



ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão bibliográfica

Submetido em: 02/04/2020

Aprovado em: 20/04/2020

Cíntia Siqueira Araújo Soares ¹

Cristina Luiza Ramos da Fonseca ²

Juliana Goulart Soares do Nascimento ³

Allan Claudius Queiroz Barbosa ⁴

RESUMO

O objetivo deste artigo foi apresentar a discussão teórica sobre a atração e retenção dos profissionais médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), atenção primária, no Brasil, evidenciando a importância dos Recursos Humanos em saúde. Para o alcance deste objetivo realizou-se uma pesquisa bibliográfica. A motivação para o trabalho surge a partir dos desafios à gestão de Recursos Humanos, em especial a alta rotatividade dos médicos da Estratégia da Saúde da Família que veio acompanhando a natural reconfiguração do processo de trabalho neste setor. Tal ponto é um fator comprometedor de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas, bem como cumprimento de atributos essenciais preconizados pela ESF. Logo, as questões envolvendo tais temáticas implica um debate profundo e

¹ Mestre em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora substituta do Instituto Federal de Minas Gerais (IFMG) Campus Bambuí. E-mail: cintia.soares@ifmg.edu.br.

² Doutoranda em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e servidora da Fiocruz de Minas Gerais. E-mail: cristina.ramos@fiocruz.br.

³ Doutora em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF/GV). E-mail: jugoularts@hotmail.com.

⁴ Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo (USP). Professor titular da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (FACE/UFMG) e professor residente do Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares da Universidade Federal de Minas Gerais (IEAT/UFMG). E-mail: allan@ufmg.br.

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica permanente, que pode além de ser realizado na prática entre os gestores envolvidos neste processo, também na academia como propõe este estudo.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Médicos. Recursos Humanos em saúde. Atração. Retenção.

ABSTRACT

The objective of this article was to present the theoretical discussion on the attraction and retention of medical professionals in the Family Health Strategy (FHS), primary care, in Brazil, showing the importance of Human Resources in health. To achieve this goal, a bibliographic search was carried out. The motivation for the work arises from the challenges to the management of Human Resources, especially the high turnover of doctors in the Family Health Strategy that has been following the natural reconfiguration of the work process in this sector. This point is a compromising factor of longitudinal and continuous care for the health of the user, a practice of fundamental importance for the prevention and treatment of chronic diseases, as well as compliance with essential attributes recommended by the FHS. Therefore, the issues involving such themes imply a deep and permanent debate, which can be carried out in practice among the managers involved in this process, also in the academy as this study proposes.

Keywords: Family Health Strategy. Doctors. Human resources in health. Attraction. Retention.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo pretende apresentar a revisão bibliográfica sobre o tema atração e retenção de profissionais médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sua relevância está alicerçada na permanência do profissional médico para a melhoria dos resultados em saúde para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema público de saúde (BARBOSA et al., 2019) e o papel da APS na reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo, por um modelo preventivo, universal e integral (BRASIL, 2001).

Neste contexto, a natural reconfiguração do processo de trabalho veio acompanhada de desafios à gestão de Recursos Humanos (GRS), em especial a alta rotatividade dos médicos da Estratégia da Saúde da Família (SANTOS et al., 2015). Tal ponto é um fator

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica comprometedor de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas. Questões envolvendo tais temáticas implica um debate profundo e permanente entre os gestores dos três níveis de atenção, por se tratar de problemas estruturais e institucionais do SUS que não são superáveis apenas com programas ou estratégias isoladas (ANDRADE et al., 2019).

Assim, esse artigo irá apresentar uma breve contextualização sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e como a Atenção Primária a Saúde vem se configurando dentro deste sistema. A partir disto, é inserida então a temática da Estratégia de Saúde da Família, que emerge como uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Visto as especificidades da ESF, é então iniciado o debate sobre o médico atuante na saúde da família. Dentro deste contexto do trabalho médico, discuti-se-rá a atração e retenção dos profissionais.

2. METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo proposto foi utilizado da pesquisa bibliografia. Iniciou-se com uma explanação do Sistema Único de saúde, seguido pela articulação da APS nesse sistema, referenciando a ESF, e o papel do médico neste contexto. Posteriormente, propôs o debate sobre a atração e retenção destes profissionais a partir da compilação das principais ideias e reflexões apresentadas sobre o tema. Foi possível então, apresentar os principais problemas de RH enfrentados pelo setor de Saúde, em especial, na Saúde da Família, e também os fatores condicionantes, tragos pela literatura, promotores ou dificultadores a atração e fixação de médicos.

