

* Artigo de Revisão

Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família¹

Miriam Suzi Paro Giovani

Enfermeira da ESF Vila Biagioni – Araraquara – São Paulo, especialista em Saúde Pública pela Unesp – Araraquara

miriamsparo@hotmail.com

Camila Mugnai Vieira

Docente e Chefe da Disciplina de Psicologia da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Educação da Unesp/Marília

camilamugnai@gmail.com

DOI: 10.3395/reciis.v7i4.866pt

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem alcançado resultados expressivos enquanto proposta de reordenação das práticas de saúde nas comunidades. Ao mesmo tempo apresenta alguns problemas, entre os quais a rotatividade de profissionais, considerada um dos aspectos críticos para o sucesso do modelo, pois pode comprometer a efetividade do trabalho, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população. Esta pesquisa teve por objetivo estudar possibilidades de promoção da continuidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na ESF. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre continuidade do cuidado e rotatividade de profissionais utilizando doze publicações selecionadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS MS); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os resultados apontaram que é necessário adotar algumas medidas que valorizem o trabalhador da ESF, dando-lhe condições adequadas de emprego, inserindo-os como protagonistas nos processos de trabalho e não meramente executores de tarefas. É essencial que haja o desenvolvimento de mudanças na formação dos profissionais, na qualificação permanente e nos vínculos dos trabalhadores com o sistema.

Palavras-chave: Instituições de Saúde; Recursos humanos em Saúde; Programa Saúde da família; Equipe de Assistência ao paciente; Continuidade da assistência ao paciente.

Introdução

A atenção primária em saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Vários estudos comprovaram que países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de

¹ A pesquisa foi desenvolvida no segundo semestre de 2013, como parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA/SUS - Unifesp da primeira autora, sob orientação da segunda. As autoras declaram que não há conflitos de interesse.

mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

No Brasil, na década de 1980, desenvolveu-se uma série de tentativas de reestruturação da saúde, surgindo, assim, o movimento denominado Reforma Sanitária, com medidas que apontavam para a unificação dos componentes assistencial e preventivo em comando único, organizado de forma descentralizada (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

A dimensão doutrinária dessa Reforma consolidou-se progressivamente e implementou-se com a Constituição em 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual incorpora os princípios básicos da universalidade, equidade, integralidade, além de regionalização e hierarquização da rede e participação social (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

O Programa Saúde da Família, iniciado em 1994 e hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornou-se, a partir de 1998, a principal estratégia governamental de implantação da atenção básica no Brasil (CAMPOS; MALIK, 2008).

É importante considerar que após anos de investimentos voltados à atenção hospitalar, finalmente começava-se a priorizar a atenção básica. Nesta época, muitos municípios vivenciavam contenção de gastos e escassez de recursos, portanto a adesão a essa estratégia proporcionava um grande estímulo financeiro, o que foi um fator motivador para a sua adoção.

Essa estratégia foi criada com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e alterar o modelo assistencial, considerando a família e o seu contexto de vida como núcleo prioritário de ação. Incorpora o conceito ampliado de saúde e reafirma os princípios básicos do SUS mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. O atendimento é prestado por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de dentistas) e em alguns casos, as equipes contam ainda com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta ou outro profissional de nível superior escolhido pela equipe para matriciamento (BRASIL, 2008). As equipes e a população, delimitadas em suas respectivas áreas geográficas, criam vínculos de responsabilidades, facilitando a identificação das condições de saúde, o acompanhamento e os atendimentos dos agravos dos indivíduos e das comunidades.

As diretrizes e os princípios do SUS devem ser considerados como ferramentas para a organização das práticas em saúde, ampliando o acesso à saúde a toda a população, bem como a participação dos cidadãos nas políticas públicas (LINARD et al., 2011). A atenção primária se diferencia de outros níveis assistenciais por apresentar quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2002).

