria a profissão do ACS. No artigo 4º da lei consta que “O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto”. Como a forma de contratação não foi explicitada na lei, gerou-se confusão quanto à correta forma de contratação dos ACS. Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério Público do Trabalho consideraram irregulares as contratações do PSF que não fossem feitas por meio de concurso público.

O CNS, em publicação para os demais Conselhos de Saúde do país¹⁴, diz o seguinte:

“A Lei das OSCIPs, de março de 1999, propõe a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o termo de **Parceria**, um contrato de gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social. Para o CNS a modalidade jurídica de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público é entidade de **administração gerencial**, proposta no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado do Governo FHC, e se assemelha à Organização Social – OS, rejeitada anteriormente neste Conselho e que representa uma transferência de responsabilidade de saúde do Estado para o setor privado, o que não é compatível com o modelo de gestão do SUS, definido constitucionalmente. O parecer assinala que, ao ser consultado sobre a temática, o CNS se posiciona contrariamente a toda modalidade de administração gerencial para o SUS em qualquer forma de apresentação.” (CNS, 2005)

Desta forma, o Conselho Nacional de Saúde colocou-se contrário às parcerias entre os setores público e privado na área de saúde.

¹³ Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002

¹⁴ Informativo Eletrônico do CNS aos Conselhos de Saúde, Ano II, Brasília, 13 de fevereiro de 2005. Disponível em <www.abrasco.org.br/Noticias/boletim_CNS_61.pdf> Acessado em 10 de novembro de 2005.

O Ministério Público do Trabalho, por sua vez, tem incidido fortemente na questão das admissões de profissionais que atuam na área pública sem concurso¹⁵, e tem determinado a necessidade de realização de concurso público para os funcionários do PSF, o que inclui os Agentes Comunitários de Saúde, sob pena da suspensão do fluxo de recursos do Ministério da Saúde para os municípios. (MPT, 2005; INOJOSA, 2005).

Estas questões têm trazido um impasse para o modelo do PSF proposto pelo próprio Ministério da Saúde, ainda não resolvido.

No município de São Paulo, em agosto de 2004, havia duas formas de contratação dos médicos do PSF. Na primeira, os médicos são servidores municipais, ou municipalizados (antigos servidores do Estado), recebem 20 horas pelo vínculo de servidores e também recebem complementação salarial das Instituições Parceiras (segundo a CLT), para completar a jornada de 40 horas semanais. O profissional tem, então, dois vínculos trabalhistas e, dependendo do horário de trabalho, está regido por um vínculo diferente. Na segunda forma de contratação, os médicos são contratados diretamente pelas Instituições Parceiras, segundo as normas da CLT, para uma jornada de 40 horas.

b) O perfil do médico do PSF

A falta de médicos com perfil adequado para atuar no PSF é uma questão muito citada, como sendo uma das dificuldades de implementação do modelo. (ALVES SOBRINHO, CHIESA & SOUSA, 2002; SOUSA, 2002; MS 2002a).

Para que se defina qual o perfil profissional adequado para o médicos do PSF, é preciso, antes, verificar quais são suas atribuições. Segundo o Guia Prático do PSF (MS, 2002b), as atribuições do médico do PSF são as seguintes:

¹⁵ Site do Ministério Público do Trabalho. Disponível em <<http://www.pgt.mpt.gov.br/conap/coord/index.html>> Acessado em 10 de novembro de 2005.

“Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
- auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Atribuições específicas do médico:

- realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adscrita;
- executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio;
- realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001;
- aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental etc;
- realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências;
- encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência;
- realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- indicar internação hospitalar;
- solicitar exames complementares;
- verificar e atestar óbito.” (MS, 2002b, p.75-76)

O médico do PSF deve prestar assistência integral a indivíduos de diversas faixas etárias, além de incorporar no atendimento aspectos emocionais, familiares, sociais e preventivos, sendo o responsável pelo acompanhamento do paciente. Deve realizar, além de ações de assistência, outras educativas, coletivas e comunitárias, juntamente com os outros profissionais da ESF. Além disso, deve participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe. (CAPOZZOLO, 2002).

A proposta do PSF é que o médico seja um generalista, ou médico de família. O que se observa na prática é que há grande número de profissionais com baixa qualificação e com muitas atribuições. Pesquisa sobre o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil constatou que, em 1999, apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF havia concluído algum programa de residência médica. Essa média foi considerada baixa quando comparada à média nacional, em torno de 75%. (MACHADO, 2002; MACHADO, 2003; CAPOZZOLO, 2002).

c) Condições de trabalho

Sobre as condições de trabalho para se exercer a atividade, pesquisa sobre o médico do QUALIS no município de São Paulo diagnosticou que os médicos identificavam os seguintes problemas em seu trabalho: número excessivo de famílias, pressão da demanda por consultas individuais, falta de retaguarda dos demais níveis de atenção. Para alguns profissionais, a sobrecarga do trabalho advinha especialmente da necessidade de responder às intercorrências da população. O atendimento de intercorrências era motivo de tensão para os profissionais porque gerava insegurança sobre suas possibilidade de resposta às demandas clínicas dos pacientes pelos quais eram responsáveis. (CAPOZZOLO, 2002).

A avaliação dos profissionais foi que a carga e o ritmo de trabalho diário eram muito intensos. A capacitação e o apoio ao trabalho foram considerados insuficientes, em função da diversidade de demandas atendidas. Na observação do trabalho dos profissionais, observou-se que o trabalho do médico permanecia centrado na oferta

de assistência médica individual, com redução do tempo para as demais atividades, tais como grupos, visitas domiciliares, ações de vigilância e reuniões de equipe. O elevado número de consultas comprometia a qualidade. As consultas tendiam a ser rápidas, dirigidas às queixas e com exame físico pontual. (CAPOZZOLO, 2002).

Os médicos apontaram a existência de uma inversão de prioridades, pois a maior parte do seu tempo de trabalho estava centrada em responder às demandas do dia, e não em desenvolver atividades programáticas e ações de prevenção. A conclusão do estudo foi que a atividade médica no projeto QUALIS reproduzia, em grande parte, as práticas tradicionais encontradas nos serviços de atenção básica. (CAPOZZOLO, 2002).

2.6.2 Estratégias de Fixação

A necessidade de tornar o programa atrativo para os profissionais médicos levou os gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação dos profissionais no trabalho. Algumas das estratégias utilizadas por gestores municipais para fixação dos médicos do PSF foram, em 35% dos municípios investigados, salários e/ou benefícios; em 6,5%, boas condições de trabalho e em 2,2%, capacitação. Cerca de 47% dos municípios relatou não haver utilizado nenhuma estratégia de fixação dos médicos. (GIRARDI & CARVALHO, 2003).

a) Salário do médico do PSF

O salário dos profissionais do PSF tem sido considerado semelhante, ou superior, à remuneração das demais especialidades médicas no mercado público e privado. Inquérito nacional realizado em 2001, verificou que os salários pagos aos profissionais estavam, em média, 76% acima do mercado de trabalho, em torno de 4 mil reais. O salário tem sido um dos atrativos para os médicos atuarem no PSF. No entanto, não tem garantido a fixação desses profissionais. Para alguns autores, o valor do salário do médico do PSF seria uma forma de compensação à precariedade do vínculo. (CAPOZZOLO, 2002; DAL POZ, 2002; MS 2002a; ROZA & RODRIGUES, 2003; GIRARDI & CARVALHO, 2003).

b) Pólos de Capacitação em Saúde da Família

A percepção de que os profissionais de saúde existentes no mercado, em especial os médicos, não têm formação adequada para atuar na atenção integral à saúde e responder às demandas de resolutividade do PSF, levou o MS a considerar a educação permanente dos profissionais do PSF como um dos desafios para o êxito da proposta. (FEUERWERKER & SOUSA, 2000; CORDEIRO, 2000; GIL, 2005).

Como forma de enfrentar o problema, em 1996, o Ministério da Saúde publicou um edital¹⁶ convocando instituições de ensino para apresentarem projetos com vistas à capacitação e formação profissional para o PSF, que articulassem ensino e serviço. Em 1997 foram constituídos os primeiros Pólos. Em 1998 foi publicado novo edital¹⁷, com o objetivo de estimular as Unidades da Federação a articular redes estaduais de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal da Saúde da Família. (FEUERWERKER & SOUSA, 2000).

Os Pólos buscam articular instituições de ensino médio, de ensino superior e serviços estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de se construir uma política de educação permanente de forma conjunta, integrando instituições de ensino e às responsáveis pelos serviços de saúde, de forma que haja comprometimento conjunto com o desenvolvimento de recursos humanos para o PSF. (MS, 2002c).

Em 2001 havia 30 Pólos de Educação Permanente nos 27 Estados do país. Em 2002, 12 destes Pólos foram avaliados, no entanto, o impacto de suas ações sobre o sistema de saúde ainda era difícil de ser mensurado. (PIERANTONI, 2001; MS, 2002).

Em síntese, nos deparamos com a seguinte situação no PSF: de um lado, o modelo proposto, e de outro, a falta de profissionais com perfil adequado no mercado, a constatação da baixa qualificação dos profissionais que atuam no PSF, a existência

¹⁶ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Edital nº 4 de 06 de dezembro de 1996.

¹⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Convocatória nº 1 de 05 de outubro de 1997.

de diversas formas de contratação, problemas identificados no processo de trabalho e a alta rotatividade dos profissionais.

A partir destas constatações, nos perguntamos, qual a real rotatividade dos médicos do PSF em São Paulo? E o que, de fato, tem gerado a rotatividade dos médicos do PSF em São Paulo?

Há alguma correlação entre a rotatividade e a satisfação dos médicos no trabalho? E que diferenças encontramos por Instituição Parceira?

Partimos, então, para a análise da satisfação dos profissionais no trabalho.

3. Satisfação dos profissionais no trabalho

3.1 Psicologia organizacional e teorias de satisfação no trabalho

A motivação e a satisfação dos profissionais no trabalho são questões tratadas pela Psicologia Organizacional.

Psicologia Organizacional é o nome dado ao conhecimento que se refere ao comportamento dos indivíduos e dos grupos nas organizações. Não se trata de uma disciplina, mas de uma “interdisciplina”, que contribuiu nos últimos cem anos para a institucionalização do trabalho na indústria. Segundo MALVEZZI (1999), a história da Psicologia Organizacional pode ser dividida em cinco fases.

No início do século XX, nos primeiros trinta anos de produção teórica, seu principal objetivo foi a análise e a ampliação do desempenho dos indivíduos no trabalho. A Administração Científica, com as produções de Taylor e Fayol, foi a tendência dominante no período. A fadiga era considerada um obstáculo para o desempenho na indústria, e o desempenho foi investigado com o objetivo de ser modelado. O conflito no trabalho era considerado resultado da baixa integração do trabalhador à tarefa e o ajuste do trabalhador à tarefa era analisado como um evento isolado. Os autores desta época pouco se referem às reais condições de trabalho, ou aos conflitos entre trabalhadores e empresários.

Um segundo momento na produção teórica da Psicologia Organizacional foi a teoria das Relações Humanas. O marco histórico da teoria das Relações Humanas foram as experiências realizadas nas fábricas da Western Electric, em Hawthorne, publicadas em 1933. Segundo essa teoria, o ambiente de trabalho influencia o comportamento das pessoas no trabalho e o grupo social é um dos fatores determinantes da produção. As Relações Humanas consideradas pela teoria isolavam o ambiente de trabalho, sem qualquer atenção ao ambiente social exterior ao grupo. Os próprios pesquisadores, mesmo reconhecendo os aspectos emocionais do trabalhador, propuseram à administração, técnicas de ajuste do sentimento do trabalhador à tarefa. Nesta medida, em seus primeiros 40 anos, a Psicologia Organizacional foi direcionada para o ajustamento do indivíduo à tarefa. (MALVEZZI, 1999).

Um terceiro momento da Psicologia Organizacional surgiu com as teorias dos Sistemas Sócio-Técnicos, a partir dos anos 40. Críticos ao modelo da Administração Científica, os teóricos voltaram-se para a análise do contexto social e cultural dos trabalhadores. A crescente complexidade no gerenciamento das empresas passou a exigir modelos de análise mais sofisticados. A dimensão trabalhador-tarefa deixou de ser considerada isoladamente e passou a ser contextualizada como parte de uma dinâmica que envolvia processos de decisão, gerenciamento, comunicação, relações interpessoais e desenvolvimento, dentre outros. A influência da teoria dos Sistemas Sócio-Técnicos pode ser observada nos modelos de administração em que são valorizados os mecanismos de administração participativa. Nessa perspectiva teórica, a aprendizagem no trabalho e o enriquecimento das tarefas são formas de otimização e integração do processo de trabalho. (MALVEZZI, 1999, p. 318).

A partir da metade da década de 50, além da Teoria dos Sistemas Sócio-Técnicos, a Psicologia Organizacional também passou a ser influenciada pelas Teorias de Desenvolvimento Organizacional. Esta teoria, de origem americana, é baseada nas teorias behavioristas aplicadas à administração. Ela propõe novas formas de manejar as relações de gerenciamento e supervisão. Segundo MALVEZZI (1999), tanto a Teoria dos Sistemas Sócio-Técnicos, quanto a Teoria de Desenvolvimento Organizacional, foram legitimadas pelas práticas de gestão japonesas, onde a

participação do trabalhador passou a ser um elemento essencial para a eficácia da gestão.

Nos anos 80 observa-se uma nova fase da Psicologia Organizacional. Ganhou espaço significativo abordagens fundamentadas na psicanálise, nos sentimentos inconscientes e nas relações de poder existentes nas organizações. Essa corrente de pensamento valorizava a dimensão subjetiva dos indivíduos nas empresas. Do ponto de vista metodológico, a investigação do desempenho no trabalho caracterizou-se pela utilização de metodologias qualitativas. Essa tendência ampliou as possibilidades de análise de organizações complexas. (MALVEZZI, 1999).

3.1.1 Sistemas de classificação das teorias de satisfação

Entre as questões tratadas pela Psicologia Organizacional estão a motivação e a satisfação no trabalho. As teorias existentes sobre motivação no trabalho foram agrupadas e classificadas de diferentes formas por diferentes autores.

Segundo LOPES (1980), as teorias da motivação, e seus respectivos autores, podem ser apresentados da seguinte forma:

1. Teoria Monetária – Taylor;
2. Teoria das Relações Humanas – Mayo, Likert;
3. Teoria das Necessidades Humanas – Maslow, Alderfer, McLelland;
4. Teoria das Satisfações Humanas – Herzberg;
5. Teoria da Expectativa, também chamada de Teoria da Instrumentalidade – Vroom, Lévi-Leboyer;
6. Teoria da Dissonância – Zimbardo e Festinger;
7. Teoria de Liderança – McGregor.

Já BERGAMINI (1997), classifica as correntes das teorias da motivação em dois grandes grupos, de acordo com a utilização, ou não, das dinâmicas intrapsíquicas em sua formulação teórica. O primeiro grupo não se aterá às dinâmicas intrapsíquicas dos processos motivacionais, encontrando-se mais preocupado em inventariar as necessidades comuns a todas as pessoas. Alguns dos teóricos desse grupo são Maslow, Murray e Alderfer.

O segundo grupo, voltado para a pesquisa da psicodinâmica no processo motivacional, inclui as abordagens comportamentalistas, ou cognitivistas, e psicanalíticas.

Para apresentar as diferentes correntes teóricas existentes, optamos por associar às correntes apresentadas por LOPES (1980), a proposta de BERGAMINI (1997), pois esta inclui as correntes psicanalíticas. As teorias de motivação e os autores apresentados são:

1. Teoria Monetária – Taylor (1911)¹⁸
2. Teorias das Relações Humanas – Mayo (1933), Likert (1961)
3. Teorias das Necessidades Humanas – Maslow (1943), Alderfer (1969), McClelland (1951)
4. Teorias das Satisfações Humanas – Herzberg (1959)
5. Teorias da Liderança – McGregor (1960), Bergamini (1986)
6. Teorias da Expectativa - Vroom (1964), Lévi-Leboyer (1984)
7. Teorias Psicanalíticas – Archer (1978), Dejours (1980), Kets de Vries (1990), Sievers (1994)

3.1.2.1 Teoria Monetária

No início do século XX, Frederick Taylor foi o primeiro teórico a buscar uma teoria sistemática da motivação no trabalho. Pai da Administração Científica, criou um sistema de produção que foi revolucionário. Dentre os mecanismos adotados por ele, encontram-se a análise científica do trabalho, com a decomposição das tarefas em unidades; o estudo dos tempos e movimentos; metodologias para seleção e treinamento dos funcionários; métodos de supervisão e planejamento _ com a separação entre o planejamento e a execução de tarefas; o controle do ambiente físico do trabalho e a introdução de tecnologia nos processos de trabalho. (VROOM, 1970, TAYLOR, 1970).

TAYLOR (1970), em artigo originalmente publicado em 1911, considera ser o dinheiro o principal fator motivacional presente no trabalho. É a perspectiva de

maiores ganhos financeiros que motiva o trabalhador a utilizar sua energia na realização da tarefa. (VROOM, 1964; LOPES, 1980).

As teorias de Taylor se disseminaram, tendo sido, posteriormente, alvo de muitas críticas. Em contraposição à Teoria da Administração Científica foi formulada a Teoria das Relações Humanas.

3.1.2.2 Teorias das Relações Humanas

Elton Mayo foi um dos criadores da Escola de Relações Humanas, iniciada após estudos realizados na fábrica de Hawthorne da Cia. Western Electric, na década de 30. Ao investigarem os efeitos de alterações ambientais na produtividade junto a grupos de trabalhadores da fábrica, os pesquisadores observaram que havia forte influência das relações sociais e interpessoais do grupo na produção. (MAYO, 1960).

Para a Escola de Relações Humanas, a motivação passou a ser considerada função dos seguintes fatores: inter-relacionamento entre os componentes do grupo, solidariedade, comunicação e senso comum de responsabilidade pela tarefa. (MAYO, 1960).

As investigações de Hawthorne estimularam inúmeras pesquisas voltadas para o problema das relações humanas no trabalho. Uma das correntes derivadas desse estudo foram os trabalhos de Kurt Lewin, voltados para a análise da dinâmica de grupos. (LOPES, 1980).

LIKERT (1971) estudou o funcionamento de grupos de alta taxa de produtividade, com base nas teorias de Lewin, e verificou a relação existente entre supervisão no trabalho e produtividade. A motivação estaria ligada à relação existente nos grupos de trabalho, e o que possibilitaria uma boa relação da equipe seria a supervisão.

¹⁸ As datas aqui inscritas são as datas das primeiras publicações dos trabalhos utilizados dos autores.

O problema da análise de Likert, e das teorias tradicionais da motivação, é que se baseavam na premissa da existência de uma correlação positiva entre satisfação no trabalho e produtividade, o que mais tarde verificou-se ser incorreto. (LOPES, 1980).

3.1.2.3 Teorias das Necessidades Humanas

O primeiro autor a escrever uma teoria da motivação ligada às necessidades humanas foi MASLOW (1970). Em 1943 publicou um artigo intitulado “A theory of human motivation”. Em sua teoria, Maslow sistematiza as necessidades humanas em um quadro em forma de pirâmide, segundo o qual estabelece uma hierarquia de necessidades. As necessidades encontram-se classificadas em cinco grupos. Em ordem ascendente, seu quadro propõe a existência das seguintes necessidades básicas: fisiológicas, segurança, sociais, auto-estima e auto-realização.

As necessidades fisiológicas estão ligadas às necessidades de sobrevivência do homem, tais como alimentação e descanso. A necessidade de segurança está relacionada ao desejo de afastar-se do risco de sofrer privações. A necessidade social diz respeito à aceitação do indivíduo em grupos sociais, e às trocas afetivas aí existentes. A necessidade de auto-estima é caracterizada pelo desejo de destacar-se em um grupo social, respeito e consideração. Por último, a necessidade de auto-realização, é caracterizada pela utilização máxima das potencialidades individuais. (MASLOW, 1970).

Para Maslow, quando uma necessidade está satisfeita, um nível superior de necessidade emerge e pessoa se sente motivada a fazer algo para satisfazê-la. Uma necessidade satisfeita não seria mais um fator motivacional. Para LÉVI-LEBOYER (1994), o esquema proposto por Maslow pode explicar motivação, mas não a desmotivação. A única razão que levaria alguém a estar desmotivado é que ele estivesse completamente satisfeito e sem vontade, o que não se observa na realidade.

Semelhante ao modelo de Maslow, Alderfer propõe a existência de três necessidades humanas em ordem seqüencial: existência, relacionamento e crescimento. A grande diferença entre os autores é que, para Alderfer, a satisfação

de uma necessidade inferior não é pré-requisito para a emergência de necessidades de um nível superior. (LOPES, 1980).

David McClelland (1951 apud LOPES, 1980) dando seqüência à proposta da teoria das necessidades de Maslow, concentrou-se no estudo da necessidade de realização. Suas pesquisas indicam que a necessidade de realização está associada ao grau de motivação das pessoas para executar um trabalho. Pessoas com alto grau de necessidade de realização tendem a ser motivadas por situações desafiadoras. São fatores motivacionais para este grupo a autonomia, a variedade de trabalho e o *feedback* constante da chefia. Por outro lado, pessoas com baixa necessidade de realização preferem situações de estabilidade, segurança e previsibilidade. (LOPES, 1980; VROOM, 1970).

3.1.2.4 Teoria das Satisfações Humanas

Também conhecida como Teoria Higiene-Motivacional, a Teoria das Satisfações Humanas foi proposta por Frederick Herzberg.

Em 1959, Herzberg realizou uma pesquisa voltada para o mapeamento dos fatores de satisfação e insatisfação no trabalho em indústrias. (HERZBERG, 1964).

Como resultado de suas pesquisa, os principais fatores de satisfação no trabalho encontrados foram: o trabalho em si (gostar do trabalho); realização (sucesso na realização do trabalho); responsabilidade (autonomia na realização do trabalho); reconhecimento (ser reconhecido pela tarefa bem executada) e promoção (crescimento profissional). (HERZBERG, 1964, 1997).

Ele observou que os principais fatores de satisfação estavam ligados ao próprio trabalho, sendo que o trabalho em si era o principal fator de satisfação. Constatou ser raro surgir o contexto em que o trabalho era realizado como resposta à questão de satisfação. (HERZBERG, 1964).

Já os principais fatores de insatisfação encontrados, foram: política da organização, administração geral da organização, estilo de supervisão, relações interpessoais, condições de trabalho, salário e segurança. (HERZBERG, 1964, 1997).

Segundo o autor, os principais fatores de insatisfação raramente apareceram como fatores de satisfação e, grande parte dos fatores de insatisfação, referiam-se ao ambiente de trabalho. Salário apareceu tanto como fator de satisfação, quanto de insatisfação, mas com mais força como fator de insatisfação.

O resultado das pesquisas gerou a seguinte hipótese: que um grupo de fatores traz satisfação no trabalho, e outro grupo tem o poder de reduzir a satisfação, mas não de produzi-la. Os fatores de satisfação estavam ligados ao trabalho em si e à possibilidade de crescimento pessoal, enquanto os fatores de insatisfação encontravam-se ligados ao contexto e às condições de trabalho. Em suma, o oposto da satisfação no trabalho é a não satisfação; e o oposto da insatisfação no trabalho é a não insatisfação. A relação entre satisfação e insatisfação não é linear. (HERZBERG, 1964, 1997).

HERZBERG (1964) nomeou os fatores de satisfação no trabalho de fatores motivacionais e os fatores de insatisfação no trabalho de fatores higiênicos. Os fatores motivacionais também podem ser chamados de fatores intrínsecos, e os fatores higiênicos de fatores extrínsecos. (BERGAMINI, 1986).

Segundo HERZBERG (1964), os fatores motivacionais foram associados a um efeito positivo de longa duração na performance, enquanto os fatores higiênicos produziam mudanças de comportamento de curto prazo, o que inclui incentivos por meio de remuneração. Trabalhar sobre os fatores higiênicos de uma organização, não teria caráter motivacional, mas preventivo. A melhoria destes fatores removeria impedimentos para uma atitude positiva frente ao trabalho.

O estudo da satisfação no trabalho se tornou mais sofisticado com a teoria higiene-motivacional de HERZBERG (1964,1997), pois, construiu um paradigma bidimensional de fatores que afetam o comportamento das pessoas no trabalho, enquanto MASLOW (1970), ao hierarquizar as necessidades, constrói um modelo

unidimensional e mistura fatores intrínsecos a fatores extrínsecos. (LOPES, 1980; BERGAMINI, 1986).

HERZBERG (1964) concluiu em suas pesquisas a inexistência de relação direta entre satisfação no trabalho e produtividade. Ao mesmo tempo, encontrou a existência de relação entre satisfação no trabalho, rotatividade e absenteísmo.

As teorias de Herzberg foram atacadas por VROOM (1970). Sua principal crítica é que esta teoria depende do método de investigação, o método do incidente crítico. Outros pesquisadores teriam verificado que não há distinção nítida e constante entre fatores higiênicos e motivacionais.

O próprio Herzberg, no entanto, observa que a separação entre os fatores higiênicos e motivacionais não é absoluta.

O que indica que pode haver fatores com uma tendência a se apresentarem como higiênicos, e outros com tendência a serem motivacionais, em uma escala, e que a determinação de um fator como higiênico ou motivacional, dependerá da análise da população estudada.

3.1.2.5 Teorias de Liderança

McGREGOR (1960, 1973) desenvolveu uma teoria, segundo a qual, a liderança constitui um fator de alta preponderância para motivação. O autor considera a existência de duas teorias que estão por trás de modelos de administração, as Teorias X e Y.

A Teoria X, baseada nas idéias tradicionais de direção e controle, considera que o ser humano sente aversão pelo trabalho e precisa ser controlado para produzir. A base desta teoria é a Teoria da Administração Científica de TAYLOR (1970). Do ponto de vista da motivação, o autor refere-se à hierarquia de necessidades de MASLOW (1960) como sua referência teórica.

McGREGOR (1960) destaca que, do ponto de vista da Teoria X, as recompensas propostas aos trabalhadores para a satisfação de suas necessidades, de forma geral, só podem ser utilizadas quando o indivíduo se encontra fora da situação de trabalho.

Em contraposição à Teoria X, segundo a Teoria Y, o ser humano não sente aversão pelo trabalho. Dependendo das condições, o trabalho em si pode ser fonte de satisfação. Quando os objetivos individuais coincidem com os objetivos da organização, há satisfação no êxito da tarefa. A motivação, a possibilidade de crescimento e o direcionamento das energias no mesmo sentido da organização, são qualidades inerentes às pessoas. Elas não são produzidas pela organização. A tarefa essencial da administração, do ponto de vista desta teoria, é criar condições organizacionais que permitam às pessoas atingirem seus próprios objetivos, e que estes sejam consonantes com os objetivos da organização. Os objetivos organizacionais precisariam ser orientados no sentido da auto-realização. (McGREGOR, 1960, 1973).

Segundo a Teoria Y é importante que haja, no ambiente de trabalho, confiança, satisfação no emprego, e que o trabalho preencha as necessidades psíquicas dos trabalhadores. Quando a organização considera o trabalhador um ser adulto, capaz de autodireção, as pessoas tendem a corresponder a isso. (McGREGOR, 1973).

Nesta perspectiva, os limites para a colaboração das pessoas na organização não são determinados pela “natureza humana”, mas pelos limites dos dirigentes em descobrir a melhor forma de realizar o potencial existente nas pessoas que compõem a organização. Na teoria Y, a causa dos problemas de baixa produtividade e de desmotivação devem ser procurados nos métodos de organização e controle, e não nas pessoas. (McGREGOR, 1960).

O autor valoriza o trabalho em equipe e a cooperação para a melhoria do ambiente de trabalho e aumento da produtividade. Algumas propostas existentes na administração que convergem com essa teoria são: descentralização e delegação do trabalho, o enriquecimento de tarefas, administração participativa e modelos de avaliação de desempenho baseados no alcance de metas. (McGREGOR, 1973).

McGregor, baseado em Maslow, discute as várias necessidades humanas e as considera importantes no processo de gerenciamento. Ele, juntamente com Likert, considera o homem intrinsecamente motivado. Três pontos podem ser destacados em sua teoria: a integração entre as atividades de planejamento e de operacionalização do trabalho, a redução da autoridade como sistema de controle e a utilização de grupos de trabalho como forma de resolver problemas. (VROOM, 1970).

No Brasil, dentre as pesquisas sobre motivação no trabalho, destaca-se o trabalho de BERGAMINI (1986, 1997a, 1997b; BERGAMINI & CODA, 1997).

Para BERGAMINI (1986), McGregor não apenas separa os fatores motivacionais intrínsecos dos extrínsecos, como também acredita que o trabalho é um meio através do qual o homem satisfaz algo próprio de sua natureza. Para ele, a motivação é endógena, e não exógena. Para a autora, as teorias de Maslow e McGregor confundem fenômenos comportamentais, pois, a pirâmide de necessidades utilizada coloca em pé de igualdade fatores extrínsecos, como as necessidades de segurança e social, e fatores intrínsecos, como auto-estima e auto-realização. (BERGAMINI, 1997).

BERGAMINI desenvolveu estudos com o objetivo de evidenciar as diferenças existentes entre o comportamento motivacional e o comportamento condicionado. Para a autora, fatores extrínsecos não se constituem em motivação para o trabalho, pois, são externos às pessoas e servem apenas como reforçadores de comportamentos. Critica os modelos comportamentalistas adotados pelas organizações e, contrariamente a esses modelos, concebe os problemas motivacionais do ser humano na dimensão das experiências vividas, o que denomina de “realidade motivacional do ser”. (BERGAMINI, 1997a; SILVA, 2001).

Para BERGAMINI (1997b) os indivíduos buscam, por meio do trabalho, uma oportunidade de utilizar suas potencialidades.

A autora ressalta o papel do líder no processo de motivação. Para se conseguir um clima de maior satisfação no trabalho é preciso que haja supervisores que possuam maior sensibilidade interpessoal, capazes de detectar o que desperta o interesse de seus subordinados. Quando o líder se interpõe entre o seguidor e seus objetivos, perde sua posição de liderança efetiva. (BERGAMINI, 1986, 1997b).

3.1.2.6 Teorias da Expectativa

A Teoria da Expectativa, também chamada de Teoria da Expectância e de Teoria da Instrumentalidade, tem em VROOM (1964,1970) seu maior representante. Baseada nas teorias comportamentais, behavioristas, ou cognitivistas, foi desenvolvida a partir de uma contraposição às propostas de Herzberg. (LOPES, 1980).

VROOM (1964) formulou uma teoria processual, centrada nos conceitos de valência, expectativa e força. Enquanto as teorias de motivação anteriores consideram o tempo presente e passado, a teoria da instrumentalidade considera que a motivação está ligada às expectativas de satisfação futuras, ainda que baseadas em experiências passadas. Por isso trata-se de uma teoria voltada para o processo, e não para o conteúdo da motivação. A Teoria das Expectativas não é uma teoria da satisfação no trabalho. A satisfação está ligada a experiências passadas e presentes, e a motivação, para Vroom, liga-se às expectativas futuras. (LÉVI-LEBOYER, 1994).

Alguns dos conceitos mais importantes na Teoria da Expectativa são: expectância, instrumentalidade e valência. Expectância pode ser descrita como o que cada um acredita ser capaz de fazer; instrumentalidade consiste no grau de relação percebido entre o desempenho e a obtenção dos resultados esperados; e valência é o peso que cada trabalhador estabelece para as recompensas obtidas a partir do trabalho. Na falta de um desses três itens: falta de confiança em si, instrumentalidade discutível, ou resultados sem relação com as necessidades individuais, o processo motivacional encontra-se desorganizado. (VROOM, 1964; LÉVI-LEBOYER, 1994).