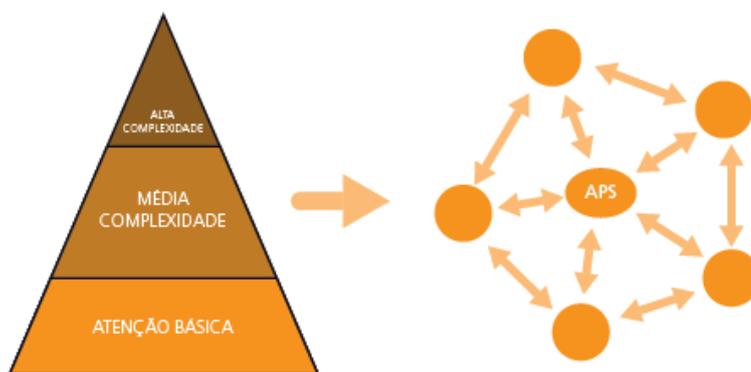
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O SUS baseia-se nos princípios da universalidade, integridade e equidade, trabalhando com ações de uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo a complexidade de atenção. Neste tipo de sistema, há uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde (ALMEIDA, 2013).

Inicialmente, tinha-se a estratificação do sistema em três níveis bem segregados: primário, secundário e terciário. Porém, com o avanço do SUS, o sistema passou a ser integrado, com configuração em rede, na qual a Atenção Primária absorve o papel de centro de interlocução dos demais considerando as redes poliárquicas de atenção à saúde (MENDES, 2002), conforme figura 1. Nesta nova concepção, devem-se respeitar as diferenças nas

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica densidades tecnológicas, romper as relações verticalizadas, conformando-se com redes policêntricas horizontais (MENDES, 2019).

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde

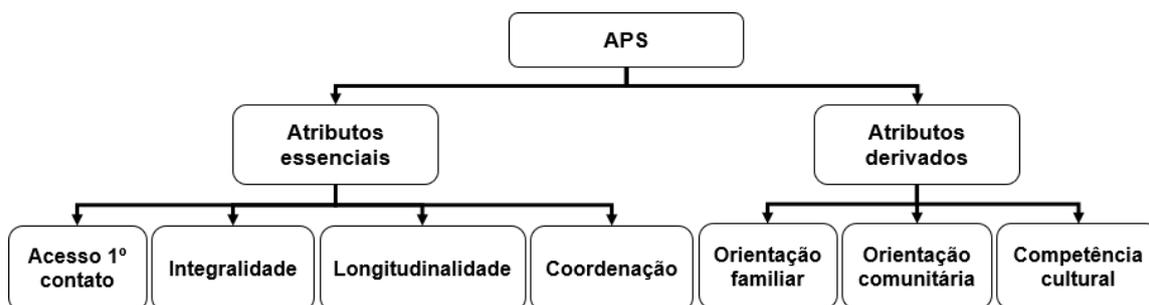


Fonte: Mendes (2011).

A Atenção Primária difere da secundária (média complexidade) e da terciária (alta complexidade) em diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, veem-se variedade de necessidades em saúde, forte componente dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com seus problemas. (CONNAS, 2011, p. 29).

Starfield (2002) resume os princípios da atenção primária em saúde em características ou atributos essenciais (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), mais três derivados (orientação familiar, comunitária, e competência cultural), explicitados na Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Atributos essenciais e derivados da APS



Fonte: Starfield (2002).

Assim, a APS deve ser o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, sem restrição de acesso independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de referenciamento das pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Portanto, APS nada tem de simples, nem representa um conjunto de serviços de baixa complexidade, isto porque atua com uma grande complexidade da demanda e opera por meio de um amplo leque de respostas sociais engendradas pelos cuidados primários (MENDES, 2019). Deve ainda ser praticada e orientada para o contexto familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural (STARFIELD, 2002).

No cenário brasileiro, a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente Estratégia Saúde da Família, surge como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção básica (MS, 2001). Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o programa tem como principais características a adstrição da clientela, por meio da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (MS, 2005).

O Programa de Saúde da Família tem como papel primordial, segundo Turci (2008, p. 54), de reorganização da assistência à saúde. Por meio da Estratégia, é possível reorientar o processo de trabalho de modo a aprofundar a resolutividade e o seu impacto na saúde pública, melhorando a relação custo-efetividade” (MS, 2019).

Baseados nesses princípios, o Ministério da Saúde (2019) preconiza que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área.

Soratto et al. (2015, p. 584) consideram que a ESF é uma inovação tecnológica em relação ao modelo tradicional de saúde e apresenta as “mudanças na prática, na concepção de saúde, na finalidade assumida para o trabalho assistencial, no entendimento do que é o objeto

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica do trabalho em saúde, nos instrumentos de trabalho utilizados e no produto do trabalho” (FIGURA 3).