A integralidade busca promover o cuidado em saúde de acordo com a necessidade de cada sujeito, articulando os diversos níveis de atenção. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada, atuando com prevenção e promoção e, quando necessário, encaminhamento dos pacientes a níveis de maior complexidade para tratamento e reabilitação, sendo os usuários contra-referenciados à Atenção Básica (SILVA; RAMOS, 2010). Cada pessoa precisa ser atendida de acordo com sua necessidade, reduzindo a desigualdade de assistência, prevenindo a duplicação dos serviços e garantindo o direito à saúde a toda a população.

Destes atributos, a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS por se tratar do acompanhamento do paciente ao longo do tempo em seus múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), podendo contribuir sobremaneira para o alcance da integralidade.

A ESF pretende humanizar as práticas de saúde promovendo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. Busca a integralidade da assistência e o desenvolvimento de vínculo com a população, possibilitando a longitudinalidade do cuidado. Isso tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de reduzir os encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade.

Atualmente, a ESF é regulada pela portaria nº2488/2011, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Essa portaria trouxe importantes alterações na composição das equipes de saúde da família, destacando-se a possibilidade de cadastramento de médicos em duas equipes simultaneamente (totalizando carga horária máxima total de quarenta horas semanais). Este novo formato teve como objetivo específico viabilizar diferentes formas de incorporação de médicos, o que por um lado, pode facilitar a incorporação dos mesmos às equipes e, por outro, pode trazer prejuízos à vinculação deste profissional com a população atendida e com os outros profissionais, diminuindo sua participação nas ações realizadas pela equipe e reproduzindo as práticas biomédicas dentro da ESF (LIMA, 2012).

A permanência dos profissionais de saúde na ESF, em especial de médicos e enfermeiros, é considerada um dos fatores críticos para o sucesso da estratégia. A rotatividade dos mesmos pode comprometer a efetividade do modelo, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população (CAMPOS; MALIK, 2008).

Em relação aos níveis de rotatividade considerados adequados a uma organização, estudos mostram que quando ela se encontra acima de 26%, produz altos custos e impactos financeiros. Acima de 50%, corre o risco de comprometer a produtividade e a qualidade do serviço (ANSEMI; ANGERAMI; GOMES, 1997).

Estudo feito em setembro de 2012 nas unidades de saúde de Santo Amaro da Imperatriz/SC mostrou que o índice geral de rotatividade para médicos e enfermeiros foi de 47,82%, o que é considerado ruim. Quando analisado por categoria profissional, o índice foi de 44,4% para médicos (ruim) e de 58,3% para enfermeiros, o que foi considerado crítico (RODRIGUES; PEREIRA; SABINO, 2013). Outro estudo, realizado em Itabira/MG também mostrou que praticamente metade (47,1%) dos profissionais foram substituídos no período de um ano, destacando-se médicos (53,9%) e enfermeiros (47,6%) (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012).

Stancato e Zilli (2010) realizaram uma revisão da literatura relacionada à rotatividade de profissionais da saúde de 1987 a 2009 e encontraram poucos trabalhos sobre o tema. Em sua análise, as autoras destacaram como conseqüências de uma alta taxa de rotatividade no setor da saúde: impossibilidade de manter equipes integradas, diminuição da produtividade, devido ao tempo gasto com treinamentos repetidos e dificuldades para novas contratações e insegurança transmitida aos usuários. As autoras indicaram a necessidade de mudanças no âmbito administrativo, que incluem admissões mais criteriosas, planos de cargos, salários e benefícios, capacitações, comunicação interpessoal, clima organizacional, entre outros, visando a maior satisfação dos profissionais.

As demandas de saúde da população brasileira tornam-se cada vez mais complexas, exigindo profissionais de saúde que possam analisar e desenvolver ações inovadoras. Espera-se novas habilidades e concepções para compreensão do processo saúde-doença-atenção (MENEDEZ, 1985), além de intervenções eficazes para transformação da realidade.

De acordo com Passos e Benevides (2000), a alternativa para enfrentamento da tradição do especialismo é uma abordagem transdisciplinar, visando desenvolvimento de saberes na

articulação entre as disciplinas. Campos (1994) complementa que é preciso combinar capacidade com vontade, aspectos subjetivos com teorias e recursos concretos para efetivação das propostas.

