

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Instituto de Saúde/SES-SP

RENATA JUNQUEIRA MOSTÉRIO

**O trabalho médico na Estratégia de Saúde da Família: limites
e possibilidades na região de Cidade Ademar do município
de São Paulo.**

São Paulo - SP

2016

RENATA JUNQUEIRA MOSTÉRIO

O trabalho médico na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades na região de Cidade Ademar do município de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo - SP

2016

RENATA JUNQUEIRA MOSTÉRIO

O trabalho médico na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades na região de Cidade Ademar do município de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Luiza Sterman Heimann

São Paulo - SP

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Mosterio, Renata Junqueira

O trabalho do médico na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades na região de Cidade Ademar no município de São Paulo, SP/ Renata Junqueira Mostério. São Paulo, 2016.

161p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Luiza Sterman Heimann

1.Atenção Primária à Saúde 2.Estratégia de Saúde da Família 3.Trabalho Médico em Organização Social de Saúde

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação

Agradecimentos

À minha orientadora, Luiza Sterman Heimann, que competentemente me conduziu pelo meu primeiro caminho na pesquisa científica.

Aos meus parceiros fiéis, pessoal e profissional, Daniel Vince e Lidiane Melo, que tantas vezes leram minhas sentenças por sobre meus ombros sempre contribuindo pro seu aprimoramento.

As gestoras da OS – Santa Catarina Mirela Gomes e Marcia Boacnin que, reconhecendo a importância do aprimoramento profissional, tornaram a execução desse trabalho possível.

“O bom médico é aquele que sabe que a doença representa um extraordinário desafio (...), mas também sabe, como Hipócrates, que é preciso enfrentar o desafio com os meios que estão ao seu alcance”.

Moacyr Scliar

Dicionário de Siglas

AB – Atenção Básica

AE – Ambulatório de Especialidades

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

AMB – Associação Médica Brasileira

APS – Atenção Primária à Saúde

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CAPS – Centro de Assistência Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CFM – Conselho Federal de Medicina

CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MFC – Médico de Família e Comunidade

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde Família

NIR – Núcleo Integrado de Reabilitação

OS – Organização Social

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAMG – Programa de Auto Monitoramento Glicêmico

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

SACA – Supervisão Santo Amaro – Cidade Ademar

SCMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGA – Sistema Integrado de Gestão da Assistência

SUS – Sistema único de Saúde

UAD – Unidade de Assistência Domiciliar

UBS – Unidade Básica de Saúde

URSI – Unidade de Referência a Saúde do Idoso

Sumário

INTRODUÇÃO e JUSTIFICATIVA	14
OBJETIVOS	25
METODOLOGIA	26
CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO CASO	27
LOCAL DA INVESTIGAÇÃO	27
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
FONTES DE DADOS.....	35
. Aplicação dos Instrumentos e coleta de dados em campo	37
PLANO DE ANÁLISE	38
RESULTADOS.....	39
. Dimensão da atenção à saúde.....	39
PERCEPÇÃO DO MÉDICO DA ESF NO EXERCÍCIO DE SUA FUNÇÃO.....	44
PERCEPÇÃO DOS GERENTES DA ESF QUANTO AO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DO MÉDICO	56
DIMENSÃO DA GESTÃO DO SISTEMA	68
PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS NA ESF SOBRE OS MECANISMOS E INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SEU PROCESSO DE TRABALHO.....	69
PERCEPÇÃO DOS GERENTES DA ESF SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO DO MÉDICO: PROCESSOS, MECANISMOS E INSTRUMENTOS	77
PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA OS SANTA CATARINA SOBRE O TRABALHO DO MÉDICO: PROCESSOS, MECANISMOS E INSTRUMENTOS	85
PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SACA E COORDENADORIA SUL SOBRE O TRABALHO DO MÉDICO: PROCESSOS, MECANISMOS E INSTRUMENTOS	97
DISCUSSÃO	112
CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
ANEXOS	137

Mostério RJ. O trabalho médico na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades na região de Cidade Ademar do município de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

Resumo

Introdução e Justificativa: A Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e institui o Sistema Único de Saúde¹. Estudos reforçam a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como estruturante dos sistemas. No Brasil, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera este nível de atenção como ordenador das redes de serviços e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para expansão e consolidação da APS. No município de São Paulo a gestão da APS é realizada em parceria com as Organizações Sociais de Saúde – OSS. A dificuldade de provimento e fixação de médicos para atuarem na ESF da OS Santa Catarina despertou interesse em realizar esta pesquisa. **Objetivo:** Analisar os limites e possibilidades da atuação do profissional médico da ESF na OS Santa Catarina na região de Cidade Ademar do município de São Paulo. **Metodologia:** Qualitativa através da técnica de Estudo de Caso. A coleta de dados foi realizada com fontes primárias e secundárias. Como primárias foram elaborados roteiros de entrevistas semiestruturadas para gestores da OS Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e questionário on-line para os médicos e gestores locais das Unidades Básicas estruturadas pela ESF. Como fontes secundárias foram analisadas base documental e revisão bibliográfica. **Resultados e Discussão:** O perfil do médico da ESF é jovem, com pouco tempo de formação, sem especialização e alta rotatividade no cargo. Apesar deles se considerarem qualificados para realizar suas funções, gestores locais da OSS e da SMS não o consideram e referem não existir programa de qualificação sistemático eficaz para este profissional. Há insatisfação do médico em relação ao seu processo de trabalho especialmente na

distribuição das atividades em sua agenda semanal, prejudicando o cumprimento da PNAB. Essa insatisfação é reconhecida pelos gerentes, mas ambos não têm autonomia para ajustá-la à realidade loco-regional. As atividades mais realizadas pelos médicos são consultas individuais, matriciamento e visitas e consultas domiciliares, que tem horário garantido na agenda e/ou meta assistencial regulada pelo contrato de gestão. Os mecanismos/instrumentos adequados para a regulação das atividades realizadas pelos médicos são escassos e as metas estabelecidas pelo contrato de gestão, além de não terem na sua elaboração pactuação ou participação da categoria médica e das OSS, não são consideradas adequadas pela gestão da OSS e SMS. A gestão do trabalho médico é verticalizada e fragmentada com a OS reproduzindo esse modelo da SMS. O gerente local é fiscalizador do cumprimento do contrato de gestão e a gestão SMS se distancia das realidades locais padronizando as decisões nos níveis centrais. **Conclusão:** O médico da ESF tem grande potencialidade de trabalhar os princípios do SUS, em particular a integralidade. Entretanto, o trabalho do médico ainda tem excessivo foco na atenção individual, limitado por questões de formação e capacitação, mercadológicas, de regulação e gerenciais. **Potencial de Aplicabilidade:** Se dará através da socialização dos resultados para a comunidade científica, de classes e diferentes níveis de gestores a fim de introduzir mudanças no processo de trabalho médico.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Trabalho Médico em Organização Social.

Mostério RJ. The Medical work process in the Family health strategy: limits and possibilities in a region of São Paulo city. (Dissertation for Master's Degree) Professional Master's Program in Collective Health of CRH/SES-SP, São Paulo: State Department of Health, 2016

Abstract

Introduction: The 1988 Federal Constitution defines health as a citizen's right and the State's duty and it establishes the National Health System. Studies reinforce the importance of structuring health systems through Primary Health Care (PHC). In Brazil, the new National Primary Care Policy (NPCP) considers this level of attention as originator of health care network and the Family Health Strategy (FHS) as a priority for expansion and consolidation of PHC. In São Paulo the management of PHC is held in partnership with Health Social Organizations - OSS. The difficulty of provisioning and securing doctors to work in the FHS in OS Santa Catarina aroused interest in conducting this research. **Objective:** To analyze the limits and possibilities of action of the FHS medical professional in OS Santa Catarina in Cidade Ademar region of São Paulo. **Methodology:** Qualitative through the Case Study technique. Data collection was performed with primary and secondary sources. As primary sources semi-structured interviews were developed with managers of OS Santa Catarina and Municipal Health Secretariat (MHS) and on-line questionnaire with physicians and local managers of Basic Units structured by the FHS. As secondary sources evidence base and literature review were analyzed. **Results and Discussion:** The profile of FHS Doctors is young, with little graduation time, without specialization and high turnover in the job. Although they consider themselves qualified to perform their professional functions; local managers, OS managers and SMS managers do not consider them qualified and refer to a non-existence of an effective systematic training program for them. These doctors are dissatisfied with their work process, especially with the distribution of activities in their weekly schedule, jeopardizing the fulfillment of

NPCP. Local managers recognize this dissatisfaction, but both of them do not have the autonomy to adjust it to the local and regional reality. The most commonly activities performed by doctors are individual consultations, collaborative care activities and home visits and consults, activities that have warranted time on the weekly schedule and/or assistance target set by the management agreement. Appropriate mechanisms/instruments to regulation of the activities performed by doctors are scarce and the targets set by the management agreement are not considered adequate by OS and MHS managers and, in addition, the medical category and the OS managers have no involvement in its preparation. The management of medical work is vertical and fragmented with the OS replicating this model from SMS. Much of the local management is summarized in inspect the compliance the management agreement and SMS management is distant from local realities standardizing the decisions on central levels. **Conclusion:** the FHS doctor has great potential to work the National Health System's principles, particularly integrality. However, the doctor's work still has excessive focus on individual attention and is limited by issues of education and training, marketing, regulation and management. **Potential Applicability:** It'll be given through the socialization of results to the scientific community, class societies and different levels of the health system's managers to introduce changes in medical work process.