LÉVI-LEBOYER (1994) desenvolveu suas pesquisas a partir da Teoria da Expectativa de Vroom. A autora questiona-se sobre a crise da motivação na

modernidade. Segundo ela, a motivação não é uma qualidade pessoal, mas uma ação ligada a situações específicas, pois, “Um indivíduo motivado aqui será indiferente em outro lugar.” (LÉVI-LEBOYER, 1994, p.45).

A autora inclui novos elementos para analisar a crise das motivação. Para ela, a motivação depende de questões econômicas, sociais e de auto-realização. (LÉVI-LEBOYER, 1994).

A motivação não é um estado estático, mas um processo ativo. Se as causas para a crise das motivações são múltiplas, as ações para transformá-la também devem sê-lo. Para LÉVI-LEBOYER (1994), há duas crises simultâneas: econômica e das motivações. Um dos pontos destacados pela autora para análise da motivação é a crise do emprego na economia.

O desemprego teria como consequência, a ausência de controle dos indivíduos sobre sua vida profissional. O esforço para o trabalho perde sua instrumentalidade, e a tendência individual é reagir pela desmotivação. (LÉVI-LEBOYER, 1994).

Os profissionais empregados são afetados pelo medo de não encontrar outro emprego, o que leva à estabilidade profissional. Isso traz consequências importantes sobre a motivação. Primeiro, o giro de mão-de-obra, que desempenha um papel regulador sobre a insatisfação no emprego, deixa de ter esta função. As pessoas permanecem no trabalho por medo de não encontrar outro emprego, e o número de pessoas insatisfeitas aumenta. Consequentemente, o envolvimento e a motivação das pessoas com o trabalho, diminui. (LÉVI-LEBOYER, 1994).

Para a autora, é necessário distinguir as recompensas intrínsecas das extrínsecas. As intrínsecas estão determinadas pelo conteúdo do trabalho e sua organização, e as extrínsecas pelas recompensas ligadas ao trabalho. (LÉVI-LEBOYER, 1994).

KATZ & KAHN (1970), em pesquisa realizada em diferentes organizações americanas, demonstraram que, na medida em que o tempo passa, as características do trabalho em si (recompensas intrínsecas) são determinantes cada vez menos poderosos da satisfação. O declínio de sua importância decai após dois

anos e, após quinze anos de atividade, é praticamente nulo. Simultaneamente, na medida em que o tempo passa, as recompensas extrínsecas aumentam seu potencial de satisfação. (LÉVI-LEBOYER, 1994).

Assim, se a estabilidade no emprego aumenta, não apenas cresce o número de profissionais insatisfeitos em seus trabalhos, mas também ocorre uma redistribuição de valores entre os que permanecem, com a redução da satisfação pelos fatores intrínsecos do trabalho. Neste caso, por exemplo, uma ação voltada para o enriquecimento de cargos poderia ter menos efeito sobre a motivação que o aumento de salário. (LÉVI-LEBOYER, 1994).

3.1.2.7 Psicanálise

Alguns dos autores que utilizaram a teoria da psicanálise como referência para o desenvolvimento de suas teorias de motivação são ARCHER (1997), KETZ DE VRIES (1996), DEJOURS (1987, 1996, 1999) e SIEVERS (1994).

ARCHER (1997) foi o primeiro autor a colocar de forma explícita que ninguém motiva ninguém. (BERGAMINI, 1986).

Em seu artigo, “O mito da motivação”, o autor aponta que, dentre os erros mais comuns na análise da motivação está a crença que fatores de motivação sejam o mesmo que fatores de satisfação.

A motivação nasce das necessidades do homem, e não do que satisfaz a estas necessidades. O efeito que provoca um fator de satisfação é reduzir a tensão da necessidade por meio da elevação do nível de satisfação. A consequência disso é que é possível oferecer fatores de satisfação, mas não é possível motivar alguém. Ao mesmo tempo, deixar alguém insatisfeito não é o mesmo que criar uma necessidade, ou seja, não se motiva deixando de satisfazer necessidades. Um fator de satisfação só existe porque existe uma necessidade real subjacente a ele. A necessidade não é consequência da satisfação, mas da natureza intrínseca de cada pessoa. A motivação possui um caráter individualizado, o que impede que haja fórmulas universais que lhe garantam. (ARCHER, 1997).

Ninguém consegue criar necessidades no outro, mas pode satisfazê-las, ou não. Os fatores de satisfação, e de contra-satisfação, podem ser divididos em endógenos e exógenos, sendo que somente os fatores exógenos são administráveis. (ARCHER, 1997).

KETZ DE VRIES (1996) também investigou o conceito de motivação. Para ele, o interesse existente pela questão da motivação reside na hipótese de que, ao compreendermos o porque da ação das pessoas, poderemos influir sobre seu comportamento. (KETZ DE VRIES, 1996).

De seu ponto de vista, as teorias da motivação não explicam de maneira satisfatória o comportamento dos seres humanos. Ele inclui a inveja, como um elemento esquecido, e importante, para se compreender o fenômeno da motivação. (KETZ DE VRIES, 1996).

Outro autor que desenvolveu suas teorias a partir da psicanálise é DEJOURS (1987, 1996, 1999). Segundo ele, há dois tipos de satisfação produzida pelo trabalho e, conseqüentemente, dois tipos de insatisfação. Os dois tipos de satisfação são a concreta e a simbólica. A satisfação concreta diz respeito à saúde física e à satisfação das necessidades fisiológicas dos indivíduos. Já a satisfação simbólica está relacionada à significação do trabalho e ao desejo do sujeito. A satisfação simbólica está ligada às motivações que levam uma pessoa a realizar determinado trabalho. (DEJOURS, 1987).

Para DEJOURS (1987), a insatisfação, especialmente a simbólica, pode ser vista como um sintoma. Expressa a impossibilidade do trabalhador experimentar a posição de sujeito no trabalho, o que lhe traz sofrimento psíquico. A insatisfação quanto ao conteúdo simbólico da tarefa produz sofrimento mental, em oposição ao sofrimento físico resultante do conteúdo ergonômico da tarefa. (DEJOURS, 1987).

A idéia de duas formas de satisfação paralelas nos parece corresponder à proposta de HERZBERG (1964, 1997), da existência de fatores motivacionais (simbólicos) diferentes dos fatores higiênicos (ergonômicos).

SIEVERS (1994), em seu artigo “Motivation as a surrogate of meaning” faz uma crítica às teorias da motivação. Segundo ele, a questão da motivação é colocada no lugar da questão do significado do trabalho.

A fragmentação entre trabalho, vida social e política, existente no mundo capitalista, criou uma ficção, em que os pensamentos, as experiências e as emoções deixaram de estar relacionados. O homem passou a viver diferentes segmentos da vida, representando em si, a mesma lógica da máquina, em um processo de alienação. Neste contexto é criado o conceito de motivação, o qual não é uma descoberta, mas uma invenção. A noção de motivação busca explicar a divisão existente entre o homem e as instituições ocidentais, ignorando a habilidade das pessoas de se ligarem e se relacionarem com a sociedade em que vivem. (SIEVERS, 1994).

3.2 Pesquisas sobre a satisfação no trabalho

3.2.1 Determinantes culturais e organizacionais na satisfação no trabalho

Numerosos estudos indicam que diferentes culturas e organizações apresentam diferentes fatores de satisfação no trabalho. (LÉVI-LEBOYER, 1994; FISHER & YUAN, 1998; OGUNLANA & CHANG, 1998; SOUSA-POZA & SOUSA-POZA, 2000; KRUEGER et. al., 2002).

No Canadá foi realizada uma pesquisa de satisfação dos profissionais no trabalho em organizações de saúde diferentes. Os autores buscavam identificar se havia variação nos indicadores que avaliavam a satisfação, e quais eram estes indicadores, em função das características de cada organização. Concluíram que a satisfação no trabalho é uma construção multidimensional e que as dimensões que a avaliam dependem do contexto e do local de trabalho. (KRUEGER et. al., 2002).

Estudo voltado para análise da diferença dos fatores determinantes de satisfação no trabalho e dos graus de satisfação no trabalho, realizado em 21 países, incluindo países da Europa, Rússia, Estados Unidos e Japão, demonstrou que os fatores determinantes para avaliar satisfação variaram entre países. Para trabalhadores do Leste Europeu, por exemplo, alta remuneração apresentou um peso maior para a

satisfação no trabalho que em outros países Europeus, Estados Unidos e Japão. Segundo o estudo, ter um trabalho interessante e boas relações com a gerência explicaram a maior parte da variação observada na satisfação no trabalho. (SOUSA-POZA & SOUSA-POZA, 2000). Estudo comparativo entre China e Rússia, Taiwan e Estados Unidos constatou que, para os chineses, ter um trabalho interessante foi um fator pouco relevante para a satisfação. Os chineses consideraram remuneração como sendo o fator mais importante para satisfação, seguido por boas condições de trabalho e lealdade da chefia e da organização. Isso indica a influência da cultura e de fatores sócio-econômicos, nos fatores determinantes da satisfação no trabalho. (FISHER & YUAN, 1998).

Em função disso, há dificuldade em se padronizar os instrumentos de avaliação de satisfação no trabalho. Se, por um lado, a falta de padronização dificulta a comparação entre países e entre organizações, por outro, permite que instrumentos desenhados para avaliar uma determinada realidade tenham maior probabilidade de identificar pontos importantes para cada contexto e local.

3.2.2 Métodos de avaliação da satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho não pode ser avaliada diretamente. Alguns dos métodos de investigação utilizados incluem observações, entrevistas e questionários. (GREEN, 2000).

Um dos métodos de avaliação da satisfação no trabalho consiste na utilização de um único indicador. Um exemplo seria a questão, “O quanto você está satisfeito com seu trabalho?”, com uma resposta em escala, ou avaliada segundo um conjunto de indicadores. (GREEN, 2000).

Existem diversas escalas voltadas para a mensuração da satisfação no trabalho. Alguns exemplos são: Job in General Scale (JIG) (Ironson, Smith, Brannick, Gibson, & Paul, 1989); The Job Satisfaction Survey (JSS) (Spector, 1997); The Job Descriptive Index (JDI) (Smith, Kendall, & Hulin, 1969); The Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) (Weiss, Dawis, England, & Lofquist, 1967). (GREEN, 2000).

Apesar da existência de diversos instrumentos padronizados de mensuração da satisfação no trabalho, ao considerarmos a variação nos fatores de satisfação no trabalho em função de determinantes culturais e organizacionais, torna-se necessário que as organizações desenvolvam suas pesquisas com instrumentos específicos, pois não há um instrumento universal capaz de identificar fatores de insatisfação comuns a qualquer organização. (VROOM, 1970).

3.2.3 Satisfação no Trabalho X Motivação

A separação entre satisfação no trabalho e motivação pode ser observada desde os trabalhos de MASLOW (1970) na década de 40. Satisfação é diferente de motivação. A satisfação faz parte de um processo iniciado pela necessidade e consumado pela satisfação. (BERGAMINI, 1986). O termo motivar vem do latim *movere* (Houaiss), ou mover. Motivação significa mover-se para a ação, mover-se no sentido de satisfazer uma necessidade. Enquanto um fator motivacional está ligado ao desejo, a satisfação liga-se ao objeto desejado. Em síntese, os fatores determinantes da satisfação são diferentes dos fatores determinantes da motivação. Artigo de BRAYFIELD & CROCKETT (1955 apud LÉVI-LEBOYER, 1994) constatou a inexistência de relação de causa e efeito entre satisfação no trabalho e motivação. VROOM (1970) confirma isso. Segundo ele, é comum que se assuma a existência de correlação entre satisfação no trabalho e motivação, mas que um grande número de pesquisas demonstram a inexistência de uma relação consistente entre satisfação e performance.

Em revisão bibliográfica de mais de 70 publicações sobre o tema, IAFFALDANO & MUCHINSKY (1985 apud LÉVI-LEBOYER, 1994) concluem que a correlação média encontrada entre satisfação no trabalho e motivação foi de 0,17.

Consideramos que as questões motivacionais são intrínsecas aos sujeitos, enquanto os fatores de satisfação são extrínsecos. Daí a diferença entre motivação e satisfação dos profissionais no trabalho. Enquanto as pesquisas motivacionais se questionam a respeito dos fatores que levam os profissionais a desejarem trabalhar, a pesquisa de satisfação avalia, desde o ponto de vista material, que fatores externos possibilitam, ou dificultam, a satisfação no trabalho. Pesquisar a satisfação

é pesquisar a situação concreta de trabalho, enquanto pesquisar a motivação é pesquisar o sujeito.

3.2.4 Satisfação no Trabalho X Produtividade

Sobre a relação entre satisfação no trabalho e produtividade, KATZ et. al. (1950 apud LIKERT, 1971) verificam a inexistência de correlação positiva entre satisfação no trabalho e produtividade. Este estudo foi repetido diversas vezes, com resultados similares. (HERZBERG, 1964; LIKERT, 1971; MARCH & SIMON, 1979).

A partir de revisão bibliográfica sobre o tema, CHUNG (1977) constata que a insatisfação no trabalho parece estar mais relacionada à baixa produtividade que a satisfação à alta produtividade.

3.2.5 Satisfação no Trabalho X Rotatividade

Desde 1953 foi detectada a correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade. MANN & BAUMGARTEL (1953 apud LIKERT, 1971), a partir de suas pesquisas, concluem que, embora a insatisfação no trabalho não esteja diretamente relacionada à baixa produtividade, está diretamente relacionada ao absenteísmo e ao giro de pessoal.

O artigo de ROSS & ZANDER (1970), publicado inicialmente em 1957, estabelece que o grau de satisfação no trabalho tem relação direta com a permanência do profissional na organização.

HERZBERG (1964) confirmou a existência da correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade. Posteriormente, diversas pesquisas confirmam estes resultados. (VROOM, 1964; KATZ & KAHN, 1970; LÉVI-LEBOYER, 1994).

Assim, se um funcionário se encontra insatisfeito com o trabalho, sua primeira alternativa é sair da organização. A probabilidade de escolha dessa alternativa determina a flutuação voluntária de pessoal. (MARCH & SIMON, 1979). LOPES

(1980) considera o desligamento do trabalho como o primeiro comportamento defensivo frente à insatisfação no trabalho.

A literatura considera que o principal fator na motivação para um funcionário para deixar uma organização, é seu nível de insatisfação com a função que desempenha. O descontentamento pode ser causado por qualquer um dos muitos aspectos que compõe o trabalho. (MARCH & SIMON, 1979).

MARCH & SIMON (1979) apontam para uma outra variável que influencia na rotatividade de pessoal: a situação econômica de um país. Segundo eles, este é o elemento mais preciso para previsão de flutuação de pessoal. LEVI-LEBOYER (1994), seguindo o mesmo raciocínio, considera que o giro de mão-de-obra desempenha um papel regulador sobre a insatisfação no emprego. Nessa medida, o desemprego na economia tem conseqüências sobre a satisfação no trabalho, na medida em que um grande número de profissionais permanecem em seus empregos, apesar de se encontrarem insatisfeitos.

3.3 Satisfação no trabalho e rotatividade dos profissionais de saúde

Na área de saúde, diversas pesquisas confirmam a existência da correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade. (LICHTENSTEIN, 1984; KOEBEL, et al. 1991a; SIBBALD et al., 2000; COLLINS, et al., 2000; GRIFFETH et al., 2000; HOM & KINICKI, 2001; PATHMAN, et al. 2002; KRUEGER et al., 2002; MA et al., 2003; SIBBAD et. al., 2003; LANDON et. al., 2003; MISRA-HERBERT et. al., 2004; DICK, et al. 2004; ELLENBECKER, 2004; KACEL et. al. 2005; LU et al., 2005).

3.3.1 Rotatividade dos Profissionais de Saúde

Estudo pioneiro acerca da rotatividade na área hospitalar foi realizado nos Estados Unidos, em 1950, pela Fundação Kellogg. A equipe de enfermagem foi objeto de estudo. (STURDAVANT & JYDSTRUP, 1955 apud ANSELMi & ANGERAMI, 1997).

Rotatividade é um problema para muitas organizações, em função dos custos para o empregador, particularmente nos trabalhos que oferecem extensivo treinamento aos seus profissionais. (DICK et. al., 2004). O problema dos custos de reposição de pessoal foi um dos grandes fatores que levaram ao desenvolvimento de pesquisas voltadas para a análise da rotatividade. (ANSELMi & ANGERAMI, 1997).

Sobre os níveis de rotatividade considerados adequados a uma organização, estudos mostram que, quando a rotatividade se encontra acima de 26%, produz altos custos e impactos financeiros (JONES, 1990a, JONES, 1990b). Um outro estudo afirma que taxas de rotatividade acima de 30% são pouco aceitáveis e, acima de 50%, correm o risco de comprometer a produtividade e a qualidade. (PRICE & MUELLER, 1981 apud ANSELMi & ANGERAMI, 1997).

Muitos fatores explicam porque os profissionais ficam ou deixam uma organização, mas a satisfação no trabalho talvez seja um dos fatores que mais têm sido pesquisados em sua correlação com a rotatividade.

3.3.2 Rotatividade e satisfação no trabalho na área de enfermagem

Muitos países desenvolvidos têm enfrentado um dilema quanto ao mercado de trabalho de enfermagem: um aumento da população idosa dependente de cuidados, juntamente com o envelhecimento dos próprios profissionais de enfermagem. Além disso, também é observada uma redução no número de pessoas que buscam a profissão de enfermagem e um grande número de profissionais que abandonam a profissão de enfermagem, o que tem reduzido a força de trabalho atual e futura. (BUCHAN & SOCHALSKI, 2004; BACKMAN, 2000; SHADER et. al. 2001, KHOWAJA et. al. 2005).

Nos Estados Unidos, por exemplo, a perspectiva é que a demanda por pessoal de enfermagem, em 2020, será 30% superior ao número de profissionais disponíveis no mercado. Isso tem levado a inúmeras pesquisas e definições de políticas voltadas para o recrutamento e retenção desses profissionais. (ANDREWS & DZIEGIELEWSKI, 2005).

Para enfrentar esse problema, diversos países têm estabelecido políticas de curto e de longo prazo. As opções que têm sido encontradas são a ampliação das bases de recrutamento e o aumento da fixação de profissionais. (BUCHAN & SOCHALSKI, 2004).

As dificuldades enfrentadas para se conseguir a fixação dos profissionais de enfermagem, tem levado ao desenvolvimento de diversos estudos, com destaque para a questão da satisfação dos profissionais no trabalho. Daí o grande número de estudos recentes na área, realizados em diversos países do mundo. (KOEDEL, et. al. 1991 a; YAMASHITA, 1995; MPHIL, 1998; BACKMAN, 2000; COLLINS, et. al., 2000; SHIELDS & WARD, 2001; MA et. al., 2003; CHU, et. al, 2003; ELLENBECKER, 2004; LEE et al., 2004; KACEL et. al. 2005; MRAYYAN, 2005; KHOWAJA, et. al. 2005).

A melhoria do nível de satisfação dos profissionais é uma alternativa para o aumento da fixação dos mesmos. No entanto, no caso da enfermagem, o mecanismo que mais tem sido utilizado pelos países é o de ampliação das bases de recrutamento. Os países desenvolvidos têm recrutado profissionais de outros países, oferecendo-lhes melhores salários e condições de trabalho, como forma de combater a falta de profissionais em seus países. Isso ocorre em função dos custos envolvidos em cada um dos processos. O número de enfermeiros que têm migrado tem crescido substancialmente, levando à instabilidade da força de trabalho de enfermagem no mundo. Um exemplo da dimensão do problema é o ocorrido na Inglaterra. No início dos anos 90, em média, 10% dos enfermeiros contratados por ano eram provenientes de outros países. Esse percentual cresceu gradativamente e, no ano de 2001 a 2002, mais de 50% da força de trabalho contratada, cerca de 16.000 enfermeiros, era proveniente de outros 95 países. Estes acelerados níveis de migração indicam a existência de problemas, tanto nos países que cedem, quanto nos países que recebem os profissionais. (KLINE, 2003; BUCHAN & SOCHALSKI, 2004).

Os principais países de onde partem os profissionais de enfermagem são Austrália, Canadá, Filipinas, África do Sul e Reino Unido, e os principais países a receberem os profissionais de enfermagem são Austrália, Canadá, Irlanda, Reino Unido e

Estados Unidos. Pode-se observar que alguns países tanto cedem quanto recebem grande número de profissionais (Austrália, Canadá e Reino Unido) o que indica a substituição da mão-de-obra local por imigrante. (KLINE,2003).

Alguns autores consideram que para reter os profissionais de enfermagem é preciso que os serviços de saúde se preocupem com seus fatores de satisfação no trabalho. (SHADER et. al., 2001).

Há pesquisas voltadas para a análise da rotatividade dos profissionais de enfermagem no trabalho, em função da satisfação no trabalho, realizadas nos seguintes países: Canadá (BACKMAN, 2000), Taiwan (MA,2003; CHU, et. al, 2003), Jordânia (MRAYYAN, 2005), Hong Kong (MPHIL, 1998), Japão (YAMASHITA, 1995), Korea (LEE et al., 2004), Estados Unidos (COLLINS, et al., 2000; KACEL et. al., 2005), Inglaterra (SHIELDS & WARD, 2001) e Paquistão (KHOWAJA, et. al. 2005).

Os achados sobre os fatores de satisfação no trabalho de enfermagem divergem bastante, segundo as pesquisas encontradas.

No Canadá, pesquisadores destacam a autonomia do profissional de enfermagem como sendo o principal fator de satisfação no trabalho. (BACKMAN, 2000).

No Paquistão, pesquisa realizada em um hospital terciário, encontrou os seguintes fatores de insatisfação no trabalho: excesso de trabalho, stress associado ao excesso de trabalho, injustiça da gerência, falta de reconhecimento pelo trabalho e falta de incentivos monetários. Os fatores encontrados que produzem maior satisfação no trabalho foram: trabalhar em uma organização respeitada, *feed back* positivo dos pacientes e o acesso aos materiais e equipamento requeridos para o trabalho. (KHOWAJA et. al., 2005).

No Japão, estudo concluiu que os enfermeiros não estavam satisfeitos, nem insatisfeitos. Fatores extrínsecos, tais como ter poucas oportunidades de promoção, ou condições de trabalho menos favoráveis, tiveram influência negativa na satisfação. (YAMASHITA, 1995).

Em Taiwan, estudo realizado para testar um modelo de mensuração da satisfação da enfermagem, concluiu que ter informações sobre a personalidade dos enfermeiros pode ajudar a prever seu nível de satisfação no trabalho e auxiliar na seleção de pessoal (CHU et. al., 2003). Neste estudo, o foco esteve sobre a personalidade do profissional, sobre fatores intrínsecos referentes ao trabalhador, e não sobre o trabalho.

Na Inglaterra, estudo correlacionando satisfação no trabalho de enfermeiros e intenção de se demitir, demonstrou que profissionais insatisfeitos tinham uma probabilidade 65% maior de querer se demitir que funcionários satisfeitos. Os fatores de insatisfação com maior influência no desejo de se demitir foram: oportunidades de promoção e de treinamento. Estes fatores tiveram maior impacto nos resultados que o excesso de trabalho e valor de pagamento, o que indicou o porquê de políticas implementadas na Inglaterra, voltadas para a retenção de profissionais de enfermagem, por meio de aumento salarial, terem alcançado sucesso limitado. (SHIELDS & WARD, 2001).

Nos Estados Unidos, estudo constatou um alto grau de satisfação dos profissionais de enfermagem no trabalho. Os fatores que mais contribuíram para satisfação foram: autonomia, comprometimento com a organização e tempo despendido com pacientes. O maior fator de insatisfação encontrado foi salário. (TRI, 1991).

Também nos EUA, estudo concluiu que a combinação de determinadas variáveis influenciavam na satisfação no trabalho. As variáveis encontradas foram: idade, número de filhos, localização urbana, crescimento profissional, política e prática das organizações, criatividade, autonomia, e compensação. (KOEDEL, et. al. 1991a). Vários dos estudos de satisfação no trabalho na área de enfermagem foram baseados nas teorias de HERZBERG. (KOEDEL, et. al. 1991a; KOEDEL, et. al. 1991b; TRI, 1991; YAMASHITA, 1995, KACEL et. al., 2005).

3.3.3 Satisfação no trabalho na área médica

A categoria médica não tem vivido o mesmo problema de migração intensa da categoria de enfermagem. As questões que levaram à realização de pesquisas sobre a satisfação dos profissionais e a rotatividade são outras.

No passado, a rotatividade dos médicos era muito baixa, em parte porque a maior parte dos médicos tinha seu próprio negócio. No entanto, no ano de 1987, por exemplo, nos Estados Unidos, 76% dos médicos com menos de 40 anos iniciaram sua atividade profissional como funcionários de alguma organização. Com isso, o impacto da rotatividade aumentou muito. (BUCHBINDER et al., 1999).

O principal fator que têm levado à realização de pesquisas de satisfação no trabalho destes profissionais é a comparação entre os níveis de satisfação dos médicos que atuam na atenção primária (médicos generalistas ou médicos de família) e os médicos especialistas. Esta comparação tem sido realizada por meio por meio de *surveys* nacionais que avaliam o nível de satisfação no trabalho dos médicos no decorrer do tempo. (LANDON et al., 2003; SIBBAD et al., 2003).

A realização de *surveys* voltados para a avaliação da satisfação dos médicos no trabalho é um fenômeno recente. O primeiro foi realizado por Lichtenstein, em 1984. Foram entrevistados profissionais que trabalhavam no sistema penitenciário dos Estados Unidos e analisados os fatores que levavam à rotatividade destes profissionais. (LICHTENSTEIN, 1984; PAGANO, 1993). Posteriormente, foram realizados outros *surveys* nos seguintes países: Malásia (SARARAKS & JAMALUDDIN, 1997); Austrália (BAILIE, et. al. 1998); Nova Zelândia (DOWELL, 2001); Inglaterra (SIBBAD et. al., 2003); Estado Unidos (MURRAY et. al., 2001; PATHMAN et. al., 2002; LANDON et. al., 2003) e Noruega (NYLENN & GULBRANDSEN, 2005).

Na Inglaterra, tem havido grande preocupação política e social que, no futuro, a quantidade de médicos generalistas disponíveis seja inadequada às necessidades do sistema nacional de saúde britânico. As principais estratégias para enfrentar o problema da falta de pessoal têm sido tanto a ampliação das bases de recrutamento

quanto ações voltadas para a melhoria nos níveis de retenção dos profissionais. A comparação entre a satisfação dos médicos generalistas e especialistas tem sido o meio utilizado para identificar fatores de retenção dos profissionais. (TAYLOR Jr & LEESE, 1997; SIBBALD et. al., 2003).

Foram realizadas pesquisas nacionais para comparar o nível de satisfação dos médicos generalistas ao dos especialistas na Inglaterra em 1987, 1990, 1998 e 2001. Nos três primeiros anos observou-se que a variação no nível de satisfação de médicos generalistas declinou de 1987 a 1990, período em que houve a reforma do sistema de saúde inglês¹⁹, e que, de 1990 a 1998, aumentou, não tendo chegado, no entanto, a alcançar o patamar de 1987. Na análise comparativa entre 1998 e 2001, a satisfação dos médicos generalistas ingleses voltou a cair. O percentual de médicos que tinha intenção de deixar de atender nos cinco anos subsequentes à pesquisa passou de 14%, em 1998, para 22%, em 2001, e o principal fator associado a este aumento foi a redução no nível de satisfação no trabalho dos médicos. (SIBBALD et. al., 2000; SIBBALD et. al., 2003).

Pesquisa realizada nos EUA analisou a variação no nível de satisfação no trabalho de médicos da atenção primária, em Massachussets, entre 1986 e 1997. O resultado obtido foi a redução no nível de satisfação no trabalho no período, em todos os aspectos da vida profissional. (MURRAY et. al., 2001).

Um outra pesquisa realizada nos EUA, comparou os níveis de satisfação no trabalho dos médicos generalistas, com o nível de satisfação no trabalho dos médicos especialistas, nos anos de 1997, 1999 e 2001. Esta foi uma grande pesquisa, com uma amostra de cerca de 12.000 profissionais/ano. O resultado obtido foi que os especialistas eram ligeiramente mais satisfeitos que os generalistas. Em 1997, 42,4% dos generalistas estavam muito satisfeitos, assim como 43,3% dos especialistas. A satisfação no trabalho dos médicos declinou entre 1997 e 1999, mas não entre 1999 e 2001. No entanto, o resultado obtido não foi considerado válido

¹⁹ Também são relatadas insatisfações no trabalho dos médicos, decorrentes das reformas dos sistemas de saúde ocorridas nos anos 90 na Austrália (BAILIE, et. al. 1998) e na Nova Zelândia (DOWELL et.. al., 2000).

para todo o universo observado. A pesquisa demonstrou que os fatores de satisfação dependeram de aspectos que variaram em função do local e da data de aplicação do instrumento. Os resultados encontrados não foram uniformes e não puderam ser generalizados. (LANDON et. al., 2003).

Um aspecto interessante apontado nesta pesquisa foi a variação no nível de satisfação dos médicos quanto à autonomia na clínica. Em 1997, maior autonomia era considerada um valor e, em 2001, um problema. Isso porque, em 2001, maior autonomia significava maior dificuldade do profissional em obter recursos para seus pacientes. (LANDON et. al., 2003).

Outro estudo realizado nos EUA, em 2001, também comparativo entre médicos generalistas e especialistas, concluiu que o nível de satisfação no trabalho dos especialistas era similar ao nível de satisfação dos generalistas. Foram encontradas insatisfações quanto ao salário e às relações com a comunidade. (PATHMAN, et. al. 2002).

Na Noruega a satisfação no trabalho dos médicos é acompanhada como parte de um programa de pesquisas desde 1994. A análise realizada foi de 1994 a 2002, com o objetivo de verificar o possível declínio na satisfação profissional e pessoal dos médicos no país, constatou que a maior parte dos médicos na Noruega estavam satisfeitos com seu trabalho. Não foi encontrado declínio na satisfação profissional, ou pessoal, no período avaliado. O nível de satisfação no trabalho encontrado em 2002 foi superior ao encontrado em 1994. O mais interessante nesta pesquisa é que foi encontrada importante diferença entre especialidades: médicos generalistas e psiquiatras se encontravam mais satisfeitos, em 2002, que as demais especialidades. Especialidades baseadas em hospitais não apresentaram mudanças significativas no período. Para os autores, os resultados obtidos mudam a impressão geral de que o declínio na satisfação dos profissionais médicos é um fenômeno mundial. (NYLENNA & GULBRANDSEN, 2005).

Estudo de avaliação do nível de satisfação dos médicos no trabalho realizado na Malásia em 1997, constatou que a maior parte dos profissionais se encontrava insatisfeita, sendo que 32,7% dos profissionais tinham intenções de se demitir. Os fatores associados à satisfação no trabalho foram: idade, cargo, salário e jornada de trabalho. (SARARAKS & JAMALUDDIN, 1997).

Não foi encontrado estudo que analisasse os fatores de satisfação que influenciam a rotatividade, comparados à visão dos gestores sobre os fatores que levavam à rotatividade dos profissionais médicos.

Sobre a visão dos gestores a respeito da satisfação no trabalho de médicos generalistas, em 1997, a Organização Mundial de Saúde realizou um encontro de treze países europeus, que tinha por objetivo fortalecer a medicina de família em seus sistemas de saúde. O tema do encontro foi o processo de capacitação dos médicos de família e sua integração ao sistema de saúde.

Concluiu-se, neste encontro, que para conseguir que os profissionais ampliem suas competências e seus resultados é preciso que estejam motivados. A motivação, por sua vez, foi relacionada ao *status* profissional, à satisfação no trabalho e aos salários. Foi destacada a importância dos países realizarem pesquisas nestes campos. (WHO, 1997).

