

# **A ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL: DESAFIO NA GESTÃO DE CUSTOS**

**CRISTIANO DE FREITAS GOMES**

UNINOVE – Universidade Nove de Julho  
cdfgomes@terra.com.br

**CHENNYFER DOBBINS PAES DA ROSA**

UNINOVE – Universidade Nove de Julho  
chennyferr@yahoo.com.br

**MAIRA FIGUEIREDO PERES**

UNINOVE – Universidade Nove de Julho  
mairaperes@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Atualmente há no Brasil, um déficit de profissionais médicos nas áreas gerais (clínica médica, pediatria, ginecologia obstetrícia) o que ocasiona um gargalo no atendimento aos usuários que buscam ser atendidos em uma dessas quatro áreas, sobretudo no serviço público, havendo casos de fila de espera superior a 180 dias para que se tenha o atendimento.

O nível de satisfação do profissional é um importante fator para a fidelização do mesmo ao local de trabalho onde a remuneração profissional é um fator importante, mas não o único para que se consiga a permanência do profissional na unidade de saúde. Questões como condições de trabalho, tipos de contratação profissional, segurança para o exercício da medicina baseado nas boas práticas médicas, clima organizacional da instituição também tem sido avaliado pelos médicos na hora de assinar o contrato de trabalho.

Uma das maiores dificuldades para a efetiva atuação do serviço de atenção básica e para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) está relacionada à política de recursos humanos. Esta dificuldade se deve principalmente pela intensa rotatividade dos médicos, impossibilitando um dos requisitos mais importantes para o sucesso do programa que é exatamente a vinculação profissional com a comunidade em que atua.

No setor saúde especialmente no que se refere à contratação de profissionais da atenção básica, observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos modernos movimentos do capitalismo tardio, sobretudo ao se considerar o estabelecimento de novos ordenamentos sociais. Nesse âmbito, é mister salientar que o tipo de desproteção sócio-legal implicado na noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador “aceite” a relação contratual precária, pois a outra opção seria o desemprego, socialmente mais excludente (DA SILVA JUNQUEIRA et al., 2010).

Ações de recursos humanos, que há anos tem apresentado resultados positivos em instituições privadas, devem ser adotadas pela gestão pública, aumentando consideravelmente o compromisso que os profissionais tem pela organização e pelo trabalho, consequentemente melhorando a qualidade dos serviços oferecidos à população (SANCHES et al., 2010).

É importante salientar que os recursos humanos das organizações de saúde são os agentes de mudança para a construção do SUS e, para tanto, precisam possuir sólida formação e ter clareza dos objetivos de seu trabalho, pois conhecem a comunidade em que estão inseridas, suas necessidades e demandas (SANCHES et al., 2010).

Uma das características dos sistemas de serviços de saúde em todos os países da América Latina é a sua concentração nas grandes cidades, contrastando com a dificuldade de provisão desses serviços em áreas rurais ou isoladas ou ainda em comunidades de pequeno e até de médico porte. Nesses locais, a falta de estímulos funcionais e sociais para os profissionais de saúde se contrapõe a vantagens e diferenciais financeiros vigentes em grandes centros urbanos. Amplas regiões de países continentais como o Brasil não contam com oferta regular de serviços de saúde.

A gestão do trabalho nos serviços de saúde adquire conotações peculiares em função do significado especial que tem o trabalho no processo de produção desses serviços. Lidar com o trabalho em saúde tem implicações especiais porque não se trata apenas de uma mercadoria cujo valor se estipule de acordo com as regras do mercado, ou mesmo de um fator de produção cuja utilização se estabeleça conforme regulamentos cristalizados em leis.

A questão da rotatividade de profissionais tem sido um problema nas diversas profissões da área de saúde em todo o Brasil sobretudo nas cidade de menor porte e afastada dos grandes centros urbanos.

A rotatividade do quadro de trabalhadores de saúde do hospital representa um grande problema enfrentado pelos gerentes de enfermagem e implica significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (NOMURA; GAIDZINSKI, 2001).

A rotatividade passou a ser objeto de estudos devido às consequências econômicas que traz à organização (NOMURA; GAIDZINSKI, 2001)

Este relato técnico tem como objetivo avaliar a questão da rotatividade dos profissionais médicos que atuam em uma rede pública de saúde do município de Rio Grande da Serra que é um município da região do ABC paulista e propor intervenções que poderão auxiliar na aderência desses profissionais ao serviço de saúde, sobretudo no segmento da atenção básica do sistema de saúde municipal incluindo principalmente as unidades do Programa Saúde da Família (PSF).