Key Words: Primary health care, Family health strategy, Medical work in social health organization.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:

A Constituição Federal de 1988 define três grandes referenciais para o sistema de saúde do Brasil: um conceito ampliado de saúde, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição de um Sistema Nacional de Saúde (GUSSO e LOPES, 2012). Esse sistema baseia-se nos princípios da universalidade, integralidade, participação social e descentralização, regionalização e hierarquização, resultado do movimento da reforma sanitária que objetivava construir um sistema universal de saúde para o país (GUSSO e LOPES, 2012).

Quatro princípios nortearam a reforma: “um princípio ético normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico, que compreende a determinação social do processo saúde-doença; um princípio político, que assume a saúde como um direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática e um princípio sanitário, que compreende a proteção da saúde de forma integral – promoção, prevenção, ação curativa e reabilitação” (FLEURY, 2009).

Diversas linhas de pesquisa reforçam a importância de priorizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como estruturante dos sistemas de saúde. STARFIELD (2005) mostra que países com maiores escores de Atenção Primária apresentam efeitos sobre o sistema de saúde na efetividade, na eficiência e na equidade.

Podemos chamar de Atenção Primária, segundo GIOVANELLA (2010), a atenção ambulatorial de primeiro nível, isto é, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.

Barbara Starfield define a Atenção Primária como “a prestação de serviços de primeiro contato, a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente (continuidade da relação médico-paciente ao longo da vida) independente da ausência ou presença de doença, a garantia de cuidado

integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do profissional de saúde, e, coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas” (STARFIELD, 2002). Assim, “os serviços de atenção primária requerem estar orientados para a comunidade conhecendo suas necessidades de saúde, centrar-se na família para bem avaliar como responder às necessidades e ter competência para reconhecer culturalmente as diferentes necessidades dos grupos populacionais” (OS - Santa Catarina, 2014).

Segundo GÉRVAS (2006), Atenção Primária forte é aquela em que médicos generalistas têm a valorização social e profissional, têm formação adequada, são ativos na pesquisa e investigação, são remunerados adequadamente, tem auto-estima e trabalham em um sistema de saúde com regulamentos pró-coordenação do cuidado, tais como o filtro ou "porta de entrada" (gatekeeping) que promovam a cooperação entre os profissionais da rede de cuidados (GERVAS e FERNANDEZ, 2006).

No contexto brasileiro, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012), “a APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida

com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade”.

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) atualizou conceitos e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica (AB) na ordenação das Redes de Atenção, centralizando na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo a PNAB, a APS no Brasil tem como fundamentos e diretrizes:

- “Ter território adscrito de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento cujo princípio é de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem

diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta dada pelos demais serviços do sistema, mesmo que sejam dadas em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

- Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção;

- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social”.

A Estratégia de Saúde da Família no Brasil teve início em 1994, voltada, em um primeiro momento, para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social. Desde 1999, é considerada pelo Ministério da Saúde uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde,

visando reorientar o modelo assistencial e a dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL et al, 2014).

O modelo da ESF preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional, com a equipe nuclear composta por Médico Generalista (ou Médico de Família), Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde e uma equipe de apoio (Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF) que pode conter os seguintes profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Educador Físico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Profissional com formação em arte e educação. É recomendado que cada equipe nuclear fique responsável por entre 600 e 1 000 famílias (2400 a 4500 habitantes) (OS - SANTA CATARINA, 2014).

A equipe deve conhecer as famílias da sua área de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (ESCOREL et al, 2014). Dessa forma, a equipe de saúde da ESF deve ser responsável pelo gerenciamento dos cuidados de saúde na sua comunidade, pelo uso racional dos equipamentos de saúde disponíveis na rede (McWHINNEY e FREEMAN, 2010), pelo planejamento de ações e pela organização do serviço prestado de modo a garantir um acesso de qualidade pautado nos princípios do SUS; a efetividade do serviço prestado na ESF não é pautada apenas nos serviços clínicos oferecidos, mas também em uma administração e planejamento eficientes. Administração inadequada de um serviço de atendimento leva a uma prestação de serviço ruim, insatisfação da população adstrita e desmoralização das equipes de saúde (McWHINNEY e FREEMAN, 2010).

Todos os membros da equipe tem papel fundamental na Estratégia de Saúde da Família, mas queremos destacar nesse estudo o papel do médico.

Poucos trabalhos se aprofundam no papel do médico na ESF. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº1, do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000) - Programa de Saúde da Família, o papel do médico da ESF é partilhar as atribuições da equipe e atender as seguintes atribuições específicas:

- “Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especificidades da vida: criança, adolescente, mulher grávida, adulto, trabalhador portador de deficiência específica e idoso;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais, se as condições locais o permitirem;
- Realizar partos, se as condições locais o permitirem”.

As atribuições da equipe que devem ser partilhadas entre seus membros, entre eles o médico, estão listadas também no Caderno de Atenção Básica nº1 - Programa de Saúde da Família:

- “Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde nos diversos ciclos de vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis [...], de doenças infectocontagiosas, de doenças crônicas degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e meio ambiente;

- Valorizar a relação com o usuário e com a família para favorecer a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento através da adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover saúde através de educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que o legitimam;
- Incentivar a formação e a participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde”.

Segundo CAPOZOLLO (2003), o médico tem papel fundamental seja na avaliação da demanda do paciente, dos riscos individuais do adoecer, como na elaboração de um projeto terapêutico para responder às necessidades de atenção, desde a prevenção até a reabilitação. Além disso, tem que incorporar no seu atendimento individual aspectos referentes ao emocional, ao familiar, ao social e à prevenção. Junto com as ações de assistência, o médico deve realizar ações educativas, coletivas e

comunitárias em conjunto com os demais profissionais da equipe, bem como participar do planejamento e organização do processo de trabalho. A ESF estipula como atividades semanais dos médicos o atendimento de consultas na unidade, atividades educativas de grupo, reuniões de equipe e atendimento domiciliar, compreendido como importante para a aproximação dos profissionais com a realidade do local onde vivem as famílias, e ainda estipula instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais.

Em 2003, diante da considerável expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e dos novos desafios decorrentes da sua implantação, especialmente nos centros urbanos com população superior a 100 mil habitantes, instituiu-se a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), objetivando fortalecer o papel da avaliação enquanto importante instrumento para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo. No ano de 2004 realizou-se uma chamada pública pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) para o desenvolvimento de estudos avaliativos - Linhas de Base - como parte de um dos componentes do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), financiado pelo Banco Mundial. O propósito da realização dos estudos foi subsidiar e fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação na Atenção Básica à Saúde, o planejamento local em saúde e compreender os diversos "movimentos de expansão" e possíveis transformações decorrentes da implantação da Estratégia Saúde da Família (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008). Foram estudados 168 municípios com mais de 100.000 habitantes, o que corresponde a um território com população de 75 milhões de habitantes. Seus achados mostraram que o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) se expandiram com muita aceitação em municípios de pequeno porte, no interior do país, mas nos municípios maiores sua presença era pequena, principalmente nos grandes conglomerados urbanos (BODSTEIN et al, 2006).

Segundo CARNEIRO (2011), as características dos grandes aglomerados urbanos oferecem dificuldades à implantação da ESF destacando-se concentrações populacionais; déficit expressivo na oferta de serviços de saúde; fragmentação urbana nas grandes cidades com desigualdades intraterritoriais e discriminações sociais; periferização da violência e pobreza, gerando como consequência a dificuldade de fixação de profissionais de saúde, especialmente médicos; situação territorial e predial das cidades metropolitanas com extensas áreas não regularizadas e imóveis sem título de propriedade, impedindo que a administração pública construa ou alugue um imóvel em territórios com essas condições; concentração da medicina privada nos aglomerados urbanos, provocando tensão no modelo de atenção à saúde (CARNEIRO JUNIOR et al, 2011).

No município de São Paulo, a gestão da Atenção Primária no SUS é, em sua maioria, realizada através de parcerias entre o Estado e organizações da sociedade: as Organizações Sociais de Saúde - OSS. Sendo assim, é um título que o Estado concede a uma entidade privada, sem fins lucrativos, para que ela possa receber determinados benefícios do Poder Público (como doações orçamentárias, isenções fiscais, etc...) para realização de seus fins, que devem ser necessariamente de interesse da comunidade (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014). As OSS atuam em parceria formal com o Estado e colaboram, de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto pela lei no 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais: “O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).

Segundo CARNEIRO (2015), “parcerias do governo local com entidades não lucrativas surgem como novas alternativas de gestão para garantir flexibilidade e agilidade diante do cumprimento das exigências

colocadas pelo governo federal como condição para o financiamento da ESF. Para atender aos prazos e às metas de cobertura estabelecidas com a agilidade requerida pelas normas e portarias, especialmente nos grandes aglomerados urbanos, parcerias com entidades privadas têm sido realizadas, viabilizando principalmente a contratação de agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde; aluguel de imóveis para transformá-los em unidades de atendimento em áreas urbanas irregulares; reformas e adequações de imóveis; aquisição ágil de materiais e equipamentos; realização de capacitações; reposição de profissionais devido à alta rotatividade; incentivo salarial para médicos atuarem nas periferias das cidades; entre outros” (CARNEIRO JUNIOR et al, 2011).