II. QUESTÃO BÁSICA

Existe correlação entre o índice de rotatividade dos médicos do PSF em São Paulo e seu grau de satisfação no trabalho? E que fatores de satisfação e insatisfação no trabalho apresentam maior correlação com a rotatividade?

Outras questões

- Qual o grau de satisfação no trabalho dos médicos do PSF?
- Qual a rotatividade dos médicos do PSF em São Paulo?
- Existe diferença no grau de satisfação dos médicos do PSF por Instituição Parceira?
- Existe diferença na rotatividade dos médicos do PSF por Instituição Parceira?
- Existe correlação entre satisfação no trabalho e o índice de rotatividade?
- Qual a percepção dos responsáveis pela parceria, e dos gerentes de Recursos Humanos das Instituições Parceiras, quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos?
- A percepção dos gerentes das Instituições Parceiras, quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF, é similar aos resultados obtidos a partir da correlação entre o índice de rotatividade e a satisfação no trabalho dos médicos do PSF?

III. OBJETIVOS

Este estudo busca verificar se há correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF e que fatores encontram-se correlacionados à rotatividade dos médicos do PSF no município de São Paulo.

Objetivos específicos:

- Verificar o grau de satisfação no trabalho dos médicos do PSF;
- Verificar o índice de rotatividade dos médicos do PSF;
- Correlacionar o índice de rotatividade encontrado ao grau de satisfação no trabalho dos médicos do PSF;
- Comparar os resultados da correlação entre o índice de rotatividade encontrado e o grau de satisfação no trabalho, às hipóteses dos gerentes das Instituições Parceiras quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF.

IV. HIPÓTESE

Nossa hipótese é que existe correlação entre o grau de satisfação no trabalho dos médicos do PSF de São Paulo e o índice de rotatividade observado.

Para verificar esta hipótese, identificamos quais fatores de satisfação e de insatisfação no trabalho se encontram correlacionados ao índice de rotatividade.

V. METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa foi utilizada a triangulação de métodos. A triangulação não é um método em si. Trata-se de uma estratégia de pesquisa que utiliza diversas metodologias com fundamentos interdisciplinares para a abordagem de temas complexos. A triangulação como estratégia de pesquisa deve-se ao reconhecimento das limitações dos instrumentos fechados para analisar a realidade social. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A combinação de abordagens qualitativa e quantitativa produz triangulação. Enquanto o método quantitativo é ideal para comparação de grupos, pois busca verificar resultados a partir de objetivos previamente definidos por meio do estabelecimento de relações significativa entre variáveis, o método qualitativo trabalha com atitudes, crenças e valores, e busca compreender como as pessoas interpretam suas experiências. A associação de dois métodos permite comparar a percepção dos atores aos dados obtidos a partir dos levantamentos quantitativos. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Para a coleta e análise dos dados do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo, foram utilizados os seguintes métodos: análise de documentos, levantamento e análise de dados quantitativos referentes à satisfação dos médicos do PSF no trabalho, levantamento e análise de dados qualitativos obtidos por meio de entrevistas com representantes das Instituições Parceiras, e comparação dos resultados obtidos a partir dos métodos quantitativo e qualitativo.

As etapas do trabalho foram as seguintes:

- Revisão bibliográfica sobre as teorias de satisfação no trabalho e sobre o Programa de Saúde da Família;
- Coleta de dados de satisfação dos médicos do PSF junto à Secretaria Municipal de Saúde;
- Coleta de dados junto às Instituições Parceiras – rotatividade dos médicos do PSF;
- Entrevistas com representantes das Instituições Parceiras – hipóteses quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos;

- Análise dos dados da pesquisa de satisfação dos médicos do PSF;
- Análise dos dados de rotatividade dos médicos do PSF;
- Análise da correlação obtida entre os dados de satisfação no trabalho e o índice de rotatividade;
- Análise das entrevistas;
- Comparação dos dados obtidos a partir das correlações encontradas entre rotatividade e satisfação dos profissionais, às hipóteses formuladas pelos gerentes das Instituições Parceiras.

Nos resultados da pesquisa não foram divulgados os nomes das Instituições Parceiras (IP) correspondentes aos dados. As IP foram numeradas de I a XII, de forma aleatória.

O método utilizado em cada uma das etapas foi o seguinte:

1. Entrevista

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e focalizadas. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). A entrevista focalizada destina-se a esclarecer apenas um problema determinado, no caso, os fatores determinantes da rotatividade dos médicos do PSF, do ponto de vista do responsável pelo Programa de Saúde da Família e do gerente de Recursos Humanos de cada uma das doze Instituições Parceiras da Secretaria Municipal de Saúde na Implantação do PSF. O roteiro de entrevista utilizado encontra-se no Anexo IV.

Foram entrevistados 21 profissionais, de 10 das 12 Instituições Parceiras do município. Profissionais das IP V e IP IX não quiseram ser entrevistados. O responsável pela área de RH da IP X preferiu responder às questões por escrito.

As entrevistas com o responsável pela parceria, e com o responsável pela área de RH da IP, foram realizadas em separado. Apenas na IP III, os entrevistados quiseram responder conjuntamente.

A primeira parte da entrevista teve por objetivo levantar os principais problemas existentes na área de RH do PSF, do ponto de vista das IP, e verificar, dentre os problemas apontados, onde se encontrava a questão da rotatividade dos médicos do PSF.

A segunda parte da entrevista teve por objetivo identificar as hipóteses dos gerentes quanto às causas da rotatividade dos médicos do PSF.

2. Rotatividade

A rotatividade diz respeito à variação ocorrida nos quadros das organizações, em um determinado período de tempo.

No Brasil, a RAIS (Relação Anual de Informações Sociais) e o CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) utilizam a seguinte fórmula para dimensionar a rotatividade: Taxa de rotatividade = $\frac{\text{mínimo (admissões, desligamentos)}}{\text{estoque inicial}} \times 100$

A justificativa da utilização do mínimo é evitar incluir no cálculo os novos postos de trabalho, ou os que foram extintos. Este método possui alguns problemas, pois as contratações e os desligamentos podem ocorrer em empresas diferentes, o que faz com que o mínimo não represente a rotatividade. Além disso, encobre as atividades que contratam por tempo determinado. (RAMOS & CARNEIRO, 1997).

A OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development), distingue rotatividade do trabalho (*labor turnover*) e rotatividade do posto de trabalho (*job turnover*); onde a primeira inclui as contratações, demissões e expansões ocorridas em um período de tempo, enquanto a segunda é equivalente à taxa de crescimento do emprego em um determinado período, em um setor específico da economia.

As fórmulas utilizadas para os cálculos da OCDE são: Rotatividade do trabalho = $\frac{\text{(contratações + demissões)}}{\text{estoque inicial}} \times 100$; e Rotatividade do posto de trabalho = $\frac{\text{(vagas criadas)}}{\text{estoque inicial}} \times 100$

O problema da fórmula utilizada para a OCDE para a rotatividade do trabalho é que inclui em seus cálculos tanto os novos postos de trabalho, quanto exclui os extintos, o que não poderia ser considerado rotatividade.

É comum, nos departamentos de RH das empresas, a utilização da seguinte fórmula para o cálculo da rotatividade: $\text{Índice de rotatividade} = (\text{contratações} + \text{demissões}) / 2 \times 100 / (\text{estoque inicial} + \text{estoque final}) / 2$

Pesquisa do MS voltada para a avaliação do PSF em Grandes Municípios, que tinha entre seus objetivos avaliar a rotatividade dos profissionais, optou por trabalhar com a Taxa Líquida de Substituição como um indicador de rotatividade. A fórmula para o cálculo é a seguinte: $\text{TLS} = (\text{número de profissionais da categoria com menos de um ano de serviço} / \text{número total de empregados da categoria em serviço no final do período analisado}) \times 100$

O problema da TLS é que ela pode encobrir parte do giro de pessoal que tenha ocorrido no período. Isso porque, se a mesma vaga foi ocupada por mais de um profissional no mesmo ano, a TLS apresentará apenas o dado referente ao profissional com menos de um ano na instituição presente no momento da avaliação, enquanto o índice de rotatividade inclui os que saíram. Nessa medida, a TLS pode ser inferior à rotatividade real. (MS, 2002a).

Para o cálculo da rotatividade do PSF no município de São Paulo, as seguintes dificuldades foram encontradas: ausência de dados referentes ao número de profissionais, em agosto de 2004; a existência de 18 vagas de médicos não preenchidas, em julho de 2005; a ampliação de cerca de 10% no número de vagas no período (de agosto de 2004 a julho de 2005). Em função destas restrições, decidiu-se pela utilização da definição de rotatividade como a ruptura do vínculo empregatício, partindo-se do pressuposto, como não houve redução do Programa, que estas vagas seriam preenchidas pelo mesmo número de profissionais.

A forma de cálculo estabelecida para o cálculo do índice de rotatividade (R) no município de São Paulo encontra-se abaixo:

$$R = \frac{\text{Número de desligamentos no período}}{\text{Número total de funcionários no final do período}} \times 100$$

O período avaliado foi de um ano, de julho de 2004 a junho de 2005. Idealmente, a análise da rotatividade deveria ser de setembro de 2004 a agosto de 2005, na medida em que a pesquisa de satisfação dos profissionais foi aplicada em agosto de 2004 e que o cálculo da rotatividade seria referente aos mesmos profissionais que responderam à pesquisa de satisfação no trabalho. No entanto, a coleta dos dados de rotatividade ocorreu em julho de 2005, o que possibilitou o levantamento dos dados de julho de 2004, a junho de 2005. Preferiu-se utilizar os dados referentes a julho e agosto de 2004, em função de possível sazonalidade existente no período.

Para obtenção dos dados de rotatividade, recorreu-se à área de Recursos Humanos das Instituições Parceiras. Das 12 Instituições existentes, duas calculavam sistematicamente o indicador (IP IV e IP X), e apenas uma utilizava os dados para planejamento (IP X). Oito IP forneceram os dados para que os índices de rotatividade fossem calculados. Assim, conseguimos os dados de rotatividade de 10 IP. As IP VIII e IP IX preferiram não fornecer os dados.

O índice de rotatividade foi analisado em função dos seguintes parâmetros: de 0 a 25% ao ano, adequada; de 25% a 50% ao ano, ruim; acima de 50% ao ano, crítica. (ANSELMÍ & ANGERAMI, 1997).

3. Metodologia da pesquisa de satisfação dos profissionais no trabalho

A pesquisa de satisfação dos profissionais no trabalho obedeceu aos seguintes passos metodológicos:

- Revisão bibliográfica sobre o tema;
- Elaboração do instrumento de pesquisa;
- Pré-teste do instrumento;

- Aplicação da pesquisa aos profissionais do PSF do Município de São Paulo;
- Tabulação dos dados;
- Análise dos dados;
- Realização de relatório de pesquisa.

3.1 Validação do instrumento de pesquisa

Nos anos de 2001 e 2002 foram realizadas quatro aplicações da primeira versão da pesquisa de satisfação dos profissionais, em diferentes hospitais públicos brasileiros. Em cada um desses hospitais foi formado um grupo de trabalho com representantes das áreas de recursos humanos, médica, enfermagem, qualidade e comunicação social, que discutiu os indicadores e as questões da pesquisa antes de sua aplicação.

Em 2003, o instrumento sofreu algumas alterações, em função de problemas detectados na análise dos resultados das aplicações anteriores. Este novo instrumento foi testado em um Pronto Socorro de um hospital público do Estado de São Paulo.

Em 2004, com o objetivo de adaptar mais uma vez o instrumento para verificar a satisfação dos profissionais que atuavam em Equipes de Saúde da Família, o instrumento foi novamente reformulado.

A elaboração do novo instrumento passou pelo seguinte processo:

- Avaliação dos indicadores e das questões pela equipe da Coordenadoria de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;
- Realização de pré-teste com profissionais do PSF;
- Reformulação do instrumento;
- Aplicação.

Consideramos a existência de uma crítica epistemológica às tentativas de quantificação dos processos subjetivos e relacionais. (MINAYO; ASSIS; SOUZA,

2005). Para que seja possível quantificar questões referentes à satisfação no trabalho, é necessário delimitar um conjunto de variáveis definidas pelo próprio pesquisador, o que põe em questão a validade do instrumento. Nesta medida, buscamos reformular o instrumento a partir da visão de alguns dos atores presentes no processo. Ainda assim, cabe ressaltar que indicadores qualitativos devem ser considerados como balizas avaliativas, como referências para a análise, devendo ser permanentemente revistos. Sua vantagem é possibilitar a comparabilidade quanto aos fatores delimitados no processo de pesquisa.

Optamos pela utilização de um instrumento não padronizado, desenhado especificamente para a verificação da satisfação dos profissionais do Programa de Saúde da Família porque, se o que traz satisfação no trabalho não é o mesmo para todos, se encontramos variações em função da cultura e da organização avaliada, não há um instrumento de mensuração que seja único para qualquer realidade. As investigações conduzidas localmente permitem explorar os fatores determinantes da satisfação no trabalho específicos de uma população, o que possibilita a elaboração de intervenções eficazes, voltadas para a melhoria do nível de satisfação no trabalho daquele grupo de profissionais. (VROOM,1970).

3.2 Questionário

O questionário desenvolvido para a Pesquisa de Satisfação dos Profissionais do PSF é um instrumento auto-preenchível, que não exige identificação do respondente (Anexo V).

Foram elaborados quatro questionários, um para cada categoria profissional presente no PSF, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No âmbito desta dissertação foram utilizados apenas os resultados dos médicos.

O questionário é composto pelas seguintes questões:

- 3 questões de caracterização da Unidade de Saúde;
- 19 questões de caracterização dos profissionais;
- 16 questões fechadas sobre os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho;

- 1 questão fechada para avaliação da satisfação;
- 2 questões abertas sobre os fatores de satisfação e de insatisfação no trabalho;
- 3 questões abertas de caracterização dos profissionais;
- 1 questão aberta voltada para o levantamento de sugestões dos profissionais para o programa.

O número total de questões do questionário é 45.

As questões de caracterização da Unidade contêm as seguintes informações: nome da Unidade Básica de Saúde, Instituição Parceira e Coordenadoria de Saúde.

As questões de caracterização dos profissionais contêm as seguintes informações: sexo, idade, estado civil, número de filhos e local de nascimento.

As questões referentes à formação contêm as seguintes informações: tipo de universidade em que se graduou (pública ou privada), tempo de formado, curso de especialização, residência médica, mestrado ou doutorado.

As questões referentes a localização e transporte contêm as seguintes informações: região em que mora, meio de locomoção para o trabalho e tempo para chegar ao trabalho.

As questões referentes ao PSF contêm as seguintes informações: tempo de trabalho no PSF, forma de contratação, cursos de que participou, se trabalhou anteriormente no PSF, se trabalhou fora do município de São Paulo e número atual de empregos.

As questões referentes à experiência profissional anterior contêm as seguintes informações: se possui experiência profissional anterior. Caso possua, onde trabalhou e em que especialidade atendeu.

As 16 questões fechadas, referentes aos níveis de satisfação, contêm cinco alternativas de resposta, formuladas segundo a escala de Likert: discordo totalmente, discordo, não discordo nem concordo, concordo e concordo totalmente.

O respondente deve escolher e assinalar uma destas alternativas para cada uma das questões.

Likert descreve um método de pesquisa voltado para avaliação quantitativa na área de recursos humanos. (LIKERT, 1975). Na escala de Likert, ou escala somatória, para cada afirmação atribuí-se um número a cada resposta, que reflete a direção da atitude do respondente. Para verificação do resultado é realizada a somatória das pontuações obtidas para cada afirmação. (OLIVEIRA, 2001a).

As questões abertas não foram analisadas no âmbito deste trabalho.

3.2.1 Atributos e indicadores

Os indicadores gerados a partir das 16 questões fechadas sobre o nível de satisfação no trabalho são analisados em níveis sucessivos. Cada questão fechada produz um indicador, os quais, agregados, referem-se a quatro aspectos a serem analisados: material, pessoal, referente à qualidade e social.

O quadro seguinte apresenta a relação existente entre aspectos, indicadores e questões.

Quadro II - Relação entre aspectos, indicadores e questões, no questionário de satisfação no trabalho dos médicos do PSF

Aspectos	Indicador	N. da questão	Questão
Pessoal	Identidade com a tarefa	1	Faço aquilo que gosto.
	Treinamento	2	O treinamento que recebo é suficiente para realizar meu trabalho no PSF.
	Stress	5	Sinto muita tensão no trabalho.
	Uso de habilidades	6	No PSF, meu potencial e minhas experiências são utilizadas.
	Crescimento no trabalho	7	O trabalho no PSF permite que eu melhore meus conhecimentos.
Material	Ambiente Físico	3	O ambiente físico da unidade dificulta meu trabalho.
	Materiais	4	Disponho de materiais para realizar meu trabalho.
Referente à qualidade	Qualidade do serviço no setor	8	Considero que os serviços de minha equipe do PSF possuem qualidade.
	Qualidade do atendimento no PSF	9	Na minha equipe do PSF o paciente é bem atendido.
Social	Confiança nas relações de equipe	10	Os profissionais da equipe do PSF podem discutir as dificuldades encontradas no trabalho.
	Relacionamento intra-equipe	11	Me dou bem com meus colegas de equipe de PSF.
	Reuniões de equipe	12	Minha equipe do PSF realiza reuniões com regularidade.
	Reuniões da unidade	13	Minha Unidade Básica de Saúde realiza reuniões com regularidade.
	Adesão	14	Pretendo trabalhar por longo tempo no PSF.
	Imagem externa	15	Meu trabalho é valorizado pela comunidade.
	Credibilidade da pesquisa	16	Acredito que os resultados dessa pesquisa serão bem utilizados.

3.2.2 Indicadores

O significado dos indicadores encontra-se descrito a seguir. O número apresentado corresponde ao número da questão e do respectivo indicador gerado.

O quadro seguinte apresenta a relação existente entre os indicadores e seus significados.

Quadro III - Relação entre os indicadores de satisfação no trabalho e seus significados

N. da questão	Indicador	Significado
1	Identidade com a tarefa	A satisfação dos funcionários quanto à natureza da tarefa desempenhada.
2	Treinamento	Avaliação da suficiência dos programas de capacitação oferecidos à equipe do PSF.
5	Stress	O nível de stress vivido pelos profissionais no trabalho.
6	Uso de habilidades	O quanto da capacidade dos profissionais é requisitada pelas tarefas que desempenham.
7	Crescimento no trabalho	A possibilidade de crescimento dos profissionais na organização.
3	Ambiente Físico	Avaliação do ambiente físico da unidade.
4	Materiais	A disponibilidade de materiais para a realização do trabalho.
8	Qualidade do serviço no setor	A qualidade do serviço prestado pela equipe em que trabalha.
9	Qualidade do atendimento no PSF	Avaliação do serviço prestado à população.
10	Confiança nas relações de equipe	A possibilidade de discutir os problemas encontrados no trabalho junto à equipe em que trabalha.
11	Relacionamento intra-equipe	A qualidade das relações sociais no ambiente de trabalho.
12	Reuniões de equipe	A existência de reuniões da equipe do PSF na Unidade.
13	Reuniões da unidade	A existência de reuniões da Unidade Básica de Saúde.
14	Adesão	O desejo de permanência dos profissionais no PSF.
15	Imagem externa	A imagem social do PSF.
16	Credibilidade da pesquisa	A confiabilidade dos profissionais quanto à utilização dos dados fornecidos pela pesquisa de clima de satisfação dos profissionais.

3.2.3 Fatores higiênicos e motivacionais

Segundo HERZBERG (1964, 1997), os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho pesquisados podem ser divididos em fatores higiênicos e motivacionais.

Os indicadores gerados pela pesquisa foram agrupados segundo este critério. O quadro abaixo apresenta a relação existente entre indicadores e fatores higiênicos e motivacionais.

Quadro IV - Relação entre indicadores de satisfação no trabalho e os fatores higiênicos e motivacionais de Herzberg

Fatores	N. da questão	Indicador
Motivacionais	1	Identidade com a tarefa
	6	Uso de habilidades
	7	Crescimento no trabalho
	8	Qualidade do serviço no setor
	9	Qualidade do atendimento no PSF
	15	Imagem externa
Higiênicos	2	Treinamento
	3	Ambiente Físico
	4	Materiais
	5	Stress
	10	Confiança nas relações de equipe
	11	Relacionamento intra-equipe
	12	Reuniões de equipe
	13	Reuniões da unidade
	16	Credibilidade da pesquisa

A questão 14, referente à adesão do profissional ao trabalho, foi considerada separadamente, dado que seu indicador refere-se diretamente ao desejo do profissional permanecer no trabalho, não podendo ser considerado um indicador ligado a fatores motivacionais ou higiênicos. A intenção em permanecer no trabalho foi correlacionada ao índice de rotatividade apresentado pela organização avaliada.

3.3 Universo

O universo da pesquisa foi formado pela totalidade dos funcionários do PSF do Município de São Paulo. No Programa de Saúde da Família do município de São Paulo, em agosto de 2004, havia 7.596 funcionários, distribuídos entre as seguintes categorias profissionais:

- Médicos	668
- Enfermeiros	792
- Auxiliares de Enfermagem	1.448
- Agentes Comunitários de Saúde	4.688
Total	7.596

No âmbito deste trabalho será analisada apenas a categoria médica.

3.4 Amostra

A amostra da pesquisa foi por conveniência. A limitação da amostra por conveniência é que não há como saber se as pessoas incluídas na amostra são representativas da população. A diferença existente entre os valores da população e os valores da amostra é desconhecida, o que não permite mensurar os erros desta amostragem. Como consequência, os resultados da pesquisa não podem ser considerados definitivos, mas indicativos. (OLIVEIRA, 2001b).

3.4.1 Coleta de dados

A primeira fase de coleta de dados ocorreu durante evento de capacitação realizado pela Secretaria Municipal de Saúde com os profissionais do PSF. Os médicos do PSF participaram do evento em 13/08/2004. O questionário da pesquisa de satisfação dos profissionais no trabalho foi distribuído no início do evento e recolhido na saída. Sua forma de preenchimento encontrava-se descrita no próprio questionário. Nesta data foram coletados 93 questionários. O percentual de respostas obtidas, em relação ao universo de profissionais existentes no município, foi 13,0%.

Dado o baixo percentual de respostas, foi realizada uma nova fase de coleta de dados.

A metodologia de coleta de dados da segunda fase de aplicação da pesquisa constou dos seguintes passos:

1. Definição das UBS a serem visitadas para coleta de questionários, com base nos seguintes critérios:

- Unidades que não tinham tido questionários respondidos por nenhuma das categorias profissionais;
- Unidades com mais de 4 profissionais médicos que não tivessem respondido ao questionário;
- As 31 Coordenadorias de Saúde do Município teriam de estar representadas.

2. Elaboração de mapa, por região, com as UBS a serem visitadas, com base nos critérios acima descritos.

3. Visitas às Unidades por técnicos da Coordenadoria de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde para levantamento de dados. Foram visitadas 62 Unidades Básicas de Saúde. Os questionários foram entregues diretamente aos profissionais e coletados em uma urna lacrada, de forma a garantir o sigilo das informações. Os profissionais que haviam participado do processo de capacitação da Secretaria não receberam novo questionário.

Nesse levantamento foram coletados 149 questionários, totalizando 242 questionários respondidos, ou 36,2% do universo de profissionais médicos do PSF.

O quadro, com o total de questionários respondidos por Unidade Básica de Saúde, Coordenadoria de Saúde e região do município, encontra-se no Anexo VI.

3.4.2 Caracterização da amostra

A amostra obtida foi de 36,2% dos médicos do PSF, ou 242 profissionais. Houve participação de médicos de 98 das 198 unidades básicas de saúde com PSF, cerca de 49,5% do total de unidades.

Foram coletados questionários em 30 das 31 Coordenadorias de Saúde do município, e de 11 das 12 Instituições Parceiras existentes.

O número de questionários respondidos por IP, e a frequência em relação ao número de funcionários existentes, encontra-se no quadro abaixo.

Tabela 6 - Número de médicos, número de questionários respondidos e percentual de respondentes por IP

Instituição Parceira	Número de médicos por IP	Questionários respondidos por IP*	%
Total	668	239	35,8
IP VIII	177	31	17,5
IP VII	75	21	28,0
IP IV	72	35	48,6
IP III	63	12	19,0
IP X	55	29	52,7
IP VI	46	15	32,6
IP I	44	22	50,0
IP II	36	27	75,0
IP V	33	27	81,8
IP IX	28	16	57,1
IP XII	27	0	0,0
IP XI	12	4	33,3

* 3 médicos não responderam à questão sobre a IP com qual tinham vínculo

Fonte: Pesquisa atual

Uma Instituição Parceira não teve nenhum questionário respondido. Das 11 restantes, foram desconsiderados os dados de satisfação dos profissionais de uma IP (XI), em função do baixo número de questionários obtidos (4).

Excluindo as IP XI e IP XII, o número de questionários respondidos por IP variou de 12 a 35. O percentual de respondentes por Instituição variou de 17,5% a 81,8%.

A participação de cada Instituição Parceira na amostra, encontra-se no quadro abaixo.

Tabela 7 - Número de funcionários, número de questionários respondidos por IP e percentual de respostas por IP

Instituição Parceira	Questionários respondidos*	Questionários respondidos (%)
Total	239	100,0
IP IV	35	14,6
IP VIII	31	13,0
IP X	29	12,1
IP II	27	11,3
IP V	27	11,3
IP I	22	9,2
IP VII	21	8,8

IP IX	16	6,7
IP VI	15	6,3
IP III	12	5,0
IP XI	4	1,7
IP XII	0	0,0

* 3 médicos não responderam à questão sobre a IP com qual tinham vínculo

Fonte: Pesquisa atual

A participação de cada IP na amostra, excluindo a IP XI e IP XII, variou de 5,0 a 14,6% do total de questionários obtidos na pesquisa.

3.5 Metodologia de tabulação dos dados

A metodologia de tabulação dos dados descreve como foram tabuladas as questões fechadas referentes à satisfação dos profissionais no trabalho.

3.5.1 Tabulação das questões de satisfação

Há 16 questões para o levantamento do grau de satisfação dos profissionais no trabalho. Para a tabulação dessas questões elaborou-se uma planilha. Para cada resposta foi dada pontuação que variou de 0 (totalmente insatisfeito) a 4 (totalmente satisfeito).

O valor de cada resposta é:

- Concordo totalmente (totalmente satisfeito) = 4
- Concordo em parte (parcialmente satisfeito) = 3
- Não concordo nem discordo (nem sat. nem ins.) = 2
- Discordo em parte (parcialmente insatisfeito) = 1
- Discordo totalmente (totalmente insatisfeito) = 0

É importante observar que as questões de número 3 e 5 foram invertidas. O objetivo da inversão foi evitar o automatismo das respostas. Apenas para estas questões os valores variam da seguinte forma:

- Concordo totalmente (totalmente insatisfeito) = 0
- Concordo em parte (parcialmente insatisfeito) = 1
- Não concordo nem discordo (nem sat. nem ins.) = 2
- Discordo em parte (parcialmente satisfeito) = 3

- Discordo totalmente (totalmente satisfeito) = 4

3.5.2 Avaliação dos graus de satisfação

Foram considerados os seguintes graus de satisfação dos profissionais no trabalho:

- Muito satisfeito: acima de 90 a 100
- Satisfeito: acima de 75 a 90
- Parcialmente satisfeito: acima de 50 a 75
- Insatisfeito: acima de 25 a 50
- Muito insatisfeito: de 0 a 25

3.6 Metodologia de cálculo dos resultados

3.6.1 Cálculo do Resultado Geral

O resultado mais importante da pesquisa é o indicador referente ao Resultado Geral. Este dado indica a situação de satisfação dos profissionais. O Resultado Geral fornece um indicador do grau de satisfação no trabalho dos profissionais, sendo calculado a partir da média dos 16 indicadores de avaliação da satisfação no trabalho.

Ao serem analisados os resultados por estrato, observa-se a diferença existente no Resultado Geral por Instituição Parceira.

3.6.2 Cálculo dos indicadores

Para calcular os indicadores de satisfação no trabalho, multiplica-se o número de respostas obtidas pelo fator da resposta.

A fórmula de cálculo dos indicadores é a seguinte:

$$I = \frac{(0 \times n. \text{ resp. } 0) + (1 \times n. \text{ resp. } 1) + (2 \times n. \text{ resp. } 2) + (3 \times n. \text{ resp. } 3) + (4 \times n. \text{ resp. } 4)}{(4 \times n. \text{ total de respostas})}$$

Onde:

I = Indicador

n. resp. 0= número total de respostas 0 para este indicador

n. resp. 1= número total de respostas 1 para este indicador

n. resp. 2= número total de respostas 2 para este indicador

n. resp. 3= número total de respostas 3 para este indicador

n. resp. 4= número total de respostas 4 para este indicador

O resultado varia de 0 (zero) a 100 (cem). Para se obter 0 (zero) é necessário que todos os respondentes tenham respondido “totalmente insatisfeito” em relação à questão geradora do indicador. Da mesma forma, para se obter 100 é necessário que todos os respondentes tenham respondido “totalmente satisfeito” em relação à questão.

3.6.3 Análise dos resultados por estrato

A análise de cada indicador foi realizada por estrato. No caso desta pesquisa, por Instituição Parceira.

Para cada indicador foi calculado seu desvio padrão em relação à média. Caso o resultado de um indicador de uma das Instituições Parceiras tenha sido superior, ou inferior, ao equivalente a dois desvios padrão, seu resultado foi destacado.

4. Correlação entre grau de satisfação e rotatividade

A metodologia de análise estatística utilizada para avaliar a relação entre indicadores de satisfação no trabalho e o índice de rotatividade foi a correlação estatística simples.

5. Comparação dos dados quantitativos aos qualitativos

Os resultados obtidos a partir dos cálculos das correlações entre o índice de rotatividade e os fatores de satisfação no trabalho foram comparados às hipóteses dos administradores das Instituições Parceiras quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos.

6. Problemas metodológicos encontrados

Este estudo apresentou algumas limitações metodológicas que devem ser explicitadas.

O primeiro, e talvez mais grave dos problemas metodológicos, foi o não estabelecimento de um plano amostral. O levantamento total dos dados, inicialmente previsto com o universo dos profissionais médicos do PSF, não foi conseguido, e a amostra obtida não foi aleatória.

O segundo problema diz respeito ao fato de a fórmula de cálculo do índice de rotatividade utilizado não ser padronizado.

O terceiro problema refere-se ao fato de os questionários terem sido aplicados pela Coordenadoria de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde. Apesar dos questionários não serem identificados, e sua análise não ser individual, este fato pode ter influenciado as respostas dos profissionais. Além disso, a pesquisa foi aplicada dois meses antes das eleições municipais, o que também pode ter produzido alterações nos resultados.

Um quarto problema diz respeito ao método de cálculo do Resultado Geral a partir da média dos indicadores de satisfação. Esse método apresenta o inconveniente de homogeneizar resultados que internamente podem conter diferenças significativas. Isso se confirma no cálculo do desvio padrão do Resultado Geral (2,2), quando comparado aos desvios padrão dos demais indicadores de satisfação (Tabela 31). Ainda assim, considerou-se ser importante a obtenção de um dado único, que

permitisse comparar o grau de satisfação geral dos profissionais, por instituição analisada.

Um último problema refere-se à incompletude dos dados. Apresentamos abaixo quadro com as IP existentes, e os dados obtidos, por IP.

