

**EFEITOS DE ESTRATÉGIA UTILIZADA PARA FIDELIZAÇÃO DE  
PROFISSIONAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO  
BRASILEIRO<sup>1</sup>**

***EFFECTS OF STRATEGY USED FOR LOYALTY OF MEDICAL PROFESSIONALS IN  
PRIMARY CARE OF A BRAZILIAN CITY***

***EFFECTOS DE LA ESTRATEGIA PARA LEALTAD LOS PROFESIONALES MÉDICOS  
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA CIUDAD BRASILEÑA***

**Cristiano de Freitas Gomes**, Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (1999). Mestre em Gestão em Sistemas de Saúde pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) (2013 - em andamento) – São Paulo/Brasil. Endereço Profissional: Av Francisco Matarazzo, 612 – Barra Funda – São Paulo – SP e-mail: [cdfgomes@terra.com.br](mailto:cdfgomes@terra.com.br)

**Chennyfer Dobbins Abi Rached**, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal São Paulo (2010). Mestre em Economia da Saúde pela UNIFESP (2007). Professora da Universidade Nove de Julho, São Paulo/Brasil. Endereço Profissional: Av Francisco Matarazzo, 612 – Barra Funda – São Paulo – SP e-mail: [chennyferr@yahoo.com.br](mailto:chennyferr@yahoo.com.br)

**RESUMO**

O Brasil tem um déficit de profissionais médicos nas áreas gerais. O nível de satisfação do profissional e a remuneração profissional são fatores importantes embora não sejam os únicos. Este trabalho objetiva avaliar a estratégia empregada para aumentar o número e a fidelização, bem como diminuir a rotatividade dos médicos que atuam em um município da região do ABC paulista e propor intervenções que auxiliarão na adesão desses profissionais ao serviço de saúde. 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. A metodologia utilizada no trabalho consiste em um estudo de caso realizado na Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande da Serra (SP). Foi elaborado plano de metas e produtividade alinhado a uma gratificação salarial em caso de cumprimento. Observou-se duas solicitações de demissão e 13 admissões de profissionais médicos no período estudado, 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 além de ter tido maior número de atendimentos. Conclui-se que as estratégias para fidelização dos profissionais médicos estão direcionadas ao realinhamento salarial do médico associado a um plano de metas e produtividade e que podem ser efetivas contribuindo para uma diminuição da taxa de rotatividade de profissionais no atendimento em Atenção Básica do município.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Satisfação no Emprego; Médicos

**ABSTRACT**

*Brazil has a shortage of medical professionals in the general areas. The level of professional satisfaction and professional compensation are important factors although they are not the only ones. This work aims to evaluate the strategy employed to increase the number and loyalty and decrease turnover of doctors working in a city in the ABC Paulista region and*

<sup>1</sup> Artigo submetido em 15/09/2014, revisado em 28/09/2014, aceito em 30/05/2016 e divulgado em 30/06/2016 pelo Editor João Carlos Hipólito Bernardes do Nascimento, após *double blind review*.

*propose interventions that will aid in the adhesion of these professionals to the health service. Currently no method of payment satisfactorily aligns financial incentives with the goals of improving quality indicators to everyone involved in the care of health care. The methodology used in this work consists of a literature review and documentary and descriptive analysis of data from the health department and workgroup management of medical work do Grande ABC, São Paulo State. Goals and aligned to yield a wage bonus for compliance plan was drawn up. It was observed that there were two requests for dismissal and that 13 medical professionals were admitted during the study period which leads us to understand how positive the proposal for greater physician loyalty with the service basic health care action addition to having more of care . The realization of this work allowed us to conclude that management actions on health with wage realignment associated with a medical plan goals and productivity can be effective and contribute to a decrease in the rate of turnover of professionals in attendance in primary care county.*