No município de São Paulo, na região de Cidade Ademar cabe a OSS Associação Congregação Santa Catarina (OS - Santa Catarina) a administração de uma rede de atenção á saúde, inclusive a Atenção Primária. Estão sob sua gestão 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, 12 UBS – Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 99 equipes de atenção básica, 6 Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 1 AMA especialidades, 1 Ambulatórios de Especialidade (AE), 2 Centros de Assistência Psicossocial – infantil e adulto - (CAPS), 1 unidade de assistência domiciliar (UAD), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 1 Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) (OS – SANTA CATARINA, 2014). Também administra 1 UBS Integral (UBS em que coexistem equipes de ESF, pediatras e ginecologistas/obstetras em um mesmo território), mas que não se encontra no território de Cidade Ademar. A rede gerenciada pela OS se integra com os equipamentos de saúde de administração direta do município de São Paulo, como a Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) e com equipamentos de saúde Estaduais referência para a região (apesar de estarem locados em território adjacente), como o Hospital geral de Pedreira (HGP) e o AE Jardim dos Prados. A distribuição desses equipamentos de saúde no território está ilustrada nos anexos 1 (Equipamentos de Saúde por Tipo de Serviço) e 2 (Equipamentos de Saúde por tipo de gestão).

Assim, os Serviços de Saúde na região de Cidade Ademar se articulam entre si e com os recursos estaduais e municipais, tendo como sistemas articuladores, respectivamente, a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) e o Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA Saúde); ambos os sistemas operam em rede online, o CROSS congregando ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial para os serviços estaduais e o SIGA permitindo integração com outros sistemas e otimizando e qualificando as seguintes funções nos serviços municipais: cadastro de usuários, profissionais e serviços de saúde; agendamentos locais, regulados e contra referenciados, registro de atendimentos, boletim de produção ambulatorial (BPA) e acompanhamento de programas municipais como a Mãe Paulistana e o Programa de Auto Monitoramento Glicêmico (PAMG).

As 12 UBS-ESF da região de Cidade Ademar sob administração da OS Santa Catarina contam com 71 equipes. Dessas apenas 52 contam com médicos, sendo desses apenas 37 (52%) com carga horária completa (jornada semanal de 40 horas), segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB¹⁷) de março, 2014.

A crônica falta de médicos na Atenção Básica é um problema atual em pauta na sociedade brasileira e um importante entrave para o bom funcionamento do SUS. A partir da dificuldade de provimento e fixação de médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família para atuação na Estratégia de Saúde da Família e a conseqüente dificuldade de consolidação da rede de Atenção Básica proposta para o SUS pela PNAB; e, considerando-se sua importância para a estruturação e bom funcionamento do Sistema de Saúde, despertou-se o interesse de investigar na OS Santa Catarina e nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) limites e possibilidades do trabalho do profissional médico em sua atuação na Estratégia de Saúde da Família.

PERGUNTAS DE PESQUISA:

As questões norteadoras da pesquisa foram:

- Quais as características do perfil profissional do médico da ESF na OS – Santa Catarina?

- Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo Médico da ESF na OS – Santa Catarina no exercício de sua função?

- O processo de seleção (recrutamento); contratação; plano de cargos, carreiras e salários; regulação e qualificação do médico da ESF na OS – Santa Catarina é adequado para cumprir os objetivos propostos para Atenção Básica segundo a PNAB?

- As metas contratuais estabelecidas para os médicos da ESF são compatíveis com o exercício de suas funções?

OBJETIVO GERAL:

Analisar os limites e possibilidades da atuação do profissional médico da Atenção Primária na Estratégia de Saúde da Família na OS Santa Catarina na região de cidade Ademar do município de São Paulo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever e analisar o perfil do profissional médico da ESF da região de Cidade Ademar da OS Santa Catarina.
- Descrever e analisar a gestão do trabalho do profissional médico na ESF na OS – Santa Catarina na Região de Cidade Ademar.

- Descrever e analisar as atividades realizadas pelo profissional médico na ESF na OS – Santa Catarina e suas principais dificuldades.
- Identificar e analisar a adequação entre a dimensão da gestão e da atenção no trabalho do médico da ESF da OS – Santa Catarina.

METODOLOGIA:

A metodologia empregada será qualitativa através da técnica Estudo de Caso. Segundo YIN (2010), os estudos de caso representam a estratégia preferida quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, pois permite uma investigação preservando suas características significativas, como nos processos organizacionais e administrativos. No estudo de caso o pesquisador pode se utilizar de uma variedade de dados coletados em diferentes momentos através de variadas fontes de informação, entre elas: documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta e observação participante. A coleta de dados, assim, utiliza várias fontes de evidência, e não apenas uma (YIN, 2010; GODOY, 1995).

O estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (GODOY, 1995). Ainda segundo Godoy (1995), o pesquisador deve preocupar-se em mostrar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação, uma vez que a realidade é sempre complexa. Dessa forma, para uma apreensão mais completa do fenômeno em estudo, é preciso enfatizar as várias dimensões em que ele se apresenta, assim como o contexto em que se situa.

Assim, “um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas,

considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno” (GODOY, 1995).

CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO CASO:

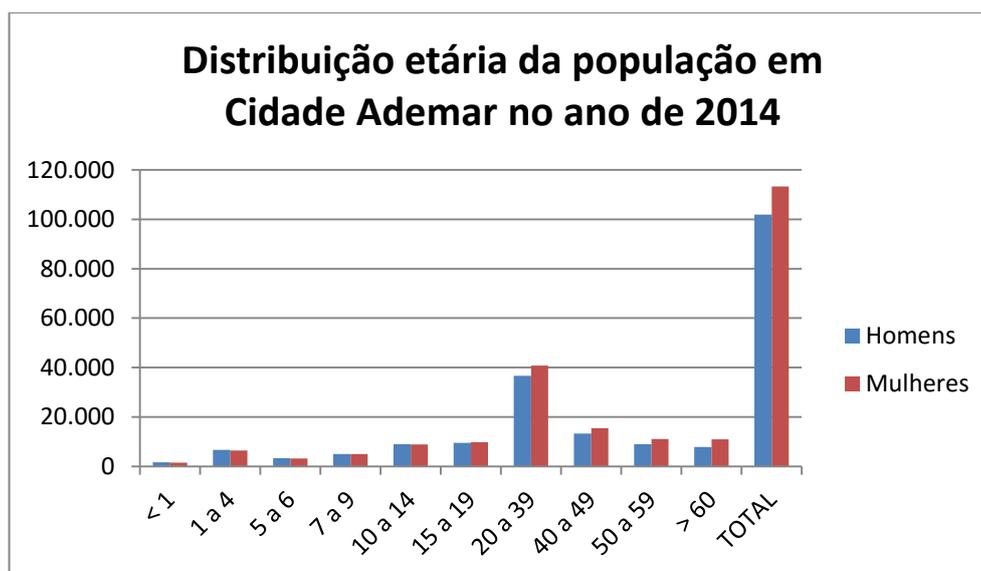
O caso selecionado tem como objeto de estudo o trabalho do médico na ESF no contexto das Organizações Sociais na Região de Cidade Ademar. Os principais critérios para a escolha do caso foram:

- A escassez de estudos prévios acerca desse tema.
- A viabilidade do desenvolvimento da pesquisa no tempo disponível para o programa de Mestrado Profissional.
- A inserção da pesquisadora na rede de Atenção Básica da OS – Santa Catarina como um fator motivador e facilitador do desenvolvimento da pesquisa, bem como a possibilidade de incorporação dos resultados.

LOCAL DA INVESTIGAÇÃO:

Cidade Ademar é um distrito localizado na zona sul do município de São Paulo. Tem este nome devido a Adhemar de Barros, que a nomeou distrito em 1946. A região se originou como bairro-dormitório, com o crescimento populacional decorrente da explosão industrial da década de 1960. Na década de 1970, o processo de êxodo rural contribuiu para o aumento da população na região, com novos moradores sendo atraídos pelo parcelamento dos lotes e a possibilidade de possuir sua própria terra. O distrito pertence à região administrativa de Santo Amaro/Cidade Ademar e a

região administrativa responde pelo território de Pedreira/Cidade Ademar (prefeitura municipal de São Paulo, 2014b). A população é predominantemente jovem, com maior concentração ataria na faixa de 20 a 39 anos e uma discreta predominância do gênero feminino em relação ao masculino, como podemos observar no gráfico a seguir:



Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Condensado de Informações. Cidade Ademar / Capela do Socorro. Versão V512, março 2014. [acesso em 28 ago 2014] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

Os chefes de família tem um rendimento cerca de 53% menor do que a média do MSP como podemos observar no quadro a seguir. Devido à indisponibilidade de documentos mais recentes por conta do nível de desagregação de informações em subdistritos, apresentam-se dados de 2004.