Quadro V - Dados obtidos por Instituição Parceira

Instituição Parceira	Entrevistas	Índice de rotatividade	Pesquisa de satisfação dos profissionais
IP I	X	X	X
IP II	X	X	X
IP III	X	X	X
IP IV	X	X	X
IP V		X	X
IP VI	X	X	X
IP VII	X	X	X
IP VIII	X		X
IP IX			X
IP X	X	X	X
IP XI	X	X	
IP XII	X	X	

Das 12 IP, duas IP ficaram sem os dados de satisfação dos médicos no trabalho (IP XI e XII), duas não foram entrevistadas por opção dos profissionais das IP (IP V e IX), e duas não forneceram os dados de rotatividade (IP VIII e IX).

A consideração dos limites metodológicos do estudo, no entanto, não invalida os resultados obtidos.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Entrevistas

A análise dos resultados das entrevistas encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte elenca os principais problemas de RH, do ponto de vista das IP. A segunda, aponta para as hipóteses dos gerentes das IP quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF.

1.1 Principais problemas da área de RH

As respostas obtidas nas entrevistas foram sistematizadas. O quadro, com a síntese dos principais problemas das Instituições Parceiras na área de RH, encontra-se no Anexo VII.

A partir das entrevistas pode-se observar que há diferença na percepção dos problemas de RH por parte dos dois grupos entrevistados, os responsáveis pela parceria e os responsáveis pela área de RH das IP, o que indica que os problemas da área de recursos humanos são pouco conhecidos e pouco discutidos entre os responsáveis pela parceria e os gerentes de RH.

Na entrevistas foi solicitado aos respondentes que apontassem quais os principais problemas existentes na área de RH do PSF, enumerados em ordem de importância. As respostas foram categorizadas em função de seu conteúdo, e priorizadas em função da frequência, e do número de vezes que foram citadas como sendo o principal problema na área de RH do PSF.

Os principais problemas da área de recursos humanos, do ponto de vista dos gerentes das IP são:

- 1) Modelo de gestão;
- 2) Saúde do trabalhador;
- 3) Gerência das unidades;
- 4) Problemas referentes à categoria médica (inclui rotatividade);

- 5) Capacitações;
- 6) Problemas referentes à categoria dos agentes comunitários de saúde;
- 7) Dificuldade de implantação de sistemas de controle;
- 8) Falta de motivação dos profissionais;
- 9) Falta de integração do funcionário do PSF com a Instituição Parceira;
- 10) Problemas ligados à jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Apenas a IP X considerou não ter qualquer problema na área de RH do PSF.

As respostas que apresentaram o problema de forma mais clara foram selecionadas e transcritas.

1.1.1 Modelo de gestão

O modelo de gestão do PSF adotado no município de São Paulo foi o aspecto mais apontado pelas IP como sendo gerador de problemas na área de RH.

Foram considerados problemas do modelo de gestão, as respostas referentes à existência de diversos modelos de atuação na mesma unidade (unidade mista, com PSF e UBS tradicional), a existência de diversos vínculos trabalhistas na mesma unidade, a falta de planejamento decorrente da velocidade de implantação do PSF (que levou à contratação de pessoal inadequado e à distribuição territorial descontínua), a diferença de salários entre as IP, a falta de pessoal administrativo na equipe, a falta de outras especialidades na equipe (saúde mental, odontologia, assistência social e nutrição), as limitações impostas pela prefeitura para a contratação de pessoal e a baixa intersectorialidade do PSF.

Sobre os problemas mais constantemente citados, a existência de diversos modelos de atuação e de diferentes vínculos em uma mesma unidade, foram destacadas as seguintes respostas dos entrevistados.

“Os profissionais encaminham um para o outro, generalista (PSF) e clínico (UBS tradicional), por exemplo, o que traz problemas para os pacientes e entre os profissionais. Isso faz com que constantemente os profissionais queiram mudar de unidade. (...) Observamos que as

unidades que são só PSF com funcionários do parceiro, que não possuem RH municipalizado ou do município, apresentam menos conflito que as unidades em que encontramos diversos vínculos convivendo.” (IP III)

“(A unidade mista) é uma ‘torre de babel’. Há funcionários que eram do Estado e foram municipalizados, funcionários da prefeitura e os da parceira. Além disso, atuam com modelos diferentes. Um dos fatores geradores de problema são os acordos. Os funcionários públicos têm acordos de trabalhar um número reduzido de horas. Assim que fecham a agenda não encaixam novos pacientes e vão embora. O pessoal do PSF sofre discriminação. ‘Como ganha mais, tem que trabalhar a jornada toda’. Já aconteceu do profissional ir fazer um atendimento domiciliar e o gerente cortar o ponto. Isso é mais acentuado nas unidades mistas. Já ocorreu também de o gerente falar ao médicos do PSF para sair do consultório porque o dono do consultório havia chegado. A rede não foi preparada para receber o PSF. O processo de implantação foi muito rápido e abrupto. O PSF invadiu a casa dos antigos profissionais e foi privilegiado em termos salariais, o que gerou ciúmes. A unidade que melhor funciona é a que é PSF puro.” (IP XI)

A mistura de profissionais com diversos vínculos também trouxe para os funcionários CLT da IP algo da cultura do funcionalismo público. Segundo um entrevistado:

“O funcionário (da IP) era CLT, mas tratado como estatutário. Não se podia despedir por causa dos custos. Se aproximou muito da cultura do estatutário, com perda da vantagem comparativa de poder (...) dispensar os profissionais que não apresentassem perfil para a atividade.” (IP IV)

Estas questões foram as mais destacadas pelos entrevistados.

1.1.2 Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador do PSF, em especial a saúde mental do ACS e do médico, foi considerado o segundo maior problema na área de RH pelos profissionais das IP. Segundo um entrevistado:

“O nível de stress (dos profissionais) é muito alto, tanto pelo tipo de problema que enfrentam, quanto pela falta de capacitação para lidar com as situações encontradas. Hoje há mais de 100 afastamentos na instituição por saúde mental, meio por cento do nosso

quadro. Duas categorias são as mais atingidas, agentes comunitários e médicos. Os agentes comunitários porque trabalham diretamente com a população, estão muito expostos, e os médicos em função de sua formação inicial. Ele é formado para ser especialista, aí se depara com a pobreza, com dificuldades sem solução ao seu alcance, e deprime.” (IP VIII)

A mesma questão, segundo o ponto de vista de outro entrevistado:

“O principal problema de RH é a condição de trabalho que os profissionais enfrentam (...) muita gente na comunidade não aceita o projeto. O processo de trabalho tem valor, mas a comunidade não reconhece. O ACS é o que mais sofre. Ele convive com uma população muito agressiva, está muito exposto a riscos e enfrenta situações muito difíceis. Tem havido muito afastamento por depressão. Ele se apropria dos problemas do vizinho e não sabe como fazer com aquilo. A questão da saúde mental também afeta outros profissionais, mas é mais presente no ACS. ” (IP IV)

Sobre a saúde do trabalhador do médico, um entrevistado afirma:

“Temos muitos casos de médicos que adoecem no trabalho e consideramos que possa ser provocado pelo próprio trabalho.” (IP III)

Diversas pesquisas têm investigado o problema do stress no trabalho na área da saúde. O mal estar psíquico dos profissionais decorrente do trabalho, que se torna intenso a ponto de impossibilitar o próprio trabalho, tem sido chamado de *burnout*. Há pesquisas que associam o fenômeno do *burnout* de médicos generalistas à insatisfação no trabalho na Espanha, na Inglaterra e na Nova Zelândia. (COOPER et. al., 1989; DOWELL, 2000; DOWELL, 2001; SOBREQUES, et. al., 2003).

1.1.3 Gerência das unidades

O terceiro problema identificado na área de RH do PSF são as gerências das unidades. Muitas das unidades com equipes do PSF, têm gerentes contratados pelas IP. No entanto, há unidades com equipes do PSF cujo gerente é servidor público municipal. Esta situação leva a dois tipos de dificuldade: o gerenciamento

dos profissionais do PSF das IP e o desconhecimento da CLT por parte dos gerentes.

Sobre a situação da gerência, destacamos a seguinte resposta:

“(...) Temos também hoje um problema de gerenciamento. Quem gerencia os profissionais? Eles são contratados por nós, mas respondem ao gerente da unidade, ou ao Coordenador de Saúde de sua região. De fato, as regiões não possuem um bom sistema de controle e esse pessoal é pouco gerenciado.” (IP XI)

Sobre o gerenciamento das equipes:

“(Há) muitos conflitos dentro da equipe, em especial entre enfermeiros e ACS e entre médicos e enfermeiros. A fragilidade da gerência aparece aqui, pois estas demandas deveriam estar sendo resolvidas na unidade. Os gerentes das unidades são da prefeitura, assim, não há uma autoridade clara em relação aos profissionais.” (IP I)

Sobre o desconhecimento da CLT por parte dos gerentes das unidades, um entrevistado relata:

“O principal problema de RH que vejo é o desconhecimento da CLT por parte do gerente da unidade e pelo pessoal da ponta. Isso faz com que façam bobagens, como conceder licença médica aos profissionais da parceira de mais de 10 dias sem que os profissional tenha passado pelo SESMT, autorizam mudança de data de férias sem que o parceiro seja consultado, desconhecimento sobre os direitos do funcionário que não pode ser demitido em mês de dissídio coletivo, têm medo de dar uma suspensão ou uma advertência. O desconhecimento das leis da CLT e das regras institucionais do parceiro nos traz problemas. Nós temos um livro, um manual, entregue no curso introdutório que é feito para os profissionais, mas ninguém segue.” (IP XI)

Na medida em que parte dos funcionários e dos gerentes, é contratado pelas IP, e outra parte é servidor municipal, e que os gerentes que são servidores são nomeados pelo Coordenador de Saúde da Subprefeitura de sua região, temos, nas unidades, três atores que coordenam o processo simultaneamente: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria de Saúde (ligada à Subprefeitura) e Instituição

Parceira. A difícil articulação entre estes atores torna-se visível, na ponta, na dificuldade de gerenciamento dos funcionários das unidades e dos próprios gerentes, com a existência de mais de uma linha de comando.

1.1.4 Referentes à categoria médica

Os problemas referentes à categoria médica, encontram-se analisados separadamente, no item 1.3 do presente trabalho.

1.1.5 Outros

Questões referentes à capacitação adequada dos profissionais, o processo seletivo dos ACS, a dificuldade na implantação de sistemas de controle de pessoal, a falta de motivação da equipe, a falta de integração do funcionário do PSF com a Instituição Parceira como um todo, assim como a jornada de trabalho de 40 horas, também foram apontados como problemas relevantes na área de RH das Instituições Parceiras.

1.2 QUALIS X PSF

Das entrevistas, destacou-se uma questão que não dizia respeito diretamente à área de RH, mas que se mostrou relevante, em função da frequência com que apareceu no discurso dos entrevistados. A comparação entre o modelo de gestão do PSF e o modelo de gestão do QUALIS. Segundo os entrevistados, a inserção das IP no PSF foi, em grande parte, influenciada pelas propostas do projeto QUALIS. Das 12 parceiras, quatro tinham participado do QUALIS, sob gestão do Estado.

A avaliação, tanto das parceiras que participaram quanto das que não fizeram parte do QUALIS, é que seus resultados foram melhores que os resultados do PSF. A municipalização do PSF foi freqüentemente citada pelos entrevistados como um problema. Sobre isso, um dos entrevistados disse o seguinte:

“(...) a mudança de gestão na prefeitura de São Paulo levou ao processo de municipalização das unidades de saúde. Isso mudou a forma de gerenciamento das unidades. Quem passou

a ditar as regras foi o município. O processo de ampliação do modelo foi muito rápido e pouco planejado. Havia muita pressão para se contratar os ACS o que levou a um processo de contratação desarticulado. Em algumas regiões foram contratados ACS, mas não chegou a se contratar toda a equipe. O trabalho mudou. A Instituição Parceira não tinha mais autonomia para realizar o gerenciamento da unidade nem o processo de educação continuada nos moldes anteriores. Com a municipalização, houve uma perda.” (IP VIII)

Sobre a municipalização e o QUALIS:

“Hoje pode-se observar uma diferença ainda bastante grande em nossa região, entre as unidades que eram QUALIS e as novas. Houve muita mudança desde o início da implantação do PSF. No projeto QUALIS se sabia o que estava sendo feito. Criou-se um serviço que atendia bem à população. Quando o programa cresceu, perdeu seu objetivo, ou para quem se trabalha, a população. Ganhou um espírito de serviço público, no mau sentido, e se esvaziou o projeto. (...) É preciso se recuperar o modelo de sucesso do QUALIS. Foi um modelo que apresentava muitas vantagens em relação ao atual. Hoje precisamos expandir principalmente em duas áreas: saúde mental e saúde bucal. Além dessa, também seria necessário incluir reabilitação. Isso havia no projeto QUALIS. Esse modelo está mais próximo das necessidades de uma população como a de São Paulo, que o modelo do PSF.” (IP III)

Ainda sobre a municipalização e o QUALIS:

“(...) A forma como ocorreu a implantação do Programa no município nos trouxe um ônus caro, a desestruturação das Unidades Básicas de Saúde. O PSF foi utilizado como fator de premiação dentro do sistema público. Veio da experiência e da fantasia do QUALIS mas o modelo que foi implantado foi muito diverso. O PSF não é o QUALIS. No projeto QUALIS todas as etapas estavam sob gestão da Instituição Parceira. (Na municipalização) A parceira acabou por se tornar uma agência de empregos ou de compra de materiais. A percepção que tenho é que se perdeu uma oportunidade. (...)” (IP XI)

Sobre a questão da intersetorialidade no QUALIS e no PSF, pode-se destacar o seguinte:

“(...) outro problema (do PSF) é o da intersetorialidade. No QUALIS havia um diálogo maior da parceira com a Secretaria da Educação, por exemplo. Quando um problema era

identificado, havia mais ferramentas para a busca de soluções. Agora, há um isolamento da gestão.” (IP IV)

A mudança na gestão foi percebida pelas IP como tendo trazido problemas para a área de RH (forma de contratação, capacitação e gerenciamento de pessoal), organização do sistema (unidades mistas, duplo comando), modelo assistencial (ausência de especialidades como saúde bucal e saúde mental) e redução da intersetorialidade.

1.3 Problemas referentes à categoria médica

Os problemas referentes à categoria médica foram os seguintes:

- 1) Rotatividade dos médicos;
- 2) Dificuldade de captação de médicos com perfil adequado;
- 3) Formação dos médicos.

A rotatividade dos médicos foi considerado o principal problema, no que refere à categoria. No entanto, dentro do conjunto de problemas de RH, a rotatividade dos médicos não foi considerado o principal problema de RH enfrentado pelas IP. Segundo um entrevistado:

“A rotatividade dos médicos é um problema parcial. Há dois anos parecia ser um problema insolúvel. Em 2001 era muito mais difícil captar profissionais que hoje. Hoje tenho médicos em lista de espera.”(IP I)

Um outro entrevistado afirma:

Sobre a rotatividade dos médicos do PSF, este não é um problema prioritário para a parceira. No início do programa (...) as dificuldades para recrutamento dos profissionais eram muitas. Houve recrutamento em outros estados inclusive. Depois, com os programas de desenvolvimento e sedimentação da idéia no mercado, não tiveram mais problemas que afetem as atividades. “(IP X).

Do ponto de vista dos profissionais da IP, o problema não é a rotatividade em si, ou os fatores que levam a ela, mas a dificuldade de reposição dos médicos que saem.

1.3.1 Rotatividade

As hipóteses dos gerentes das IP sobre os fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF, são as seguintes:

- 1) Fatores referentes ao profissional
- 2) O modelo do PSF em São Paulo
- 3) Fatores externos – violência e distância
- 4) Condições de trabalho
- 5) Desprestígio da profissão
- 6) Stress

O quadro com a síntese das hipóteses dos gerentes sobre os fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF, por IP, encontra-se no Anexo VIII.

Em primeiro lugar, com cerca de 50% das respostas, encontram-se os fatores referentes ao profissional. Esses fatores tanto dizem respeito à falta de perfil dos médicos para atuar no PSF, como a algumas hipóteses explicativas individuais que levariam à saída do médico.

A falta de perfil como causa da rotatividade aparece nas seguintes características descritas: recém-formado, jovem, que não adere à comunidade, com falta de conhecimento, que não trabalha bem com a pobreza.

As hipóteses explicativas para a saída, do ponto de vista individual, são: prestar residência médica, cursar especialização, grande número de empregos, mudança de município ou de área.

A saída para prestar residência médica foi o fator de rotatividade mais citado. Doze entrevistados consideraram este um fator relevante na determinação da rotatividade. Sobre a questão da residência, disse um entrevistado:

“Algumas hipóteses para a saída dos médicos são: alguns são muito jovens e vão para a residência médica, cerca de 90% sai para prestar residência. Os outros saem por outras

opções de emprego, mas é minoria. Em geral, ficam de nove meses a um ano no emprego.” (IP I)

Outro entrevistado afirmou:

“O problema do giro se concentra mais no final do ano, quando há concursos para residências médicas.” (IP VIII)

Sobre o perfil dos médicos do PSF e a relação entre residência médica, idade e rotatividade, um dos entrevistados disse o seguinte:

“No início havia apenas profissionais recém-formados que não passaram na residência. Hoje, têm chegado profissionais mais velhos que já fizeram residência. Quando o médico já tem uma identidade profissional consolidada, que lhe é garantida pela residência médica, a tendência é demorar mais para sair.”(IP I)

Sobre o perfil do médico como causa da rotatividade, um entrevistado afirmou:

“A rotatividade dos médicos é um problema porque eles migram muito (...). Nem todo mundo tem perfil para trabalhar no PSF. Para trabalhar no PSF não pode ser acomodado. Tem que estabelecer vínculo com a comunidade. E se não se adequa? O profissional sai.” (IP IV)

O segundo grupo de hipóteses sobre os fatores que levam à rotatividade são hipóteses referentes ao modelo do PSF no município de São Paulo. Estas são: o pagamento de salários diferenciados entre IP, o que levaria ao giro de pessoal entre as Instituições, problemas com as gerências de unidades quando os gerentes não são da IP e ausência de identidade do profissional.

Sobre a diferença existente entre as parceiras, um entrevistado relatou:

“Dentre as parceiras há muita diferença. Algumas tiveram possibilidade de investir em infraestrutura, outras não. Há parceiras que oferecem benefícios diferentes e, apesar de no início o salário ter sido igual, como as parceira estão vinculadas a sindicatos diferentes, as datas dos dissídios coletivos são diferentes e os valores também. Falta direção única ao projeto do PSF.” (IP IV)

Sobre a identidade do profissional, destacamos a seguinte fala:

“Também aconteceu de, na gestão passada, não estarmos autorizados pela Secretaria a estarmos próximos dos profissionais e da unidade de saúde, como aconteceu no período do QUALIS. Isso gerou um problema de identidade do profissional: “de quem eu sou?”. Com a distância do parceiro ele era um funcionário do parceiro sem a identidade do município, o que cria uma duplicidade complicada, e a sensação de desamparo por parte dos profissionais.”(IP IV)

Em terceiro lugar, nas hipóteses sobre a rotatividade, encontram-se fatores externos, tais como distância das unidades, violência e pobreza nas regiões em que há o programa.

O quarto fator considerado foi a organização do trabalho, o que inclui condições de trabalho, ausência de um papel definido para o médico, falta de capacitação e falta de suporte da rede de referência. A organização do trabalho foi destacada como sendo o principal fator de rotatividade, por apenas um dos 21 entrevistados.

A melhor descrição do problema da categoria médica no PSF em São Paulo, foi a seguinte:

“A rotatividade dos médicos tem aumentado ao longo do tempo. Eles ficam em torno de um ano. Se têm especialização, ficam um pouco mais. Como o PSF é uma mudança de modelo, os que sofrem maior impacto dessa mudança são o agente comunitário e o médico.(...) O médico (...) tem um papel novo desenhado no modelo, trabalhar com prevenção etc. Mas quando chega na unidade, o que se espera dele é que realize consultas. Ele é pressionado pela demanda, muitas vezes sem conseguir dar uma resposta adequada. Sua formação é de especialista e, na prática, ele precisa de conhecimentos que não domina. Além disso, o médico não é o coordenador da equipe. Encontramos a enfermagem emponderada, com um novo papel, e o médico é o chato, o pragmático, o conservador. A coordenação da equipe e do processo deveria ser feita pelo gerente, que não está capacitado para isso. Os médicos têm insegurança em realizar muitos dos atendimentos porque não sabem o que e como fazer. Assim, são os médicos e os agentes comunitários que carregam o peso da mudança. Ele entra para fazer um trabalho legal e acaba sentindo que faz algo ruim. O médico, para

não adoecer sai. Muitos saem para fazer residência, e o agente comunitário, com muito menos possibilidades de trabalho, adoecer. Os médicos têm sido alvo de muitas críticas e, quando chegam na ponta, o que se quer é sugar esse profissional. Só querem que ele produza. Ele chega cheio de amor para dar, querendo lidar com a população, e é colocado para atender que nem um louco. Dependendo de onde trabalha, se é uma unidade pura PSF, depois de um tempo, a demanda se estabiliza. Mas se a unidade é mista, isso não acaba nunca. Há uma área atendida pelo médico, mas a unidade é aberta e acaba sobrando para o PSF. Podemos dizer que nesse modelo o médico está em crise, e o ACS também. (...) há o aspecto da flexibilidade do médicos. Os que conseguem dividir o trabalho com as enfermeiras ficam menos sobrecarregados. Outros querem dividir com o especialista, mas a rede assistencial não lhes dá suporte, aí o profissional entra em pânico e em depressão. Eles se queixam muito da dificuldade de fazer encaminhamentos. (...) A questão do stress profissional no PSF tem sido crítica. Parte do stress também é causado pela falta de educação permanente. A educação no PSF se limitou a certos cursos de capacitação que pouco ajudam na real solução das dificuldades porque estão distantes do cotidiano dos profissionais. Muitos desse profissionais já fizeram muitos cursos, isso faz parte da cultura da profissão, não resolve apenas oferecer mais cursos. É preciso a análise do processo de trabalho. (...) O problema da rotatividade gera outro problema, porque os profissionais não permanecem, o que aumenta o investimento necessário em capacitação, e se torna um problema infundável.”(IP IV)

Apenas este entrevistado apresentou uma visão sistêmica do problema, articulando a rotatividade à mudança de modelo proposta pelo PSF, à ausência de formação adequada do médico, ao conflito entre o modelo do PSF e a realidade, às dificuldades de gerenciamento das unidades mistas, à existência de vários vínculos em uma mesma unidade, às dificuldades enfrentadas no trabalho que levam ao stress e a problemas de saúde mental dos funcionários, à falta de capacitação adequada, à falta de espaço para análise do processo de trabalho e à ausência de um sistema de referência e contra referência eficiente.

Sobre o papel do médico do PSF, também destacou-se a seguinte resposta:

“Um dos problemas enfrentados pelos médicos é que eles não possuem uma atuação definida. O que é ser médico do PSF? Muitos acham que é agendar consultas, e ficam apavorados em ter de cuidar de mais de 3.000 pessoas. Acham que têm de fazer o

atendimento individual de cada um de sua área para fazer o diagnóstico da região. Não há um “protocolo” do que faz um médico do PSF. Eles ficam perdidos.”(IP XI)

O quinto fator para a rotatividade foi o desprestígio do médico do PSF junto à categoria médica. Segundo um entrevistado:

“O problema da rotatividade é causado pela falta de prestígio da profissão. Ser médico do PSF é visto pela categoria médica como um fracasso profissional. Eles dizem o seguinte: ‘Eu sou médico, mas eu estou trabalhando no PSF’. É visto como uma instância inferior da medicina.” (IP II)

O sexto e último fator considerado, foi o stress dos profissionais.

Chama a atenção o fato de, do ponto de vista dos profissionais das IP, a maior parte dos fatores apontados como sendo a causa da rotatividade dos médicos serem fatores não gerenciáveis pelas IP. Dizem respeito principalmente ao próprio profissional, ao modelo do PSF, às características do PSF no município de São Paulo, à distância das unidades, à violência da periferia, ou ao prestígio da profissão.

Um ponto que pode ser destacado das entrevistas é a questão da violência. Exceto por um entrevistado, que considerou a violência como uma das causas da rotatividade, para os demais entrevistados, a violência na periferia do município dificulta a atração de profissionais, mas não exerce influência na fixação dos mesmos. A violência é uma questão que surge com frequência no momento da contratação dos médicos, mas que tende a desaparecer em função de o índice de violência contra os profissionais de saúde ser praticamente inexistente. Segundo os entrevistados, a comunidade preserva e protege os profissionais de saúde, não sendo este considerado um fator relevante para a rotatividade dos médicos.

2. Índice de Rotatividade

O índice geral de rotatividade dos médicos do PSF, de julho 2004 a junho de 2005, no município de São Paulo, foi de 37,4%.²⁰

A rotatividade dos médicos do PSF, por Instituição Parceira, encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 8 - Rotatividade dos médicos do PSF, por Instituição Parceira, no município de São Paulo, de julho de 2004 a junho de 2005

Instituição	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII
Parceira												
Índice de rotatividade (%)	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7	-	-	22,8	14,3	22,2

Fonte: Pesquisa atual

Não foram obtidos os dados de rotatividade das IP VIII e IX.

Pode-se observar, a partir dos dados acima, que há grande variação no índice de rotatividade por IP. O menor índice observado foi de 14,3% ao ano e o maior de 61,1% ao ano.

Apenas duas IP calculavam o índice sistematicamente (IP IV e IP X), sendo que apenas a IP X utilizava seus dados para gerenciamento. Oito IP forneceram os dados de saída dos médicos do PSF no período de julho de 2004 a junho de 2005, para realização do cálculo (IP I, IP II, IP III, IP V, IP VI, IP VII, IP XI, IP XII).

Ao agruparmos as IP em função dos parâmetros estabelecidos (ANSELM I & ANGERAMI, 1997), obtivemos o seguinte:

- Índice adequado (de 0 a 25% ao ano) – IP X, XI e XII
- Índice ruim (de 25% a 50% ao ano) – IP I, III, IV, V, VII
- Índice crítico (acima de 50% ao ano) – IP II e VI

O índice geral do município, de 37,4% ao ano, pode ser considerado ruim.

²⁰ O cálculo do índice de rotatividade geral foi obtido a partir dos dados fornecidos por 10, das 12 IP.

As IP I, III, V e VII, forneceram os dados de saída dos profissionais médicos, mês a mês. Com esses dados foi elaborada a seguinte tabela.

Tabela 9 - Saídas dos médicos do PSF, de julho de 2004 a junho de 2005

Meses	07/04	08/04	09/04	10/04	11/04	12/04	01/05	02/05	03/05	04/05	05/05	06/05	Total
IP I	1	2	1	4	0	1	2	2	0	3	0	3	19
IP III	1	2	1	0	1	1	2	5	3	4	3	3	26
IP V	1	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	14
IP VII	2	1	2	4	2	0	0	1	2	2	2	2	20
Total	5	5	5	9	4	3	5	9	7	11	7	9	79
Total (%)	6,3	6,3	6,3	11,4	5,1	3,8	6,3	11,4	8,9	13,9	8,9	11,4	100

Fonte: Relatórios de demitidos de julho 2004 a junho 2005, IP I, IP III, IP V e IP VII

A tabela nos permite observar que o mês em que houve maior número de demissões de médicos, dentre estas IP, foi abril de 2005, seguido pelos meses, outubro de 2004, fevereiro de 2005 e junho de 2005.

Somando-se os meses de dezembro, janeiro e fevereiro, encontramos 21,5% das demissões do ano. Se três meses correspondem a 25% dos meses do ano, as demissões de médicos ocorridas nesse período encontram-se abaixo da média anual. Este dado é relevante ao considerarmos que estes seriam os meses de saída dos profissionais que saem do PSF para cursar residência médica.

A IP VII nos forneceu o dado de rotatividade por UBS e Coordenadoria de Saúde, o que nos permitiu realizar uma outra análise. Seu índice de rotatividade anual foi de 26,7%. Duas unidades localizadas em região central do município (Moóca) foram responsáveis por 50% da rotatividade da IP, com um índice de rotatividade de 142,9% ao ano, e sete unidades localizadas na região periférica do município (Pirituba) apresentaram um índice de rotatividade de 4,2% ao ano. Pode-se concluir, neste caso, que a localização das unidades não parece ter sido um fator relevante para a rotatividade.

3. Satisfação dos médicos no trabalho

A pesquisa de satisfação dos médicos do PSF encontra-se dividida em duas partes, a primeira voltada para a caracterização dos profissionais, e a segunda, para o levantamento do grau de satisfação no trabalho.

3.1 Caracterização dos profissionais

A caracterização dos profissionais do PSF do município de São Paulo foi comparada à caracterização dos médicos do PSF no Brasil, realizada em 1999 por MACHADO (2002, 2003).

A caracterização dos médicos do PSF analisa as seguintes questões: gênero, faixa etária, local de nascimento, local de formação, tempo de formado, especialização concluída, residência médica concluída, capacitações realizadas no PSF, tempo de trabalho no PSF, trabalhos anteriores, número de vínculos empregatícios, meio de locomoção para o trabalho e tempo de locomoção.

A tabela abaixo apresenta os dados referentes a gênero, dos médicos do PSF no município de São Paulo, em 2004, comparados aos dados do Brasil, em 1999.

Tabela 10 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, em função de gênero

Gênero	Brasil PSF - 1999 (%)	São Paulo PSF -2004 (%)
Total	100,0	100,0
Feminino	44,1	53,5
Masculino	55,9	46,5

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245
e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Observamos que, no país, em 1999, 55,9% dos médicos do PSF eram do sexo masculino. Em São Paulo, em 2004, este percentual era de 46,5%, o que pode indicar a feminilização da profissão, tanto no decorrer do período (de 1999 a 2004) quanto especificamente no município de São Paulo.

A tabela abaixo apresenta os dados referentes à faixa etária do médico do PSF no município de São Paulo, em 2004, comparados aos dados do Brasil, de 1999.

Tabela 11 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por faixa etária

Faixa etária (anos)	Brasil PSF	São Paulo PSF
	(%)	(%)
Total	100,0	100,0
Até 40	57,7	52,1
De 40 até 59	39,1	44,6
Acima de 59	3,2	3,3

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Ao compararmos os dados de São Paulo aos dados do Brasil, observamos no Brasil como um todo há maior concentração de profissionais médicos com menos de 40 anos. Em São Paulo, em 2004, o percentual de médicos do PSF até 40 anos é proporcionalmente menor que no resto do país em 1999.

O percentual de médicos que trabalham no PSF acima de 59 anos é baixo, e bastante parecido no município e no país como um todo, o que indica um pequeno número de aposentados trabalhando no PSF.

Os dados referentes ao local de nascimento dos profissionais que atuam no PSF em São Paulo e que atuavam no mercado de trabalho no Brasil, em 1995, encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 12 - Médicos do PSF em São Paulo por local de nascimento

Local de nascimento	São Paulo PSF
	(%)
Total	100,0
Município de São Paulo	46,8
Interior do Estado de São Paulo	16,3
Outros Estados	31,0
Outros países	5,9

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Quanto ao local de nascimento, observa-se que 46,8% dos profissionais é de São Paulo, e que 53,2% nasceu em outras localidades. Há migração de outros Estados para o município, que podem ter ocorrido tanto antes da formação quanto posteriormente. Cerca de 5,9% dos profissionais que atuam no PSF são estrangeiros ou naturalizados. Ao compararmos o dado com o dado da pesquisa do perfil dos médicos no Brasil, de 1995²¹, segundo a qual havia 2,0% de médicos de outros países atuando no Brasil, observamos uma maior concentração de médicos estrangeiros atuando no PSF em São Paulo que no resto do país, na época. (MACHADO, 2005).