Figura 3 – Parâmetros teóricos que sustentam a ESF como uma inovação em saúde

Modelo Tradicional de Saúde	Parâmetros	Estratégia Saúde da Família
Baseado nas premissas da biomedicina	Princípios	Baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde e do SUS.
Pautado no entendimento de saúde como ausência de doença	Concepção de Saúde	Adota-se uma noção mais ampla do processo saúde-doença
Centrada no médico	Relação Profissional	Amplia para uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar
Centrada na doença e cura	Assistência	Inclui ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e reabilitação
É a ação profissional voltada à pessoas que necessita de tratamento de doença	Finalidade do Trabalho	É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestada as pessoas e a coletividade de uma pares adstrita
O corpo físico do individuo/parte afetada do corpo	Objeto do Trabalho	É o ser humano com carência de saúde na sua integralidade; em seu contexto familiar cultural e social
São equipamentos e matérias como maca, gizes, seringa, entre outros, bem como protocolos, assistenciais, conhecimentos estruturado sobre clínica	Instrumentos de Trabalho	São equipamentos materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros a fim de contemplar a dimensão integral do sujeito
É uma atividade assistencial realizado como por exemplo o curativo feito, o diagnostico realizado, a prescrição prescrita	Produto do Trabalho	É a assistência realizada agregando outras dimensões: ações educativas, implantação de programas e medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade

Fonte: Adaptada de Soratto et al. (2015), baseado em produções do Ministério da Saúde (Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2012), Marx (2012) e Pires (2008).

Leite et al. (2016) afirmam que há indícios de melhora no serviço de saúde após o advento da ESF, com base na garantia de maior oferta e qualidade das ações integrais de saúde, valorizando a humanização da assistência em novas relações com a equipe multiprofissional. Percebe-se que a ESF, enquanto proposta de reordenação das práticas de saúde nas comunidades, tem alcançado resultados expressivos como aumento do acesso e diminuição das taxas de mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à APS, e o aumento da cobertura pré-natal e da redução dos gastos hospitalares (ANDERSON, 2019).

Com base no modelo proposto da ESF, o profissional médico emerge com um papel relevante na execução do programa, tendo em vista que a performance deste profissional reflete sobre os resultados deste modelo de atenção à saúde. Ademais, o médico é peça fundamental para o cumprimento dos atributos preconizados pela ESF. O atributo da

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica

longitudinalidade, apontado como essencial para bons resultados na atenção primária, por exemplo, é dependente da permanência deste profissional nas equipes de atuação. Além disso, para a orientação comunitária e familiar, a fixação do médico permite a criação de ações, atividades envolvendo a população que tenham continuidade e acompanhamento do médico, bem como propicia um vínculo mais sólido com a comunidade e as famílias.

A população médica brasileira é composta por brasileiros que estudam em Escolas de medicina do próprio país, ou em escolas do exterior (tendo neste segundo caso que realizar uma prova de revalidação do diploma), e também por médicos estrangeiros formados em suas nacionalidades que migram para o Brasil, considerados aptos a atuar na profissão após uma prova de proficiência na língua portuguesa e após serem aprovados numa prova técnica de avaliação de conhecimentos técnicos (BEDIN, 2019). Apresenta-se, na Tabela 1, a evolução dos números de registro médicos, bem como da população brasileira de 1920 e a proporção de médicos por 1.000 habitantes no decorrer desta cronologia, até o ano de 2017.

Tabela 1 – Evolução no número de registro de médicos e da população entre 1920 e 2017

Ano	Médicos	População	Proporção de médicos por 1.000 habitantes
1920	14.031	30.635.605	0,46
1960	34.792	70.992.343	0,49
2000	291.926	169.590.693	1,72
2010	364.757	190.755.799	1,91
2017	451.777	207.660.929	2,18

Fonte: Adaptado de Scheffer et al. (2018)

Com base nestes dados, é possível notar que, nos últimos anos, o país passa por um crescente na relação médicos e população, chegando, no ano de 2017, a 2,18 médicos para cada 1000 habitantes do país. O que se deve salientar é que este é um dado geral que não considera a distribuição espacial destes profissionais.

Em se tratando de perfil, Scheffer et al. (2018), na Demografia médica no Brasil, citam que os homens são maioria entre os médicos, com 54,4% do total de 414.831 profissionais em atividade em 2017. A diferença, no entanto, vem caindo a cada ano e aponta para uma crescente feminização da Medicina no País. As mulheres já são maioria entre os médicos mais jovens — representam 57,4% no grupo até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos.

Quanto à formação, a maioria dos médicos são especialistas e apenas 37,5% são generalistas Scheffer (2018). Do contingente total de médicos, apenas 1,2% são médicos especialistas em família e comunidade. Assim, em geral, estariam mais propensos a trabalhar na ESF apenas 38,7%.

Para a WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família):

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica

“Os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Disciplina. São médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultante dos contatos repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem ainda responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros” (WONCA, 2002, p. 22).