Rendimento mensal dos Chefes de Família – MSP, Região de Cidade Ademar- 2004		
	% Cidade Ademar	% MSP
Sem Rendimento	15,83	10,43
Até 5 salários mínimos	57,13	47,55
De 5 a 20 Salários Mínimos	24,29	32,58
Mais que 20 salários mínimos	2,75	9,44
Rendimento médio dos chefes de família (R\$)	709,92	1325,43

Prefeitura Municipal de São Paulo, Sumários de dados 2004. Cidade Ademar: região Sul. [acesso em 28 ago 2014]. Disponível em:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/governo/sumario_dados/ZS_CIDADE_ADEMAR_Caderno11.pdf

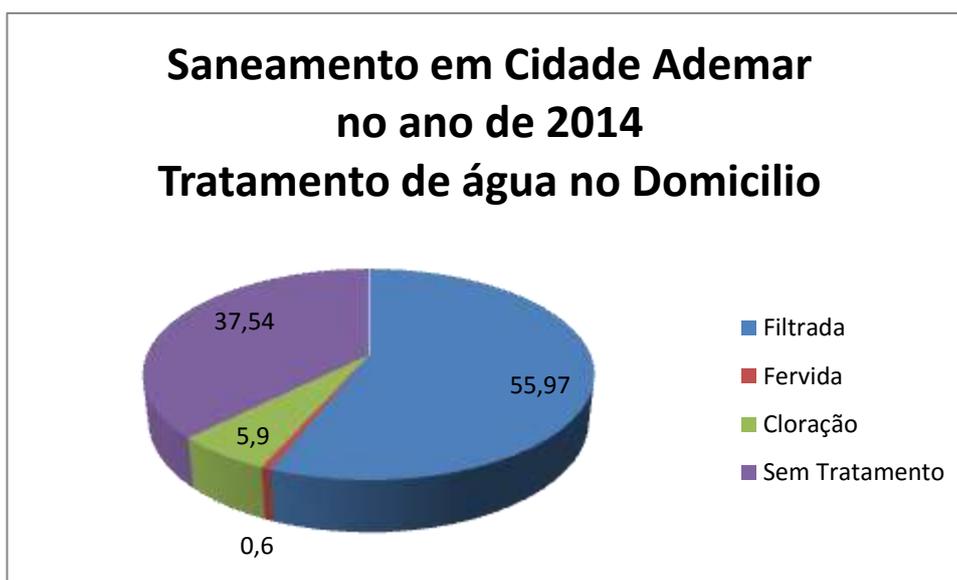
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE MORADIA EM AGLOMERADOS SUBNORMAIS – Município de São Paulo (MSP), Região de Cidade Ademar – 2010		
Tipo	Cidade Ademar	Municípios de SP
Número de aglomerados	17.022	355.756
População	60.613	1.280.585
% vivendo em aglomerados	22.7	13.2

Prefeitura Municipal de São Paulo. Informações Socioambientais e Geoprocessamento. [homepage na internet]. [acesso em 12 dez 2014] Disponível em:

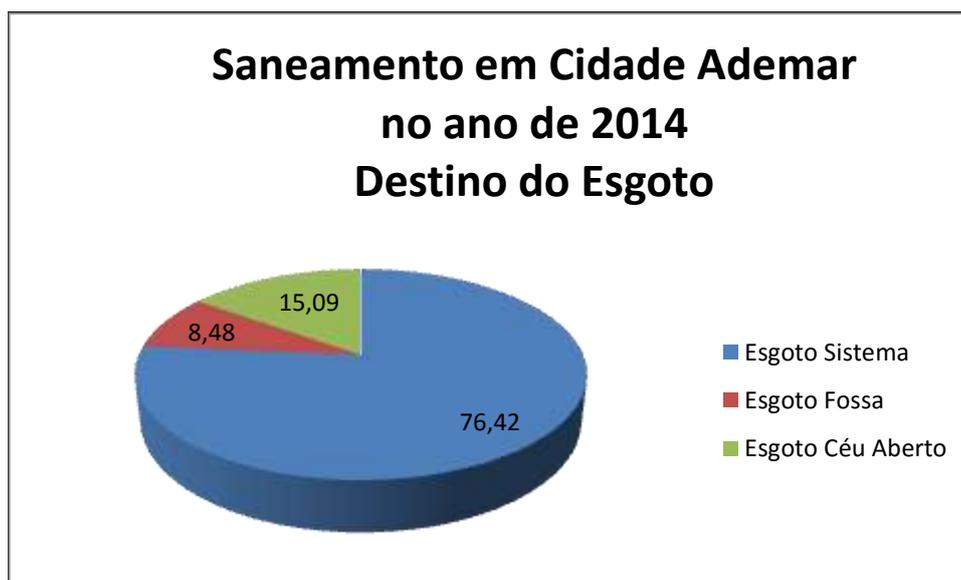
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_socioambientais/index.php?p=8452

A região tem uma porcentagem de habitantes residindo em áreas de aglomerados subnormais maior do que a média do Município de São Paulo (MSP), como observamos no quadro anterior.

Quanto ao saneamento básico, observamos carências sociais tanto no abastecimento de água quanto no destino do esgoto. Apesar de mais de 90% da região ter acesso saneamento de água e esgoto provido pelo governo estadual (SABESP), mais de 1/3 da água utilizada nos domicílios não é tratada e cerca de 15% do destino do esgoto é céu aberto, como pode ser observado nos gráficos a seguir:



Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Condensado de Informações. Cidade Ademar / Capela do Socorro. Versão V512, março 2014. [acesso em 28 ago 2014] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>



Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Condensado de Informações. Cidade Ademar / Capela do Socorro. Versão V512, março 2014. [acesso em 28 ago 2014] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

Os equipamentos de cultura e esporte são escassos, destacando-se a ausência de clubes, equipamentos especiais de esportes (estádios, centro olímpico), bibliotecas, centros culturais, casas históricas e teatros, como observamos nos quadros a seguir. Devido à indisponibilidade de documentos mais recentes por conta do nível de desagregação de informações em subdistritos, apresentam-se dados de 2004.

Equipamentos de esportes – MSP, Região de Cidade Ademar - 2004		
Tipo	Cidade Ademar	Município de SP
Clubes da Cidade	0	41
Clubes Desportivos Municipais (CDMs)	4	197
Equipamentos Especiais (Estádios, Autódromos, Centro Olímpico)	0	6
Total	4	244

Prefeitura de São Paulo, Sumários de dados 2004, disponível no site:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/governo/sumario_dados/ZS_CIDADE_ADEMAR_Caderno11.pdf

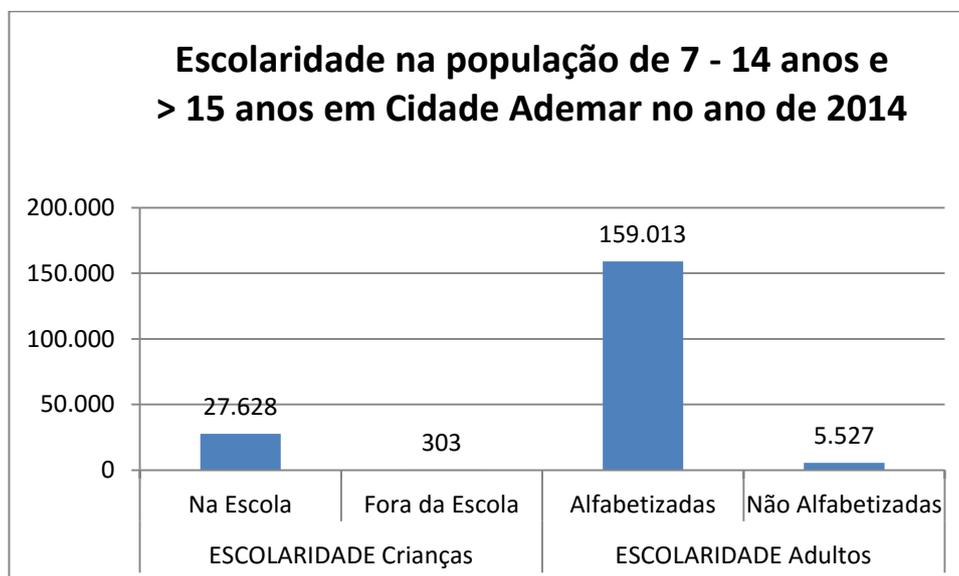
Equipamento de cultura – MSP, Região de Cidade Ademar – 2004		
Tipo	Cidade Ademar	Município de SP
Biblioteca	0	64
Centros culturais	0	16
Casas Históricas	0	12
Teatros	0	8
Total	0	100

Prefeitura de São Paulo, Sumários de dados 2004, disponível no site:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/governo/sumario_dados/ZS_CIDADE_ADEMAR_Caderno11.pdf

A escolaridade acompanha a do município de São Paulo: na faixa etária de 7 – 14 anos 98,91% das crianças estão matriculadas na escola e a

população maior de 15 anos conta com mais de 90% de alfabetizados, segundo dados auto-referidos do SIAB, que observamos no gráfico a seguir:



Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Condensado de Informações. Cidade Ademar / Capela do Socorro. Versão V512, março 2014. [acesso em 28 ago 2014] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