**KEYWORDS:** *Primary Health Care; Job Satisfaction; Physicians*

### **RESUMÉN**

*Brasil tiene un déficit de profesionales médicos en las áreas generales. La satisfacción profesional y la remuneración profesional son factores importantes aunque no son los únicos. Este estudio tiene como objetivo evaluar la estrategia empleada para aumentar el número y la lealtad y disminuir la rotación de los médicos que trabajan en un municipio de la región de Sao Paulo ABC y proponer intervenciones que ayuden a los miembros de estos profesionales al servicio de la salud. Actualmente no existe un método de pago a alinear los incentivos financieros satisfactoriamente con los objetivos de mejorar los indicadores de calidad para todos los implicados en el cuidado de la salud. La metodología utilizada en el trabajo es un estudio de caso en la ciudad de Río Grande del Departamento de Salud da Serra (SP). Fue elaborado metas y la productividad alineados a un complemento salarial en caso de cumplimiento. Hubo dos solicitudes de despido y 13 profesionales médicos de admisión durante el período de estudio que nos lleva a comprender como positiva la propuesta de acción para una mayor lealtad del médico con el servicio básico del municipio, además de haber tenido más llamadas. Se concluye que las estrategias para la retención de los profesionales de la medicina se dirigen al médico reajuste salarial asociado a un plan de metas y la productividad y pueden estar contribuyendo efectiva a una disminución de la tasa de rotación profesional en servicio en el municipio de Atención Básica.*

**PALABRAS CLAVE:** *Atención primaria de salud; Empleo de satisfacción; médicos*

## **1 INTRODUÇÃO**

Conforme indicado por Robbins, podemos definir satisfação profissional como uma atitude geral do indivíduo sobre o seu trabalho, que consiste na diferença entre a quantidade de recompensas que recebe e a quantidade que acredita que deveria receber. A satisfação profissional deveria ser um dos objetivos legítimos de uma organização, não porque esteja comprovado que os empregados satisfeitos sejam mais produtivos do que os insatisfeitos, mas porque vai influenciar a qualidade de vida dos trabalhadores. Logo, as organizações têm a responsabilidade de proporcionar aos seus empregados trabalhos desafiantes e recompensadores, não só ao nível monetário, mas também ao nível do crescimento profissional (ROBBINS,1999; AGAPITO; SOUZA, 2010, p.133).

A literatura considera que o principal fator que leva um funcionário a 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 compõem o trabalho. A existência da correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade foi largamente estudada (CAMPOS; MALIK, 2008, p. 352).

Os fatores que determinam a satisfação profissional dos trabalhadores são as perspectivas de promoção, organização e funcionamento do departamento onde trabalham, relação com os colegas de trabalho, remuneração que recebem, competência do superior imediato, trabalho que realizam e condições de trabalho, podendo cada um deles influenciar os indivíduos de formas diferentes (AGAPITO; SOUZA, 2010, p. 133).

Os médicos reclamam da deterioração progressiva de sua remuneração. As sociedades de especialidades e as associações médicas e de defesa de classe reivindicam continuamente a elevação dos honorários médicos, argumentando que, nos últimos 10 anos, os índices de aumento de preços de consultas e procedimentos foram muito inferiores à autorização de reajuste dada pela Agência Nacional de Saúde – ANS às operadoras de planos de saúde. Ou seja, as operadoras reajustam seus preços para fazer frente ao aumento dos custos, as empresas e os beneficiários reclamam da elevação dos preços, entretanto, os médicos prestadores de serviços permanecem insatisfeitos com os honorários por eles recebidos. (BESSA, 2011, p. 14)

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, p. 919).

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 têm pela organização e pelo trabalho, conseqüentemente melhorando a qualidade dos serviços oferecidos à população (SANCHES; PRÓSPERO; STUKER, JÚNIOR, 2010, p. 295).

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 inseridos, suas necessidades e demandas (SANCHES et al., 2010, p. 295).

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 cidades de menor porte e afastada dos grandes centros urbanos.

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, p. 19).

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 de saúde, a reforma administrativa também exigia o aumento da eficiência e a redução dos custos, sendo a maior parte dos custos, referente a despesas com pessoal, algumas formas de redução encontradas foram o congelamento de contratações, a ausência de investimento em capacitação e treinamento e a adoção de relações trabalhistas precárias. 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 a sua real implantação (CAMPOS, 2005, p. 43).