## REFERENCIAL TEÓRICO

Com a Constituição Federal de 1988 a reforma sanitária se fez realidade e o SUS se consolidou como um sistema unificado de assistência e de atenção à saúde. Pode-se dizer que a década de 90 foi perdida para os trabalhadores da saúde. No período de consolidação do SUS não houve preocupação com os trabalhadores e não foi elaborada uma política efetiva de recursos humanos compatível com a sua concepção universalista. Sobre os vínculos indivíduo-organização, um dos mais estudados é o comprometimento organizacional. De modo geral, parte-se do pressuposto de que há uma busca em manter uma relação de troca entre os atos dos trabalhadores (desempenho, assiduidade, permanência e colaboração espontânea) e as retribuições organizacionais por meio de políticas de gestão de pessoas, oferecendo sistemas de recompensas econômicas, financeiras, sociais ou materiais (SANCHES et al., 2010).

Neste contexto, compreender o comprometimento no trabalho tem sido interesse dos profissionais, principalmente os profissionais responsáveis pela formulação e implementação das políticas de gestão nas organizações (SANCHES et al., 2010).

Apesar de o pagamento não ser o único fator que influencia o comportamento dos diferentes stakeholders, é um dos mais importantes. Com efeito, políticas de pagamento exercem forte influência nas organizações e nos profissionais responsáveis por oferecer o cuidado à saúde. É necessário que estas políticas estejam alinhadas a fim de encorajar e viabilizar a melhoria da qualidade e eliminar barreiras financeiras que podem criar obstáculos significativos a este objetivo. Mesmo entre profissionais motivados a prover a melhor atenção à saúde possível, a estrutura de remuneração pode não facilitar as ações necessárias e até frustrar as ações deste tipo (BESSA, 2011).

Cada indivíduo está constantemente fazendo escolhas entre alternativas que competem. Escolhas envolvem *trade-offs*, isto é optar por gastar mais em alguma coisa, nos deixa com menos para gastar em outra. Os *trade-offs* são consequências da escassez e limitação de recursos na sociedade. Ao fazer escolhas as pessoas respondem a incentivos. Em um contexto econômico, incentivos são benefícios (incluindo redução de custos, aumento da remuneração) que motivam aquele que toma decisões a fazer uma determinada opção (VIANNA; MESQUITA, 2003).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se fortaleceu ampliando suas possibilidades de intervenção na promoção da saúde, devido às ações educativas, preventivas e de mobilização social, passando a fazer parte dos programas de saúde coletiva. Embora tenha alcançado

inúmeros avanços demonstrados por meio dos dados epidemiológicos, as unidades de saúde da família (SF) convivem de modo contrário aos problemas diversos, tais como o baixo investimento na qualificação dos trabalhos, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe multiprofissional. Ainda, os baixos salários, indefinição no vínculo contratual dos funcionários e a disparidade salarial são fatores que ainda interferem na atuação do trabalho em equipe, desestimulando a co-participação do gestor/funcionário, desvalorizando e excluindo os trabalhadores e usuários no processo de promoção de saúde (MARCHON; CUNHA, 2008).

Os resultados apresentados na pesquisa realizada por Machado sobre o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros no PSF do Brasil demonstra que a maioria dos profissionais considera desgastante o exercício de sua atividade na SF. Foram consideradas como as principais causas de desgaste do exercício na profissão: o vínculo trabalhista precário; o excesso de trabalho; a falta de recursos humanos capacitados, materiais e medicamentos; a dificuldade de acesso às áreas de trabalho; a baixa remuneração e a falha no sistema de referência e contra-referência (MARCHON; CUNHA, 2008).

Atualmente, nenhum método de pagamento alinha satisfatoriamente os incentivos financeiros com as metas de melhoria dos indicadores de qualidade relativos a todos os envolvidos nos cuidados de atenção à saúde, ou seja, médicos, hospitais e pacientes (BESSA, 2011).

A questão salarial aparece como importante atrativo, mas não é o que faz o profissional fixar-se. Pode igualmente influenciar na maior rotatividade a distância da unidade onde se vai atuar, a infraestrutura das unidades, tanto em espaço físico como de material, e confiança na equipe de trabalho. Existem elementos que aumentam a satisfação do médico e diminuem a sua rotatividade, como apoio da gestão, possibilidades de educação continuada, desenvolvimento de ações de educação, promoção e prevenção, além de autonomia para gerenciar a agenda com base da análise da população da região (PANNI, 2012).