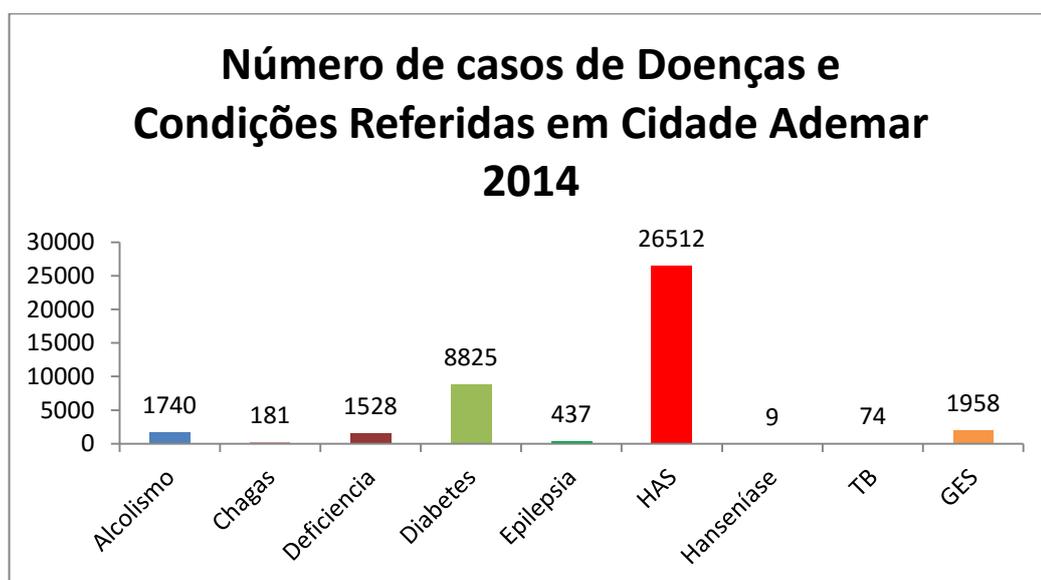
Os equipamentos de saúde de maior complexidade são escassos e insuficientes para as demandas da população, destacando-se a ausência de hospitais e leitos de internação no território.

Equipamento de Saúde do CNES, Município de São Paulo, Região de Cidade Ademar – 2016			
	Hospitais Cidade Ademar	Leitos SUS Cidade Ademar	Leitos Total MSP
Leitos SUS	0	0	22.586
Leitos Privados	0	0	19.191

Prefeitura Municipal de São Paulo. Equipamentos de Saúde do CNES - Município de São Paulo. [homepage na internet]. [acesso em 12 jan 2016]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/cnes/equip.def>

Por fim, a população apresenta condições crônicas de saúde, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DIA) na mesma

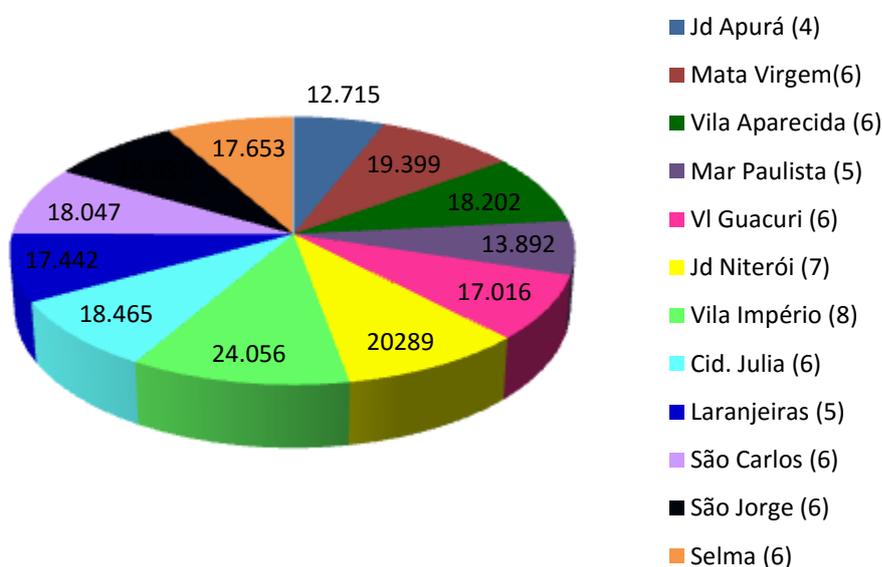
proporção do MSP, uma população de gestantes adolescentes superior à média do MSP, (principalmente menores de 20 anos de idade) e doenças infecto contagiosas, como Tuberculose e Hanseníase, também acima da média do MSP (embora ainda abaixo da meta prevista pelo Ministério da Saúde de incidência e prevalência). Segue um gráfico que apresenta as principais doenças e condições referidas para essa população:



Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Condensado de Informações. Cidade Ademar / Capela do Socorro. Versão V512, março 2014. [acesso em 28 ago 2014] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

Está sob a gestão da OS – Santa Catarina na região de Cidade Ademar uma área com população de 215.000 pessoas, equivalente a mais de 80% da população do distrito de Cidade Ademar, com 250.000 pessoas. As UBSs ESF se distribuem no território conforme mostrado no gráfico abaixo. A população coberta pelas UBSs varia de 12.175 a 24.056 habitantes, proporcional ao número de equipes em cada UBS, como podemos ver no gráfico a seguir, sendo que os números apresentados entre parênteses nas legendas correspondem ao número de equipes de ESF presentes em cada UBS.

Distribuição da População por UBS em Cidade Ademar no ano de 2014



Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Condensado de Informações. Cidade Ademar / Capela do Socorro. Versão V512, março 2014. [acesso em 28 ago 2014] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

O mapa com a localização das UBS ESF na região estudada se encontra no Anexo 3 – UBS por Modelo de Atenção.

Seguem as unidades relacionadas que participaram do estudo por serem as unidades da OS – Santa Catarina na Região de Cidade Ademar orientadas apenas pela ESF:

- o UBS/PSF Cidade Júlia
- o UBS/PSF Jardim Apurá
- o UBS/PSF Jardim Laranjeiras
- o UBS/PSF Jardim Niterói
- o UBS/PSF Mar Paulista
- o UBS/PSF Mata Virgem
- o UBS/PSF São Carlos

- o UBS/PSF Vila Guacuri
- o UBS/PSF Vila Aparecida
- o UBS/PSF Vila Império II
- o UBS/PSF Jardim São Jorge
- o UBS/PSF Jardim Selma

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

O estudo foi realizado mediante consentimento livre e esclarecido dos indivíduos a serem entrevistados.

Durante todo o período da pesquisa foi assegurado o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento através de contato com o pesquisador ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Foi assegurado também o direito do indivíduo não aceitar participar da pesquisa ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação por essa decisão. As informações da pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação e sobre os dados fornecidos nos questionários ou entrevistas.

FONTES DE DADOS

ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES
NA PESQUISA

Como fonte primária da coleta de dados de pesquisa, foram elaborados diferentes instrumentos.

Para a coleta de dados primários com os médicos da ESF e com os gestores locais (gerentes) da OS - Santa Catarina foram elaborados questionários em formulário digital (anexos: Questionário Médicos ESF e Questionário Gerentes ESF). Foram pesquisados formulários digitais para auto aplicação *on-line* e, por conta de suas características de fácil elaboração, manejo, envio e armazenamento de dados, optou-se pela utilização do *google forms*. Uma vez completados e confirmados o preenchimento dos formulários via e-mail, o sistema de captação de respostas organiza as informações em banco de dados virtual. Durante a elaboração dos questionários os mesmos foram submetidos a testes, com profissionais das categorias objeto de estudos da pesquisa, porém não pertencentes ao local de investigação, até sua versão final.

Para coleta de dados primários com gestores da OS – Santa Catarina e com gestores da SMS foram elaborados roteiros de entrevista (anexos: roteiro de entrevista gestão OS e roteiro de entrevista gestão SMS). Aplicados em data e local oportunos com os profissionais da gestão da OS – Santa Catarina e da gestão da SMS (Supervisão Santo Amaro Cidade Ademar – SACA – e Coordenadoria Sul de Saúde de São Paulo) foram selecionados para participação na pesquisa os profissionais que executavam funções relacionadas ao trabalho do médico na ESF, quais sejam, seleção, contratação, regulação e qualificação do trabalho médico.

Para todos os sujeitos da pesquisa na coleta de dados primários foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente esclarecido, preenchido e assinado.

Foram selecionadas e analisadas fontes secundárias de dados, a fim de aprofundar a análise do trabalho do médico, listadas a seguir: contrato de Gestão entre a OS – Santa Catarina e o município de São Paulo, diretrizes de estruturação de agendas da Supervisão Sul de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, textos da Política de Saúde do Município, cadernos de Atenção Básica e revisão bibliográfica da literatura.

APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS EM CAMPO

Para a aplicação do questionário dos médicos da OS - Santa Catarina foi solicitado aos gestores da OS o contato de e-mail de todos os médicos contratados para as equipes de ESF. De um total de 75 equipes de ESF, 63 (84% das equipes) contavam com médicos contratados efetivos na ocasião da coleta de dados (julho/agosto de 2015). Do total de 63 médicos contratados, foram recebidos os e-mails de 60 médicos (95,24%). Do total de 60 médicos que disponibilizaram seus e-mails para a pesquisadora, todos os 60 (100%) foram contatados e convidados a participar da pesquisa através do preenchimento do questionário on-line, dos quais 24 (40%) foram respondidos.