Sobre o local de formação dos médicos, se em faculdade pública ou privada, obtivemos os seguinte dados.

Tabela 13 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por local de formação

Local de formação	Brasil PSF (%)	São Paulo PSF (%)
Total	100,0	100,0
Pública	73,8	49,8
Privada	26,2	50,2

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Em São Paulo, 49,8% dos médicos pesquisados freqüentaram faculdades públicas e 50,2%, faculdades privadas. O resultado da pesquisa em São Paulo diverge do dado obtido na pesquisa de caracterização do perfil dos médicos do PSF no Brasil. No Brasil, cerca de 73,8% dos médicos do PSF se formaram em faculdades públicas.

A tabela com o tempo de formação dos médicos do PSF de São Paulo encontra-se na tabela abaixo.

²¹ Dados da pesquisa do perfil dos médicos do Brasil realizada por MACHADO em 1995 presentes no site: http://www.ensp.fiocruz.br/rorehs/o_perfil.html - acessado em 27/07/2005.

Tabela 14 - Médicos do PSF em São Paulo por tempo de formação

Tempo de formado	São Paulo PSF (%)
Total	100,0
Até 4 anos	35,5
De 5 até 14 anos	20,1
De 15 até 24 anos	26,8
De 25 até 34 anos	15,1
Acima de 34 anos	2,5

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Observa-se na tabela acima, que mais de 35% dos médicos do PSF são formados há menos de 4 anos, o que indica grande parcela de recém-formados atuando no programa. Na tabela abaixo, temos o dado do tempo de formação comparado entre o PSF no Brasil e em São Paulo.

Tabela 15 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tempo de formação

Tempo de formado	Brasil PSF (%)	São Paulo PSF (%)
Total	100,0	100,0
Até 15 anos	63,4	55,6
Acima de 15 anos	36,6	44,4

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Observa-se que, no Brasil como um todo, o percentual de médicos formados há menos de 15 anos atuando no PSF é maior que no município de São Paulo. A tendência a atuar no PSF no início da carreira é mais forte no resto do Brasil que em São Paulo.

Ao analisarmos o perfil do médico do PSF, do ponto de vista da formação, comparado com o dado do Brasil, obtivemos o seguinte.

Tabela 16 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por especialização

Especialização	Brasil PSF	São Paulo PSF
	(%)	(%)
Total	100,0	100,0
Sim	39,5	58,6
Não	60,5	41,4

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Os dados comparativos dos médicos do PSF entre São Paulo e Brasil mostram que, enquanto no município o percentual de médicos com especialização é de 58,6%, no Brasil como um todo o valor é de 39,5%.

Se compararmos esses dados aos dados da pesquisa do perfil do médico no Brasil, observamos que, em 1995, 58,9% dos médicos no país tinham título de especialista. O dado do médico do PSF obtido em de São Paulo encontra-se próximo à média encontrada para o país, em 1995. (MACHADO, 2005).

Ao levantarmos as principais especializações realizadas pelos médicos do PSF, encontramos o seguinte.

Tabela 17 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tipo de especialização

Especialização	Brasil PSF	São Paulo PSF
	(%)	(%)
Total	100,0	100,0
Saúde da Família	9,4	18,4
Pediatria	*	16,8
Medicina do Trabalho	18,1	8,0
Medicina Sanitária	10,8	6,4
Outros	61,7	50,4

* sem o dado

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Em relação ao tipo de especialização realizado, constata-se haver diferença entre o perfil dos médicos do PSF de São Paulo e do país como um todo. Enquanto em São Paulo o maior percentual de especializações é em Saúde da Família, seguido pela Pediatria, no país como um todo o maior percentual de especializações é em Medicina do Trabalho e Medicina Sanitária.

Quanto à residência médica, encontrou-se o seguinte.

Tabela 18 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por residência médica

Residência médica	Brasil PSF (%)	São Paulo PSF (%)
Total	100,0	100,0
Sim	37,2	36,8
Não	62,8	63,2

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245
e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

O percentual de médicos do PSF com residência médica em São Paulo é similar aos resultados obtidos no Brasil, em 1999. Pouco mais de um terço dos médicos concluiu a residência médica. No entanto, quando estes dados são comparados ao percentual de médicos com residência médica no país, verifica-se a existência de grande diferença. Em 1995, 74,1% dos médicos do país tinham concluído residência médica, o que revela baixa qualificação dos profissionais do PSF. Trabalhar no PSF parece ter se tornado uma alternativa de emprego para os médicos sem residência médica. (MACHADO, 2003, 2005).

Sobre os tipos de residência realizados, encontrou-se o seguinte.

Tabela 19 -Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tipo de residência

Residência médica	Brasil PSF	São Paulo PSF
	(%)	(%)
Total	100,0	100,0
Pediatria	20,5	40,5
Gineco-Obstetrícia	14,2	15,7
Medicina Interna	12,9	13,5
Medicina Geral Comunitária	14,9	10,1
Cirurgia	12,4	9,0
Outros	25,1	11,2

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Apesar de o percentual de médicos com residência ser similar quando são comparados os médicos do PSF de São Paulo e do Brasil, o perfil das residências realizadas não é. Na Brasil, 20,5% dos médicos do PSF fizeram residência em Pediatria. Em São Paulo, esse número é quase o dobro, 40,5%. Medicina Geral Comunitária, que se encontra em segundo lugar no Brasil, com 14,9% das residências, está em quarto lugar em São Paulo, com 10,1%. Antes da Medicina Geral Comunitária, em São Paulo, encontramos Gineco-Obstetrícia (15,7%) e Medicina Interna (13,5%).

Sobre a capacitações dos médicos do PSF realizadas pelas Instituições Parceiras, encontramos o seguinte.

Tabela 20 - Médicos do PSF do município de São Paulo, por tipo de capacitação

Capacitações do PSF	São Paulo PSF
	(%)
Momento I	84,6
Momento II	30,7
Não participou de capacitação	5,9

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Sobre as capacitações oferecidas aos médicos do PSF, em São Paulo, 84,6% participaram do curso introdutório, chamado Momento I; 30,7% participaram das

capacitações nos ciclos de vida, chamado Momento II; e apenas 5,9% dos profissionais não participaram de nenhum curso.

Os médicos também foram perguntados sobre sua experiência anterior ao PSF. Constatou-se, quanto à experiência anterior, o seguinte.

Tabela 21 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por atividade médica anterior

Atividade médica anterior	Brasil PSF	São Paulo PSF
	(%)	(%)
Total	100,0	100,0
Sim	83,0	70,3
Não	17,0	29,7

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Em São Paulo, para 29,7% dos profissionais, o PSF é sua primeira experiência profissional na medicina. Esse percentual é mais alto que o encontrado no país como um todo. O PSF foi o primeiro emprego para 17% dos médicos do PSF do país.

Os profissionais de São Paulo, com experiência profissional anterior ao PSF, atuaram, 86,4% em hospitais, 61,6% em postos de saúde e 10,6% lecionou.

Sobre o tempo de trabalho no PSF, constatou-se o seguinte.

Tabela 22 - Médicos no PSF do Brasil e do município de São Paulo, por tempo de trabalho no PSF

Tempo de trabalho no PSF	Brasil PSF	São Paulo PSF
	(%)	(%)
Total	100,0	100,0
Menos de um ano	42,6	21,0
Mais de um ano	57,4	79,0

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Ao comparar o dado de São Paulo com o dado do PSF no Brasil, constata-se que o percentual de profissionais atuando a menos de um ano no PSF em São Paulo, no momento da pesquisa, era inferior ao dado do Brasil. Isto pode indicar duas coisas, primeiro, que a rotatividade dos médicos do PSF é maior em outras regiões que no município de São Paulo. Por outro lado, temos a questão da ampliação do programa. Isso porque, no período analisado, houve grande expansão do PSF no país. Assim, este indicador contém em si tanto dados referentes à taxa líquida de substituição (TLS) dos profissionais, quanto ao aumento do número de vagas ocorrido no período, que não poderia ser considerado rotatividade.

Questionados sobre experiência anterior no PSF, obteve-se o seguinte.

Tabela 23 - Médicos do PSF do município de São Paulo por experiência anterior no PSF

Experiência anterior no PSF	São Paulo PSF (%)
Total	100,0
Sim	32,8
Não	67,2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Em São Paulo, 32,8% dos profissionais trabalharam em mais de uma unidade do PSF. Ao compararmos este dado com a experiência no PSF em outros municípios, constatamos o seguinte.

Tabela 24 Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por experiência anterior no PSF de outros municípios

Atuou no PSF em outro município	Brasil PSF (%)	São Paulo PSF (%)
Total	100,0	100,0
Sim	20,7	19,5
Não	79,3	80,5

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

O percentual de profissionais que atuou em outros município é muito similar ao percentual encontrado no Brasil. No entanto, ao observarmos o percentual de profissionais que já trabalharam em outras unidades de saúde, observamos que há movimentação de profissionais dentro do município de São Paulo. Essa movimentação pode ter se dado tanto dentro da mesma IP quanto entre IP.

Também foram levantados dados referentes à forma de contratação no PSF.

Tabela 25 - Médico do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por forma de contratação do

Forma de contratação	Brasil PSF (%)	São Paulo PSF (%)
Total	100,0	100,0
CLT	15,5	87,0
Estatutário + CLT	-	13,0
Estatutário	14,0	-
Contrato temporário	69,7	-

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245
e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Observa-se um perfil diferenciado do município de São Paulo, em relação à média do país. Enquanto, em São Paulo, 87% dos profissionais eram contratados segundo as normas da CLT e os 13 % restantes eram estatutários com complementação salarial pela IP, no país como um todo apenas 15,5% dos médicos era contrato pela CLT e 14,0 estatutário. No país quase 70% dos profissionais tinham contratos de trabalho temporário.

É possível que esse fator tenha influência sobre a rotatividade e sobre a TLS observada em São Paulo e no resto do país (Tabela 22).

Sobre o número de vínculos empregatícios dos médicos do PSF em São Paulo e no Brasil, encontramos o seguinte.

Tabela 26 - Médicos do PSF do Brasil e do município de São Paulo, por número de vínculos empregatícios

Número de vínculos empregatícios	Brasil PSF (%)	São Paulo PSF (%)
Total	100,0	100,0
Um	54,5	43,2
Dois ou mais	45,5	56,8

Fonte: MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde, 2003, p. 245
e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Pode-se observar que 43,2% dos profissionais de São Paulo trabalham exclusivamente no PSF. Trabalham em dois locais ou mais, 56,8% dos médicos. Quando comparado aos dados do Brasil, observamos que em São Paulo há cerca de 10% mais, no número de profissionais com mais de um vínculo empregatício. O vínculo do médicos com o PSF é de 40 horas semanais. Nessa medida seria de esperar que um percentual maior de profissionais atuasse exclusivamente no PSF. No entanto, a prática de múltiplos empregos é comum na área médica. No Brasil, em 1995, 24,4% dos médicos possuíam quatro ou mais diferentes atividades profissionais médicas. (MACHADO, 2003, 2005).

Dado um problema específico do município de São Paulo, as distâncias existentes entre os bairros e as dificuldades de locomoção, foram realizadas questões voltadas para o levantamento do meio de transporte utilizado pelos médicos para ir ao trabalho e sobre o tempo gasto em locomoção.

Sobre o meio de transporte utilizado para ir ao trabalho, obtivemos o seguinte.

Tabela 27 - Médicos do PSF do município de São Paulo por meio de locomoção para o trabalho

Meio de locomoção para o trabalho	São Paulo PSF (%)
Total	100,0
Carro	82,7
Outros	17,3

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

A maior parte dos profissionais, 82,7% dos médicos, vai para o trabalho de carro. Quanto ao tempo gasto para locomoção, obtivemos o seguinte.

Tabela 28 - Médicos do PSF do município de São Paulo por tempo de locomoção para o trabalho

Tempo de locomoção para o trabalho	São Paulo PSF (%)
Total	100,0
Até uma hora	71,4
De uma hora a uma hora e meia	20,7
Mais de uma hora e meia	7,9

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Constatou-se que 71,4% dos profissionais levam menos de 1 hora para chegar ao trabalho, 20,7% levam entre uma hora e uma hora e meia e cerca de 7,9% dos médicos leva mais de uma hora e meia em tempo de locomoção para o trabalho. Se considerarmos até uma hora um tempo razoável de locomoção dentro do município, 28,6% dos médicos enfrentam maiores problemas com o tempo de locomoção.

3.1.1 Caracterização dos profissionais por Instituição Parceira

A caracterização dos profissionais do PSF foi levantada por IP. A tabela com a caracterização dos médicos por IP, encontra-se no Anexo IX.

3.2 Indicadores de satisfação no trabalho

O item indicadores de satisfação no trabalho encontra-se dividido em três partes: o resultado geral obtido, a análise dos resultados por indicador de satisfação no trabalho e a análise do resultado geral por Instituição Parceira.

3.2.1 Resultado Geral

O resultado geral fornece o indicador de satisfação como um todo, e leva em consideração os 16 indicadores de satisfação no trabalho obtidos a partir das questões fechadas. Foram considerados os seguintes parâmetros referentes ao grau de satisfação dos profissionais no trabalho:

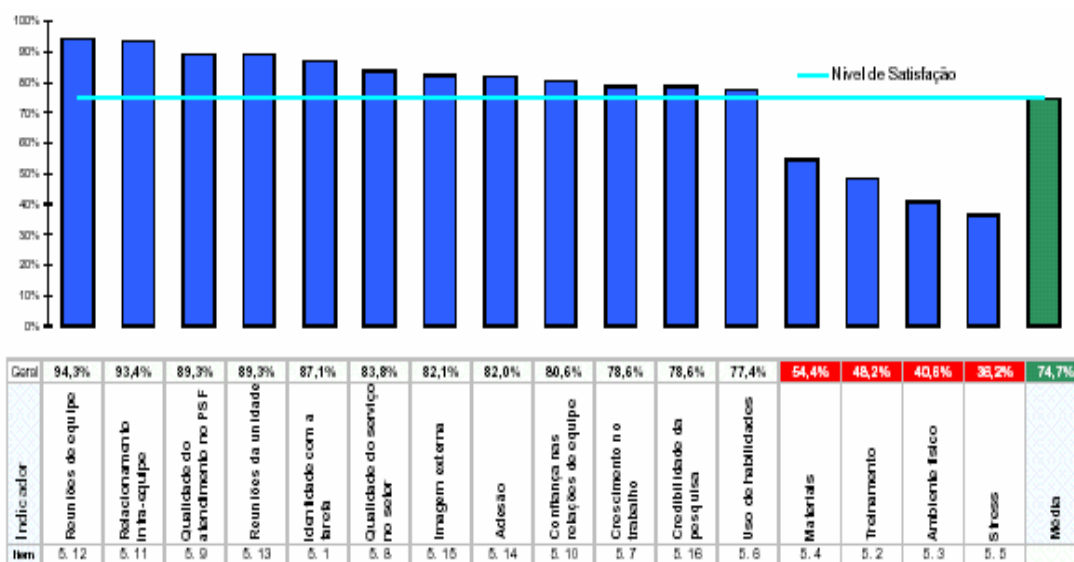
- Muito satisfeito: acima de 90 a 100
- Satisfeito: acima de 75 a 90
- Parcialmente satisfeito: acima de 50 a 75
- Insatisfeito: acima de 25 a 50
- Muito insatisfeito: de 0 a 25

Em São Paulo, o grau de satisfação no trabalho dos médicos do PSF, em agosto de 2004, foi **74,7**.

3.2.2 Indicadores de satisfação no trabalho

O resultado da pesquisa de satisfação no trabalho dos médicos do PSF, por indicador de satisfação, encontra-se no gráfico e na tabela abaixo.

Gráfico II - Resultado dos indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Tabela 29 - Resultado dos indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF

Aspecto	Nº questão	Indicador	Resultado
Material	3	Ambiente físico	40,6
	4	Materiais	54,4
Pessoal	1	Identidade com a tarefa	87,1
	2	Capacitação	48,2
	5	Stress	36,2
	6	Uso de habilidades	77,4
	7	Crescimento no trabalho	78,6
Referente à qualidade	8	Qualidade do serviço no setor	83,8
	9	Qualidade do atendimento no PSF	89,3
Social	10	Confiança nas relações de equipe	80,6
	11	Relacionamento intra-equipe	93,4
	12	Reuniões de equipe	94,3
	13	Reuniões da unidade	89,3
	14	Adesão	82,0
	15	Imagem externa	82,1
	16	Credibilidade da pesquisa	78,6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Na tabela e no gráfico referentes aos indicadores de satisfação dos médicos do PSF no trabalho, observamos a existência de insatisfação, por parte dos profissionais, em relação aos seguintes indicadores: stress (36,2), ambiente físico (40,6) e capacitação (48,2). Estes indicadores foram considerados baixos, pois apresentam um resultado inferior a 50,0.

Com dados acima de 50,0 e abaixo de 74,0, indicando um grau de satisfação parcial no trabalho, encontramos o indicador referente à existência de materiais para realização da tarefa (54,4).

Com um grau de satisfação adequado, de 75,0 a 89,0, encontram-se os indicadores referentes ao uso de habilidades (77,4), crescimento no trabalho (78,6), credibilidade da pesquisa (78,6), confiança nas relações de equipe (80,6), adesão (82,0), imagem externa (82,1), qualidade do serviço no setor (83,8), qualidade do atendimento no PSF (89,3) e reuniões da unidade (89,3). Com um resultado acima de 90, encontramos indicadores de excelência no que se refere à satisfação no trabalho dos médicos do PSF. Estes indicadores são relacionamento intra-equipe (93,4) e reuniões de equipe (94,3).

Os indicadores com resultados mais baixos indicam as prioridades de ação para os gestores.

3.2.3 Resultado Geral de satisfação no trabalho por Instituição Parceira

O Resultado Geral de satisfação no trabalho por IP encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 30 - Resultado Geral de satisfação no trabalho por IP

IP	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII
Resultado geral	76,3	74,4	76,6	72,6	77,0	71,0	74,8	72,7	76,9	77,3	-	-

Fonte: Pesquisa atual

A variação do indicador, por Instituição Parceria, foi de 71,0 a 77,3.

Os indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF, por IP, encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 31 - Indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF por Instituição Parceira

Indicadores	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	Total	Max.	Mín.	Amplitude	s
Identidade com a tarefa	85,2	79,6	83,3	91,4	90,7	91,7	81,0	83,9	93,3	91,7	87,1	91,7	79,6	12,1	5,1
Capacitação	38,6	47,1	45,9	45,7	42,6	40,0	47,6	60,5	56,3	54,6	48,2	60,5	38,6	21,9	7,2
Ambiente físico	43,2	32,4	45,9	46,4	36,1	36,7	31,3	41,7	37,5	50,0	40,6	50,0	31,3	18,7	6,3
Materiais	63,6	46,3	56,9	52,9	52,9	50,0	50,0	59,7	51,6	65,7	54,4	65,7	46,3	19,4	6,3
Stress	40,5	43,5	56,3	36,4	33,3	23,3	35,7	19,4	60,0	34,3	36,2	60,0	19,4	40,6	12,7
Uso de habilidades	73,9	80,6	85,4	73,6	86,1	63,3	81,0	78,3	75,0	79,6	77,4	86,1	63,3	22,8	6,7
Crescimento no trabalho	83,0	86,1	77,1	71,4	79,8	60,0	84,5	77,4	84,4	75,0	78,6	86,1	60,0	26,1	7,9
Qualidade do serviço no setor	84,1	84,3	77,3	77,1	85,2	80,0	89,3	83,9	85,9	91,7	83,8	91,7	77,1	14,6	4,7
Qualidade do atendimento no PSF	85,2	87,0	87,5	89,0	95,4	95,0	83,8	87,9	87,5	90,7	89,3	95,4	83,8	11,6	3,8
Confiança nas relações de equipe	81,8	77,8	85,4	75,7	86,1	76,7	83,8	78,2	81,3	82,7	80,6	86,1	75,7	10,4	3,7
Relacionamento intra-equipe	91,7	92,6	91,7	94,3	94,4	96,7	96,4	87,9	96,9	95,4	93,4	96,9	87,9	9,0	2,8
Reuniões de equipe	88,6	93,5	97,9	97,1	96,3	96,7	96,4	91,1	87,5	96,3	94,3	97,9	87,5	10,4	3,8
Reuniões da unidade	90,9	84,3	97,9	91,9	98,1	95,0	78,8	82,1	79,7	96,3	89,3	98,1	78,8	19,3	7,6
Adesão	88,6	86,0	77,1	80,0	83,3	70,0	85,0	79,8	85,9	82,4	82,0	88,6	70,0	18,6	5,4
Imagem externa	90,9	88,0	83,3	70,7	85,2	80,0	91,3	77,4	87,5	76,9	82,1	90,9	70,7	20,2	6,8
Credibilidade da pesquisa	90,9	80,8	77,1	68,6	87,0	81,7	79,8	73,4	79,7	73,1	78,6	90,9	68,6	22,3	6,6
Resultado Geral	76,3	74,4	76,6	72,6	77,0	71,0	74,8	72,7	76,9	77,3	74,7	77,3	71,0	6,3	2,2

s - desvio padrão

vermelho – abaixo de 2 s

Desta tabela podemos destacar os seguintes resultados: stress, com um resultado médio de 36,2 de satisfação, foi o único indicador na pesquisa que apresentou algum resultado abaixo de 25,0, o que o torna um indicador crítico.

As IP com menores resultados para stress foram a IP VIII, com 19,4, e a IP VI, com 23,3. A análise de desvio padrão indica que nesse indicador houve a maior dispersão nos dados obtida na pesquisa (12,3), o que significa que há grande variabilidade no nível de stress vivido pelos profissionais entre as IP.

No Brasil, 67,9% dos médicos consideraram sua atividade desgastante e geradora de stress. Fatores apontados como geradores de desgaste no exercício profissional foram: excesso de trabalho; falta de pessoal, de recursos materiais e de medicamentos; dificuldade de acesso ao trabalho; remuneração baixa e falha no sistema de referência e contra-referência. (MACHADO, 2002).

Em São Paulo, pesquisa sobre os médicos do PSF relacionou o desgaste profissional à baixa qualificação, à falta de espaço de reflexão da prática, de referência para os demais níveis de atenção, de condições materiais, além de questões relacionadas à resolutividade e à eficácia da prática clínica. (CAPOZZOLO, 2002).

O segundo indicador com baixo resultado, foi o ambiente físico das unidades. Com um resultado médio de 40,6, variou de 31,3, na IP VII, a 50,0 na IP X. Nenhuma IP conseguiu um resultado acima de 50,0 para ambiente físico.

O terceiro indicador, com resultado mais baixo em termos de satisfação dos profissionais, foi capacitação, com uma média 48,2 de satisfação. Este indicador variou de 38,6, na IP I, a 60,5, na IP VIII. No Brasil, em 1999, 96,4% dos médicos do PSF sentiam necessidade de aprimoramento profissional. Por outro lado, se compararmos este dado ao obtido em 1995, com médicos de diversas especialidades no país, observamos que 96,3% dos médicos sentiam necessidade de aprimoramento. Isso indica que a necessidade de aprimoramento

dos médicos do PSF talvez seja uma percepção comum à categoria profissional. (MACHADO, 2003, 2005).

O quarto pior resultado encontrado foi materiais. A média de satisfação foi de 54,4, sendo que a satisfação mais baixa encontrada foi 46,3, na IP II, e a mais alta de 66,7, na IP X.

Na análise dos indicadores de satisfação no trabalho, também se destacaram os indicadores que se referiam às equipes de trabalho no PSF. Estes foram os que obtiveram melhor resultado: relacionamento intra-equipe, com 93,4 e reuniões de equipe com 94,3. O desvio padrão encontrado para relacionamento intra-equipe foi o mais baixo, dentre os indicadores de satisfação no trabalho, o que indica a existência de homogeneidade quanto a este fator, entre as IP. O melhor indicador obtido em toda a pesquisa foi referente a reuniões de equipe na IP V, com 98,1.

Estes dados confirmam os achados de MACHADO (2003). Na pesquisa sobre o perfil dos médicos do PSF, a relação dos médicos com os membros da equipe do PSF foi considerada boa ou excelente por 82,4% dos entrevistados. Isso indica que o trabalho em equipe, uma das premissas do modelo do PSF, tem efetivamente ocorrido, tanto nas ESF de São Paulo, quanto no Brasil como um todo. O trabalho em equipe, quando verdadeiramente eficiente, traz ao indivíduo algumas de suas maiores satisfações. (McGREGOR, 1960).

Na análise de desvio padrão dos indicadores de satisfação no trabalho, destacamos os indicadores uso de habilidades, crescimento no trabalho e adesão, que apresentaram resultados abaixo de 2 desvios padrão na IP VI. Isso indica que esta IP apresentou um resultado significativamente menor nesses indicadores (95%). Essa mesma IP apresentou o pior desempenho no indicador de Resultado Geral (71,0), sendo que o índice de rotatividade da IP VI foi de 60,9, de julho de 2004 a junho de 2005, o segundo pior resultado entre as IP.

4. Correlação entre nível de satisfação e rotatividade

A tabela com todos os coeficientes de correlação entre o índice de rotatividade dos médicos do PSF e o grau de satisfação no trabalho, as características dos profissionais e outros fatores ligados ao trabalho, encontra-se no Anexo X.

Os resultados mais significativos encontrados na análise, por IP, encontram-se nas tabelas abaixo.

Tabela 32 - Principais fatores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF do município de São Paulo, correlacionados ao índice de rotatividade de julho de 2004 a junho de 2005

Fatores	<i>r</i>
Capacitação	-0,59
Tempo de locomoção (mais de uma hora para chegar ao trabalho)	0,57
Materiais	-0,53

Fonte: Pesquisa atual

A partir da análise estatística, observamos que os fatores que apresentam maior correlação com o índice de rotatividade são capacitação, tempo de locomoção e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho.

A maior correlação encontrada foi entre rotatividade e capacitação. Assim, quanto mais os profissionais se sentem capacitados para exercer suas atividades, menor a rotatividade (-0,59). Os resultados da pesquisa indicam que, de forma geral, os profissionais do PSF se sentem pouco capacitados a exercer suas funções, e que a ausência de capacitação adequada leva à rotatividade dos profissionais. No resultado da pesquisa de satisfação no trabalho, o resultado referente às capacitações foi 48,2, o terceiro pior resultado em termos de satisfação. É importante destacar que foi encontrada uma correlação negativa entre a participação no Momento I (capacitação oferecida pelas Instituições Parceiras aos profissionais do PSF) e a percepção de estar capacitado para exercer suas atividades (-0,21). Por outro lado, foi encontrada forte correlação positiva (0,73) entre a participação nos processos de capacitação do Momento II, e a percepção

do profissional de estar capacitado para realizar seu trabalho. A correlação negativa existente entre especialização e rotatividade foi constada pela primeira vez em 1922, tendo sido posteriormente confirmada em diversos estudos. (BRISSENDEN e FRANKEL, 1922; REYNOLDS, 1951; MORSE, 1953 apud MARCH & SIMON, 1979).

A segunda maior correlação encontrada com o índice de rotatividade foi o tempo de locomoção para se chegar ao trabalho (0,57). Esse dado nos permite inferir que quanto maior a distância da unidade do local de moradia do profissional maior a rotatividade.

O terceiro fator de rotatividade encontrado foi materiais (-0,53). A falta de materiais para realização do trabalho leva a uma maior rotatividade de profissionais. No resultado da pesquisa de satisfação no trabalho, o resultado da satisfação dos profissionais para com as condições materiais foi de 54,4, o quarto pior resultado em termos de satisfação no trabalho.

A tabela abaixo apresenta outros fatores importantes, correlacionados à rotatividade dos médicos do PSF.

Tabela 33 - Fatores correlacionados ao índice de rotatividade dos médicos do PSF, de julho de 2004 a junho de 2005

Fatores correlacionados ao índice de rotatividade	<i>r</i>
Tempo de formado (de 4 a 15 anos)	-0,50
Salário	0,48
Tempo de formado (a menos de 4 anos)	0,47
Faixa etária (até 29 anos)	0,47
Ambiente físico	-0,47
Satisfação Geral	-0,46
Com experiência anterior no PSF	-0,46

Fonte: Pesquisa atual

O tempo de formado, de 4 a 15 anos, é fator de estabilidade dos profissionais (-0,50). Quanto maior o percentual destes profissionais nas IP, menor a

rotatividade. Inversamente, quanto maior o percentual de profissionais formados de 0 a 4 anos, maior a rotatividade encontrada (0,47). Como a faixa etária (até 29 anos) e o tempo de formado (até 4 anos) apresentaram correlação de 0,94, encontramos correlação muito similar entre idade e tempo de formado, e rotatividade (0,47). Este resultado confirma estudos que apresentam correlação negativa entre idade e rotatividade. Desde 1943 foi constatado por MYERS & MACLAURIN que quanto maior a idade menor tende a ser a rotatividade. (apud MARCH & SIMON, 1979; LOPES 1980; LÉVI-LEBOYER, 1994).

Curiosamente, salário apresentou correlação positiva com rotatividade (0,48), ou seja, quanto maior o salário pago, maior o giro dos médicos. Duas hipóteses foram levantadas a partir deste dado. A primeira foi que o salário maior era pago por IP que possuísssem unidades mais distantes da região central do município. Testamos tal hipótese e encontramos uma correlação entre tempo de locomoção e salário de 0,32, ou seja, há alguma relação positiva entre salário e distância. No entanto, a correlação encontrada entre salário e rotatividade é superior a esta. Isso nos levou à segunda hipótese, que o salário estivesse sendo utilizado pelas IP como mecanismo de fixação dos profissionais. Assim, não é o fato de receber um salário maior que leva à rotatividade, mas a alta rotatividade é que tem levado ao aumento do valor da remuneração dos médicos. Como a correlação encontrada entre rotatividade e remuneração é positiva (0,48), a medida parece não estar sendo eficaz.

O fator seguinte a apresentar correlação com o índice de rotatividade foi o ambiente físico da unidade (-0,47). Quanto pior a percepção dos profissionais quanto aos ambiente físico das unidades, maior a rotatividade. O ambiente físico, na pesquisa de satisfação dos profissionais, foi considerado o segundo pior resultado de satisfação dos profissionais (40,6).

O grau de satisfação geral dos médicos com o trabalho apresentou correlação negativa com a rotatividade, ou seja, quanto maior a satisfação geral dos médicos, menor a rotatividade. A correlação encontrada foi de -0,46. Esse

resultado confirma estudos na área de saúde, segundo os quais a satisfação no trabalho é negativamente correlacionada à rotatividade. (LICHTENSTEIN, 1984; KOEBEL, et al. 1991a; SIBBALD et al., 2000; COLLINS, et al., 2000; GRIFFETH et al., 2000; HOM & KINICKI, 2001; PATHMAN, et al. 2002; KRUEGER et al., 2002; MA et al., 2003; SIBBAD et. al., 2003; LANDON et. al., 2003; MISRA-HERBERT et. al., 2004; DICK, et al. 2004; ELLENBECKER, 2004; KACEL et. al. 2005; LU et al., 2005).

Possuir experiência anterior no PSF também apresentou correlação negativa com a rotatividade (-0,46). Cabe destacar que quase um terço dos profissionais do PSF tinham experiência anterior no programa (33,0%), o que indica giro de profissionais entre municípios (16,1%) e entre Instituições Parceiras.

Ao analisarmos os dados da pesquisa de satisfação dos profissionais observamos que três, dos quatro piores indicadores encontrados, encontram-se correlacionados à rotatividade: capacitação, ambiente físico e materiais. Apenas stress, o indicador que apresentou o pior resultado na pesquisa de satisfação (36,2), praticamente não apresentou nenhuma correlação com rotatividade -0,07.