Uma gestão mais participativa, que leve à co-responsabilização, que se concretize em planejamentos, organizações dos serviços, acompanhamentos, avaliações e reformulações destes com a efetiva participação de todos os atores envolvidos, pode gerar um aprendizado sobre direitos e deveres. O principal objetivo com a gestão participativa é buscar potencializar ações que são realizadas isoladamente, para que se tornem uma prática coletiva, se aprimorem e se fortaleçam como política pública. Nesse sentido, entende-se que os profissionais verão mais sentido em seu trabalho e estarão mais comprometidos e satisfeitos com o SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Ayres (2004) aponta a humanização como política pública de saúde, para que se efetivem os diferentes princípios do SUS na prática profissional. Segundo o autor, só com a inseparabilidade entre práticas de gestão e de cuidado podem ocorrer transformações nas relações no âmbito da saúde. O atendimento à população só se transformará quando modificarem a organização do processo de trabalho, as relações na equipe, o planejamento, a avaliação e a participação. Além de produção de saúde, trata-se de produção de sujeitos, compromissados com práticas de saúde coletivas e diferentes modos de cuidado e gestão.

Há imensa relevância na responsabilidade que se assume em relação ao cuidado e à felicidade dos sujeitos, desde à construção dos vínculos serviço-usuário, passando pela gestão, controle social e relações entre profissionais e pacientes. Assumir para si certas responsabilidades em relação ao outro se relaciona com aspectos da identidade. Ao longo da trajetória de vida do sujeito, ele constrói referências identitárias e transforma continuamente sua autopercepção e a percepção sobre os demais sujeitos. Esses aspectos precisam ser considerados nas mudanças propostas nos modelos de saúde (AYRES, 2004).

Segundo Ceccim (2005), a introdução da Educação Permanente em Saúde (EPS) seria estratégia essencial para as mudanças da formação, cuidado, gestão, políticas e controle social no setor da saúde, articulando-se ao setor da educação, imprimindo mudanças na graduação, pós-graduação e na educação técnica, favorecendo o olhar às demandas da população e a universalização e equidade nos serviços de saúde. Ainda segundo o autor, a EPS pode caminhar no sentido da valorização do trabalho e do acolhimento direcionado à população, visando à acessibilidade e resolutividade do sistema de saúde como um todo e a ampliação da autonomia dos usuários em relação ao cuidado e às políticas públicas de saúde (CECCIM, 2005).

A EPS direcionou-se especialmente à busca da implementação e consolidação do SUS, no que tange à estratégia descentralização e territorialização, que exigiu co-responsabilização na gestão, capacitação profissional para a ESF e gestão participativa. Quintana, Roschke e Ribeiro (1994), indicam que a EPS deve ocorrer no processo de trabalho, a partir de demandas vivenciadas, com abordagem multiprofissional, metodologias ativas e especialmente, visando a transformação da realidade, trazendo contribuições aos indivíduos envolvidos e à comunidade.

A EPS deve levar à atualização cotidiana das práticas baseada em teorias, métodos e tecnologias atuais, porém seu papel fundamental refere-se às relações e processos que vão desde as equipes, envolvendo todos os seus atores, até a organização, implicando o setor da saúde e as práticas intersetoriais, comprometendo as políticas públicas relacionadas. O processo de EPS deve gerar espaços e temáticas que levem a análise, gestão, implicação e mudanças dos próprios envolvidos, contextualizadas à realidade social (CECCIM, 2005).

Considerando, por um lado, a importância do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a produção da longitudinalidade das ações em saúde e, por outro, a problemática da alta rotatividade dos profissionais nas equipes da atenção básica, a pesquisa apresentada teve por objetivo estudar possibilidades de promoção da continuidade do cuidado diante desta realidade, bem como discutir medidas que amenizem essa situação e fortaleçam a continuidade da atenção, visando o atendimento integral e a humanização do cuidado em saúde.