Para a aplicação do questionário dos gerentes foi repetido o mesmo procedimento realizado com os médicos. De um total de 13 unidades, todas as unidades contavam com gerentes contratados e todos os 13 gerentes (100%) disponibilizaram seus e-mails e foram contatados via correspondência eletrônica e convidados a participar da pesquisa através do preenchimento do questionário on-line.

Tanto para os médicos quanto para os gerentes o e-mail de convite à participação na pesquisa contava com uma carta de apresentação do projeto de pesquisa com o TCLE, a autorização do CEP, dos gestores locais e da SMS para a execução da pesquisa, bem como o questionário auto aplicável anexo para preenchimento em tempo oportuno.

Para a execução das entrevistas com a gestão da OS – Santa Catarina foi contatado o departamento de Recursos Humanos (RH), que identificou os colaboradores que exerciam função relacionada com o processo de trabalho do médico na ESF: seleção, contratação, regulação e qualificação. Foram identificados cinco colaboradores com perfil e exercício de função adequados para participação na pesquisa. O contato foi feito através de carta de apresentação do projeto de pesquisa com o TCLE, com a autorização do CEP, dos gestores locais e da SMS para a sua execução. Todos os cinco colaboradores (100%) concordaram em participar da

pesquisa e foram entrevistados. Com a autorização dos colaboradores, as entrevistas foram gravadas em dispositivo de voz e posteriormente transcritas em texto.

Para a execução das entrevistas na SMS (SACA e Coordenadoria Sul) foram contatados os departamentos de desenvolvimento de pesquisas dessas unidades. Junto a esses departamentos foram identificadas as áreas técnicas e os servidores cujas funções se relacionavam com o processo de trabalho do médico na ESF: seleção, contratação, regulação ou qualificação do trabalho desse médico. Na SACA foram identificados nove servidores com perfil e exercício adequados e na Coordenadoria Sul foram identificados mais sete. Os departamentos de desenvolvimento de pesquisas dessas unidades forneceram os e-mails desses servidores se repetiu processo de contato com esses profissionais. Dos nove servidores elegíveis para participação na pesquisa na SACA, sete (77,8%) foram entrevistados e na Coordenadoria Sul dos sete elegíveis, cinco (71,5%) foram entrevistados. Com a autorização dos servidores, as entrevistas foram gravadas em dispositivo de voz e posteriormente transcritas em texto.

PLANO DE ANÁLISE

Tendo-se como referência a Política Nacional da Atenção Básica e objeto da pesquisa, o trabalho médico na Estratégia da Saúde da Família, as dimensões selecionadas para análise foram a Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Na dimensão da atenção à saúde identificamos, através das fontes secundárias, as atividades que o profissional executa e na dimensão da gestão identificamos, os mecanismos e instrumento utilizados para o recrutamento, controle, avaliação e qualificação do profissional médico das ESF.

Utilizamos como categoria de análise do material empírico o Processo de Trabalho que nos permitiu explicar o que está sendo produzido, os

limites/dificuldades para a produção da saúde e apontar sugestões de mudanças.

RESULTADOS

I – DIMENSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Uma vez que o processo de trabalho do médico na ESF, segundo a PNAB, é realizado através de ações da atenção curativa, preventiva, de promoção e recuperação da saúde (consulta médica, visitas e consultas domiciliares, ações de vigilância à saúde, educativas, intersetoriais e de participação social), assim como da gestão do trabalho em nível local através do planejamento da prática clínica, de ações de coordenação do cuidado do indivíduo na rede de atenção à saúde, matriciamento e ações multiprofissionais, estas foram consideradas variáveis do estudo.

Os indicadores selecionados que nos permitissem identificar os limites e possibilidades da operacionalização da PNAB nas Unidades Básicas de Saúde com a ESF foram: a pertinência da realização destas ações, tempo disponível, qualificação e satisfação na realização das ações.

Os resultados obtidos serão apresentados segundo os atores selecionados: médicos e gerentes locais.

I – PERFIL DOS MÉDICOS DA ESF E DOS GERENTES LOCAIS:

1 - Médicos

Buscou-se caracterizar o perfil dos médicos através de dados pessoais segundo sua faixa etária, gênero, cor e dados profissionais pela sua formação e qualificação.

1.1.1. Dados Pessoais

O perfil etário dos médicos é jovem, sendo que 29,2% tem idade entre 25 e 30 anos e a maior parte dos médicos com idade entre 30 e 40 anos (37,5%). Apenas 1 médico tem idade inferior a 25 anos e 29,2 % tem idade superior a 40 anos. Assim, chama a atenção que cerca de 70% dos médicos tem idade inferior a 40 anos.

Quanto ao gênero, 54% são do gênero feminino e 46% do gênero masculino. Quanto à etnia, 75% se consideram da cor branca, 17% preto ou pardo e 8% amarelo. Quanto à nacionalidade, 87,5% são brasileiros, 8,3% cubanos e 4,2% de outras nacionalidades:

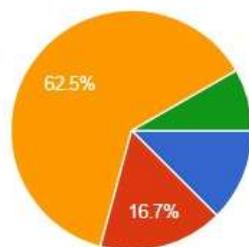
1.1.2. Dados Profissionais:

Buscou-se traçar o perfil profissional através da graduação, pós-graduação e especialização dos médicos, bem como sua participação em congressos, atividades científicas e em organizações relacionadas com a prática médica e participação social em saúde.

Quanto à instituição de formação profissional, 62,5% dos médicos se formaram em instituição privada, 12,5% em instituição Nacional Federal, 16,7% em instituição Nacional Estadual e 8,3% em instituição Internacional.

Dos médicos que se formaram em instituições privadas 4 % tiveram apoio do Programa Universidade para Todos (PROUNI), 4% tiveram apoio financeiro de outros programas e os demais custearam seus próprios estudos (90%).

Instituição de formação profissional

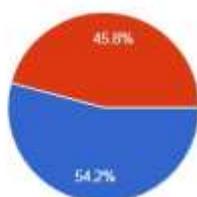


Nacional Federal	3	12.5%
Nacional Estadual	4	16.7%
Nacional Privada	15	62.5%
Internacional	2	8.3%

Quanto à unidade da federação em que fizeram sua graduação, 66,7% se formou no Estado de São Paulo. Outros 8,3% se formaram nos estados vizinhos: Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná, e apenas 4,2% se formaram em estados do Nordeste.

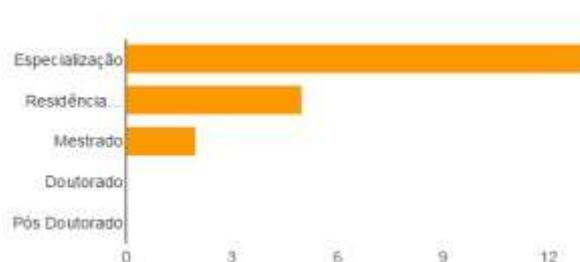
Quanto à continuidade de sua formação após a graduação 54,2% informaram ter realizado alguma atividade e 45,8% não realizaram.

Pós graduação



Sim	13	54.2%
Não	11	45.8%

Sem sim, qual:



Especialização	13	81.3%
Residência Médica ou multiprofissional	5	31.3%
Mestrado	2	12.5%
Doutorado	0	0%
Pós Doutorado	0	0%

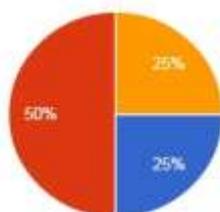
Dos que fizeram atividades complementares de sua formação para atuarem como profissionais, 81 % obtiveram título de especialização, 31% de residência médica e 12,5% de mestre.

Quanto à área de especialização, 68,8% são especializados em Saúde da Família e 31,2% são especializados em outras áreas: doenças

paliativas, homeopatia, acupuntura, endocrinologia e doenças infecciosas e parasitárias.

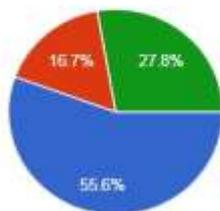
Quanto à participação do médico em congressos científicos 50% participou de 1 ou mais nos últimos dois anos, 25% participou de congressos há mais de dois anos e 25% não participou de nenhum. Dos médicos que participaram em congressos, 55,6% foram em congressos de Saúde da Família, 16,7% em áreas relacionadas à APS e 27,8% em congressos de outras áreas.