Estes resultados, analisados à luz das teorias higiene-motivacionais de HERZBERG (1964, 1997), indicam que para os médicos do PSF os resultados de insatisfação no trabalho quanto aos fatores higiênicos são os que apresentam maior correlação com a rotatividade. Nessa medida, os profissionais podem se encontrar motivados para o trabalho, mas a falta de condições materiais e de capacitação para realização da tarefa os leva a sair.

Sobre os indicadores de satisfação no trabalho que apresentaram bons resultados, acima de 75, a correlação encontrada mais significativa foi entre a percepção de qualidade de serviço no setor (83,8) e a rotatividade (-0,43). Ou seja, quanto maior a qualidade percebida, menor a rotatividade.

Também cabe destacar que foi encontrada uma baixa correlação entre percentual de profissionais por IP com residência médica concluída e rotatividade (-0,14). O mesmo foi encontrado em relação ao percentual de profissionais com especialização concluída (-0,17) e rotatividade. A baixa correlação encontrada, quando comparada a outros fatores, põe em questão um dos fatores mais freqüentemente descritos como sendo a razão pela qual os médicos do PSF deixam o trabalho, prestar residência médica ou cursar especialização.

Diferentemente de dados da literatura (LÉVI-LEBOYER, 1994), segundo os quais as mulheres mudam menos de trabalho que os homens, ser do sexo feminino apresentou baixa correlação negativa com rotatividade, -0,03.

A satisfação média é alta, mas cada fator de satisfação deve ser olhado separadamente. A média alta não resolve o problema de alguns indicadores baixos específicos de algumas organizações. Construir um alto índice de satisfação global não garante a fixação dos profissionais. Os fatores higiênicos existentes no trabalho precisam ser observados, no sentido de reduzir a rotatividade dos profissionais. (PATHMAN, et. al. 2002; KACEL et. al. 2005).

Outro importante aspecto, no que se refere à rotatividade, que pode ser destacado é a situação econômica do país. Para alguns autores este é o elemento mais preciso para previsão de flutuação de pessoal. Quando há um grande número de empregos disponíveis no mercado, e no período analisado nunca foram preenchidas todas as vagas existentes de médico no PSF em São Paulo, a taxa de rescisões espontâneas tende a ser alta. Quanto maior o número de alternativas existentes fora da organização, maior a percepção de facilidade de movimentação. (MARCH & SIMON, 1979; LEVI-LEBOYER, 1994).

4.1 Correlação entre satisfação no trabalho e características dos profissionais

Também analisamos que características dos profissionais e do trabalho dos médicos do PSF encontram-se correlacionados à satisfação global no trabalho.

A tabela com todas as correlações entre os indicadores de satisfação no trabalho e as características dos médicos do PSF, encontra-se no Anexo XI.

A tabela abaixo apresenta os fatores que apresentaram correlação entre satisfação no trabalho e características dos profissionais médicos do PSF.

Tabela 34 - Correlação entre fatores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF do município de São Paulo e características dos profissionais, agosto de 2004

Características	<i>r</i>
Locomoção (vai de carro para o trabalho)	0,66
Tempo de formado (a menos de 4 anos)	-0,51
Curso de especialização concluído	0,49
Tempo de formado (de 4 a 15 anos)	0,48

Fonte: Pesquisa atual

Ir de carro para o trabalho foi o fator que apresentou maior correlação positiva com o nível de satisfação no trabalho dos médicos do PSF (0,66). Meio de transporte apresentou correlação com o tempo para chegar ao trabalho. A correlação entre ir de carro para o trabalho e levar mais de uma hora para chegar ao trabalho foi de -0,69, ou seja, indo de carro gasta-se menos tempo. A correlação encontrada entre tempo para chegar ao trabalho e satisfação no trabalho também foi negativa (-0,32), ou seja, quanto mais tempo se gasta para chegar ao trabalho, menor a satisfação. Cabe destacar nesta análise, o caso da IP V. Com o pior indicador em tempo para chegar ao trabalho, com 74,1% de seus médicos levando mais de uma hora de tempo de locomoção, conseguiu o terceiro melhor resultado em termo de satisfação global no trabalho (77,0).

O tempo de formado foi o segundo fator a apresentar maior correlação com a satisfação no trabalho. Profissionais formados há até 4 anos apresentaram correlação negativa ($-0,51$) com satisfação no trabalho. Profissionais formados entre 4 e 15 anos apresentaram correlação positiva ($0,48$). Isso indica que os recém-formados encontram-se mais insatisfeitos com o trabalho no PSF e que, com o passar dos anos, o grau de satisfação no trabalho dos médicos tende crescer. A correlação encontrada entre profissionais com mais de 15 anos de formado e grau de satisfação no trabalho, foi de $0,39$. É positiva, mas inferior ao grau de satisfação dos profissionais formados entre 4 e 15 anos, o que confirma dados da literatura. (KATZ & KAHN, 1970; LÉVI-LEBOYER, 1994).

Existe correlação positiva também entre profissionais com curso de especialização concluído e satisfação no trabalho, $0,49$. Já a correlação encontrada entre satisfação no trabalho e residência médica concluída é menor, mas também é positiva, $0,34$. Nessa medida, especialização e residência médica apresentaram correlação positiva com o grau de satisfação no trabalho, mas não apresentaram resultados significativos quando correlacionados à rotatividade dos profissionais.

5. Contradições entre os resultados obtidos pelos diferentes métodos

Foram comparados os resultados obtidos a partir da análise estatística de correlação entre a rotatividade dos médicos do PSF e a satisfação no trabalho, e as hipóteses dos gerentes das IP quanto aos fatores que levam à rotatividade do médico do PSF. Destacaram-se dois fatores que apresentaram alguma contradição entre os resultados: a saída para cursar residência médica e a distância das unidades.

A saída para cursar residência médica foi o fator mais citado nas entrevistas como sendo a causa da rotatividade dos médicos, tendo sido citado tanto pelos responsáveis pela parceria com a SMS, quanto pelos gerentes de RH das IP. Dos 21 entrevistados, 12 destacaram a questão residência médica. Destes, seis

consideraram este o principal fator, e dois consideraram ser este o único fator gerador da rotatividade dos médicos do PSF.

Em uma das IP, um dos entrevistados afirmou: *“A saída dos profissionais se dá, em grande parte, em função de terem passado na residência médica.”*(IP IV). Esta mesma IP nos forneceu os seguintes dados, obtidos a partir das entrevistas de desligamento dos médicos do PSF no período:

“Em um ano, vinte e um funcionários (médicos do PSF) foram desligados da empresa. Destes, quatro foram desligados por iniciativa da empresa. Dos dezessete que pediram desligamento, os motivos foram: cinco por motivos pessoais; quatro por viagem de estudos; três foram para outro PSF; dois entraram em residência; dois por mudança de cidade e um desistiu no fim do período de experiência.” (IP IV).

De fato, a saída para cursar residência médica foi responsável por menos de 10% das demissões no período. Apesar do entrevistado ter apresentado estes dados, na entrevista, ao responder quais os fatores que levaria à rotatividade dos médicos, a única resposta fornecida foi a residência médica.

Na análise da rotatividade das IP por período do ano, verificamos que nas IP I, III, V e VII, que nos forneceram os dados mês a mês, não houve um aumento no número de desligamentos no final e no início do ano, período em que os médicos se demitiriam para cursar a residência. De dezembro a fevereiro (25% dos meses do ano), saíram 21% dos médicos.

Na IP VII, nos meses de dezembro a fevereiro, a rotatividade foi 5,0% da rotatividade da IP no ano, meses em que os médicos se desligariam para cursar a residência. Ainda assim, nas entrevistas, a primeira hipótese sobre os fatores que levariam à rotatividade dos médicos foi a residência médica.

Estes dados contradizem a hipótese da demissão para cursar residência médica como sendo o principal fator gerador da rotatividade dos médicos do PSF.

Na pesquisa de satisfação e caracterização dos médicos do PSF, o percentual de profissionais com residência médica apresentou uma baixa correlação entre percentual de profissionais por IP com residência médica concluída e rotatividade (-0,14). O mesmo foi encontrado em relação ao percentual de profissionais com especialização concluída (-0,17) e rotatividade.

O segundo fator de rotatividade que merece ser destacado foi a questão da distância das unidades. Do ponto de vista da análise da correlação, a distância das unidades, mensurada em função do profissional levar mais de uma hora para chegar ao trabalho, apresentou a segunda maior correlação encontrada com o índice de rotatividade dos médicos do PSF, 0,57.

No entanto, a distância não pode ser tomada como um fator isolado. Como tentativa de minimizar o problema e fixar os profissionais do PSF, quatro IP passaram a oferecer transporte para profissionais que trabalhassem em unidades de difícil acesso (IP IV, IP VI, IP V e IP VIII). Sobre estas IP temos os seguintes dados: A IP VI leva os médicos para 12 UBS do M'Boi Mirim e para a região do Jardim Ângela, e sua rotatividade geral foi a segunda mais alta dentre as IP, 60,9% ao ano. A IP IV, por sua vez, leva a todos os profissionais de 3 UBS do Jardim Angela e observou que após a implantação do transporte houve redução de mais de 70% na rotatividade de médicos e enfermeiros destas unidades. Sua rotatividade geral foi de 32,3% ao ano. A IP V leva os profissionais que atuam em unidades de Parelheiros, e sua rotatividade geral foi de 42,4% ao ano. Em entrevista sobre a questão da distância das unidades como fator gerador de rotatividade, disse um dos entrevistados:

“A rotatividade geralmente é atribuída à distância das unidades e à violência na região. Mas a questão da distância por si só não explica, porque há unidades distantes, em que encontramos uma boa relação de trabalho e onde a unidade é mais organizada, em que o médico fica mais tempo.” (IP VIII)

Assim, o transporte dos profissionais para unidades de difícil acesso pode reduzir a rotatividade, mas uma ação exclusiva nesta área, sem que se avalie quais os demais fatores que levam à rotatividade, não soluciona o problema.

Ainda sobre a questão da distância das unidades, a IP VII verificou que duas unidades localizadas em um bairro da região central do município apresentaram um índice de rotatividade dos médicos de 142,9% ao ano, e que unidades de um bairro distante apresentaram um índice de rotatividade de 4,2% ao ano. A alta rotatividade da região central levou a IP a realizar um processo seletivo especial para os médicos destas unidades e a acionar a Secretaria Municipal de Saúde para verificar o que estava ocorrendo. Ainda assim, na entrevista com o gerente desta IP, a segunda causa apontada para a rotatividade dos médicos foi a localização das unidades.

Quando em um processo de pesquisa se encontra oposição entre resultados é preciso se perguntar sobre o sentido da contradição encontrada. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005)

5.1 Como explicar a contradição entre os resultados?

No discurso dos gerentes das Instituições Parceiras sobre os fatores que levam à rotatividade dos médicos encontramos uma afirmação comum: a saída para cursar residência médica. O discurso se reproduz de forma independente da observação dos fatores que têm levado à demissão dos profissionais das unidades. Por que isso ocorre?

A análise do isomorfismo institucional oferece uma resposta a esta questão. Trata-se de um processo de restrição que leva uma unidade de uma população a se parecer com outras que enfrentam as mesmas condições ambientais. Quanto mais um grupo de organizações depende de uma mesma fonte de fornecimento de recursos, maior o nível de isomorfismo. Nesta perspectiva sistêmica, gestores podem conduzir uma organização, e obter legitimidade para suas ações, a partir

de uma visão convencional, sem que suas ações sejam necessariamente eficazes. (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

Três mecanismos diferentes produzem o isomorfismo institucional: o isomorfismo coercitivo, como consequência de pressões formais ou informais; o isomorfismo mimético, baseado na imitação; e o isomorfismo normativo, decorrente da profissionalização de gerentes e especialistas. (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

No caso das IP que consideram a saída para cursar residência médica como o principal fator de desligamento dos médicos do PSF, mesmo quando esta afirmação é contrária a seus dados, ocorre o processo de isomorfismo mimético. Dados o isomorfismo mimético ser fortemente induzido por situações de ambigüidade e incerteza, e sendo a rotatividade dos médicos um fator ligado a causas complexas de difícil mensuração, as respostas dos gerentes tornaram-se padronizadas e mimetizadas a partir de observações pontuais. (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

Cabe destacar que os gerentes, ao responder sobre os principais problemas da área de RH das IP consideraram como principal problema na área de RH, o modelo de gestão do PSF em São Paulo, com diversos modelos de atenção, vínculos trabalhistas e salários convivendo na mesma unidade. Em segundo lugar, foi apontado o problema da saúde do trabalhador e o stress dos profissionais do PSF, inclusive do médico e, em terceiro lugar, a questão da gerência das unidades. A rotatividade dos médicos aparece apenas em quarto lugar, dentre os problemas da área de RH. No entanto, ao apontar quais seriam os fatores responsáveis pela rotatividade, alguns dos principais problemas de RH descritos não foram apontados.

A maior parte dos fatores apontados pelos responsáveis pela parceria, e pelos gerentes de RH das IP, como sendo os geradores da rotatividade dos médicos, referiu-se a características dos profissionais. Apenas um dos entrevistados viu nas condições atuais de trabalho dos médicos do PSF um fator importante na

determinação da rotatividade. Em certa medida, ao responsabilizar os próprios profissionais por sua não permanência no trabalho, os gestores não se responsabilizam pelos fatores sobre os quais poderiam intervir, e que também são responsáveis pela rotatividade. Isso indica que o mimetismo ocorrido entre as instituições não se deu sobre qualquer aspecto, e que não há aleatoriedade nesse processo.

6. Nova hipótese

Na análise das entrevistas e das correlações constatou-se que o fato de a IP ter um hospital, ou uma faculdade de medicina, parecia intervir na rotatividade. Em função disso, foi elaborada uma nova hipótese: a existência de correlação negativa entre possuir uma faculdade de medicina, e/ou um hospital, e a rotatividade dos médicos do PSF.

Para testar esta nova hipótese as IP foram classificadas e, dependendo da classificação, foram pontuadas.

O critério utilizado para a pontuação foi o seguinte: IP com faculdade de medicina notas A ou B, com hospitais universitários; IP ligada a fundação vinculada a faculdade de medicina nota A, com hospital universitário e IP com hospital de grande prestígio receberam pontuação 3. IP com faculdade de medicina nota C, com hospital universitário e IP com hospital receberam pontuação 2 e IP sem hospitais ou faculdades de medicina receberam pontuação 1. O resultado obtido encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 35 - Classificação e pontuação das IP, em função de possuir faculdade de medicina e/ou hospital

Classificação	Pontuação	IP
IP com faculdade de medicina notas A ou B, com hospitais universitários	3	VII, XI
IP ligada a fundação vinculada a faculdade de medicina nota A, com hospital universitário	3	IX, X
IP com hospital de grande prestígio	3	XII
IP com faculdade de medicina nota C, com hospital universitário	2	V
IP com hospital	2	IV, VIII
IP sem hospitais ou faculdades de medicina	1	I, II, III, VI

Fonte: Pesquisa atual

Ao correlacionarmos a rotatividade dos médicos do PSF à pontuação das IP, encontramos o seguinte resultado:

Tabela 36 - Correlação entre índice de rotatividade por IP e pontuação por possuir faculdades de medicina e/ou hospitais

IP	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII	r
Índice de rotatividade (%)	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7	-	-	22,8	14,3	22,2	
Pontuação da IP	1	1	1	2	2	1	3	1	3	3	3	3	-0,89

Fonte: Pesquisa atual

A correlação encontrada entre a IP possuir faculdade de medicina e/ou hospital, e a rotatividade dos médicos do PSF foi de -0,89. Esse resultado é superior a qualquer outra correlação encontrada na pesquisa. A capacitação para o trabalho, a maior correlação encontrada entre um indicador de satisfação no trabalho e rotatividade, foi de -0,59; o tempo para chegar ao trabalho, a segunda maior correlação encontrada, foi de 0,57. O grau de satisfação geral no trabalho apresentou uma correlação de -0,46, o que confirmou a hipótese da existência de correlação entre a satisfação no trabalho dos médicos do PSF e a rotatividade.

Ao analisar o resultado da correlação entre a IP possuir um hospital ou uma faculdade de medicina e sua rotatividade, à luz das entrevistas, verificou-se que um dos fatores apontados para a rotatividade dos médicos foi o desprestígio do médico do PSF. É possível considerar que o prestígio da IP, e o reconhecimento

social desta, são importantes fatores de fixação dos médicos do PSF, e que grande parte do que se considera prestígio na profissão permanece vinculado a instituições com tradição na área hospitalar.

Sobre a possibilidade das IP com faculdades de medicina terem uma política de RH diferenciada para os médicos do PSF, e que este poderia ser o fator subjacente ao resultado encontrado, destacamos a fala de um dos entrevistados da IP VII (IP com faculdade de medicina notas A ou B, com hospitais universitários): “*Vemos esses profissionais só no dia da contratação. Depois, para nós, é como se fossem funcionários virtuais.*” O que indica que a rotatividade desta IP, abaixo da média encontrada no município, não poderia ser explicada em função de suas políticas de RH.

VII. CONCLUSÃO

O estudo confirmou a hipótese da existência de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF, no município de São Paulo.

Os fatores de satisfação no trabalho que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram capacitação, distância das unidades e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Constou-se que os fatores que mais influenciaram a rotatividade foram fatores higiênicos. Quanto ao salário dos médicos do PSF, a pesquisa indica que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa. Também verificou-se que a distância das unidades é um fator importante na determinação da rotatividade, mas que ações isoladas, com o oferecimento de transporte para os profissionais, não resolvem o problema.

Sobre o grau de satisfação no trabalho dos médicos do PSF, constatou-se que a satisfação no trabalho da categoria como um todo é boa (74,7/100). Foi encontrada variação de resultados no grau de satisfação no trabalho por Instituição Parceira (de 71,0 a 77,3/100).

Apesar da satisfação no trabalho média ser alta, a média não resolve os problemas causados por indicadores de satisfação que apresentam baixo resultado. Os indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF com piores resultados (abaixo de 50/100) foram: stress, ambiente físico e capacitação. A disponibilidade de materiais para realizar o trabalho veio a seguir (54,4/100).

Os indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF que alcançaram níveis de excelência (acima de 90/100) foram os indicadores de trabalho em equipe.

O índice de rotatividade dos médicos do PSF variou entre as IP, de 14,3% a 61,1% ao ano. Estes resultados podem ser agrupadas em três categorias. Das dez IP com dados de rotatividade, três apresentaram um índice adequado (de 0 a 25% ao ano), cinco um índice ruim (de 26 a 50% ao ano) e duas um índice crítico (acima de 50% ao ano). Constatou-se que apenas duas, das doze IP do município, calculavam sua rotatividade regularmente, e que apenas uma utilizava o dado para gerenciamento.

A rotatividade dos médicos é um problema diferente para as diferentes IP. Apesar de muito citada nas entrevistas realizadas com gerentes das IP, apenas uma vez foi apontada como sendo o principal problema da área de RH. Inicialmente vista como um problema insolúvel, com o tempo passou a ser considerada um problema crônico, possivelmente em função das dificuldades de intervenção, e do desconhecimento do próprio dado.

Os gerentes das IP consideraram como sendo os maiores problemas na área de RH do PSF, em São Paulo: o modelo de gestão adotado no município para o PSF; a saúde do trabalhador, em especial a saúde mental dos ACS; a gerência das unidades; e problemas referentes à categoria médica, com destaque para a questão da rotatividade, em quarto lugar.

Sobre as hipóteses dos gerentes quanto aos fatores que levam à rotatividade, destacaram-se fatores referentes aos próprios profissionais. A hipótese que apareceu com maior frequência foi a demissão para cursar residência médica.

Ao compararmos os resultados da correlação entre o índice de rotatividade e o grau de satisfação no trabalho, às hipóteses dos gerentes das Instituições Parceiras quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos do PSF, algumas contradições entre os resultados puderam ser constatadas. Dentre elas, destaca-se a questão da residência médica. Para os gerentes, este foi considerado o principal fator gerador de rotatividade dos médicos do PSF.

Segundo a pesquisa de satisfação no trabalho dos profissionais, foi encontrada baixa correlação entre o percentual de profissionais com residência médica por IP e a rotatividade. Nos meses do final e do início do ano (dezembro, janeiro e fevereiro), período em que os médicos se demitiriam para cursar residência, foi encontrado um índice de rotatividade mais baixo que no resto do ano. Nesta medida, os dados fornecidos pelas próprias IP contradisseram suas falas. Considerou-se que o discurso padronizado dos gerentes pode ser decorrente de um processo de isomorfismo mimético entre as IP. (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

Ao final do trabalho foi encontrada uma alta correlação entre o índice de rotatividade dos médicos do PSF e o prestígio da IP na área hospitalar. Esse foi o fator mais relevante na determinação da rotatividade. É possível que o desprestígio social em ser médico do PSF, descrito por um dos gerentes das IP, seja compensado, em certa medida, pelo prestígio da IP junto à categoria médica, e que muito do que se considera prestígio nesta categoria encontra-se vinculado à área hospitalar.

Alguns pontos merecem ser destacados, em função de se constituírem em potenciais objetos de novos estudos. Constatou-se que, enquanto os médicos do PSF apresentam um alto índice de rotatividade, os enfermeiros parecem

apresentar uma rotatividade muito mais baixa²². Dada a dificuldade de fixação da categoria de enfermagem, do ponto de vista global, com a intensa migração de profissionais, especialmente entre países anglo-saxões, consideramos que isso mereça ser investigado. A questão da saúde do trabalhador no PSF, em especial os problemas de saúde mental do ACS e do médicos, destacou-se dentre os problemas da área de RH das IP. Um estudo sobre os fatores que têm levado ao *burnout* destes profissionais seria interessante e útil para o desenvolvimento de políticas voltadas para a saúde do trabalhador. E o último ponto a ser destacado, são as diferenças existentes entre os modelos do QUALIS e o do PSF, em São Paulo, não apenas do ponto de vista de processos, mas também de resultados.

Alguns dos desafios presentes no Programa de Saúde da Família em São Paulo, também puderam ser verificados no processo de pesquisa. Um importante desafio encontra-se nas relações existentes entre o poder público e as instituições privadas, ou seja, entre SMS e IP. No município de São Paulo, constatou-se ser necessária a criação de um melhor sistema de *accountability* das parcerias; uma melhor definição dos papéis de cada um na gestão dos recursos materiais, financeiros e de pessoal do PSF; e uma definição clara de metas, do ponto de vista de seus resultados, do programa, que possibilitasse a avaliação do desempenho das IP.

Os elevados índices de rotatividade das IP põe em questão a premissa da eficiência existente no modelo gerencial, quando se refere à administração no setor privado.

Finalmente, mais um último desafio colocado para o PSF, e que se sobrepõe às decisões municipais, encontra-se na falta de articulação entre as diversas instâncias do poder público, no que se refere às parcerias para a implantação do PSF. Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde colocou-se contrário às parcerias entre os setores público e privado, por considerar que a parceria representa uma

²² Enquanto a TLS dos médicos do PSF obtida na pesquisa de satisfação dos profissionais, em agosto de 2004, foi de 21,0%, a TLS dos enfermeiros foi de 5,6%.

transferência de responsabilidade pela área da saúde que não seria compatível com o modelo de gestão do SUS. O Ministério Público do Trabalho, por sua vez, tem considerado irregular todas as contratações na área pública, que não por concurso público, o que tem levado à necessidade de realização de concurso para os profissionais do PSF. A realização de concursos públicos para os profissionais do PSF no município de São Paulo encerraria o modelo de parceria existente. A necessidade de articulação entre as Instituições Públicas, para a construção de uma política pública comum, é premente no que se refere à relação público e privado na área da saúde, para que os processos não sejam permanentemente reiniciados, impossibilitando a realização de qualquer política de longo prazo.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES SOBRINHO, E. J. M.; CHIESA, A. M.; SOUSA, M. F. PSF: Um sonho possível na cidade de São Paulo. In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 37-44.
- ALVES SOBRINHO, E. J. M. A.; SOUSA, M. F. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002a, p. 47-68.
- ANDREWS D.R., DZIEGIELEWSKI S. F. The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention. *Journal of Nursing Management*. Volume 13 Issue 4 Page 286 - July 2005
- ANSELM, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Turnover of nursing personnel in hospitals in Ribeirão Preto. *Revista Panamericana de Salud Publica*, July 1997, vol.2, no.1, p.44-50. ISSN 1020-4989.
- ARCHER, E. R. O mito da Motivação. In: *Psicodinâmica da Vida Organizacional: motivação e liderança*. BERGAMINI C. W. & CODA, R. (Orgs). São Paulo: Pioneira, 1990.
- ARRETCHE, M. (2000). *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. São Paulo: Fapesp, 2000.
- AZEVEDO, C. B. LOUREIRO, M. R. Carreiras públicas em uma ordem democrática: entre os modelos burocrático e gerencial. *Revista do Serviço Público*. Ano 54, nº 1, jan-mar 2003, p. 45- 59.
- BACKMAN, A. Job Satisfaction, Retention, Recruitment and Skill Mix for a Sustainable Health Care System; *Report to the Deputy Minister of Health for Saskatchewan*. Saskatchewan, Canada, 2000.
- BAILIE, R.; SIBTHORPE, B.; DOUGLAS, B.; BROOM, D.; ATTEWELL, R.; MCGUINNESS C. Mixed feelings: satisfaction and disillusionment among Australian GPs, *Family Practice*. 15(1):58-66, Feb. 1998.
- BERGAMINI, C. W. *Motivação*. São Paulo: Editora Atlas, 1986.
- _____. *Motivação nas Organizações*, 4ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 1997a.
- _____. Motivação: mitos, crenças e mal-entendidos. In: BERGAMINI, C. W. & CODA, R. (Orgs.) *Psicodinâmica da vida organizacional – motivação e liderança*. 2ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 1997b, p: 69-93.
- BERGAMINI, C. W. & CODA, R. (Orgs.) *Psicodinâmica da vida organizacional – motivação e liderança*. 2ª edição, São Paulo, Ed. Atlas, 1997.

- BONASSA, E.; CAMPOS, C. V. A. *Saúde Mais Perto: os programas de saúde e as formas de financiamento para os municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BORGES, L. O. e ALVES FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. *Estudos de psicologia*, Natal, vol.6, nº 2, jul./dez. 2001, p.177-194.
- BRASIL. Lei Ordinária 8.080. *Diário Oficial da União*, 20 de setembro de 1990.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PSF: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção Básica. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por Estados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família*. Relatório REFORSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da família em dez grandes centros urbanos: Síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: Etapa 3*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PROESF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.399, de 22 de julho de 2003. *Habilita o Município de São Paulo em Gestão Plena do Sistema*, 2003b.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Proposta de avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da estratégia saúde da família – proposta para manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Informe da Atenção Básica*, nº 21, 2004c.
- BRAYFIELD, A. H. & CROCKETT, W. H. Employee attitudes and employee performance. In: VROOM, V. H. & DECI, E. L (Orgs.) *Management and Motivation*. Middlesex, England: Penguin Books, 1970, p. 72-82.
- BUCHAN, J., SOCHALSKI J. The migration of nurses: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, nº 82, p. 587-594, 2004.
- BUCHBINDER, S. B.; WILSON, M.; MELICK, C. F.; POWE, N. R. Estimates of Costs of Primary Care Physician Turnover. *The American Journal of Managed Care*, nº 5, p.1431-1438, 1999.
- CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de Saúde de Família em São Paulo, *mimeo*, 1997.
- _____. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estudos avançados*, v. 13, n. 35, p. 89-100, 1999.
- 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, p. 242-249.
- CHIESA, A. M.; BATISTA K. B. C. Desafios da Implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. *O mundo da Saúde*, São Paulo, ano 28, v.28, n. 1, Jan./Mar., 2004.
- CHU C.; HSU H. M.; PRICE J. L.; LEE J. Y. Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan. *International Nursing Review*, v. 50, n. 3, p. 176 – 187, Sept. 2003.
- CHUNG, K. H. *Motivational Theories and Practices*. Columbus, Ohio: GRID Inc., 1977.

- COHEN, M. M. *O Modelo Assistencial do SUS – Niterói: Conflito e Pactuação Política no Processo de Integração do Programa Médico de Família*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- COLLINS, JONES , MPHIL DPHIL, MCDONNELL, READ & CAMERON. Do new roles contribute to job satisfaction and retention of staff in nursing and professions allied to medicine? *Journal of Nursing Management*, v. 8, n. 1, p. 3-15, Jan. 2000.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p. 191-202, 2002.
- COOPER, C. L. ; ROUT, U; FARAGHER B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *British Medical Journal*. v.11; n.298(6670), p. 366-370, Feb. 1989.
- CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões de saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 21, Dez. 2000.
- COSTA, L. R. L. *Os critérios de alocação de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002*. 2003. 118f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo.
- COSTA N. R; PINTO, L. F. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Ed. Sobravime, 2002, p. 271-298.
- DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, v.16, n.1, p.82-88, Feb. 2002.
- _____. A política e a gestão de recursos humanos em saúde: 1984 a 1995. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, nº 2, p. 19-49, 2001.
- _____. Inovação Política em Saúde, Tecnologia e Recursos Humanos. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, nº 2, p. 11-48, 1998.

- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 2ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 1987.
- _____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: *O indivíduo na Organização – dimensões esquecidas*. CHANLAT, J. F. (Org.), Vol I. São Paulo: Atlas, 1996, p. 149-173.
- _____. *Conferências Brasileiras – Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: FUNDAP, EAESP/FGV, 1999.
- DICK, R. V.; CHRISTW, O.; STELLMACHERW, J.; WAGNERW, U.; AHLWEDEW, O.; GRUBBAW, C.; HAUPTMEIERW, M.; HÖHFELDW, C.; MOLTZENW K. and TISSINGTON P. A. Should I Stay or Should I Go? Explaining Turnover Intentions with Organizational Identification and Job Satisfaction. *British Journal of Management*, v. 15, p. 351–360, 2004.
- DIMAGGIO, P.; POWELL, W. The iron cage revised: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, v. 48, p. 147-160, 1983.
- DOWELL, A. C.; HAMILTON, S.; MCLEOD, D. K. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners. *New Zealand Medical Journal*, v. 14, n. 113(1113), p. 269-72, Jul. 2000.
- DOWELL, A. C.; WESTCOTT T.; MCLEOD, D. K.; HAMILTON, S. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among New Zealand health professionals. *New Zealand Medical Journal*. v. 14; n. 114(1145), p. 540-543, Dec. 2001.
- ELLENBECKER C. H. A theoretical model of job retention for home health care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 47, n. 3, p. 303–310, 2004.
- FERREIRA JR., W. C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 243-264, Mar./Abr. 2003.
- _____. *Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde*. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- FEUERWERKER, L.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro J, nº 21, p. 49-53, Dez. 2000.
- FISHER, C.D. & YUAN X. Y. What motivates employees? A comparison of US and Chinese responses. *International Journal of Human Resource Management*. v. 9, n. 3, p. 516-528, Jun. 1998.

- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, nº 2, p. 490-498, Mar./Abr. 2005.
- GIRARDI, S. N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. *Divulgação em Saúde*, v. 14, p. 23- 32, Ag. 1996.
- GIRARDI, S. N., CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.) *Observatório de Recursos Humanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p 157-190.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, J. B.; ARAUJO, J. F. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*, Vol. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 121-136.
- GOLDBAUM, M; GIANINI R. J.; NOVAES H. M. D. e CÉSAR C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.
- GREEN, J. *Job Satisfaction of Community College Chairpersons*. 2000. Doctorate. (*Philosophy in Educational Leadership and Policy Studies*) – Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia.
- GRIFFETH, R. W., HOM, P. W., & GAERTNER, S. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management*, v. 26, p. 463-489, 2000.
- GUEDES, J. S. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estudos avançados*, v.17, .48, p. 229-240, Maio/Ag. 2003.
- GURGEL JR., DANTAS, G.; MEDEIROS, K. R. Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise de seus determinantes estruturais. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs) *Observatório de Recursos Humanos no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 37-44 .
- HERZBERG, F. *The motivation to work*. Second edition. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1964.
- _____. Novamente: Como se faz para motivar funcionários? In: BERGAMINI, C. W. & CODA, R. (Orgs.) *Psicodinâmica da vida organizacional – motivação e liderança*. 2ª edição, São Paulo: Ed. Atlas, 1997, p. 108-129.