Os problemas de implantação do PSF classificam-se em três grandes blocos: recursos humanos, financiamento e aspectos gerenciais e organizacionais. Recrutamento de pessoal, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade são os principais problemas apontados (CAMPOS, 2005, p. 45).

A necessidade de tornar o programa atraente para os médicos levou alguns gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação desses profissionais no trabalho. Algumas das estratégias utilizadas foram melhorias salariais e capacitações dos profissionais.

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 02 tabelas comparativas (Tabela 1 e 2) sobre essa questão salarial na região que são apresentadas a seguir:

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

| ESPECIALIDADE                            | MUNICÍPIO                  | REGIME DE CONTRATAÇÃO | TOTAL MÊS |
|--|----------------------------|-----------------------|-----------|
| <b>Atenção Básica<br/>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

**Tabela 2 – Salário médico da atenção básica – 40 horas semanais Grande ABC, Janeiro - 2013**

| ESPECIALIDADE                 | MUNICÍPIO           | REGIME DE CONTRATAÇÃO | TOTAL MÊS |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------|
| <b>Clínica Médica</b>         | Diadema             | CLT                   | 9.834,00  |
|                               |                     | Estatutário           | 10.994,00 |
|                               | Ribeirão Pires      | Estatutário           | 13.000,00 |
|                               | Rio Grande da Serra | Estatutário           | 8.962,90  |
|                               | Santo André         | CLT                   | 8.888,74  |
|                               |                     |                       | 9.449,50  |
|                               |                     | Municipalizado        | 12.920,00 |
|                               | São Bernardo        | CLT                   | 5.200,00  |
|                               |                     | Estatutário           | 9.874,00  |
|                               | São Caetano         | CLT                   | 9.874,00  |
| Estatutário                   |                     | 9.702,85              |           |
| <b>Ginecologia</b>            | Diadema             | CLT                   | 9.834,00  |
|                               |                     | Estatutário           | 10.994,00 |
|                               | Rio Grande da Serra | CLT                   | 6.226,58  |
|                               |                     |                       | 8.993,92  |
|                               | Ribeirão Pires      | Estatutário           | 13.000,00 |
|                               | Santo André         | CLT                   | 8.890,74  |
|                               |                     |                       | 9.449,50  |
|                               |                     |                       | 12.920,00 |
| São Bernardo                  | CLT                 | 9.874,00              |           |
|                               | Estatutário         | 9.874,00              |           |
| <b>Médico PSF/Generalista</b> | Santo André         | CLT                   | 8.890,74  |
|                               |                     |                       | 9.449,50  |
|                               |                     |                       | 12.920,00 |
|                               | São Bernardo        | CLT                   | 13.452,00 |
|                               |                     | Estatutário           | 13.452,00 |
|                               | São Caetano         | CLT                   | 10.650,51 |
|                               | Diadema             | Estatutário           | 10.994,00 |
|                               | Rio Grande da Serra | Estatutário           | 11.033,00 |
| Mauá                          | 15.218,00           |                       |           |

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

Dessa forma, este trabalho pretende responder a seguinte questão de pesquisa:

Qual é a estratégia empregada para fidelizar os médicos na Atenção Básica de um município da região do ABC paulista?

Com base nessas premissas, o objetivo deste estudo foi analisar o impacto da implementação das estratégias de incentivos financeiros na diminuição da rotatividade e sobre o atendimento global do atendimento dos pacientes do município estudado.

A estratégia para aumentar o número de profissionais médicos e a fidelização desses, bem como diminuir a rotatividade dos médicos que atuam na Atenção Primária em Saúde poderá contribuir com os gestores de saúde para criar intervenções que auxiliarão na adesão desses profissionais ao serviço.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Revisando a literatura, pode-se detectar estudos que tiveram por objetivo analisar a satisfação no trabalho do Enfermeiro, relacionada com variáveis como sexo, idade, experiência profissional, área da atuação prática, tempo de serviço e “feedback”. Apesar desses estudos terem tido por base abordagens metodológicas distintas existe certo consenso sobre o sentimento do enfermeiro em relação ao seu trabalho. Assim, o enfermeiro parece estar mais satisfeito com os aspectos intrínsecos de seu trabalho, tais como reconhecimento, responsabilidade e autonomia (DEL CURA; RODRIGUES, 1999, p. 22).