São queixas frequentes dos profissionais médicos - e que são determinantes no momento da decisão de desligamento da função – a falta de suporte de referenciamento e conseguir a regulação dos casos mais graves, salário e jornadas de trabalho, benefícios, além de infraestrutura e disponibilidade de material (PANNI, 2012).

No setor saúde especialmente no que se refere à contratação de profissionais da atenção básica, observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos modernos movimentos do capitalismo tardio sobretudo ao se considerar o estabelecimento de novos ordenamentos sociais. Nesse âmbito, é mister salientar que o tipo de desproteção sócio-legal implicado na noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador “aceite” a relação contratual precária, pois a outra opção seria o desemprego, socialmente mais excludente (DA SILVA JUNQUEIRA et al., 2010)

Em função de uma solicitação dos secretários municipais de saúde foi criado no consórcio intermunicipal do ABC um grupo de trabalho envolvendo gestores da saúde das 07 cidades da região do ABC Paulista visando a realização de um estudo em relação ao panorama salarial dos profissionais médicos dos serviços municipais da região do ABC.

Esse grupo de trabalho elaborou tabela comparativa sobre essa questão que é apresentada a seguir:

**Tabela 1 – Salário médico da atenção básica – 20 horas semanais Grande ABC, Janeiro - 2013**

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>REGIME DE CONTRATAÇÃO</b>	<b>TOTAL MÊS</b>
<b>Atenção Básica Especialidades</b>	<b>Mauá</b>	CLT - Fundacional	3.598,00
		Estatutário	3.675,00
	<b>Ribeirão Pires</b>	Estatutário	6.500,00
	<b>Rio Grande da Serra</b>	Estatutário	3.357,00
		CLT	3.581,00
			4.181,00
	<b>Santo André</b>	Estatutário	3.632,00
		Municipalizado	2.600,00
	<b>São Bernardo</b>	CLT	3.500,00
		Estatutário	3.500,00
<b>São Caetano</b>	CLT	4.096,05	
<b>Diadema</b>	CLT	5.416,00	

Fonte: Grupo de Trabalho – Gestão do Trabalho Médico do Grande ABC

## **METODOLOGIA DA PRODUÇÃO TÉCNICA**

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho consiste em revisão bibliográfica e análise documental e descritiva dos dados extraídos do setor de recursos humanos da secretaria municipal de saúde e do grupo de trabalho de gestão do trabalho médico do Grande ABC. Trata-se também de um estudo de caso, referente à condição salarial dos médicos de uma cidade do Grande ABC que tem alta rotatividade de profissionais.

## **CONTEXTO DO PROJETO OU SITUAÇÃO-PROBLEMA**

Este relato técnico foi desenvolvido em Rio Grande da Serra que é um município pertencente à região do ABC paulista composta por sete cidades (Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra). Rio Grande da Serra possui uma área de 37 Km<sup>2</sup>, uma população de 45.014 mil habitantes segundo censo IBGE (2010), com densidade demográfica de 1.216,59 hab/Km<sup>2</sup> revelando baixa ocupação populacional. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade é de 0,764 segundo o atlas do desenvolvimento humano do PNUD (Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento) que é o menor da região. Rio Grande da Serra está situada a uma distância de 51 km do centro da capital paulista e localizada em uma área de mananciais e de preservação ambiental.

De acordo com o relatório de gestão de saúde 2012 a cidade de Rio Grande da Serra apresenta indicadores de saúde abaixo do pactuado junto ao Ministério da Saúde, demonstrando baixa condição de acesso da população aos serviços de saúde.

A rede de atenção do sistema público de saúde é composta por unidades de atendimento à população em um total de 10 unidades de saúde sendo que 05 delas são caracterizadas como unidades básicas de saúde, 01 centro de atenção à saúde da mulher e da infância, 01 centro de especialidades médicas, 01 pronto atendimento, 01 ambulatório de saúde mental e 01 de vigilância sanitária.

A equipe de profissionais de saúde contava em fevereiro de 2013 com 06 profissionais médicos para atendimento nas unidades básicas de saúde. A taxa de rotatividade desses profissionais era alta com baixa fidelização dos médicos ao serviço revelando pequeno grau de comprometimento.

Essa situação leva a um comprometimento da saúde financeira da secretaria, pois diversos recursos foram dispensados no período de janeiro a maio para pagamento de encargos trabalhistas em função de pedidos de demissão ou de exoneração de 04 profissionais médicos totalizando no período um gasto de R\$ 203.512,34 com processos de demissão de médicos da rede municipal de saúde.