Neste sentido, apesar da ESF ser composta por uma equipe multiprofissional, o médico ainda ocupa um papel relevante na operacionalização do programa. Segundo Capozzo (2003), o médico tem papel fundamental no Programa de Saúde da Família, tanto na avaliação da demanda do paciente, dos riscos individuais do adoecer, quanto na elaboração de um projeto terapêutico para responder às necessidades de atenção, desde a prevenção até a reabilitação. Ademais, os profissionais precisam incorporar no seu atendimento individual aspectos referentes ao emocional, ao familiar, ao social e à prevenção. Concomitante a isto, os médicos devem executar as ações de assistência, ações educativas, coletivas e comunitárias em conjunto com os demais profissionais da equipe, bem como participar do planejamento e organização do processo de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde:

o fundamental é a postura do profissional, que precisa se comprometer com as pessoas, conhecendo mais sobre aspectos de suas vidas particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde. O conhecimento aprofundado da realidade local deve levar à identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realização de ações, enquanto os indivíduos estão saudáveis (BRASIL, 2001, p.16).

Diante do abordado, percebe-se que o trabalho do médico é fundamental no processo de trabalho das equipes da ESF, visto que a integração do cuidado médico na equipe pode proporcionar maior resolutividade das necessidades de saúde da população (MACIEL FILHO, 2007), estimulando pesquisas sobre esse tema (SILVA, 2014). Entretanto, o que se percebe é que a atuação do médico da família, no Brasil, ainda é pouco difundida, tendo baixos incentivos para sua formação e oferta de baixos salários se contrapondo à grande demanda de cuidado (FERREIRA et al., 2010). Esse quadro leva uma maior rotatividade médica (CAMPOS E MALIK, 2008) e dificuldade em atração, gerando um dos principais desafios

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica para o recursos humanos em Saúde, especialmente porque trata-se de um problema complexo, que envolve motivações intrínsecas e extrínsecas que influenciam a escolha do local de atuação do profissional (STRALEN et al., 2017).

Na literatura sobre gestão de recursos humanos (GRH) nas organizações, a retenção de profissionais é debatida no domínio de estudos sobre rotatividade, ou *turnover*, e seus determinantes e consequências. Com isso, as dimensões de atração e retenção podem ser consideradas como integrantes do papel que a GRH tradicionalmente assumiria nas organizações (PERPÉTUO et al., 2009).

A atração e retenção de profissionais estão inseridas envolvem o recrutamento e a motivação das pessoas para permanecerem na organização. O recrutamento consiste em atrair pessoas capazes de suprir as necessidades de recursos humanos da organização (SOBRAL e PECCI, 2008), enquanto a retenção é a habilidade organizacional de fixar os empregados na localidade que já se encontram (BERNTHAL E WELLINS, 2001), mantendo os colaboradores essenciais para o desempenho organizacional (ULRICH, 2000; STEIL, PENHA e BONILHA, 2016) por um longo período (GAYATHRI et al., 2012).

Sendo assim, a organização procura manter o funcionário satisfeito, cujas habilidades pessoais e profissionais servem a seus propósitos, enquanto o funcionário procura continuar trabalhando em uma organização que atende a suas necessidades (HILTHROP, 1999; KONTOGHIORGHES e FRANGOU, 2009).

Campos et al. (2009) citam que o provimento e a fixação de profissionais da área da saúde no Brasil são tidos como pontos de estrangulamento no debate das esferas da gestão do trabalho e da educação na saúde, e demandam políticas de incentivo de forma articulada com as estratégias de formação, com a finalidade de atendimento aos preceitos constitucionais que amparam o Sistema Único de Saúde.

Chew (2004) afirma que há dois conjuntos de fatores que favorecem a prática de retenção de funcionários: fatores de gestão de pessoas (ajuste entre pessoas e organização, remuneração, reconhecimento e recompensa, treinamento e desenvolvimento de carreira, oportunidades de trabalho desafiadoras); fatores organizacionais (atitude da liderança, políticas e cultura da organização, relacionamento entre integrantes da equipe de trabalho e ambiente de trabalho satisfatório). Além destes fatores, Perpétuo et al. (2009) complementam citando os fatores individuais de perfil, preferências e identificação com o trabalho e, as características deste trabalho — ou seja, o processo e as condições de trabalho estão fortemente relacionados à atração de profissionais para determinado posto de trabalho.

4. DISCUSSÃO

Diante do exposto, é necessário um esforço para compreender os fatores que envolvem a atração e retenção de médicos na equipe de PSF. Para tanto, foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica que foi sintetizada em no quadro 1, construído a partir de Silva et al. (2009), Perpétuo et al. (2009) e considerando os autores pesquisados. O quadro apresenta os fatores que promovem a atração e retenção e que dificultam a atração e retenção, no âmbito da ESF.