- HOM, P. W., KINICKI, A. J. Toward a Greater Understanding of How Dissatisfaction Drives Employee Turnover. *Academy of Management Journal*. v. 44, p. 975–987, 2001.
- IBANEZ, N.; BITTAR, O. J. N. V.; Sá, E. N. C. et al. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.
- INOJOSA, R. M. Saúde da Família em xeque. *Revista Conasems*, ano 1, n. 9, p. 32-33, Dez./ Jan. 2005.
- JONES C. B. Staff nurse turnover costs: part I, conceptual model. *Journal of Nursing Administration*, v. 20, p. 18-22, 1990a. [[Medline](#)]
- _____. Staff nurse turnover costs: part II, measurements and results. *Journal of Nursing Administration*, v. 20, n. 5, p.27-32, 1990b. [[Medline](#)]
- KACEL, B., MILLER M., NORRIS, D. Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a midwestern state. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, v. 17, n.1, p. 27-37, Jan. 2005.
- KATZ, D., KAHN, R. L. *Psicologia Social das Organizações*. São Paulo: Editora Atlas, 1970.
- KETS DE VRIES, M. F. R. A inveja, grande esquecida dos fatores de motivação em gestão. In: *O indivíduo na Organização – dimensões esquecidas*. CHANLAT, J. F. Vol I. São Paulo: Editora Atlas, 1996, p. 67-82.
- KLINE, D. S. Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 35, n. 2, p. 107-117, Jun. 2003.
- KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.; SANTOS, R. N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: A satisfação do usuário. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, Jul./Set. 1998.
- KHOWAJA, K.; MERCHANT R. J.; HIRANI, D. Registered nurses perception of work satisfaction at a Tertiary Care University Hospital. *Journal of Nursing Management*, v. 13, n. 1, p. 32-39, Jan. 2005.
- KOEBEL, P. W.; FULLER S. G.; MISENER, T. R. An explanatory model of nurse practitioner job satisfaction. *Journal of the American Academic of Nurse Practitioners*, v. 3, n. 1, p. 17-24, Jan./Mar. 1991.
- _____. Job satisfaction of nurse practitioners: an analysis using Herzberg's theory. *Nursing Practice*, v. 16, n. 4, p. 43-56, 1991b.

- KRUEGER, P.; BRAZIL, K.; LOHFELD, L.; EDWARD, H. G.; LEWIS D. and TIAM E. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, v. 2, n. 6, 2002.
- LANCETTI, A . Saúde mental nas entranhas da metrópole. LANCETTI, A . (Org.) *Saúde mental e saúde da família*. Série Saúde e Loucura, nº 7. São Paulo: Hucitec, 2000. P. 11-52.
- LANDON B. E., RESCHOVSKI, J., BLUMENTHAL, D. Changes in Career Satisfaction Among Primary Care and Specialist Physicians, 1997-2001. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, January 22/29, 2003—Vol 289, No. 4.
- LAWLER, Edward E. Motivação nas organizações de trabalho. In: BERGAMINI, C. W. & CODA, R. (Orgs.) *Psicodinâmica da vida organizacional – motivação e liderança*. 2ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 1997, p. 130-159.
- LEE H., HWANG, S., KIM J., DALY B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 48, n. 6, p. 632-643, Dec. 2004.
- LÉVI-LEBOYER, C. *A crise das motivações*. São Paulo: Editora Atlas, 1994.
- LICHTENSTEIN R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. *Medical Care Research and Review*, v. 22, n. 1, p. 56-68, Jan. 1984.
- LIKERT, R. *Novos padrões de administração*. São Paulo: Editora Pioneira, 1971.
- _____. *A Organização Humana*. São Paulo: Editora Atlas, 1975.
- LOPES, T. V. M. *Motivação no trabalho*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1980.
- LU, H; WHILE A . E. and BARRIBALL, K. L. Job satisfaction among nurses: a literature review. *International journal of nursing studies*, v. 42, n. 2, p. 211-227, Fev. 2005.
- MA C.C., SAMUELS, M.E., ALEXANDER, J. W. Factors that influence nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, .v. 33, n. 5, p. 293-299, May 2003.
- MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 125-132.
- _____. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs) *Observatório de Recursos Humanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 227 -248.

_____. Dados da pesquisa do perfil dos médicos do Brasil, de 1995, site: http://www.ensp.fiocruz.br/rorehs/o_perfil.html - acessado em 27/07/2005

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise* vol. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 139-162.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. S.; SÁ, P. K. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*; v. 19, p. 303–317, 2004.

MARCH, J.; SIMON, H. *Teoria das Organizações*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1979.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde – SUS. In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, p. 71 - 104.

MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. 2ª ed., New York: Harper & Row, 1970.

MAYO, E. *The human problems of an industrial civilization*. New York: Viking, 1960.

McGREGOR, D. *Os aspectos humanos da empresa*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1960.

_____. *Motivação e Liderança*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1973.

MENDES, A.; CATANZARO, W. *Orçamento Saudável: a emenda constitucional 29 e a lei de responsabilidade fiscal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (Orgs.) *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINTZBERG, H. *Criando Organizações Eficazes – Estruturas em Cinco Configurações*. 2ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MINTZBERG, H. & QUINN, J. B. *O processo da estratégia*. 3ª edição, Porto Alegre: Bookman, 2001.

MISRA-HERBERT A. D.; KAY, R.; STOLLER, J. K. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *American Journal of Medical Quality*, v. 19, n. 2, p. 56-66, Mar./Apr. 2004.

- MPHIL L. F., Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses, *Journal of Advanced Nursing*, v. 27, n. 2, p. 355–367, Feb. 1998.
- MRAYYAN, M.T., Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan, *Journal of Nursing Management*, v. 13, n. 1, p. 40–51, Jan. 2005.
- MURRAY, A.; MONTGOMERY J. E.; CHANG, H.; ROGERS W. H., INUI T.; SAFRAN D. G. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *The Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 7, p. 452-459, Jul. 2001.
- NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, B. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Ed. Sobravime, 2002, p. 15 - 44.
- NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs) *Observatório de Recursos Humanos no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 45-58 .
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A . Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise* vol. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 81-103.
- NYLENNA M., GULBRANDSEN, P. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994 – 2002. *BMC Health Services Research*, v. 4, p. 44, 2005.
- OGUNLANA S.O. ; CHANG W.P. Worker motivation on selected construction sites in Bangkok, Thailand. *Engineering Construction & Architectural Managenent*, v. 5, n.1, p. 68-81, March 1998.
- OLIVEIRA, T. M. V. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. *Administração on-line*, v. 2, n. 2, 2001a. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online. Acesso em 15/10/2005.
- _____. Amostragem Não- Probabilística: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Administração on-line*, v. 2, n. 3, 2001b. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online. Acesso em 15/10/2005.
- PAGANO, R. A. A survey of physicians in a large group practice, *Physician Executive*. v. 19, n. 2, p. 52-55, Mar-Apr 1993.

- PATHMAN, D. E.; KONRAD, T. R.; WILLIAMS, E. S.; SCHECKLER, W. E.; LINZER M.; DOUGLAS J. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. *The Journal of Family Practice*. v. 51, n. 7, p. 593-605, Jul. 2002.
- PEREIRA, L. C. B. Da administração pública burocrática à gerencial. In: PEREIRA, L. C. B. & SPINK, P. (Orgs.) *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 4ª edição. São Paulo: FGV, 2001a.
- PEREIRA, L. C. B. Da administração pública burocrática à gerencial. In: PEREIRA, L. C. B. & SPINK, P. (Orgs.) *Da administração pública burocrática à gerencial*. 4ª edição. São Paulo: FGV, 2001b.
- PEREIRA, E.; PEREZ, M. C. Aplicação do modelo de Organizações Sociais e contratos de gestão: resultados alcançados. *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Lisboa, Portugal, p. 8-11, Oct. 2002.
- PIERANTONI, C. R. Recursos Humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Ed. Sobravime, 2002, p. 609-630.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, nº 2, p. 341-360, 2001.
- _____. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Ed. Sobravime, 2002, p. 609-630.
- POLITZER, R. M.; SCHEMPF, A. H.; STARFIELD, B.; SHI, L. The future role of health centers in improving national health. *Journal of Public Health Policy*; v. 24, n. 3/4, p. 297-306, 2003.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Plano de implantação do PSF* – Município de São Paulo: construindo um novo modelo. São Paulo: SMS, 2001a.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Diário Oficial do Município de São Paulo, SP. *Comunicado SMS/001/2201* - Diretrizes Gerais para SMS – Documento 1, São Paulo: SMS, 25 de janeiro de 2001b.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Agenda Municipal de Saúde*. São Paulo: Conselho Municipal de Saúde, 2001c.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Diretrizes Gerais para o Sistema Municipal de Saúde* – Documento 2, São Paulo: SMS, 2001d.

- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Portaria Municipal SMS – G 1.787/2001, de 17 de setembro, publicada em 27/09/2001 - Cria Rede de Apoio aos Distritos para a Implantação do Programa de Saúde da Família – PSF no Município de São Paulo e reconhece suas competências no âmbito da Secretaria Municipal, 2001e.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Documento Norteador* – Responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF. São Paulo: SMS, 2002a.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Implantando o PSF no Município de São Paulo* - Balanço de um ano. São Paulo: SMS, 2002b.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Implantando o PSF no município de São Paulo* - Balanço de 20 meses. São Paulo: SMS, 2002c.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Síntese do trabalho desenvolvido em 2002* - Grupo Técnico de Capacitação. São Paulo: SMS, 2002d.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de gestão de 2002*. São Paulo: SMS, 2002e.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Lei Municipal nº 13.399, de 1º de agosto de 2002. Cria as 31 subprefeituras. SMS, 2002b.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Documento Norteador* – Gerenciamento e Administração dos Recursos Financeiros do PSF/Convênios. São Paulo: SMS, 2003a.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de gestão de 2003*. São Paulo: SMS, 2003b.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Portaria SMS nº 2069/03* – Regulamenta a utilização de recursos pelas Instituições Parceiras do Município. São Paulo: SMS, 2003c.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Agendas de Prioridades para 2005*. São Paulo: Conselho Municipal de Saúde, 2004a.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de gestão 2001-2004*. São Paulo: SMS, 2004b.

- RAMOS, C. A . CARNEIRO, F. G. Rotatividade e Instituições: Benefícios ao Trabalhador Desligado Incentivam os Afastamentos? *Texto para Discussão n. 503*, Brasília: IPEA, 1997.
- RESENDE, Flávio da Cunha. Por que as reformas administrativas falham? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol. 17, nº 50, outubro, p.123-142, 2002.
- RIGOLI, Félix. Observatório de Recursos Humanos na América Latina. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs); *Observatório de Recursos Humanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p 17-28.
- ROSS, I. C. & ZANDER, A. Need satisfaction and employee turnover. In: VROOM, V. H. & DECI, D. L. (Orgs). *Management and Motivation*. Middlesex, England: Penguin Books, 1970, p. 61-71.
- ROZA, J. R. & RODRIGUES, V. A. O programa de saúde da família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs) *Observatório de Recursos Humanos no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 59-74.
- SANO, H. *Nova gestão pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas*. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo.
- SANTOS, G. F. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, B. & VIANA, A . L. D. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002, p 391-410.
- SARARAKS S.; JAMALUDDIN R. Job satisfaction of doctors in Negeri Sembilan, *Medical Journal of Malaysia*, v. 52, n. 3, p. 257-63, Sep. 1997.
- SEIXAS, Paulo H. A. *As organizações sociais de saúde em São Paulo, 1998-2002: uma visão institucional*. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo.
- SENNA, M. C. & COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência; *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.
- SERRA, J. *Ampliando o possível: A política de saúde do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2000.

- SHADER, K.; BROOME, M.; BROOME, C.; WEST, M. E.; NASH, M. Factors Influencing Satisfaction and Anticipated Turnover for Nurses in an Academic Medical Center, *Journal of Nursing Administration*, v. 31, n. 4, p. 210-216, April 2001.
- SHIELDS, M. A. and WARD, M. E. Improving Nurse Retention in the National Health Service in England: The Impact of Job Satisfaction on Intentions to Quit. Center for Economic Policy Research, *Discussion Paper n° 2806*, May 2001.
- SIBBALD, B.; ENZER, I.; COOPER, C.; ROUT, U.; SUTHERLAND, V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: Lessons for the future? *Family Practice*, v. 17, n. 5, p. 364-371, Oct. 2000.
- SIBBALD, B.; BOJKE, C.; GRAVELLE, H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*, v. 326, p. 22- 30, 2003.
- SIEVERS, B. *Work, Death and Life Itself* – Essays on management and organization. New York : Walter de Gruyter, 1994.
- SILVA, J. A. & DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- SILVA, L. R. *Os fatores motivacionais dos funcionários das instituições públicas de ensino superior: um estudo de caso*. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- SOBREQUES, J.; CEBRIA, J.; SEGURA, J. RODRIGUEZ, C.; GARCIA, M. JUNCOSA, S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atencion Primaria*, v. 15, n. 4, p. 227-233, Mar. 2003.
- SOUSA, M. F. Capital Humano do PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 105-114.
- SOUZA, M. F. *A cor-agem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUSA-POZA, A.; SOUSA-POZA, A. A. Well being at work: a cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. *Journal of Socio-Economics*, v. 29, p. 517-538, 2000.
- TANAKA, O.; MELO, C. *Inovação e gestão: a organização social no setor saúde*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2002.

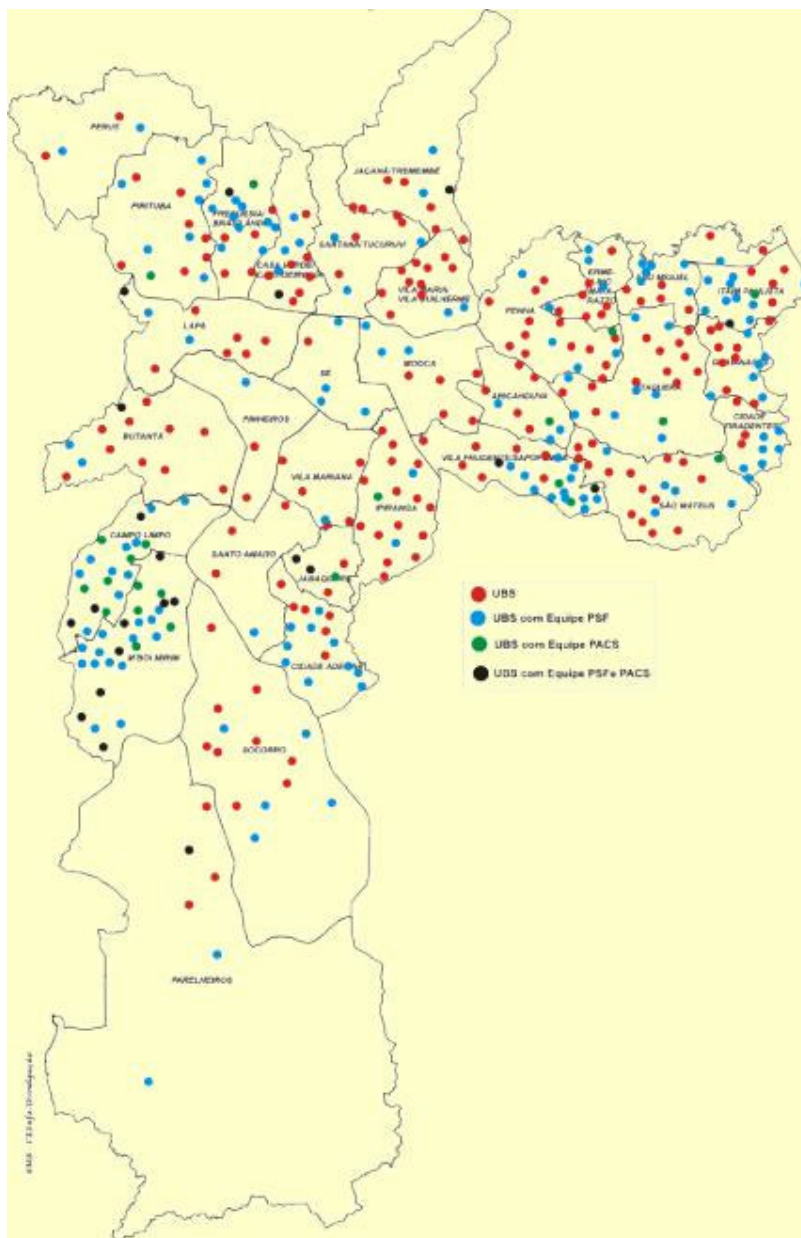
- TAYLOR, F. W. The principles of scientific management. In: VROOM, V. H.; DECI, E. L.(Orgs) *Management and Motivation: Selected Readings*. Middlesex: Penguin Books, 1970, p. 295-301.
- TAYLOR Jr, D. H.; LEESE, B. General practice Recruitment, retention, and time commitment change of general practitioners in England and Wales, 1990-4: a retrospective study. *British Medical Journal*, 314:1806, 1997.
- TRI, D. L. The relationship between primary health care practitioners' job satisfaction and characteristics of their practice settings. *Nurse Practlce*. 1991 May;16(5):46, 49-52, 55.
- VIACAVA F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.
- VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, p.12-48, 1998.
- VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.
- VROOM, V. H. *Work and Motivation*. New York: John Wiley, 1964.
- _____. The nature of the relationship between motivation and performance. In: VROOM, V. H., DECI, E. L.(Orgs) *Management and Motivation: Selected Readings*. Penguin Books, Middlesex, 1970, p. 229-236.
- VROOM, V. H., DECI, E. L.(Orgs) *Management and Motivation: Selected Readings*. Middlesex: Penguin Books, 1970.
- WILLIAMS E. S., LINZER, M.; PATHMAN D.E.; MCMURRAY J. E.; KONRAD, T.R. What do physicians want in their ideal job? *Journal Medical Practice Management*, v. 18, n. 4, p.179-183, Jan./Feb. 2003.
- WHO. Family Practice Development Strategies. *Report on the Third WHO Meeting of Expert Network*. Turkey: WHO/EURO, 1997.
- YAMASHITA, M. Job satisfaction in Japanese nurses, *Journal of Advanced Nursing*, v. 22, n. 1, p. 158–168, July 1995.
- ZERBINI, F.E.J. *Projeto QUALIS/PSF: Projeto Qualidade Integral à Saúde/ Programa Saúde da Família*. São Paulo, mimeo, 1997, 23p.

Anexo I - Coordenadorias de Saúde por Região do Município

Região	Quantidade	Coordenadorias
Centro-Oeste	04	Butantã Lapa Pinheiros Sé
Leste	07	Cidade Tiradentes Ermelino Matarazzo Guaianases Itaim Paulista Itaquera São Mateus São Miguel
Norte	07	Cachoeirinha Brasilândia Jacanã/Tremendé Perus Pirituba Santana/Tucuruvi Vila Maria/ Guilherme
Sudeste	07	Aricanduva Ipiranga Jabaquara Mooca Penha Vila Mariana Sapopemba
Sul	06	Campo Limpo Capela do Socorro Cidade Ademar M' Boi Mirim Parelheiros Santo Amaro

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Anexo II - Mapa 1: Distribuição das Unidades no município de São Paulo, por modalidade de assistência, em agosto de 2004



Anexo III - Mapa 2: Distribuição Instituições Parceiras do PSF no Município de São Paulo, em agosto de 2004

DISTRIBUIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA POR COORDENADORIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



Anexo IV – Roteiro de entrevista

Entrevista I - Ao responsável pelo PSF junto à Instituição Parceira:

Cargo:

Nome:

- 1) Porque sua instituição decidiu se tornar parceira da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do Programa de Saúde da Família?
- 2) Esta pesquisa está voltada para o levantamento de questões da área de Recursos Humanos. Do seu ponto de vista, quais os principais problemas existentes na área de RH do PSF? Por favor, enumere em ordem de importância.
- 3) Você considera a rotatividade dos médicos do PSF um problema prioritário?
- 4) Se sim, que hipóteses você tem para explicar a rotatividade?
- 5) Vocês calculam a rotatividade?
- 6) Se sim, qual a rotatividade dos últimos dois anos?
- 7) Vocês já utilizaram estratégias para atração e fixação dos profissionais médicos do PSF?
- 8) Quais permanecem sendo utilizadas? Quais foram descartadas? Quais estão planejadas para o futuro?
- 9) Qual foi o impacto dessas ações na rotatividade? Houve variação nos indicadores?

Entrevista II - Ao responsável pela área de Recursos Humanos do PSF junto à Instituição Parceira:

Cargo:

Nome:

- 1) Esta pesquisa está voltada para o levantamento de questões da área de Recursos Humanos. Do seu ponto de vista, quais os principais problemas existentes na área de RH do PSF? Por favor, enumere em ordem de importância.
- 2) Você considera a rotatividade dos médicos do PSF um problema prioritário?

- 3) Se sim, que hipóteses você tem para explicar a rotatividade?
- 4) Vocês calculam a rotatividade?
- 5) Se sim, qual a rotatividade dos últimos dois anos?
- 6) Vocês já utilizaram estratégias para atração e fixação dos profissionais médicos do PSF?
- 7) Quais permanecem sendo utilizadas? Quais foram descartadas? Quais estão planejadas para o futuro?
- 8) Qual foi o impacto dessas ações na rotatividade? Houve variação nos indicadores?

Anexo V – Instrumento de pesquisa de satisfação no trabalho

Prezado Colega,

O conhecimento da opinião dos profissionais da equipe de saúde da família sobre seu trabalho é muito importante. Para conhecermos suas opiniões e sugestões, desenvolvemos esse questionário, o qual orientará nossos futuros processos de capacitação e o aprimoramento do trabalho. Precisamos que você o responda com cuidado e atenção, para que nossa orientação siga suas necessidades.

CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS DO PSF

I. Dados da Unidade

1.1. Qual a sua Unidade Básica de Saúde?

1.2. Instituição parceira de sua Unidade Básica de Saúde:

- 1.2.1. () Associação Comunitária Monte Azul
- 1.2.2. () Instituto Adventista de Ensino
- 1.2.2. () Associação Saúde da Família
- 1.2.4. () Associação Congregação Santa Catarina
- 1.2.5. () Organização Santamarense de Educação e Cultura - UNISA
- 1.2.6. () Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim - CEJAM
- 1.2.7. () Hospital Israelita Albert Einstein
- 1.2.8. () Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
- 1.2.9. () Casa de Saúde Santa Marcelina
- 1.2.10. () Fundação Faculdade de Medicina da USP
- 1.2.11. () Fundação Zerbini
- 1.2.12. () Santa Casa de São Paulo

1.3. Subprefeitura / Coordenadoria de Saúde:

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| 1.3.1. () Aricanduva | 1.3.11. () Ipiranga | 1.3.21. () Perus |
| 1.3.2. () Butantã | 1.3.12. () Itaim Paulista | 1.3.22. () Pinheiros |
| 1.3.3. () Campo Limpo | 1.3.13. () Itaquera | 1.3.23. () Pirituba |
| 1.3.4. () Capela do Socorro | 1.3.14. () Jabaquara | 1.3.24. () Santana / Tucuruvi |
| 1.3.5. () Casa Verde / Cachoeirinha | 1.3.15. () Jaçanã / Tremembé | 1.3.25. () Santo Amaro |
| 1.3.6. () Cidade Ademar | 1.3.16. () Lapa | 1.3.26. () São Mateus |
| 1.3.7. () Cidade Tiradentes | 1.3.17. () M' Boi Mirim | 1.3.27. () São Miguel |
| 1.3.8. () Ermelino Matarazzo | 1.3.18. () Mooca | 1.3.28. () Sé / Santa Cecília |
| 1.3.9. () Freguesia do Ó / Brasilândia | 1.3.19. () Parelheiros | 1.3.29. () Vila Maria / Vila Guilherme |
| 1.3.10. () Guaianases | 1.3.20. () Penha | 1.3.30. () Vila Mariana |
| | | 1.3.31. () Vila Prudente / Sapopemba |

II. Dados pessoais

2.1. Sexo:

2.1.1. ☐ feminino

2.1.2. ☐ masculino

2.2. Idade:

2.2.2. ☐ de 21 a 29 anos

2.2.3. ☐ de 30 a 39 anos

2.2.4. ☐ de 40 a 49 anos

2.2.5. ☐ de 50 a 59 anos

2.2.6. ☐ mais de 60 anos

2.3. Estado Civil:

2.3.1. ☐ solteiro

2.3.2. ☐ casado

2.3.3. ☐ viúvo

2.3.4. ☐ divorciado

2.3.5. ☐ união consensual

2.4. Nº de filhos:

2.4.1. ☐ nenhum

2.4.2. ☐ 1 ou 2

2.4.3. ☐ 3 ou 4

2.4.4. ☐ 5 ou mais

2.5. Nascido em:

2.5.1. ☐ município de São Paulo

2.5.2. ☐ interior do estado de São Paulo

2.5.3. ☐ outros estados

2.5.4. ☐ outros países

2.6. Em sua graduação, cursou:

2.6.1. ☐ escola publica

2.6.2. ☐ escola privada

2.7 Terminou a graduação há quanto tempo?

2.7.1. ☐ até 4 anos

2.7.2. ☐ de 5 a 14 anos

2.7.3. ☐ de 15 a 24 anos

2.7.4. ☐ de 25 a 34 anos

2.7.5. ☐ mais de 35 anos

2.8- Formação:	Concluiu?	
	SIM	NÃO
2.8.5. especialização em: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8.6. residência em: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8.7. mestrado em: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8.8. doutorado em: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Localização e transporte

3.1 Em que região você mora?
3.1.1. () Sul
3.1.2. () Sudeste
3.1.3. () Norte
3.1.4. () Leste
3.1.5. () Centro Oeste
3.1.6. () outro município

3.2 Que meio de locomoção você utiliza para ir ao trabalho?
3.2.1. () ônibus / lotação
3.2.2. () metrô
3.2.3. () trem
3.2.4. () carro
3.2.6. () outros

3.3 Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho?
3.3.1. () menos de meia hora
3.3.2. () de 30 minutos a uma hora
3.3.3. () de uma hora a uma hora e meia
3.3.4. () de uma hora e meia a duas horas
3.3.5. () mais de duas horas

3.4 Há quanto tempo trabalha no PSF?
3.4.1. () menos de 1 ano
3.4.2. () de 1 a 2 anos
3.4.3. () de 3 a 4 anos
3.4.4. () de 5 a 6 anos
3.4.5. () de 7 a 8 anos
3.4.6. () de 9 a 10 anos
3.4.7. () mais de 10 anos

3.5 Qual sua forma de contratação no PSF?
3.5.1. () Estatuto do Servidor Público
3.5.2. () Estatutário com complementação CLT
3.5.3. () CLT
3.5.4. () outros

3.6 De que cursos você participou no PSF?
3.6.1. () Momento I – Introdutório
3.6.2. () Momento II – Capacitação nos ciclos de vida
3.6.3. () outros
3.6.4. () nenhum

3.7 Já trabalhou anteriormente em outras unidades do PSF?
3.7.1. () não
3.7.2. () sim, em uma
3.7.3. () sim, em duas
3.7.4. () sim, em três
3.7.5. () sim, em mais de três

3.8 (Se já trabalhou em outra unidade do PSF) Alguma fora do município de São Paulo?
3.8.1. () sim
3.8.2. () não

3.9 Em quantos locais você trabalha atualmente, incluindo o PSF?
() 1 local () 2 locais () 3 locais () 4 ou mais locais

IV. Experiência Profissional Anterior

4.1 Possui experiência profissional anterior ao PSF?	4.1.1. () sim
	4.1.2. () não

Se possui experiência profissional anterior,

4.2. você trabalhou em:	4.3. você trabalhou como:
4.2.1. () hospitais	4.3.1. () Clínico geral
4.2.2. () docência	4.3.2. () Pediatra
4.2.3. () posto de saúde	4.3.3. () Ginecologista
4.2.4. () outros	4.3.4. () outros

V. Satisfação no trabalho

Leia as afirmações abaixo e assinale com “X” a alternativa que mais se aproxime de sua opinião:		Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente	
5.1	Faço aquilo que gosto.						1
5.2	O treinamento que recebo é suficiente para realizar meu trabalho no PSF.						2
5.3	O ambiente físico da unidade dificulta meu trabalho.						3
5.4	Disponho de materiais para realizar meu trabalho.						4
5.5	Sinto muita tensão no trabalho.						5
5.6	No PSF, meu potencial e minhas experiências são utilizados.						6
5.7	O trabalho no PSF permite que eu melhore meus conhecimentos.						7
5.8	Considero que os serviços de minha equipe do PSF possuem qualidade.						8
5.9	Na minha equipe do PSF o paciente é bem atendido.						9
5.10	Os profissionais da equipe do PSF podem discutir as dificuldades encontradas no trabalho.						10
5.11	Me dou bem com meus colegas de equipe de PSF.						11
5.12	Minha equipe do PSF realiza reuniões com regularidade.						12
5.13	Minha Unidade Básica de Saúde realiza reuniões com regularidade.						13
5.14	Pretendo trabalhar por longo tempo no PSF.						14
5.15	Meu trabalho é valorizado pela comunidade.						15
5.16	Acredito que os resultados dessa pesquisa serão bem utilizados.						16

5.18 Qual o seu grau de satisfação no trabalho?

5.18.1. () totalmente insatisfeito

5.18.2. () parcialmente insatisfeito

5.18.3. () nem satisfeito, nem insatisfeito

5.18.4. () parcialmente satisfeito

5.18.5. () totalmente satisfeito

VI. Satisfação no trabalho

6.1 O que lhe traz mais satisfação no trabalho? (Cite até três)

6.2 O que lhe traz insatisfação no trabalho? (Cite até três)

6.3 O que fez você escolher sua profissão?

6.4 Por que você veio trabalhar no PSF?

6.5 Quais são os seus planos para seu futuro profissional?

6.6 Quais são suas sugestões para o PSF?

Anexo VI – Amostra da pesquisa de satisfação no trabalho por Região, Coordenadoria de Saúde e Unidade Básica de Saúde

Região Centro-Oeste

Região	Coordenadoria de Saúde	Nome da UBS	Médicos PSF			
			TOTAL	RESP	SALDO	%
Centro-Oeste	Butantã	CSE Butantã "Samuel Barnsley Pessoa"	1	1	0	100%
		UBS Jardim Boa Vista	5	3	2	60%
		UBS Jardim São Jorge	6	4	2	67%
		UBS Vila Dalva "Eng. Guilherme H. Pinto Coelho"	3	2	1	67%
		Respostas sem identificação da UBS		1		
	Sub Total		15	11	4	73%
	Lapa	UBS Vila Jaguará	3	1	2	33%
		UBS Parque da Lapa	4	1	3	25%
		UBS Vila Piauí	2		2	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		9	2	7	22%
	Pinheiros	UBS Manoel Joaquim Pera	4	3	1	75%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		4	3	1	75%
	Sé / Santa Cecília	UBS Bom Retiro "Dr. Octavio Augusto Rodovalho"	3		3	0%
		UBS Cambuci	3	1	2	33%
		UBS Humaitá "Dr João de Azevedo Lage"	3	1	2	33%
		UBS Nossa Senhora do Brasil "Dr. Armando D' Arienzo"	2		2	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		11	2	9	18%
	TOTAL POR REGIÃO		39	18	21	46%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde São Paulo