Muitos dos profissionais médicos não cumpriam horários, apresentavam alta taxa de absenteísmo e de forma regular além de não serem comprometidos com as unidades de atendimento e com o serviço prestado à população.

O contrato de trabalho era basicamente feito de forma direta pela prefeitura municipal como estatutário ou cargo comissionado com valores de remuneração abaixo do praticado na região o que contribui para a escassez e dificuldade de se fixar o médico no sistema de saúde do município.

## **TIPO DE INTERVENÇÃO E MECANISMOS ADOTADOS**

Como o financiamento do setor de saúde pública no Brasil é escasso e modesto em comparação com as necessidades de investimentos e em função da situação encontrada pela nova gestão da secretaria de saúde do município que assumiu em janeiro de 2013, foi realizado um plano de ação para reverter essa situação visando melhoria do serviço prestado e das condições de saúde da população.

Foi assinado um contrato de trabalho entre a secretaria municipal de saúde e a organização social de saúde da Fundação ABC para permitir uma maior flexibilidade e facilidade na forma e no processo de contratação dos médicos além de ter sido criado um programa de remuneração médica de acordo com cumprimento de metas de trabalho e produtividade.

O plano de metas proposto foi o seguinte:

- Assiduidade e pontualidade em relação ao horário de atendimento. No caso de faltas ocorre perda da gratificação
- Atendimento de no mínimo 04 consultas por hora
- Preenchimento completo de ficha de atendimento, formulários e prontuários requisitados pela setor de regulação e controle

- Solicitação de exames de referência e contra-referência com hipótese diagnóstica descrita
- Realizar atendimento com uniforme (avental ou roupa branca) e crachá de identificação
- Atendimento de acordo com boas práticas de conduta dentro de protocolos e diretrizes dos diversos programas de atenção básica do Ministério da Saúde

Os valores foram realinhados para a realidade do mercado na região do ABC paulista da seguinte forma com valores fixos mais gratificação:

- 12 horas semanais – R\$ 2.000,00 + R\$ 1.500,00 gratificação
- 20 horas semanais – R\$ 4.000,00 + R\$ 1.850,00 gratificação
- 40 horas semanais (PSF) – R\$ 8.000,00 + R\$ 4.500,00 gratificação

Esses valores utilizados no repasse para a gratificação acima proposta são oriundos do remanejamento de verba de custeio que foi economizada em função de uma parceria entre uma associação hospitalar filantrópica e a secretaria de saúde que assumiu todo o custo mensal que município tinha em relação aos exames laboratoriais terceirizados de rotina e de urgência e emergência totalizando uma economia mensal de de R\$ 81.000,00. Com esse realinhamento dos valores salariais do profissional médico esperava-se uma maior fidelização do mesmo no serviço de saúde, ampliação do número de profissionais e um maior grau comprometimento com o serviço de saúde.

## RESULTADOS OBTIDOS E ANÁLISE

A avaliação quantitativa do grau de rotatividade do profissional médico foi feita em um período de 120 dias após o início da implementação das ações propostas com plano de metas e produtividade (Tabela2).

Tabela 2. Número de demissões e contratações de médicos para atenção básica por especialidades em Rio Grande da Serra.

Mês	Demissão	Contratação	Especialidades
Fevereiro	00	01	Ginecologia Obstetrícia
Março	00	02	Pediatria Clínica Médica
Abril	00	00	-
Maio	00	01	Clinica Médica

Foi observado que não houve nenhuma solicitação de demissão, e ao contrário foram admitidos 04 profissionais sendo que 01 na área de ginecologia e obstetrícia, 01 na área de pediatria e 02 na área de clínica médica o que nos leva a entender como positiva a ação proposta para uma maior fidelização do médico com o serviço de atenção básica do

município. Houve dificuldade de contratação de profissional médico para área de PSF que devem realizar uma carga horária de 40 horas semanais.

A alta rotatividade dos médicos na atenção básica traz prejuízos importantes à população. A rotatividade do médico na ESF é um problema que acomete todas as regiões do País. O atendimento médico fica com baixa resolutividade e eficácia, pois não há tempo para estabelecer uma vinculação com a população assistida. Gera grande gasto de recursos públicos para contratação e exoneração destes profissionais o que poderia ser investido de forma mais eficiente na saúde (PANNI, 2012).