Quadro 1 – Fatores promotores e dificultadores da atração e da retenção dos médicos, no âmbito da ESF

		Condicionantes	Autores
Atração	Promotores	Localidades com PIB per capita mais elevado atraem médicos.	Póvoa e Andrade (2006)
		A ESF atrai profissionais em busca de boa remuneração no início da carreira ou em final de carreira.	Gugliemi (2006)
		Identificação com a proposta e com a abordagem íntegra do cuidado à saúde favorece a atração.	Seixas (2006)
		Preferência por um trabalho com horários regulares favorece a atração e fixação.	Rodrigues (2008)
		Remuneração contribui para a atração e fixação.	Mobley (1992); Machado (2002)
		Ampliação da oferta de empregos gerada pela implantação da ESF favoreceu a atração dos profissionais.	Machado (2002); Girardi e Carvalho (2003)
		Experiência anterior na Estratégia de Saúde da Família ajuda na atração.	Mendonça et al. (2010)
		O que atrai é o salário, o fato de não trabalhar em finais de semana e feriados.	Silva et al. (2010)
	Flexibilização da carga horária semanal ajuda na atração e retenção.	Fontenelle (2012)	
	Dificultadores	Formação em medicina voltada para o trabalho como especialista em detrimento da atuação generalista contribui para a não atração.	Padilha (2002); Seixas e Stella (2002); Gugliemi (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005)
		Desvalorização da especialidade Saúde da Família contribui para a não atração.	Gugliemi (2006); Sterarns (2000); Bacon (2000)
		Carga horária semanal de 40 contribui para não atração.	Machado (2002)
		Insuficiência de capacitação contribui para a não atração.	Seixas (2006)
		Grande concentração de profissional na localidade dificulta a atração	Póvoa e Andrade (2006)
		Remuneração aquém das expectativas, condições de trabalho, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família são fatores de não atração.	Mendonça et al. (2010) Ney et al. (2012)
		O médico de Saúde Pública é desvalorizado, visto como incompetente.	Silva et al. (2010)
Equipes com ausência de médicos Falta de status da Estratégia de Saúde da Família para as categorias profissionais Identificação com a proposta e com a abordagem integral do cuidado a saúde Formação em medicina voltada para o trabalho como especialista em detrimento da atuação generalista		Seixas (2006); Padilha (2002); Seixas e Stella (2002); Gugliemi (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005); Stearns (2000); Bacon (2000)	

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica

		Falta de prestígio do médico de família por parte das entidades médicas e dos próprios colegas de profissão	Magnago e Pierantoni (2015)
		Baixa valorização da formação generalista dos profissionais de saúde, em principal aos médicos.	Ferreira et al. (2010)
Retenção	Promotores	Local de origem do médico semelhante ao local de trabalho favorece a fixação.	Rabinowitz et al. (2001); Barley (2001); Easterbrook (1999); Szafran (2001); Rabinowitz (1999); Ramsey (2001); Lynch (2001); Stearns (2000); Bacon (2000); Sinay (2001); Page (1992)
		O local de origem e a área de atuação do cônjuge interferem na mobilidade dos profissionais bem como o número de componentes na família.	Póvoa e Andrade (2006)
		Experiências e estágios na Atenção Primária durante a formação favorecem a fixação.	Stearns (2000); Bacon (2000)
		Satisfação no trabalho favorece a fixação.	Seixas (2006); Campos (2005); Rodrigues (2008)
		Preferência por um trabalho com horários regulares favorece a atração e fixação.	Rodrigues (2008)
		Remuneração contribui para a atração e fixação.	Mobley (1992); Machado (2002)
		Realização Profissional	Moriyama et al. (2013)
		A contratação por concurso público coloca-se como uma estratégia essencial, para facilitar a fixação de profissionais, embora não suficiente para manter os profissionais em suas posições de trabalho	Mendonça et al. (2010)
		Flexibilização da carga horária semanal ajuda na atração e retenção.	Fontenelle (2012)
	O vínculo estabelecido com a comunidade, o reconhecimento, pelos usuários, do trabalho realizado e a identificação com a filosofia da estratégia estimula a continuidade do profissional na estratégia atualmente.	Ney et al. (2012)	
	Estrutura do município também interfere nas condições de vida que o profissional encontra para se estabelecer com a família.	Silva et al. (2010)	
	Dificultadores	Faixa etária: médicos mais jovens tendem a ter mais mobilidade, e por isso, menor fixação.	Pinto (1999); Póvoa e Andrade (2006)
		Busca por formação profissional, atualização e aperfeiçoamento contribuem para a não fixação na ESF.	Pinto (1999); Seixas e Stella (2002); Campos (2005); Seixas (2006); Póvoa e Andrade (2006)
		Formação em medicina voltada para o trabalho como especialista em detrimento da atuação generalista contribui para a não fixação.	Padilha (2002); Seixas e Stella (2002); Gugliemi (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005)
		Desvalorização da especialidade Saúde da Família contribui para a não fixação.	Gugliemi (2006); Stearns (2000); Bacon (2000)
		Sobrecarga de trabalho contribui para a não fixação.	Machado (2002), Capozzolo (2003); Meneses e Rocha e Trad (2005); Seixas (2006)
		Carga horária semanal de 40 contribui para não fixação.	Machado (2002)
Forma de contratação inadequada e contrato de trabalho precário contribuem para a não fixação na ESF.		Machado (2002); Seixas (2006); Meneses e Rocha e Trad (2005); Girardi e Carvalho (2003)	