Os extrínsecos que apareceram como maiores causadores de insatisfação foram o nível salarial, a qualidade da supervisão, o relacionamento com a equipe de trabalho e as condições de trabalho. Por outro lado, alguns estudos revelaram que mudanças organizacionais como a formação de uma Associação de Enfermeiros e a possibilidade de oferecimento de uma assistência integral ao paciente, aumentam a satisfação no trabalho (DEL CURA; RODRIGUES, 1999, p. 22).

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, 2005, p. 649), sendo objeto de estudos devido às consequências econômicas que traz à organização (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005, p. 649).

Observa-se significativa rotatividade de médicos e enfermeiros nas equipes de ESF, com consequentes prejuízos na implantação desta estratégia, se considerar os custos com capacitações da equipe, interrupções nos programas de saúde, prejuízos aos usuários e, principalmente, incapacidade desses profissionais em estabelecer vínculo com a comunidade (MEDEIROS ET AL., 2007, p. 1522).

Relativamente ao salário, ele pode ser um dos principais determinantes de satisfação pois, além de permitir a resolução de necessidades individuais, garante estatuto, prestígio e reconhecimento social. Hackman e Oldham, segundo Cunha et al. (2007), no trabalho em si mesmo, referem que a satisfação poderá ser resultado de uma função motivacional rica e estudos como o de Loher et al, segundo Cunha et al. (2007), determinam um suporte estatístico moderado para esta relação (CARVALHO, 2010, p. 21).

Convém ressaltar que, embora a satisfação no trabalho tenha sofrido alterações ao longo dos anos sendo inicialmente entendida como um aspecto motivacional, depois como atitude e atualmente como um conceito que envolve afetividade, não sofreu ao longo dos anos *GeECont*, v.3, n.1, Floriano-PI, Jan-Jun. 2016.

grandes diferenças nas dimensões que a constituem, mas sendo um conceito que integra várias dimensões, existem cinco que se mantêm ao longo dos tempos: satisfação com o trabalho, com os colegas de trabalho, com a chefia, com as promoções e com o próprio trabalho (CARVALHO, 2010, p. 22).

Robbins conceitua rotatividade como a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente. Segundo o autor, toda organização tem alguma rotatividade, que pode ser positiva, à medida que funcionários não essenciais deixam a organização. Entretanto, a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional. Neste aspecto, a rotatividade de pessoal corresponde à proporção de empregados que deixam a organização. Os autores procuram associar a satisfação no trabalho com rotatividade de pessoal e acrescentam que maior satisfação está relacionada a taxas mais baixas de rotatividade. Empregados satisfeitos estão menos propensos a pensar em pedir demissão, apresentando maior probabilidade de ficarem mais tempo na organização. No entanto, concluem que empregados menos satisfeitos podem apresentar taxas mais altas de rotatividade, na medida em que sintam falta de realização profissional, recebam pouco reconhecimento no cargo, vivenciem constantes conflitos com a chefia ou colegas ou não tenham atingido patamar desejado nas suas carreiras (MEDEIROS et al., 2007, p.1522).

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, p. 295).

A rotatividade não é causa, mas a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização. Dentre os fenômenos externos, estão a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica, as oportunidades de empregos no mercado de trabalho (MEDEIROS et al., 2007, p. 1522).

Há necessidade de novas práticas e direção mais estratégica nos sistemas de pagamento nas organizações, para conseguir acompanhar as rápidas mudanças do ambiente empresarial e dos indivíduos. Uma estratégia de pagamento desalinhada não somente impede que se agregue valor, como produz altos custos na área de compensação e gera comportamentos inadequados dos empregados (WHEBBER; SOUZA DE OLIVEIRA; GUERRA LEONE, 2008, p. 107).