Estas novas contratações permitiram uma maior abrangência da área de cobertura do atendimento para as unidades básicas de saúde e, além disso permitiram um aumento quantitativo do número de atendimentos realizados quando comparados o mesmo período do ano anterior (Tabela 3).

Tabela 3. Total de atendimentos médicos no período analisado de 2012 e 2013.

Mês	Total atendimentos 2012	Total de atendimentos 2013	Variação %
Fevereiro	1.734	2.820	+ 62,6%
Março	2.342	2.986	+ 27,4%
Abril	1.628	3.134	+ 92,5%
Mai	1.444	3.176	+ 119,9%
Total	7.148	12.116	+ 69,5%

Durante o período analisado não foi observada nenhuma falta de médicos nos dias de atendimento tendo sido realizadas um total de 12.116 consultas somadas todas as especialidades sendo que no mesmo período em 2012 foram atendidos 7.148 pacientes que representou um aumento total de 69,5%. Este aumento do volume de atendimento é reflexo do maior número de profissionais atuantes nas unidades do município e ainda em função do cumprimento do número de atendimentos estipulados para o recebimento dos valores de gratificação acordados.

As formas de remuneração devem proporcionar pagamento justo para o manejo clínico em todos os grupos de pacientes atendidos, oferecer oportunidades para os fornecedores compartilharem os benefícios do aumento da qualidade e para os consumidores reconhecerem as diferenças nos cuidados de saúde que orientarão suas decisões. Devem ainda prever incentivos financeiros baseados nas melhores práticas que alcançar resultados eficazes. Incrementos substanciais na qualidade tem maior probabilidade de serem obtidos quando os provedores de serviço estão motivados e são recompensados pela elaboração minuciosa de cuidados e processos com elevados níveis de segurança, eficácia, pontualidade, eficiência e equidade – sempre focadas nas necessidades dos pacientes e visando à redução da fragmentação do cuidado (BESSA, 2011).

Ainda em relação a este período houve um gasto por parte da secretaria municipal de saúde com o pagamento das gratificações por cumprimento do plano de metas no valor de R\$ 33.378,69 mensais restando ainda R\$ 47.621,31 para pagamentos de gratificações de novos profissionais que vierem a ser contratados no futuro.



Isto demonstra que foi mantido o equilíbrio financeiro em relação aos custos dispensados com os recursos humanos da área médica propiciando ainda o aumento quantitativo do número de pacientes atendidos.

Assim pode-se afirmar que a implantação das ações de metas e produtividade teve impacto positivo na gestão da atenção básica do sistema de saúde do município no período estudado o que em um país como o Brasil, onde há uma escassez de recursos e um subfinanciamento do sistema de saúde sendo que é altamente relevante ações onde seja possível realizar mais atividades de saúde para o atendimento da população através de estratégias criativas e viáveis como a proposta neste trabalho.

## CONCLUSÃO

A realização desse trabalho nos permitiu concluir que ações de gestão em saúde com realinhamento salarial do profissional médico associado a um plano de metas e produtividade podem ser efetivas e contribuir para uma diminuição da taxa de rotatividade de profissionais no atendimento em atenção básica de município.

Essa diminuição da taxa de rotatividade de médicos possibilitou nesse caso um aumento do número de atendimentos em atenção básica da população no período estudado.

Para que se tenha uma maior consistência em relação às afirmações outros trabalhos deverão ser realizados com uma análise temporal maior onde se permita analisar não apenas quantitativamente, mas também qualitativamente o atendimento através da análise dos indicadores de saúde estabelecidos para se avaliar a qualidade de saúde de uma população e assim a efetividade dessa ação a longo prazo.

Finalmente espera-se que esse trabalho seja útil para que outras ações desse tipo sejam implantadas em outros serviços de atenção básica do Brasil.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BESSA, R. DE O. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. 2011.

DA SILVA JUNQUEIRA, T. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS Labor relations under decentralized health. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 918–928, 2010.

MARCHON, S. G.; CUNHA, Z. DA. Diagnóstico dos problemas que interferem nas ações do PSF do município de Araruama: sugerindo o empowerment como teoria organizacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 13, p. 40–45, 2008.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. **Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em um hospital-escola**. [s.l.] SciELO Brasil, 2001.

PANNI, P. G. Motivos para a rotatividade dos médicos na estratégia da Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS. 2012.

SANCHES, E. N. et al. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 294–300, 5 jul. 2010.

VIANNA, D.; MESQUITA, E. T. Economia da saúde: ferramenta para a tomada de decisão em Medicina. **Rev SOCERJ**, v. 16, n. 4, p. 258–61, 2003.