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica

	Insuficiência de capacitação contribui para a não fixação.	Seixas (2006)
	Remuneração não contribui para a fixação.	Campos (2005)
	Ausência de uma rede de troca de experiências com outros profissionais ou equipes contribui para a não fixação.	Seixas (2006)
	Condições de trabalho: estrutura física inadequada, baixa disponibilidade de materiais e medicamentos, e escassez de profissionais de outras áreas contribuem para a não fixação.	Machado (2002); Seixas (2006)
	Deficiência do sistema de referência e contra referência contribuem para a não fixação	Machado (2002), Seixas (2006); Stearns (2000); Bacon (2000)
	Grande distância entre a unidade de saúde e a residência contribuem para a não fixação.	ObservaRHSP (2006); Campos (2005)
	Remuneração aquém das expectativas, condições de trabalho, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família são fatores de não fixação.	Mendonça et al. (2010) Ney et al. (2012)
	Carga horária dificulta a fixação.	Moriyama et al. (2013)
	Número excessivo de famílias por equipe pelo fato de a expansão do modelo não ser acompanhada pela ampliação das equipes e redimensionamento dos postos de atendimento	Silva et al. (2010)
	As condições físicas e materiais de trabalho também figuram entre as principais queixas dos profissionais e representam potenciais fatores de rotatividade.	Silva et al. (2010) Ney et al. (2012)
	Estrutura do município também interfere nas condições de vida que o profissional encontra para se estabelecer com a família.	Silva et al. (2010)
	Rotatividade de profissionais elevada; Disputa por profissionais entre municípios, principalmente na categoria dos médicos; Influências de questões político-partidárias na contratação e demissão de profissionais; Forma de contratação inadequada/contratos de trabalho precários; Condições de trabalho: estrutura física inadequada, baixa disponibilidade de materiais e medicamentos, escassez de profissionais de outras áreas; Sobrecarga de trabalho.	Machado (1997); Seixas (2006); Guglieme (2006); Campos (2005); Capozzolo (2003); Meneses Rocha e Trad (2005); Girardi e Carvalho (2003)
	Remuneração e condições de trabalho aquém das expectativas, Dificuldade de acesso aos locais de trabalho; Carga horária integral ou de dedicação exclusiva; Baixa oportunidade de progressão profissional Ausência de plano de cargos, carreira e salários (PCCS); Ausência de formação compatível como o modelo da ESF; Falta de profissionais; Vínculos precários e sem seleção pública; Falta de integração entre os gestores municipais de uma mesma região.	Santini, 2017
	Instabilidade do vínculo trabalhista; Insegurança no trabalho	Meneses e Rocha e Trad (2005)
	Dinâmica do mercado de trabalho médico.	Lopes e Bousquat (2011)
	Salário em relação a carga horária e exigência de dedicação.	Ney e Rodrigues (2012)
	Estrutura física inadequada; Falta de material de trabalho; Sobrecarga de atendimento; Insuficiência de capacitação; Equipes incompletas.	Seixas (2006)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Silva et al. (2009) e Perpétuo et al. (2009)

O primeiro ponto a ser destacado é a forma de contratualização dos médicos para a atuação na ESF. Costa e Silva et al. (2014) citam que os modelos de contratualização variam de acordo com as particularidades políticas e institucionais de cada governo e localidade, assim como o ente federativo (governo federal, estado ou município) contratante e o estatuto jurídico do prestador de serviços contratado. Entre os principais meios de contratação estão o concurso público, processo seletivo, contratação temporária (autorizada por projeto de lei) e contratos de prestações de serviços. A contratação por concurso público, segundo Mendonça et al. (2010), mostra-se como uma estratégia essencial, para facilitar a fixação de profissionais. No entanto não é suficiente para reter os profissionais em suas posições de trabalho.

Outro ponto determinante a ser levado em consideração é a remuneração. A remuneração pode ser um fator de atração dos profissionais, mas não de fixação, e ainda seria uma forma de compensação de precariedade do vínculo (CAMPOS e MALIK, 2008). Mendonça et al. (2010) apontam que alguns gestores municipais utilizam como estratégia de fixação a equiparação do salário dos médicos atuantes na saúde da família, especialistas em medicina de família e comunidade, com os demais especialistas atuantes em serviços secundários.