Certamente, não existe um sistema de pagamento que seja compatível com todos os tipos de organizações e diversidade dos funcionários. Não há uma única resposta para a questão sobre como as organizações devem alterar os seus sistemas de pagamento. A definição de recompensas, principalmente focalizada em salários, expandiu-se para proposição de valor global oferecido ao empregado. O pacote total inclui: compensação: salário-base, incentivos em curto e longo prazos; benefícios: cuidado médico, aposentadoria, equilíbrio trabalho/ vida e outros benefícios; carreira: treinamento, desenvolvimento e oportunidades de carreira (WHEBBER; SOUZA DE OLIVEIRA; GUERRA LEONE, 2008, p. 108).

Já dentre os fenômenos internos, estão a política salarial, a política de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas ambientais de trabalho, o moral do pessoal, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal, os critérios e programas de treinamento de recursos humanos, a política disciplinar da organização, os critérios de avaliação de desempenho e o grau de flexibilidade das políticas da organização. Quando a perda de recursos humanos ocorre independentemente dos objetivos da organização, é preciso localizar os motivos, a fim de poder atuar sobre eles e diminuir o volume da perda (MEDEIROS et al., 2007, p. 1522).

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, p. 295).

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, p. 35).

Autores do campo da administração, como Vergara 4 e Motta 5, destacam que as pessoas são os recursos mais importantes para se produzir (ou não) mudanças no interior de uma organização. Para eles, os processos de mudanças são construções sociais e, na sociedade contemporânea, as instituições sociais (famílias, escolas, organizações e empresas) têm vivenciado uma democratização crescente em seus interiores. Daí a importância de, nos processos de mudanças, valorizar a gestão das pessoas nos ambientes de trabalho (GIL, 2005, p. 491).

Campos, Aguiar, Bevilacqua, Sampaio, Cordeiro e Paim trazem importantes elementos para reflexões à área de recursos humanos para o SUS. As análises, embora mais afetas à formação médica, discutem questões relevantes com as quais a saúde da família está se confrontando. São elas: a tendência à superespecialização dos profissionais; a distribuição geográfica, principalmente dos médicos (com destaque para a continuidade dos problemas de interiorização destes profissionais); o distanciamento entre as políticas de formação e a política de saúde (com destaque para as dificuldades de definir o perfil profissional ao término da graduação); a produção de inovações no âmbito das instituições de ensino traduzidas em reformas curriculares mais efetivas (limitações referentes aos docentes onde se observa que, na grande maioria das vezes, eles reproduzem, no ensino, suas condições de trabalho e não as dos serviços existentes e necessários ao mercado, como a saúde da família, por exemplo); e a reorganização de serviços, em especial, os da atenção básica, fato observado com a expansão da saúde da família, entre outros (GIL, 2005, p. 492).

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, p. 259).

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, p. 41).

Os resultados apresentados na pesquisa realizada por Machado sobre o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros no PSF do Brasil demonstram 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, p. 42).

Um dos problemas mais graves identificados na implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil é a rotatividade do médico generalista. Já que o modelo se fundamenta no vínculo entre profissionais da equipe e população, a alta rotatividade dos médicos pode comprometer a efetividade do modelo. Pesquisa realizada no município de São Paulo para verificar a existência de correlação entre satisfação no trabalho dos médicos do programa e a rotatividade desses profissionais confirmou a hipótese da existência de correlação negativa (DE ARRUDA CAMPOS; MALIK, 2008, p. 347).

Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos (DE ARRUDA CAMPOS; MALIK, 2008, p. 348).

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, p. 36).

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, p. 18).

O construto bem-estar no trabalho, comumente designado na literatura como BET, pode ser representado por três dimensões: a satisfação no trabalho como um estado emocional positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho; o envolvimento com o trabalho sendo o grau em que o desempenho de uma pessoa no trabalho afeta a sua autoestima; e o comprometimento organizacional afetivo, definido como (...) um estado no qual um indivíduo se identifica com uma organização particular e com seus objetivos, desejando manter-se afiliado a ela com vistas a realizar tais objetivos. Portanto, o bem-estar no trabalho é um construto psicológico multidimensional, integrado por vínculos

afetivos positivos com o trabalho (satisfação e envolvimento) e com a organização (comprometimento afetivo) (ALVES, NEVES, COLETA; DE FÁTIMA OLIVEIRA, 2012, p. 4).