Metodologia

O presente trabalho é resultado de uma revisão bibliográfica, realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS MS); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para essa busca, foram utilizadas as seguintes expressões, combinadas duas a duas: 'continuidade da assistência ao paciente', 'longitudinalidade do cuidado', 'rotatividade de profissionais', 'saúde da família' e 'programa saúde da família'.

Na seleção dos artigos, estabeleceu-se como critério de inclusão: publicação em português na forma de texto completo, disponível de forma gratuita; publicados a partir de 2008 e pertencentes a diferentes regiões do Brasil. Excluíram-se aqueles que, embora tivessem os descritores selecionados, não se referiam especificamente ao tema; os que apresentavam somente o resumo, e os que não eram gratuitos. Após leitura de todos os resumos, foram selecionados 12 artigos que mais se aproximavam da ideia inicial do trabalho. Os mesmos foram lidos integralmente e seus resultados analisados e resumidos no quadro a seguir.

Resultados

Após leitura dos artigos selecionados e análise dos trabalhos, foram obtidas várias abordagens associadas ao tema desse estudo: longitudinalidade/continuidade do cuidado e rotatividade de profissionais na ESF.

Na literatura especializada brasileira a palavra "longitudinalidade" não é usual. Em alguns trabalhos avaliativos, encontrou-se o termo "vínculo" e "continuidade" como sinônimos de longitudinalidade. No Brasil optou-se pelo termo "vínculo longitudinal", já que por tradição as responsabilidades são divididas com uma equipe, embora o profissional médico seja imprescindível. Isso traz como vantagem maior atendimento do princípio da integralidade.

Quadro 1 – Artigos relacionados à longitudinalidade do cuidado e à rotatividade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ordem alfabética)

Título do Artigo	Autores / ano	Resultados	Conclusões
1. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família	MEDEIROS et al., 2010	A análise quantitativa mostrou aumento significativo no número de equipes de saúde da família de 1999 a 2004 e alto índice de rotatividade de médicos e enfermeiros. Da análise de qualidade, surgiram nove categorias que influenciaram na rotatividade desses profissionais: estilo de	Percebe-se por esse estudo que a rotatividade de médicos e enfermeiros na ESF onde foram coletados os dados pode ser considerada alta, e que nessa rotatividade, a motivação varia desde

		gestão, as equipes e o processo de trabalho, influência político- partidária, regime de trabalho e remuneração, condições de trabalho, conciliação entre a vida profissional e a pessoal, oportunidades de mercado, vínculo com a comunidade, formação e perfil.	motivos concretos, como o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, até questões como a realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política.
2. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de Diabetes	BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012	Na continuidade da gestão do cuidado, os informantes consideraram coerentes os objetivos e o tratamento realizado entre profissionais dos serviços especializados. Na continuidade informacional, referiram barreiras entre os profissionais da atenção básica e especialidade principalmente na referência e contra-referência. Na continuidade da relação a maioria dos entrevistados consideraram o especialista como o responsável pela atenção . Foi identificado que a rotatividade de profissionais da atenção básica favorece a falta de confiança e vínculo.	A continuidade assistencial foi mais percebida nos serviços de média e alta complexidade do que na atenção básica; talvez por estarem relacionados à qualificação dos profissionais e melhor infra estrutura dos serviços especializados.
3. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia de saúde da família	BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012	Mostra que em uma assistência humanizada a interação entre trabalhadores e usuários deve ser permeada por aspectos que visem à aproximação entre ambos. Essas características relacionais são essenciais à constituição do vínculo e longitudinalidade do cuidado.	Quando a equipe e população mantêm relações próximas e contatos continuados, o vínculo se forma mais facilmente e facilita a identificação das necessidades e respostas mais apropriadas a elas.
4. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional	FILHO; FASSA; PANIZ, 2008	Foram entrevistados 3136 indivíduos em 1507 domicílios. A prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde foi de 43,7%, sendo 47.8% do sistema público, 45,2% planos de saúde e 7% particular. Os fatores que estiveram associados a continuidade interpessoal foram: sexo feminino, aumento da idade, classe social, renda familiar e doença	A prevalência da continuidade interpessoal na atenção à saúde foi menor que o esperado devido à super utilização dos serviços de saúde pela população.