Região Leste

Região	Coordenadoria de Saúde	Nome da UBS	Médicos PSF			
			TOTAL	RESP	SALDO	%
Leste	Cidade Tiradentes	UBS Barro Branco	3		3	0%
		UBS Dom Angélico	3		3	0%
		UBS Ferroviários	3	1	2	33%
		UBS da Família Gráficos	3		3	0%
		UBS Jardim Vitória	2		2	0%
		UBS Profeta Jeremias	4	1	3	25%
		UBS Carlos Gentile de Melo	6		6	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		24	2	22	8%
	Ermelino Matarazzo	UBS Costa Melo	4		4	0%
		UBS Jardim Keralux	2		2	0%
		UBS Mangabeira "Dr. Pedro de Souza Campos"	5		5	0%
		UBS Vila Cisper	6		6	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		17	0	17	0%
	Guaianases	UBS Celso Augusto Daniel	3		3	0%
		UBS Jardim Bandeirantes	2	2	0	100%

		UBS Jardim Fanganiello	5	2	3	40%
		UBS Primeiro de Outubro	3	1	2	33%
		UBS Santa Luzia	2		2	0%
		UBS Vila Cosmopolita	4		4	0%
		UBS Jardim Soares	6		6	0%
		Respostas sem identificação da Unidade		3		
		Sub Total	25	8	17	32%
	Itaim Paulista	UBS Atualpa Girao Rabelo	0		0	
		UBS Cidade Kemel	4		4	0%
		UBS Dom João Nery	5		5	0%
		UBS Jaraguá	4		4	0%
		UBS Jardim Indaiá	3		3	0%
		UBS Jardim Silvia Telles	2		2	0%
		UBS Parque Santa Rita	5		5	0%
		UBS Vila Curuçã	6		6	0%
		UBS Vila Nova Curuçã	6		6	0%
		UBS Jardim Robru	4		4	0%
		UBS Jardim Campos	6	1	5	17%
		Respostas sem identificação da Unidade				
		Sub Total	45	1	44	2%
	Itaquera	UBS Jardim Helian	0		0	
		UBS Gleba do Pêssego "Vicente Fiuza da Costa"	2		2	0%
		UBS Jardim Copa	3	2	1	67%
		UBS Santo Estevão	4	2	2	50%
		UBS Jardim Nossa Senhora do Carmo	1		1	0%
		UBS Jardim Santa Maria	2	1	1	50%
		UBS Jardim Santa Terezinha	1		1	0%
		UBS Vila Ramos "Luis Augusto de Campos"	1		1	0%
		UBS Vila Santana	2	1	1	50%
		Respostas sem identificação da Unidade				
		Sub Total	16	6	10	38%
	São Mateus	UBS CDHU Palanque	0		0	
		UBS Conquista II	1		1	0%
		UBS Jardim Conquista I	5	3	2	60%
		UBS Nove de Julho	3	2	1	67%
		UBS Recanto Verde Sol	1	1	0	100%
		UBS Rio Claro Pró-Morar	3	3	0	100%
		Respostas sem identificação da Unidade				
		Sub Total	13	9	4	69%
	São Miguel	UBS Adão Manoel da Silva	3		3	0%
		UBS Cidade Nova São Miguel	4		4	0%
		UBS Nitro Operária "Paulo Feldman"	2		2	0%
		UBS Santa Inês	4		4	0%
		UBS Thérso Ventura	6	1	5	17%
		UBS União de Vila Nova I	2		2	0%
		UBS Cidade Pedro José Nunes	2		2	0%
		UBS Jardim Maia	4		4	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
		Sub Total	27	1	26	4%
	TOTAL POR REGIÃO		167	27	140	16%

Região Norte

Região	Coordenadoria de Saúde	Nome da UBS	Médicos PSF			
			TOTAL	RESP	SALDO	%
Norte	Casa Verde / Cachoeirinha	UBS Dra Ilza Weltman Hutzler	5	2	3	40%
		UBS Vila Dionisia	5		5	0%
		UBS Vila Espanhola	3	2	1	67%
		UBS Vila Santa Maria	3		3	0%
		UBS Vila Barbosa	2	1	1	50%
		Respostas sem identificação da Unidade		1		
	Sub Total		18	6	12	33%
	Freguesia do Ó / Brasilândia	UBS Jardim Vista Alegre	0		0	
		UBS Brasilândia	3	2	1	67%
		UBS Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão	5	5	0	100%
		UBS Jardim Guarani	5	1	4	20%
		UBS Jardim Icaraí	4	2	2	50%
		UBS Jardim Paulistano	3		3	0%
		UBS Vila Penteado	5	4	1	80%
		UBS Vila Ramos	4	3	1	75%
		UBS Vila Terezinha	4	1	3	25%
		UBS Vila Cruz das Almas	5	2	3	40%
		UBS Silmarya Rejane Marcolino de Souza	1		1	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		39	20	19	51%
	Jacañã/Tremembé	UBS Jardim Apuanã (Jacañã)	1		1	0%
		UBS Jardim Fontalis	1		1	0%
		UBS Vila Nova Galvão	2	2	0	100%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		4	2	2	50%
	Perus	UBS Morada do Sol	3	2	1	67%
		UBS Recanto dos Humildes	5	3	2	60%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		8	5	3	63%
	Pirituba	UBS Vila Mangalot	0		0	
		UBS Alpes do Jaragua	0		0	
		UBS Jardim Cidade Pirituba	4		4	0%
		UBS Moinho Velho	3	1	2	33%
		UBS Elisio Teixeira Leite	5	2	3	40%
		UBS Pirituba I	4		4	0%
		UBS União das Vilas de Taipas	4		4	0%
		UBS Vila Maggi	3		3	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		23	3	20	13%
	Santana / Tucuruvi	UBS Joaquim Antonio Eirado	1	1	0	100%
		UBS Lauzane Paulista	1		1	0%
		UBS Vila Nivi	1	1	0	100%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		3	2	1	67%
	Vila Maria / Vila Guilherme	UBS Parque Novo Mundo I	4	1	3	25%
		UBS Parque Novo Mundo II	5		5	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		9	1	8	11%
	TOTAL POR REGIÃO		104	39	65	38%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde São Paulo

Região Sudeste

Região	Coordenadoria de Saúde	Nome da UBS	Médicos PSF			
			TOTAL	RESP	SALDO	%
SUDESTE	Aricanduva	UBS Vila Formosa II	3	2	1	67%
		UBS Jardim Iva	4	2	2	50%
		UBS Vila Antonieta				
		UBS Vila Nova York	3	1	2	33%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		10	5	5	50%
	Ipiranga	UBS Jardim da Saúde "Neuza Rosalia Moraes"	0		0	
		UBS Almirante Delamari	3	3	0	100%
		UBS Eduardo Romano Reschilian	3		3	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		6	3	3	50%
	Jabaquara	AE Dr. Geraldo da Silva	0		0	
		UBS Cupecê " Waldomiro Pregnotatto"	2	2	0	100%
		UBS Vila Santa Catarina	4	1	3	25%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		6	3	3	50%
	Mooca	UBS Belenzinho "Marcus Wolosker"	2		2	0%
		UBS Brás Dr. Manoel Saldiva Neto	4		4	0%
		UBS Pari	4	1	3	25%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		10	1	9	10%
	Penha	UBS Jardim São Nicolau	0		0	
		UBS Vila Guilhermina	3	2	1	67%
		UBS Antonio Pires Ferreira Villa Lobos	3	2	1	67%
		UBS Jardim São Francisco I	3	1	2	33%
		UBS AE Carvalho	5		5	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		14	5	9	36%
	Vila Mariana	UBS Professor Milton Santos	4	1	3	25%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		4	1	3	25%
	Vila Prudente / Sapopemba	UBS Jardim Elba "Humberto Gastão Bodra"	0		0	
		UBS Parque Santa Madalena	0		0	
		UBS Fazenda da Juta	4	2	2	50%
		UBS Iguaçu	4	3	1	75%
		UBS Jardim dos Eucaliptos "Hélio Moreira Salles"	5	3	2	60%
		UBS Jardim Sinha	4	2	2	50%
		UBS Juta I	4	1	3	25%
		UBS Pastoral "Leigina Serra"	2	2	0	100%
		UBS Reunidas II	6	1	5	17%
		UBS Santa Madalena	2		2	0%
		UBS Vila Renato	3	2	1	67%
		UBS Mascarenhas de Moraes	3		3	0%
		UBS Teotônio Vilela	5	5	0	100%
		UBS Vila Reunidas I	6	1	5	17%
		UBS do Jardim Sapopemba	2		2	0%

		UBS Parque São Lucas	3	3	0	100%
		UBS Jardim Guairacá	4		4	0%
		Respostas sem identificação da Unidade		1		
	Sub Total		57	26	31	46%
	TOTAL POR REGIÃO		107	44	63	41%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde São Paulo

Região Sul

Região	Coordenadoria de Saúde	Nome da UBS	Médicos PSF			
			TOTAL	RESP	SALDO	%
Sul	Campo Limpo	UBS PA Jardim Macedonia	7	5	2	71%
		UBS Capão Redondo	0		0	
		UBS Dr. Francisco Scalamandre Sobrinho	0		0	
		UBS Jardim Marcelo	0		0	
		UBS Parque Arariba	0		0	
		UBS Parque Engenho II	0		0	
		UBS Vila Prel "Prof. Dr Antonio Bernades de Oliveira"	0		0	
		UBS Jardim Germânia	3		3	0%
		UBS Jardim São Bento	9	2	7	22%
		UBS Jardim Comercial	8	7	1	88%
		UBS Alto do Umuarama	4		4	0%
		UBS de Campo Limpo	7		7	0%
		UBS Jardim Lídia	6	1	5	17%
		UBS Jardim Mitsutani	2		2	0%
		UBS Paraisópolis	5		5	0%
		UBS Parque Regina	4		4	0%
		UBS Vila Praia "Dra Vitoria Rolando Bocaletti"	3		3	0%
		UBS Jardim Umarizal	2		2	0%
		UBS Parque Fernanda	3		3	0%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		63	15	48	24%
	Capela do Socorro	UBS Alcina Pimentel Pizza	1	1	0	100%
		UBS Gaivotas	4	4	0	100%
		UBS Jordanópolis	3	2	1	67%
		UBS Varginha	8	4	4	50%
		UBS Jardim Três Corações	6	6	0	100%
		Respostas sem identificação da Unidade		1		
	Sub Total		22	18	4	82%
	Cidade Ademar	UBS Cidade Júlia	3	2	1	67%
		UBS Jardim Apurá	3	1	2	33%
		UBS Jardim São Carlos	5	3	2	60%
		UBS Laranjeiras	5	3	2	60%
		UBS Mar Paulista	3	3	0	100%
		UBS Mata Virgem	5	5	0	100%
		UBS Vila Aparecida	5	3	2	60%
		UBS Jardim Niterói	8	4	4	50%
		UBS Vila Guacuri	6	3	3	50%
		UBS Vila Império	6	4	2	67%
		Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total		49	31	18	63%
	M. Boi Mirim	AE Parque Santo Antônio	0		0	
		UBS Jardim Alfredo	0		0	

	UBS Jardim Herculano	0		0	
	UBS Jardim São Luiz	0		0	
	UBS Jardim Thomas	0		0	
	UBS Alto da Riviera	4		4	0%
	UBS Chácara Santa Maria	4		4	0%
	UBS Jardim Aracati	7	3	4	43%
	UBS Jardim Kagohara	2		2	0%
	UBS Jardim Paranapanema	4	3	1	75%
	UBS Jardim Santa Margarida	3		3	0%
	UBS Jardim Vera Cruz	6		6	0%
	UBS Horizonte Azul	6	2	4	33%
	UBS Novo Jardim I	5	5	0	100%
	UBS Chácara Santana	5	5	0	100%
	UBS Jardim Caiçara	4	3	1	75%
	UBS Jardim Guarujá	4	3	1	75%
	UBS Jardim Nakamura	3		3	0%
	UBS Jardim Sousa	9	4	5	44%
	UBS Parque Figueira Grande	6	2	4	33%
	UBS Parque Novo Santo Amaro	3		3	0%
	UBS Jardim Capela	7	3	4	43%
	UBS Jardim Coimbra	5	2	3	40%
	UBS Parque do Lago	2		2	0%
	UBS Santa Lúcia	7	1	6	14%
	UBS Vila das Belezas "Dr. Alberto Ambrósio"	1		1	0%
	UBS Zumbi dos Palmares	6	4	2	67%
	Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total	103	40	63	39%
	Parelheiros				
	UBS Dom Luciano Bergamini	3	3	0	100%
	UBS Vargem Grande	5	5	0	100%
	UBS Recanto Campo Belo	5	1	4	20%
	Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total	13	9	4	69%
	Santo Amaro				
	UBS Vila Arriete	1	1	0	100%
	Respostas sem identificação da Unidade				
	Sub Total	1	1	0	100%
	TOTAL POR REGIÃO	251	114	137	45%
	TOTAL GERAL	668	242	426	36%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde São Paulo

Anexo VII – Quadro com a síntese dos principais problemas de RH no PSF, do ponto de vista das IP

IP I	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Forma de implantação do PSF – pessoal contratado sem perfil	A existência, na mesma unidade, de profissionais da parceira e de servidores municipais
Falta de educação permanente	Ausência de gerenciamento dos conflitos das equipes
<i>Rotatividade dos médicos</i>	Saúde física e mental do ACS
Saúde mental do ACS	
IP II	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Saúde mental do ACS	Distância do RH da parceira das unidades – dificuldade de controle
Falta de educação permanente	Número de licenças médicas solicitadas
<i>Rotatividade dos médicos</i>	Saúde mental do ACS
Formação dos médicos	Dificuldade de captação de médicos
Jornada de 40 horas semanais	
Existência, na mesma unidade, de profissionais da parceira e de servidores municipais	
Funcionários que têm vínculo com a prefeitura com complementação da parceira	
IP III	
Responsável pela parceria e Gerente de RH	
Existência de diversos modelos de atuação na mesma unidade – PSF e UBS tradicional	
Saúde física e mental dos médicos e dos ACS	
Desconhecimento da CLT e dificuldade em coordenação de equipe pelo gerente da unidade	
<i>Rotatividade dos médicos</i>	
Falta de educação permanente	
Ausência de identidade do profissional da parceira	
Existência, na mesma unidade, de profissionais da parceira e de servidores municipais	
IP IV	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Saúde mental do ACS	Falta de profissional médico com perfil para trabalhar no PSF
Falta de intersetorialidade do Programa - desgaste da equipe	Mudança de residência dos ACS que leva ao seu desligamento da parceira
Falta de outras especialidades na unidade, tais como odontologia, assistência social e nutrição	Desconhecimento da CLT por parte dos gerentes de unidade que são servidores públicos
Falta de acompanhantes para idosos	Funcionários que têm vínculo com a prefeitura, com complementação da parceira
Desconhecimento da CLT por parte dos gerentes de unidade que são servidores públicos	
Excesso de capacitações para gerentes, médicos e enfermeiros - ficam pouco tempo na unidade	

IP VI		
Responsável pela parceria		Gerente de RH
Limitações impostas pela própria prefeitura para a contratação de pessoal - limites salariais	Saúde física e mental do ACS	
Dificuldade de atração de profissionais para unidades da periferia do município	<i>Rotatividade dos médicos</i>	
<i>Rotatividade dos médicos</i>	Dificuldade na realização das capacitações pela parceira	
IP VII		
Responsável pela parceria		Gerente de RH
Seleção dos ACS	Desconhecimento da CLT por parte do gerente da unidade	
	Gerenciamento de unidades mistas - vários modelos e vínculos	
	Jornada de 40 horas semanais	
IP VIII		
Responsável pela parceria		Gerente de RH
Desmotivação dos profissionais que estão há mais tempo no PSF	Saúde mental dos profissionais – principalmente ACS e médicos	
Falta de educação permanente	<i>Rotatividade dos médicos</i>	
Saúde mental dos profissionais – principalmente ACS e médicos	Funcionários que têm vínculo com a prefeitura, com complementação da parceira	
<i>Rotatividade dos médicos</i>		
IP X		
Responsável pela parceria		Gerente de RH
Não quis ser entrevistado	Não há problemas na área de RH	
IP XI		
Responsável pela parceria		Gerente de RH
<i>Rotatividade de médicos</i>	Desconhecimento da CLT por parte do gerente da unidade	
	Gerenciamento das unidades mistas – diferentes modelos de atenção e de vínculo	
	Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde	
IP XII		
Responsável pela parceria		Gerente de RH
Falta de integração do funcionário do PSF com a Instituição Parceira como um todo	Diferença de pagamento entre instituições parceiras	
	Falta de RH nas unidades - pessoal administrativo	
	Distância do RH da parceira das unidades – dificuldade de controle	
	O gerente da unidade ter um vínculo diferente do funcionário do PSF	

Os problemas se encontram em ordem de importância

Anexo VIII – Quadro com a síntese das hipóteses sobre os fatores da rotatividade dos médicos do PSF, do ponto de vista dos gerentes das IP

IP I	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
<i>Residência médica</i> Má relação com a chefia Profissionais que optam por não trabalhar mais no PSF Profissionais que não conseguem trabalhar com a pobreza	<i>Residência médica</i> Outras opções de emprego – parceiras do PSF
IP II	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
<i>Residência médica</i> Desprestígio da profissão O horário que dificulta a realização de plantões O trabalho na periferia	<i>Residência médica</i>
IP III	
Responsável pela parceria e Gerente de RH	
Busca de melhores condições de trabalho Rodízio entre parceira em função dos benefícios O papel do médico: de um lado um modelo, de outro a pressão para realizar consultas Baixa resolatividade Insegurança pela falta de domínio do conhecimento necessário Ausência de coordenação da equipe pelo gerente da unidade <i>Residência médica</i> Rede assistencial sem suporte Stress	
IP IV	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Ausência de perfil profissional: tem que estabelecer vínculo com a comunidade. Se não se adequa, sai. Recém-formado Saídas para outros parceiros – acordos de horário Trabalhar mais próximo ao local de moradia	<i>Residência médica</i>
IP V	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Não quis ser entrevistado	Não quis ser entrevistado

IP VI	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
O horário de trabalho do PSF	Dificuldade com as gerências das unidades
<i>Residência médica</i>	<i>Residência médica</i>
	Rotatividade entre municípios – salário / distância
	Rotatividade entre parceiras do PSF
IP VII	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
<i>Residência médica</i>	Jornada de trabalho de 40 horas semanais
Localização das unidades	
Rotatividade entre parceiras do PSF - salário	
IP VIII	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
<i>Residência médica</i>	Violência do local
Número de empregos	Distância das unidades
Jornada de trabalho de 40 horas semanais	<i>Residência médica</i>
	Propostas melhores
	Idade - muito jovens
IP IX	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Não quis ser entrevistado	Não quis ser entrevistado
IP X	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Não quis ser entrevistado	Deslocamento para a periferia e riscos
IP XI	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
Falta de prestígio da profissão	Muita gente sem perfil
	Conflito nas unidades entre gerentes e médicos, e entre médicos
	Ausência de retaguarda (saúde mental)
	Não possuem atuação definida
IP XII	
Responsável pela parceria	Gerente de RH
<i>Residência médica</i>	Outra proposta de emprego
	Jornada de trabalho de 40 horas semanais

Anexo IX - Tabela com a caracterização dos médicos do PSF e sua correlação com a rotatividade, por IP

INSTITUIÇÃO PARCEIRA	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	Total	r	Max.	Mín.	Amplitude
ÍNDICE DE ROTATIVIDADE	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7			22,8	37,4				
SALÁRIOS E BENEFÍCIOS															
Salário (R\$)	6111,7	6998,2	6257,3	6276,0	6691,0	6285,3	6008,4	6948,1	5628,2	6437,0	6364,1	0,48	6998,2	5628,2	1370,0
Benefício (R\$)	138,8	205,8	345,1	558,8	54,5	318,2	219,4	237,1	275,6	288,8	264,2	-0,20	558,8	54,5	504,3
Salário+benefício (R\$)	6250,5	7204,0	6602,4	6834,8	6745,5	6603,5	6227,8	7185,2	5903,8	6725,8	6628,3	0,40	7204,0	5903,8	1300,2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS															
Sexo feminino (%)	59,1	48,1	41,7	55,0	44,4	60,0	71,4	51,6	68,7	41,4	53,5	-0,03	71,4	41,4	30,0
Sexo masculino (%)	40,9	51,9	58,3	45,0	55,6	40,0	28,6	48,4	31,3	58,6	46,5	0,03	58,6	28,6	30,0
Faixa etária - até 29 anos (%)	27,3	18,5	41,7	35,3	37,1	60,0	4,8	25,9	31,3	25,0	28,8	0,47	60,0	4,8	55,2
Faixa etária - de 30 a 39 anos (%)	13,6	14,8	33,3	35,3	18,5	20,0	19,0	29,0	12,5	25,0	23,3	-0,41	35,3	12,5	22,8
Faixa etária - acima de 40 anos (%)	59,1	66,7	25,0	29,4	44,4	20,0	77,3	45,1	49,9	50,0	47,9	-0,22	77,3	20,0	57,3
Naturalidade – município de São Paulo (%)	50,0	42,3	33,3	45,4	48,2	53,3	52,4	38,6	62,5	44,9	46,8	0,02	62,5	33,3	29,2
FORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA															
Cursou faculdade pública (%)	54,5	63,0	25,0	41,2	44,4	40,0	42,9	61,3	56,2	58,6	49,8	0,07	63,0	25,0	38,0
Tempo de formado - a menos de 4 anos (%)	22,7	22,2	50,0	50,0	44,5	79,9	15,0	33,3	37,5	20,7	35,5	0,47	79,9	15,0	64,9
Tempo de formado – de 4 a 15 anos (%)	18,2	22,2	25,0	20,6	18,5	6,7	15,0	20,1	12,5	31,0	20,1	-0,50	31,0	6,7	24,3
Tempo de formado - a mais de 15 anos (%)	59,1	55,6	25,0	29,4	37,0	13,4	70,0	46,6	50,0	48,3	44,4	-0,35	70,0	13,4	56,6
Curso de especialização concluído (%)	81,8	66,7	50,0	34,3	40,7	26,7	66,7	48,8	50,0	58,6	51,6	-0,18	81,8	26,7	55,1
Residência médica concluída (%)	63,6	51,9	33,3	28,6	18,5	13,3	57,1	22,6	37,5	31,1	36,8	-0,14	63,6	13,3	50,3
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO															
Com experiência anterior no PSF (%)	9,0	18,5	25,0	34,3	29,6	40,0	42,9	43,4	43,9	44,7	32,8	-0,46	44,7	9,0	35,7
Com 2 ou mais empregos (%)	65,0	50,0	58,3	65,7	69,2	46,7	57,1	51,6	50,0	48,2	56,8	-0,27	69,2	46,7	22,5
O PSF é o primeiro emprego (%)	27,3	19,2	18,2	42,9	38,5	33,3	23,8	38,7	37,5	10,3	29,7	0,18	42,9	10,3	32,6
Locomoção - vai de carro para o trabalho (%)	90,9	92,5	91,6	82,8	76,9	53,3	80,0	77,4	93,3	82,7	82,0	-0,26	93,3	53,3	40,0
Tempo de locomoção - mais de uma hora (%)	36,3	22,2	8,3	17,1	74,1	73,4	4,8	35,5	12,6	10,2	28,6	0,57	74,1	4,8	69,3
CAPACITAÇÃO DO PSF															
Participou do momento I (%)	72,7	88,4	75,0	96,9	100,0	80,0	100,0	83,8	73,3	68,9	84,6	-0,05	100,0	68,9	31,1
Participou do momento II (%)	18,1	50,0	16,6	24,2	24,0	20,0	42,1	45,1	53,3	34,4	30,7	-0,03	53,3	16,6	36,7
Não participou de capacitação alguma (%)	0,0	3,8	8,3	3,0	0,0	0,0	0,0	6,4	6,6	3,4	5,9	-0,05	8,3	0,0	8,3

r - coeficiente de correlação entre rotatividade e fatores de satisfação no trabalho

vermelho - abaixo de 2 s

Anexo X - Tabela com as correlações entre os indicadores de satisfação no trabalho e o índice de rotatividade, por IP

IP	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	Total	r	Max.	Mín.	Amplitude	s
Índice de rotatividade	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7	-	-	22,8	37,4		61,1	22,8	38,3	16,0
Indicadores																
Identidade com a tarefa	85,2	79,6	83,3	91,4	90,7	91,7	81,0	83,9	93,3	91,7	87,1	-0,18	91,7	79,6	12,1	5,1
Capacitação	38,6	47,1	45,9	45,7	42,6	40,0	47,6	60,5	56,3	54,6	48,2	-0,59	60,5	38,6	21,9	7,2
Ambiente físico	43,2	32,4	45,9	46,4	36,1	36,7	31,3	41,7	37,5	50,0	40,6	-0,47	50,0	31,3	18,7	6,3
Materiais	63,6	46,3	56,9	52,9	52,9	50,0	50,0	59,7	51,6	65,7	54,4	-0,53	65,7	46,3	19,4	6,3
Stress	40,5	43,5	56,3	36,4	33,3	23,3	35,7	19,4	60,0	34,3	36,2	-0,07	60,0	19,4	40,6	12,7
Uso de habilidades	73,9	80,6	85,4	73,6	86,1	63,3	81,0	78,3	75,0	79,6	77,4	-0,36	86,1	63,3	22,8	6,7
Crescimento no trabalho	83,0	86,1	77,1	71,4	79,8	60,0	84,5	77,4	84,4	75,0	78,6	-0,19	86,1	60,0	26,1	7,9
Qualidade do serviço no setor	84,1	84,3	77,3	77,1	85,2	80,0	89,3	83,9	85,9	91,7	83,8	-0,43	91,7	77,1	14,6	4,7
Qualidade do atendimento no PSF	85,2	87,0	87,5	89,0	95,4	95,0	83,8	87,9	87,5	90,7	89,3	0,29	95,4	83,8	11,6	3,8
Confiança nas relações de equipe	81,8	77,8	85,4	75,7	86,1	76,7	83,8	78,2	81,3	82,7	80,6	-0,41	86,1	75,7	10,4	3,7
Relacionamento intra-equipe	91,7	92,6	91,7	94,3	94,4	96,7	96,4	87,9	96,9	95,4	93,4	-0,21	96,9	87,9	9,0	2,8
Reuniões de equipe	88,6	93,5	97,9	97,1	96,3	96,7	96,4	91,1	87,5	96,3	94,3	-0,24	97,9	87,5	10,4	3,8
Reuniões da unidade	90,9	84,3	97,9	91,9	98,1	95,0	78,8	82,1	79,7	96,3	89,3	0,04	98,1	78,8	19,3	7,6
Adesão	88,6	86,0	77,1	80,0	83,3	70,0	85,0	79,8	85,9	82,4	82,0	-0,30	88,6	70,0	18,6	5,4
Imagem externa	90,9	88,0	83,3	70,7	85,2	80,0	91,3	77,4	87,5	76,9	82,1	0,22	90,9	70,7	20,2	6,8
Credibilidade da pesquisa	90,9	80,8	77,1	68,6	87,0	81,7	79,8	73,4	79,7	73,1	78,6	0,44	90,9	68,6	22,3	6,6
Resultado Geral	76,3	74,4	76,6	72,6	77,0	71,0	74,8	72,7	76,9	77,3	74,7	-0,46	77,3	71,0	6,3	2,2

r - coeficiente de correlação entre o índice de rotatividade e os fatores de satisfação no trabalho

s - desvio padrão

vermelho - abaixo de 2 s

Anexo XI - Tabela com as correlações entre os indicadores de satisfação no trabalho e as características dos médicos do PSF

INSTITUIÇÃO PARCEIRA	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	Média	r'
Resultado Geral – satisfação no trabalho	76,3	74,4	76,6	72,6	77,0	71,0	74,8	72,7	76,9	77,3	74,7	
SALÁRIOS E BENEFÍCIOS (R\$)												
Salário	6111,7	6998,2	6257,3	6276,0	6691,0	6285,3	6008,4	6948,1	5628,2	6437,0	6364,1	-0,26
Benefício	138,8	205,8	345,1	559	54,5	318,2	219,4	237,1	275,6	288,8	264,2	-0,44
Salário+benefício	6250,5	7204,0	6602,4	6834,8	6745,5	6603,5	6227,8	7185,2	5903,8	6725,8	6628,3	-0,41
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (%)												
Sexo feminino	59,1	48,1	41,7	55,0	44,4	60,0	71,4	51,6	68,7	41,4	53,5	-0,25
Sexo masculino	40,9	51,9	58,3	45,0	55,6	40,0	28,6	48,4	31,3	58,6	46,5	0,25
Faixa etária - até 29 anos	27,3	18,5	41,7	35,3	37,1	60,0	4,8	25,9	31,3	25,0	28,8	-0,31
Faixa etária - de 30 a 39 anos	13,6	14,8	33,3	35,3	18,5	20,0	19,0	29,0	12,5	25,0	23,3	-0,28
Faixa etária - acima de 40 anos	59,1	66,7	25,0	29,4	44,4	20,0	77,3	45,1	49,9	50,0	47,9	0,34
Naturalidade – município de São Paulo	50,0	42,3	33,3	45,4	48,2	53,3	52,4	38,6	62,5	44,9	46,8	0,05
FORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA (%)												
Cursou faculdade pública	54,5	63,0	25,0	41,2	44,4	40,0	42,9	61,3	56,2	58,6	49,8	0,06
Tempo de formado - a menos de 4 anos	22,7	22,2	50,0	50,0	44,5	79,9	15,0	33,3	37,5	20,7	35,5	-0,51
Tempo de formado – de 4 a 15 anos	18,2	22,2	25,0	20,6	18,5	6,7	15,0	20,1	12,5	31,0	20,1	0,48
Tempo de formado - a mais de 15 anos	59,1	55,6	25,0	29,4	37,0	13,4	70,0	46,6	50,0	48,3	44,4	0,39
Curso de especialização concluído	81,8	66,7	50,0	34,3	40,7	26,7	66,7	48,8	50,0	58,6	51,6	0,49
Residência médica concluída	63,6	51,9	33,3	28,6	18,5	13,3	57,1	22,6	37,5	31,1	36,8	0,34
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO (%)												
Com experiência anterior no PSF	9,0	18,5	25,0	34,3	29,6	40,0	42,9	43,4	43,9	44,7	32,8	-0,21
Com 2 ou mais empregos	65,0	50,0	58,3	65,7	69,2	46,7	57,1	51,6	50,0	48,2	56,8	0,25
O PSF é o primeiro emprego	27,3	19,2	18,2	42,9	38,5	33,3	23,8	38,7	37,5	10,3	29,7	-0,43
Locomoção - vai de carro para o trabalho	90,9	92,5	91,6	82,8	76,9	53,3	80,0	77,4	93,3	82,7	82,0	0,66
Tempo de locomoção - mais de uma hora	36,3	22,2	8,3	17,1	74,1	73,4	4,8	35,5	12,6	10,2	28,6	-0,32
CAPACITAÇÃO DO PSF (%)												
Participou do momento I	72,7	88,4	75,0	96,9	100,0	80,0	100,0	83,8	73,3	68,9	84,6	-0,31
Participou do momento II	18,1	50,0	16,6	24,2	24,0	20,0	42,1	45,1	53,3	34,4	30,7	0,04
Não participou de capacitação alguma	0,0	3,8	8,3	3,0	0,0	0,0	0,0	6,4	6,6	3,4	5,9	0,17

r' - coeficiente de correlação entre satisfação no trabalho e características dos profissionais

azul - acima de 2 s

vermelho – abaixo de 2 s