É importante lembrar que o bem-estar no trabalho traz implicações para o desempenho, o absenteísmo e a rotatividade dos trabalhadores nas organizações. Isso justifica o interesse por parte de estudiosos brasileiros em realizar pesquisas sobre o bem-estar no trabalho, especialmente aqueles que se dedicam ao campo do Comportamento Organizacional (ALVES et al., 2012, p. 4).

### **3 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho consiste em um estudo de caso da Secretaria Municipal de Rio Grande da Serra (São Paulo).

O estudo de caso é uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro do seu contexto real, onde o pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, buscando apreender a totalidade de uma situação e criativamente descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto. Mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado – problema de pesquisa – o estudo de caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida plenamente pela avaliação quantitativa. (MARTINS; THEÓPHILO, 2009: p. 62).

#### **3.2 OBJETO DO ESTUDO**

Rio Grande da Serra 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 janeiro 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 setembro 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.

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 a 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 pelo setor de regulação e controle; solicitação de exames de referência e contra-referência com hipótese diagnóstica descrita; realizar atendimento com uniforme (aventil 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 R\$ 81.000,00. Com esse realinhamento dos valores salariais do profissional médico esperava-se uma maior fidelização desse no serviço de saúde, ampliação do número de profissionais e um maior grau comprometimento com o serviço de saúde.

### 3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Na coleta de dados foram utilizados documentos primários. Marconi e Lakatos (1990, p. 24) destacam que documentos primários são dados históricos, bibliográficos, estatísticos, informações, pesquisa e material cartográfico, arquivos oficiais, particulares, documentação de pessoal, registros em geral, entre outros.

A análise dos dados deve ser representada pelo esforço de estabelecer as conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem a problemática pesquisada (MARCONI; LAKATOS, 1990).

Os dados foram coletados através de documentos primários (planilhas de admissão e demissão do setor de recursos humanos do município; planilhas de controle dos itens de produtividade das unidades de saúde estudadas, informações de gastos nesse processo informadas pela secretaria de saúde), posteriormente, transferidos para planilha excel estudada mensalmente sendo esses documentos analisados por meio de análise descritiva e documental. O período do estudo foi de 01 de janeiro de 2013 a 30 de setembro de 2013.

A análise documental é uma notável técnica para abordar dados qualitativos e quantitativos que busca a identificação das informações relevantes em documentos analisados com base nos itens de grande valor para a instituição. A análise descritiva se preocupa fundamentalmente em investigar o que é, em descobrir características de um fenômeno. Valem-se de técnicas estatísticas para analisar os dados de forma a dar suporte às inferências do pesquisador (BEUREN; COLAUTO, 2003).

#### 4 ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação do grau de fidelização e rotatividade do profissional médico foi realizada em um período de 01 de janeiro a 30 de setembro de 2013 (270 dias) após o início da implementação das ações propostas com plano de metas e produtividade.

**Tabela 3 - Número de demissões e contratações de médicos para atenção básica por especialidades em Rio Grande da Serra, Janeiro a Setembro de 2013**

| Mês       | Demissão | Contratação | Especialidades                                  |
|-----------|----------|-------------|---|
| Janeiro   | 02       | 00          | PSF<br>Clínica Médica                           |
| Fevereiro | 02       | 01          | Ginecologia Obstetrícia<br>(1)                  |
| Março     | 00       | 02          | Pediatria (1)<br>Clínica Médica (1)             |
| Abril     | 00       | 00          |   |
| Mai       | 00       | 01          | Clínica Médica (1)                              |
| Junho     | 00       | 05          | Clínica Médica (1)<br>PSF (2)<br>Pediatria (2)  |
| Julho     | 00       | 03          | Ginecologia Obstetrícia<br>(2)<br>Pediatria (1) |
| Agosto    | 00       | 01          | Clínica Médica (1)                              |
| Setembro  | 00       | 00          |   |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2 foi observado que não houveram 04 demissões no período estudado sendo que todas elas ocorreram nos 2 meses iniciais do plano de intervenção proposto. Por outro lado, foram admitidos 13 profissionais sendo que 03 na área de ginecologia e obstetrícia, 04 na área de pediatria, 04 na área de clínica médica e 02 na área de saúde da família (PSF) 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. Em todo período estudado fica evidente que 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, sendo um problema que acomete todas as regiões do País, dado que acarreta em baixa resolutividade e eficácia, dado que não há o tempo necessário para estabelecer uma vinculação com a população assistida. Entre outras conseqüências, esse cenário 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, p. 3).