		crônica.	
5. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde	MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009	É um estudo de natureza descritiva realizado em Fortaleza/ Ceará em uma unidade – escola, no qual os resultados apresentados indicam que o vínculo é um processo em formação na unidade em estudo	Ficou evidente que a formação do vínculo se estabelece de forma lenta e gradual e também que os profissionais reconhecem a sua importância para o trabalho da equipe.
6. Longitudinalidade do Cuidado: Compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família	BARATIERI; MARCON, 2011	Mostrou duas vertentes conceituais para o termo longitudinalidade do cuidado: o cuidado longitudinal como uma perspectiva duradoura e o cuidado longitudinal na perspectiva da integralidade da assistência.	Na concepção dos enfermeiros, o termo longitudinalidade está próximo ao encontrado na literatura e desenvolve-se no cotidiano de trabalho nas propostas do modelo da ESF como o acompanhamento dos usuários nas diferentes fases de vida, a assistência integral considerando seu contexto biopsicossocial.
7. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação	BARATIERI; MARCON, 2012	Os enfermeiros apontaram como dificuldade o fato de muitas vezes a equipe focar suas ações na doença. Muitos usuários tinham dificuldade de entender as propostas da ESF, pois a implantação estava acontecendo em algumas Unidades e outras ainda funcionavam no modelo antigo, o que confundia o usuário. Nem todos os profissionais tinham perfil para atuar nesse modelo de assistência e não havia capacitação profissional. A estrutura física também se mostrava inadequada e a falta de recursos humanos uma constante. A rotatividade de profissionais, devido a baixos salários também apareceu como fator importante que pode inviabilizar a prestação de cuidado ao longo do tempo.	A longitudinalidade é de fundamental importância para a atuação do enfermeiro na ESF, a qual proporciona melhora da assistência, pois possibilita ao profissional elaborar um plano de ação mais preciso e eficaz. Quando a atuação multiprofissional não se dá, as ações são prejudicadas, sendo oferecida uma assistência fragmentada ao usuário prejudicando o cuidado longitudinal.
8. Longitudinalidade / Continuidade do	CUNHA; GIOVANELLA, 2011	Trata-se de uma revisão bibliográfica para melhor definir o termo	Apesar da falta de uniformidade conceitual, os estudos

<p>cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro</p>		<p>longitudinalidade e identificar suas dimensões. Pelos resultados obtidos nos estudos revisados pode-se concluir que três elementos são imprescindíveis na composição do atributo da longitudinalidade: a existência de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional.</p>	<p>demonstraram a importância da longitudinalidade/ continuidade do cuidado, independente das dimensões ou variáveis utilizadas nas análises. O atendimento a tal atributo só será possível na medida em que envolver questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional nas Unidades de Saúde.</p>
<p>9. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de Santo Amaro da Imperatriz</p>	<p>RODRIGUES; PEREIRA; SABINO, 2013</p>	<p>Mostrou que o índice de rotatividade para médicos e enfermeiros foi de 47,82%, o que é considerado ruim, sendo 44,4% para médicos e 58,3% para enfermeiros. Dentre os fatores que contribuíram para essa rotatividade destacam-se o alto nível de estresse principalmente para os enfermeiros, que acabam assumindo várias responsabilidades e coordenação das equipes; a remuneração; o fato de após a aposentadoria o ganho diminuir bastante porque se perde a gratificação; a ausência de plano de carreira. Foi possível verificar que mais da metade dos profissionais não receberam capacitação para atuar na ESF</p>	<p>Fica claro nesse estudo a importância de investimentos em capacitações, aprimoramentos e também na revisão de ganhos salariais, bem como a garantia do mesmo nível de remuneração após a aposentadoria.</p>
<p>10. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso</p>	<p>SANCHO et al., 2011</p>	<p>Mostra que não foi observada rotatividade em 35 serviços, ou seja, em 16% da totalidade de seus serviços. O índice de rotatividade foi de 8,35%, o qual, de acordo com o parâmetro utilizado, se classifica como nível aceitável.</p>	<p>Com este estudo pode-se pensar em novos parâmetros de avaliação para a rede ambulatorial e valores para os pontos de corte nos níveis qualitativos e quantitativos .</p>
<p>11. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família</p>	<p>CAMPOS; MALIK, 2008</p>	<p>Após coleta de dados de satisfação no trabalho dos médicos, foi verificado o índice de rotatividade dos mesmos na ESF e feita uma correlação com outras variáveis. A maior correlação encontrada foi</p>	<p>Foi confirmada a hipótese da existência de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família no</p>