Santini et al. (2017, p. 551), sugerem como estratégias para atração e retenção dos médicos na ESF: equiparação salarial com os médicos dos serviços secundários; adicional salarial conforme o risco ou grau de vulnerabilidade do local da UBS; regularização dos vínculos; possibilidade de complementação de renda por meio de realização de plantões; qualificação, especialmente por meio da especialização em saúde da Família; diversificação das ações assistenciais; articulação entre a rede e entre as diversas UBS.

Outro fator considerado dificultador à aderência dos médicos ao trabalho à ESF é a falta de prestígio do médico de família por parte das entidades médicas e dos próprios colegas de profissão. Em relação a esse ponto, Seixas e Stella (2002) destacam que a pós-graduação médica é voltada para a especialização, incapaz de prover profissionais capazes de solucionar problemas que demandam uma visão integral do indivíduo e de desenvolver ações de proteção e promoção da saúde.

Outro ponto a se levar em consideração é que em áreas rurais ou distantes, a opção dos médicos em trabalhar e se fixar na atenção primária pode ser motivada, em parte, pela origem do profissional nestes lugares, o que se relacionaria à experiência com a vivência e os recursos existentes fora dos centros urbanos (RABINOWITZ et al., 2001; SEIXAS e STELLA, 2002).

Mais um ponto é a busca por especialização, desencadeada pela busca de maiores salários e status. Esse ponto pode ser combinado com o último ponto de destaque: a satisfação e insatisfação com o trabalho na ESF. Seixas (2006) aponta que a capacitação oferecida pela área, desenvolvimento de ações de educação, promoção e prevenção perante a população, e a autonomia para elaborar o planejamento e a agenda, com base na avaliação das necessidades da comunidade pela equipe são pontos utilizados para a satisfação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do apresentado, o estudo trouxe como contribuição o estabelecimento de categorias relacionadas a atração e retenção: forma de contratação, remuneração, grau de satisfação com o trabalho, valorização do profissional perante a sociedade (status do médico de ESF), especialização, infraestrutura da UBS e origem do médico. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas voltadas para esses pontos, demandando uma ação articulada entre a área de recursos humanos em saúde e demais secretarias governamentais e organizações da sociedade civil. Essas ações devem ser ajustadas conforme a região ou município abrangido. Para tanto, é preciso que a área de recursos humanos desenvolva uma escuta ativa para as demandas dos profissionais da ESF, em especial dos médicos, de forma a identificar os pontos de estrangulamento e os de satisfação, buscando mitigar os primeiros e reforçar os últimos.

Ademais, o estudo foi capaz ainda de apresentar a conexão dos constructos para a efetivação da implantação da APS se seguidos os princípios da ESF, que prevê o com o médico exercendo o seu papel inserido na equipe multiprofissional considerando a orientação familiar/comunitária, buscando a longitudinalidade do trabalho destes profissionais, através da atração e retenção (FIGURA 4)

Figura 4 – Conexão entre a atuação do RHS, a atuação dos médicos e a ESF



Fonte: Soares (2020)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde SUS. **Revista Psicologia Saúde**, Campo Grande, vol.5, no.1, jun. 2013.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 14, p. 218, Jan-Dez, 2019.

ANDRADE, L. R. de, et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, mar. 2019.

BARBOSA, L. G. et al. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 287-294, Set. 2019.

BEDIN, V. **Perfil do Médico Brasileiro, sua formação e distribuição no território nacional. Um problema insolúvel.** Disponível em: <<http://fapss.br/producao-cientifica/artigos-saude/perfil-do-medico-brasileiro.php>>. Acesso em 25 de janeiro de 2019.

BERNTHAL, P.; WELLINS, R. Retaining talent: a benchmarking study. Pittsburgh: **Development Dimensions International**, 2001.

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª ed. Atual; 2004- 2005; 208p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília; 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. 2019. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>, Acesso 25 de março de 2019.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. supl. 1, p. s63-s69, dez. 2005.

CAMPOS, C.V., MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista Administração Pública**, mar-abr, 2008.

CAMPOS, F.E., MACHADO M.H., GIRARDI S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, (44):13-24, 2009.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa de Saúde da Família**. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARVALHO, M. S.; SOUZA, Ma. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, nov.-dez. 2013

CHEW, J. C. L. (2004). **The influence of human resource management practices on the retention of core employees of Australian Organizations: an empirical study**. Thesis (Doctor of Philosophy). Murdoch University.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, Aug, 2014.

FERREIRA, R.C.; FIORINI, V.M.L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira Educação Medicina**, v.34, n.2, p.207- 15, 2010.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan. 2012.