Participação em congressos



não	6	25%
Sim - nos últimos 2 anos	12	50%
Sim - há mais de 2 anos	6	25%

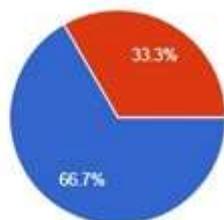
Se sim, qual



Em saúde da Família	10	55.6%
Em áreas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (G.O., Clínica, Pediatria, Medicina Preventiva/Social)	3	16.7%
Em gestão/administração	0	0%
Outros	5	27.8%

Quanto à participação dos médicos em sociedades de classes 66,7% participam de sociedades e 33,3% não participam. Dos médicos que participam, todos (100%) participam da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

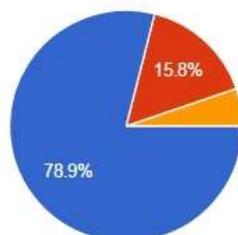
Participação em Sociedades de classes



não	16	66.7%
sim	8	33.3%

Quanto à participação em Organizações da Sociedade Civil 78,9% relata não participar de nenhuma organização, 15,8% participam de organizações relacionadas à Saúde e 5% participam de outras organizações.

Participação em Sociedade Civil Organizada



não	15	78.9%
Sim – relacionada à área da saúde (Sindicato, Conselhos de Saúde, ONGs da área da saúde...)	3	15.8%
Sim – relacionada à outras áreas (religião, associações de bairros...)	1	5.3%

2. Perfil Pessoal e Profissional dos Gerentes

Quanto à idade, 72,7% dos gerentes informam ter idade entre 30 e 40 anos e 27,3% entre 40 e 60 anos. No gênero, 72,7% são mulheres e 27,3% são homens. Quanto à cor, 72,7% se consideram da cor branca, 18,2% preto ou pardo e 9,1% amarelo.

Segundo a formação acadêmica, 36,4% são enfermeiros, 27,3% são administradores, 18,2% são odontólogos, 9,1% são pedagogos e 9,1% são filósofos.

I.2 - PERCEPÇÃO DO MÉDICO DA ESF NO EXERCÍCIO DE SUA FUNÇÃO

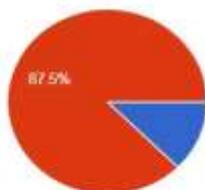
Para facilitar a compreensão da dimensão da atenção no trabalho médico, de acordo com as atividades previstas na PNAB, num primeiro momento serão apresentados os resultados dos indicadores pertinência à função e tempo disponível na agenda, e posteriormente a qualificação e satisfação em realiza-las.

I.2.1 - PERTINÊNCIA E TEMPO NA AGENDA PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NA PNAB

1. Consulta Médica: O tempo de 15 minutos estabelecido para realização de uma consulta, 87,5% dos médicos o consideram inadequado por ser insuficiente e 12,5% o consideram adequado. Já o tempo disponibilizado na agenda semanal para a realização de consultas 42% dos médicos o consideram adequado, 33% o consideram insuficiente e 25% o consideram excessivo.

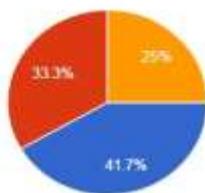
1. Consulta:

Tempo para realização de uma consulta:



Adequado	3	12,5%
Inadequado por ser insuficiente	21	87,5%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

Tempo dedicado a essa função na agenda semanal:

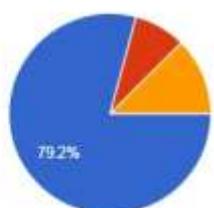


Adequado	10	41,7%
Inadequado por ser insuficiente	8	33,3%
Inadequado por ser excessivo	6	25%

2. Planejamento da prática clínica: Segundo a PNAB, pode-se entender por Planejamento da Prática Clínica a identificação dos problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais a população está exposta, a elaboração de um plano local, programação de atividades e do processo de trabalho para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde. Quanto ao planejamento da prática clínica 79,2% dos médicos realizam essa atividade e consideram-na pertinente no escopo de funções de médico da ESF, 8,3% realizam mas não a consideram pertinente e 12,5% não realizam, mas consideram-na pertinente. A razão da não realização da atividade é falta de tempo na agenda semanal (66,7%) e sobrecarga com outras funções (33,3%). Na agenda semanal o tempo para realização desta função, para 71,5% dos médicos o considera inadequado por ser insuficiente e 28,5% consideram-no adequado. Vale ressaltar que apesar da maior parte dos médicos referir executar e considerar pertinente o planejamento da prática clínica, não existem documentos da OS ou SMS que padronizem a atividade nem instrumentos ou mecanismos que avaliem a sua realização.

2. Planejamento da Prática Clínica

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:



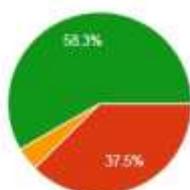
Realizo e considero pertinente	19	79,2%
Realizo mas não considero pertinente	2	8,3%
Não realizo, mas considero pertinente	3	12,5%
Não realizo e não considero pertinente	0	0%

3. Ações educativas: Segundo a PNAB, entende-se por ações educativas quaisquer ações individuais ou coletivas que são realizadas com o objetivo de educação em saúde, como o desenvolvimento de processos educativos através de grupos voltados à recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado. As UBS/ESF estudadas contam como atividade de rotina a realização de grupos

educativos de diversos temas apoiados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A participação dos médicos nestas ações foi referida por 58% que consideram pertinente à função, 37,5% não participam mas consideram pertinente à função e 4,5% participam mas não consideram pertinente à função. A razão da não realização dessa atividade é falta de tempo na agenda semanal para essa função (100%). Quanto ao tempo dedicado na agenda semanal 80% dos médicos o consideram inadequado por ser insuficiente e 20% consideram-no adequado.

3. Ações Educativas

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:

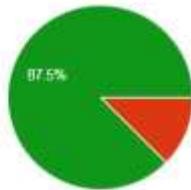


Não realizo e não considero pertinente para a função	0	0%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	9	37,5%
Realizo mas não considero pertinente para a função	1	4,2%
Realizo e considero pertinente para a função	14	58,3%

4. Ações de Vigilância à Saúde: Na PNAB as atividades de vigilância à saúde incluem ações no controle de doenças transmissíveis na população, de doenças infectocontagiosas, de doenças crônicas degenerativas e de doenças relacionadas à saúde e ao meio ambiente nos diferentes ciclos da vida bem como ações que incidem sobre seus determinantes sociais. A realização de ações de vigilância à saúde é referida por 87,5% dos médicos considerando pertinente para a função e 12,5% não realizam mas consideram pertinente para a função. A razão da não realização dessa atividade é falta de tempo na agenda semanal (100%). Quanto ao tempo dedicado na agenda semanal 71,4% dos médicos o considera inadequado por ser insuficiente e 28,6% consideram-no adequado. Ressalta-se, novamente, que apesar da maior parte dos médicos referem executar ações de vigilância à saúde e 100% considerar a atividade pertinente à função do médico da ESF, não existem instrumentos ou mecanismos que avaliem a sua realização.

4. Ações de Vigilância em Saúde

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:

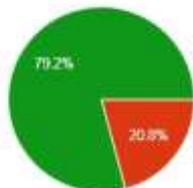


Não realizo e não considero pertinente para a função	0	0%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	3	12,5%
Realizo mas não considero pertinente para a função	0	0%
Realizo e considero pertinente para a função	21	87,5%

5. Ações de coordenação do cuidado do indivíduo na rede de atenção à saúde: A Coordenação do Cuidado, na PNAB, define essa ação como a resolução da maior parte dos problemas de saúde detectados através da APS e, quando isso não for possível, a garantia da continuidade do tratamento através da adequada referência do caso, bem como e a manutenção do contato e seguimento de forma integrada com os outros níveis de atenção. Quanto à realização de ações de coordenação do cuidado 79,2% dos médicos realizam e consideram pertinente para a função e 20,8% não realizam, mas consideram pertinente para a função. A razão da não realização dessa atividade é falta de tempo na agenda semanal (75%) e outros (25%). Quanto ao tempo dedicado na agenda semanal para essa função 68,4% dos médicos o considera inadequado por ser insuficiente e 31,6% consideram-no adequado. Chama a atenção que não existem instrumentos sistemáticos para o contato continuado do médico da ESF com os profissionais dos outros níveis de atenção e a execução dessa atividade, referida pela maioria, se resume ao cuidado de manter o paciente em seguimento longitudinal na APS e, na maior parte dos casos, com relatos do próprio paciente a respeito das ações executadas em outros níveis de atenção.

5. Ações de coordenação do cuidado do indivíduo na rede de atenção à saúde

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:

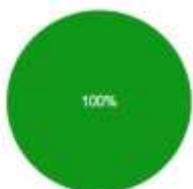


Não realizo e não considero pertinente para a função	0	0%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	5	20,8%
Realizo mas não considero pertinente para a função	0	0%
Realizo e considero pertinente para a função	19	79,2%

6. Ações de matriciamento em saúde: Entende-se por matriciamento o suporte realizado por profissionais de diversas áreas dado a uma equipe interdisciplinar, com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. Todas UBS/ESF estudadas, para o matriciamento contam com Psiquiatras e Psicólogos para a Saúde Mental e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Educador Físico, Assistente Social e Fonoaudiólogo. Ambas as equipes matriciais contam com horários de reunião periódicos garantidos na agenda do médico e do enfermeiro da equipe da ESF para gerenciamento colaborativo da atenção à saúde de casos individuais e coletivos. Quanto à realização de ações de matriciamento, em saúde, 100% dos médicos realizam e consideram pertinente para a função. Quanto ao tempo dedicado na agenda semanal para essa função 45,8% dos médicos o considera inadequado por ser insuficiente e 54,2% consideram-no adequado.