		entre rotatividade e capacitação profissional; a segunda foi com o tempo de locomoção para chegar ao trabalho e a terceira foi devido a falta de materiais para realização do trabalho. O tempo de formado, de quatro a 15 anos, foi fator de estabilidade de profissionais e curiosamente, o salário apresentou correlação positiva com rotatividade, ou seja, quanto maior o salário pago, maior giro dos médicos.	município de São Paulo.
12. Ser médico no Psf: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano	GONÇALVES, et al., 2009	Foi observado a persistência de uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar, falta de educação permanente voltada ao reconhecimento dos problemas da realidade local, tendência à precarização do trabalho, a dificuldade e o desafio no trabalho em equipe.	Neste trabalho fica clara a complexidade para mudar as bases que sustentam o modelo médico assistencial predominante no país e os limites do trabalho na APS que, por si só, mesmo sendo de qualidade, não altera a lógica predominante dos serviços em que rege a assistência às doenças. Apesar das inúmeras dificuldades, os médicos identificam que a população tem reconhecido o trabalho do PSF e tem sido possível desenvolver uma relação médico/paciente adequada.

Discussão

Estudos relacionaram a longitudinalidade e/ou o vínculo longitudinal com resultados positivos e o reconhecimento desse atributo como característica central da APS (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012; BARATIERI; MARCON, 2011; BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Esse termo engloba a continuidade do cuidado em três dimensões: informacional, longitudinal e interpessoal, sendo que a "continuidade informacional" diz respeito à qualidade dos registros de saúde e a "continuidade longitudinal" diz respeito ao estabelecimento de uma unidade de saúde onde o paciente deva receber a maioria dos cuidados de saúde de forma que se sinta familiarizado com o ambiente e o identifique como referência ao longo do tempo. O vínculo e a boa comunicação são determinantes para a utilização de um determinado estabelecimento de saúde como fonte regular de cuidados ao longo do tempo. A "continuidade interpessoal" é descrita como relação médico-paciente, (ou equipe-paciente) na qual o paciente conhece e

confia no médico (ou na equipe) e o tem como referência básica para a atenção à saúde. O médico (ou equipe) por sua vez, se responsabiliza pela continuidade do cuidado ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Vimos que apesar das propostas da ESF terem como prioridade o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, o atendimento centrado na doença ainda se faz muito presente no cotidiano de profissionais e usuários. As dificuldades no trabalho em equipe, a falta de condições de trabalho e a rotatividade de profissionais são problemas enfrentados. A mudança da visão da população também demanda tempo e esforço da equipe (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012).

A continuidade interpessoal na atenção à saúde é mais prevalente em alguns grupos populacionais, como idosos e aqueles com doenças crônicas e pode ser prejudicada em outros, como no caso dos adolescentes portadores de diabetes, citados por Brito, Oliveira e Silva (2012). Contradizendo os outros resultados, nesse trabalho, o vínculo maior era com o especialista e não com o generalista. Houve destaque para alguns elementos que fortaleciam vínculos e confiança nos profissionais especialistas: a clareza na transmissão das informações, o interesse do profissional, a segurança do mesmo na condução dos casos e a escuta atenciosa. Esses achados podem estar relacionados à qualificação dos profissionais e melhor infra-estrutura dos serviços especializados, indicando a necessidade de ampliar os investimentos na educação permanente na atenção básica como coordenadora da assistência (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Outros resultados também levam a reflexão sobre qualidade e capacidade resolutiva dos serviços de saúde no primeiro nível de atenção oferecidos a população, bem como a alta rotatividade entre os profissionais da atenção básica, que favorece a falta de confiança e de vínculo.