GADREY, J. **Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços**. In SALERMO, M, S. (Org.). **Relação de Serviço: Produção e Avaliação**. São Paulo: SENAC, 2001.

GAYATHRI, R.; SIVARAMAN, G.; KAMALAMBAL, R. Employee Retention Strategies in BPO's An Empirical Investigation. **Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business**, 3 (12), 2012.

GUGLIEMI, M. C. **A Política Pública “Saúde da Família” e a Permanência – Fixação – Do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco.** 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde, Rio de Janeiro.

HILTHROP, J. The quest for the best: Human resource practices to attract and retain talent. **European Management Journal**, 17(4),422-430, 1999.

KONTOGHIORGHES, C. e FRANGOU, K. The association between talent retention, antecedent factors and consequent organizational performance. **SAM Advanced Management Journal**, 74(1), 29 58, 2009.

LEITE, R. S., MEDEIROS SANTOS, A. P., LIMA, C. A., RIBEIRO, C. D. A. L., BRITO, M. F. S. F. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Caderno Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, 24 (3): 323-329, 2016.

LOPES E.Z., BOUSQUAT A.E.M. Fixação de enfermeiras e médicos na estratégia saúde da família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**, 2011.

MACHADO, M.H. Mercado de trabalho em saúde. IN: FALCÃO, André. (org.) et.alli. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: FIOCRUZ, 2002.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde.** 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MAGNAGO, C., PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, Mar. 2015.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** Livro I. 30^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549, p.2011.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS.** CONASS, Brasília - DF, 2019

MENDONÇA, M. H. M. de, et al. Challenges for human resources management from successful experiences of Family Health Strategy expansion. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, Ago. 2010.

MENESES E ROCHA, A.A. R.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.303-16, mar/ago 2005.

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica

MOBLEY, W. H. **Turnover: causas, consequências e controle**. Porto Alegre: ED. Ortiz, 1992.

MORIYAMA, M. C., et al. Formação acadêmica, motivação e aplicação dos princípios da atenção primária à saúde no cotidiano de trabalho. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Vol. 17, Nº. 3, p. 83-95, Ano 2013.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p.

PERPÉTUO, I.H.O., et al. **A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

PINTO, L. F. **Médicos e migração: a residência em foco**. (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo (SP): Anna Blume; 2008

PÓVOA, L.; ANDRADE, M.V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8): 1555-1564, ago, 2006.

RABINOWITZ, H. K; DIAMOND, J. J., MARKHAM, F. W.e PAYNTER, N. P. Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. **American Medical Association**. JAMA. Vol 286, No 9 p 1041-1048, Set. 5, 2001.

RODRIGUES, R. B. **Atração, Retenção e a Lógica da Gestão de Recursos Humanos: Um Estudo Sobre os Médicos da Estratégia Saúde da Família**. 1. ed. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

SANTINI, S. M. L. et al. DOS 'RECURSOS HUMANOS' À GESTÃO DO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE O TRABALHO NO SUS. **Trabalho educação saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 537-559, Ago. 2017.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, Nov. 2015.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SEIXAS P.H., STELLA, R.C.R. **Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação**. In: Negri B, Faria R, Viana ALd´A, organizadores. Recursos humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p. 354-371.

Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica

SEIXAS, P. H. **Médicos em Saúde da Família na cidade de São Paulo**. OBSERVARHSP, 2006.

SILVA, N.C., RODRIGUES, R. B., ROCHA, T.A.H., RODRIGUES, J.M. Gestão De Recursos Humanos Em Saúde E Sua Necessária Interface Ao Mundo Organizacional – Um Olhar Ampliado. **XXXIII Encontro da ANPAD**. São Paulo/SP, 2009.

SILVA, V.A.A. **Desempenho dos médicos na saúde da família – um estudo a partir das equipes de Belo Horizonte, Minas Gerais**. Dissertação apresentada ao Centro de Pós Graduação em Administração da UFMG. Belo Horizonte, 2014.

SOBRAL, F.; PECI, A. **Administração: teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SORATTO, J., PIRES, D.E.P., DORNELLES, S., LORENZETTI, J.. Family health strategy: atechnological innovation in health. **Texto Contexto Enfermagem**, 24(2):584- 92, 2015.

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

STEIL, A. V., PENHA, M. M., & BONILLA, M. A. M. Antecedentes da retenção de pessoas em organizações: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 16(1), 88-102, 2016.

STRALEN, A.C.S.V., MASSOTE, A. W. CARVALHO, C. L., GIRARDI, S. N. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 147-172, Jan. 2017.

TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e Desafios na organização da Atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde HMP Comunicação, 432p, 2008.

ULRICH, D. **Recursos humanos estratégicos: novas perspectivas para os profissionais de RH**. São Paulo: Futura, 2000.

WONCA. **A definição europeia de medicina geral e familiar**. Wonca Europa. Genebras: WHO, 2002.