Estas novas contratações permitiram uma maior abrangência da área de cobertura do atendimento para unidades básicas de saúde que não dispunham de qualquer tipo de profissional médico e, além disso, permitiram um aumento quantitativo do número de atendimentos realizados quando comparados o mesmo período do ano anterior (Tabela 4).

**Tabela 4 - Total de atendimentos médicos no período analisado de Janeiro a Setembro de 2012 e 2013**

| Mês          | Total atendimentos 2012 | Total de atendimentos 2013 | Variação %      |
|--------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|
| Janeiro      | 1.380                   | 940                        | - 31,8%         |
| Fevereiro    | 1.734                   | 2.820                      | + 62,6%         |
| Março        | 2.342                   | 2.986                      | + 27,4%         |
| Abril        | 1.628                   | 3.134                      | + 92,5%         |
| Maio         | 1.444                   | 3.176                      | + 119,9%        |
| Junho        | 1.328                   | 4.568                      | + 243,9%        |
| Julho        | 987                     | 4.248                      | + 330,3%        |
| Agosto       | 1.227                   | 3.985                      | + 224,7%        |
| Setembro     | 1.348                   | 4.149                      | 207,7%          |
| <b>Total</b> | <b>13.418</b>           | <b>30.006</b>              | <b>+ 123,6%</b> |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores

Durante o período analisado não foi observada nenhuma falta de médicos nos dias de atendimento, tendo sido realizadas um total de 30.006 consultas somadas todas as especialidades de atenção básica sendo que no mesmo período em 2012 foram atendidos 13.418 pacientes que representou um aumento total de 123,6%. 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. Os incrementos substanciais na qualidade têm 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, p. 35). Este relato técnico evidenciou onde foram implementados incentivos financeiros alinhados com aumento dos números de admissões, redução do número de demissões e aumento do número de atendimentos de forma global.

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\$ 53.487,38 mensais restando ainda R\$ 27.512,62 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, 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.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse trabalho 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.

Esse aumento da fidelização e com a diminuição da taxa de rotatividade de médicos possibilitou nesse caso um aumento do número de atendimentos em atenção básica da população no período estudado, além de se permitir também um aumento da área de abrangência da rede básica de saúde a bairros que anteriormente não apresentavam atendimento médico.

Será necessária a realização de outros trabalhos para um maior fortalecimento do sucesso dessa estratégia aqui empregada, sobretudo com uma série histórica maior onde se permita analisar temporalmente 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.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Priscila Castro et al. Avaliação do bem-estar no trabalho entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 701-709, 2012.

BESSA, R. DE O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. Dissertação. Mestrado em Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas. 2011.

CAMPOS, C. V. D. A. **Por que o médico não fica?** Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. Dissertação. Mestrado em Administração Pública e Governo, Fundação Getúlio Vargas, 2005.

CARVALHO, M. C. F. C. DA. **Satisfação profissional dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde primários**. Dissertação. Mestrado em direção e chefia de serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal, 2014.

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.

- DE ARRUDA CAMPOS, C. V.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347–368, 2008.
- DEL CURA, M. L. A.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 21–28, 1999.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490–498, 2005.
- 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.
- MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde coletiva para a sociedade**[periódico na internet], 2007.
- NOMURA, Felícia Hiromi; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. **Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 13, n. 5, 2005.
- PANNI, P. G. **Motivos para a rotatividade dos médicos na estratégia da Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS**. Monografia, Curso de Especialização em Gestão em Saúde UAB. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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.
- WHEBBER SOUZA DE OLIVEIRA, P.; GUERRA LEONE, R. J. Gestão estratégica de benefícios: proposição de um modelo matemático para assistência médica dos funcionários. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 9, n. 2, 2008.