A rotatividade não é a causa, mas a consequência de fenômenos internos e externos à organização. Dentre os fenômenos externos estão a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica e as oportunidades de emprego no mercado de trabalho. Já dentre os internos destacamos 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, a cultura organizacional, dentre outros (MEDEIROS, 2010).

Alguns fatores foram destacados nos estudos por contribuírem para a rotatividade de profissionais na ESF:

- Fatores ligados à satisfação no trabalho foram os mais citados e os que apresentaram maior correlação com a rotatividade, dentre eles: capacitação, distância das unidades e disponibilidade de materiais para realizar o trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008). O estresse ao qual são submetidos os profissionais também foi indicado como gerador de insatisfação e da intenção de deixar o posto de trabalho. Rodrigues, Pereira e Sabino (2013) observaram que mais da metade dos profissionais não receberam capacitação para atuar na ESF, o que pode comprometer seu desempenho e dificultar a capacidade para resolução de conflitos que surgem na prática diária, o que também foi apontado como fator gerador de estresse.

A percepção de que os médicos não têm formação adequada para atuar de forma integral na assistência levou o Ministério da Saúde a considerar a educação permanente dos profissionais da ESF como um dos desafios para o êxito da proposta (CAMPOS; MALIK, 2008). Quanto mais capacitado o profissional, mais condições ele tem de contribuir para a resolutividade das ações que exigem estratégia (RODRIGUES; PEREIRA; SABINO, 2013). Como aponta Ceccim (2005),

a EPS precisa gerar autoanálise, mudanças na gestão, maior implicação e transformação dos atores envolvidos, voltando-se às necessidades do contexto.

A EPS mostra-se como estratégia potente porque oportuniza espaços de reflexão, que podem gerar transformações nas relações das equipes e destas com os usuários. Como destaca Ayres (2004), o processo de humanização além de tratar da produção de saúde, trata-se da produção de sujeitos, compromissados com práticas de saúde coletivas e diferentes modos de cuidado e gestão. A construção da identidade dos profissionais que atuam na ESF e o desenvolvimento do seu compromisso com o outro precisam ser considerados neste processo. A EPS deve lidar com estes elementos.

- Remuneração. A pesquisa indicou que o salário atrai os profissionais para trabalhar na ESF, mas não os fixa. Ficou clara a insatisfação com o fato de que após aposentadoria, o ganho salarial diminuirá bastante, visto que a gratificação referente à atuação na ESF é perdida quando os profissionais não estão mais atuando (GONÇALVES, et al., 2009).
- Existe alta correlação entre o índice de rotatividade dos médicos da ESF e o prestígio da instituição na área hospitalar a que estão ligados. É possível que o desprestígio social em ser médico da ESF seja compensado pelo prestígio da instituição parceira junto à categoria médica, pois o prestígio nessa categoria encontra-se muito ligado a área hospitalar (CAMPOS; MALIK, 2008).
- Constatou-se a necessidade da melhor definição de papéis de cada um na gestão de recursos materiais, financeiros e de pessoal na ESF, assim como uma definição clara de metas do ponto de vista de resultados, já que os elevados índices de rotatividade encontrados colocam em questão o modelo administrativo gerencial adotado (LIMA, 2012). Como apontam Benevides e Passos (2005), em processos de gestão participativa, os profissionais vêem mais sentido em seu trabalho e assim, tendem a sentir-se mais satisfeitos e compromissados com o SUS.
- Percebeu-se a persistência de uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar e a falta de educação permanente voltada ao reconhecimento dos problemas da realidade local; tendência à precarização do trabalho; a dificuldade e o desafio do trabalho em equipe. Constatou-se uma tendência em se considerar o trabalho na APS como algo de menor valor e prestígio no meio acadêmico quando comparado ao trabalho de outras especialidades médicas (GONÇALVES, et al., 2009).

Para atuar na ESF e realizar um atendimento médico tecnicamente consistente, é necessária uma formação que amplie o campo de percepção clínica. É preciso desencadear mudanças que possibilitem maior interação entre as instituições formadoras, serviços e comunidade (GONÇALVES, et al., 2009).

- O excesso de trabalho e responsabilidades, a necessidade de organização dos outros níveis de assistência, a ausência de uma rede regionalizada de referência e contra referência de serviços assistenciais também apareceram como fatores motivadores para a saída dos profissionais (CAMPOS; MALIK, 2008; GONÇALVES, et al., 2009).

Conclusão

Embora o vínculo longitudinal seja considerado um dos atributos mais importantes na ESF e esteja presente na prática diária dos profissionais que estão atuando, a rotatividade de profissionais, principalmente dos médicos e enfermeiros, pode comprometer o vínculo das equipes com a comunidade e influenciar negativamente o alcance dos resultados e a efetividade do modelo.

Os estudos analisados apontam uma multiplicidade de fatores que interferem na permanência do profissional, dentre eles: a forma de contratação, o perfil do médico de saúde da família (incluindo a formação), o estilo de gestão e as condições de trabalho. Resolver esse problema constitui-se em um grande desafio.

Considera-se imprescindível a necessidade de promover a educação permanente em saúde, visando diminuir a formação fragmentada centrada no modelo biomédico e desencadear mudanças curriculares que possibilitem maior interação entre as instituições formadoras, serviços e comunidade.

A adoção de um modelo de gestão mais participativo e menos hierárquico poderá trazer ao profissional uma maior aproximação e definição dos processos de trabalho e seus resultados, aumentando o comprometimento com a equipe e diminuindo a saída dos mesmos.

Quando os profissionais que atuam têm um ambiente mais democrático, são estimulados a participar do processo, sentem-se mais responsáveis e conseguem enfrentar as dificuldades com mais dedicação e entusiasmo. A participação ativa dos profissionais nas decisões de gestão das instituições de saúde pode contribuir muito para o uso racional dos recursos.

Referências

ANSELMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.23, p. 31-41, 1997.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

BARATIERI, T.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Ciencia y Enfermeria*, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 15, p. 802-810, 2011.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 21, n.3, p. 549-557, 2012.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, p.389-406, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e estabelece que os NASF não se constituem a porta de entrada do sistema e devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família*. Diário Oficial da União. 25 de jan 2008; seção 1, n. 18, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2488 de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para a Estratégia Saúde da Família*, 2011.

BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Revista Brasileira Materno- Infantil*, v. 12, n. 4, p. 413-423, 2012.

CAMPOS, C. V. A.; 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.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

FILHO, L. A. R., FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 915-925, 2008.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009.

LIMA, F. L. T. *A Rotatividade dos profissionais na estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre a Microrregião de Itabira – MG*, 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

LINARD, A. G. et al. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.32, n.1, p.114-120, 2011.

MEDEIROS, C. R. G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15 (Supl.1), p. 1521-1531, 2010.

MENENDEZ, E. La crisis y el modelo médico hegemónico. *Cuadernos Médico Sociales*. Rosário, Argentina, n. 33, p. 55-65, 1985.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, v. 43, p. 358-364, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, cap.2. p.33-61, 1994.

RODRIGUES, J. A. C.; PEREIRA, M. F.; SABINO, M. M. F. L. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de Santo Amaro da Imperatriz. *Col. Gestão da Saúde Pública*, v. 2, p. 65-81, 2013.

SANCHO, L. G. et al. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, p. 431-447, 2011.

SILVA, R. V. G. O, RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 593-601, 2010.

STANCATO, K.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. *Revista de Administração em Saúde*, v. 12, n. 47, p. 87-99, 2010.

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde, 2002.

Recebido 30-10-2013

Aceito 09-12-2013