6. Ações de matriciamento em saúde

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:

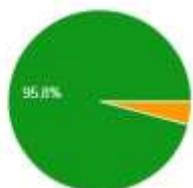


Não realizo e não considero pertinente para a função	0	0%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	0	0%
Realizo mas não considero pertinente para a função	0	0%
Realizo e considero pertinente para a função	24	100%

7. Visitas e consultas domiciliares: Segundo a PNAB, na visita domiciliar o médico deve conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas, bem como realizar consultas clínicas. Quanto à realização de visitas e consultas domiciliares 95,8% dos médicos realizam e consideram pertinente para a função 4,2% realizam, mas não consideram pertinente para a função. Quanto ao tempo dedicado na agenda semanal 54,2% dos médicos o considera inadequado por ser insuficiente e 45,8% consideram-no adequado. Ressalta-se que todos os médicos realizam visitas e consultas domiciliares, mas os instrumentos/mecanismos existentes para avaliar a realização dessa atividade resumem-se em contabilizar o número de vezes que o médico se deslocou até um domicílio sem avaliar o conteúdo das atividades realizadas.

7. Visitas e Consultas domiciliares

Sobre as atividades que realiza diariamente na função de médico na ESF:

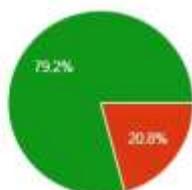


Não realizo e não considero pertinente para a função	0	0%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	0	0%
Realizo mas não considero pertinente para a função	1	4,2%
Realizo e considero pertinente para a função	23	95,8%

8. Ações Multiprofissionais (consultas e grupos compartilhados, planejamento em equipe, reuniões periódicas multiprofissionais): Quanto à realização de ações multiprofissionais 79,2% dos médicos realizam e consideram pertinente para a função e 20,8% não realizam, mas consideram pertinente para a função. A razão da não realização dessa atividade é falta de tempo na agenda semanal (75%) e outros (25%). O tempo dedicado na agenda semanal para essa função 52,6% dos médicos o considera inadequado por ser insuficiente e 47,4% consideram-no adequado.

8. Ações Multiprofissionais (consultas compartilhadas, grupos compartilhados, planejamento em equipe...)

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:

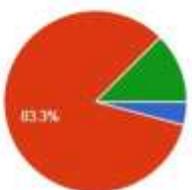


Não realizo e não considero pertinente para a função	0	0%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	5	20,8%
Realizo mas não considero pertinente para a função	0	0%
Realizo e considero pertinente para a função	19	79,2%

9. Ações intersetoriais (em escolas, ONGs, instituições religiosas, associações de bairro): Na PNAB ações intersetoriais são aquelas desenvolvidas em parceria com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto de problemas. As ações intersetoriais são realizadas por 12,5% dos médicos e consideram pertinente para a função 83,3% não realizam, mas consideram pertinente para a função e 4,2% não realizam e não considera pertinente para função. A razão da não realização dessa atividade é falta de tempo na agenda semanal (100%). O tempo dedicado na agenda semanal para essa função, para 80% dos médicos é considerado inadequado por ser insuficiente e 20% consideram-no adequado. Chama a atenção a pequena proporção dos médicos que realizam essa atividade.

9. Ações intersetoriais (em escolas, ONGs,...)

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:



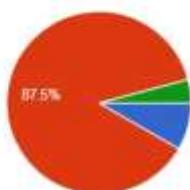
Não realizo e não considero pertinente para a função	1	4,2%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	20	83,3%
Realizo mas não considero pertinente para a função	0	0%
Realizo e considero pertinente para a função	3	12,5%

10. Ações de participação social: Segundo a PNAB, o médico da ESF deve incentivar a formação e participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, bem como discutir de forma

permanente junto à equipe e a comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que o legitimam. Quanto à realização de ações de participação social, 4,2% dos médicos realizam e consideram pertinente para a função, 87,5% não realizam mas consideram pertinente para a função e 8,3% não realizam e não considera pertinente para função. A razão da não realização dessa atividade é falta de tempo na agenda semanal (95,5%) e outros (4,5%). Quanto ao tempo dedicado na agenda semanal para essa função 100% dos médicos o considera inadequado por ser insuficiente. Assim como ações intersetoriais, ressalta-se a pequena proporção dos médicos que realizam essa atividade.

10. Ações de participação social (conselhos gestores, conferencias de saúde...)

Sobre as atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:



Não realizo e não considero pertinente para a função	2	6,3%
Não realizo, mas considero pertinente para a função	21	87,5%
Realizo mas não considero pertinente para a função	0	0%
Realizo e considero pertinente para a função	1	4,2%

Apresentamos abaixo, o Quadro Síntese:

Quadro 1 – Realização das Ações de Saúde previstas na PNAB para o médico da ESF segundo Pertinência e Tempo na Agenda, em Percentuais

Atividades	Pertinente		Tempo na Agenda		
	Sim *Realiz** ÑR	Não	Adequado	Insuficiente	Excessivo
Consulta Médica	100	0	42	33	25
Planejamento da Prática Clínica	91,7 79,2 12,5	8,3	28,5	71,5	0
Ações Educativas	95,5 58 37,5	4,5	20	80	0
Vigilância à Saúde	100 87,5 12,5	0	28,6	71,4	0
Coordenação do Cuidado do Indivíduo na Rede	100 79,2 20,8	0	31,6	68,4	0
Ações de Matriciamento	100	0	54,2	45,8	0
Visitas e consultas Domiciliares	100 95,8 4,2	0	45,8	54,2	0
Ações Multiprofissionais	100 79,2 20,8	0	47,4	52,6	0
Ações Intersetoriais	95,8 12,5 83,3	4,2	20	80	0
Participação Social	91,7 4,2 87,5	8,3	0	100	0

*Realiza

** Não Realiza

O quadro evidencia que das ações previstas na PNAB todas são percebidas como pertinentes com alta frequência (entre 91,7% a 100%). Embora pertinentes as que são realizadas com maior frequência são: consulta médica e matriciamento (100%) seguidas de visitas e consultas domiciliares (95,8%), vigilância à saúde (87,5%) e planejamento da prática clínica, coordenação do cuidado do indivíduo na Rede e ações multiprofissional (79,2%). As ações educativas são realizadas com

frequência média (58 %) e as menos frequentes são as ações intersetoriais (12,5%) e as de participação social (4,2%).

I.2.2 - PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS SEGUNDO A QUALIFICAÇÃO E SUA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O estudo dos indicadores qualificação e satisfação do médico da ESF no exercício de sua função considerou as mesmas variáveis, já apresentadas anteriormente, quais sejam: consulta médica, planejamento da prática clínica, ações educativas, de vigilância à saúde, de coordenação de cuidado, de matriciamento, de visitas e consulta domiciliares, multiprofissionais, intersetoriais e de participação social.

Quanto à qualificação profissional para execução da atividade consulta médica 87,5% dos médicos se consideram qualificados ou muito qualificados e 12,5% se consideram pouco qualificados. Todos os médicos que se consideram pouco qualificados não tem especialização e não pretendem exercer atividade profissional na APS a longo prazo. Quanto à satisfação profissional no exercício dessa função 79,2% se consideram satisfeitos ao exercê-la e 20,8% insatisfeitos. Os motivos de insatisfação foram: tempo insuficiente de consulta individual (citado por 100% dos médicos), tempo dedicado à consulta na agenda semanal (citado por 100% dos médicos), dificuldade de acesso a outros níveis de atenção (citado por 100% dos médicos), dificuldade de gerenciamento de casos complexos (citado por 80% dos médicos), quantidade de encaixes de consultas que sobrecarregam a agenda (citado por 80% dos médicos) e outros (não especificados) citados por 20% dos médicos.

Para o planejamento da prática clínica 85,5% dos médicos que realizam essa atividade se consideram muito qualificados ou qualificados para sua execução e 14,5% se consideram pouco qualificados. Quanto à satisfação profissional no exercício dessa função, 67% se consideram satisfeitos ao exercê-la e 33% insatisfeitos.

Para as Ações Educativas 86,7% dos médicos se consideram muito qualificados ou qualificados para sua execução e 13,3% se consideram pouco qualificados. A satisfação profissional no exercício dessa função é de 67% e de 33% insatisfeitos.

Quanto à qualificação profissional para realização de Ações de Vigilância à Saúde 85,7% dos médicos se consideram muito qualificados ou qualificados para sua execução e 14,3% se consideram pouco qualificados. A satisfação profissional no exercício dessa função é de 67% e de 33% insatisfeitos.

Para a realização das Ações de Coordenação do Cuidado do Indivíduo na Rede de Atenção à Saúde 94,7% dos médicos se consideram muito qualificados ou qualificados e 5,3% se consideram pouco qualificados. Consideram-se satisfeitos ao exercê-la 73,7% dos médicos e 26,3% insatisfeitos.

Já para as Ações de Matriciamento em Saúde 70,8% dos médicos se consideram muito qualificados ou qualificados para sua execução e 29,2% se consideram pouco qualificados. A satisfação profissional no exercício dessa função é de 67% e 33% de insatisfeitos.

Em relação às Visitas e Consultas Domiciliares 95,8% dos médicos se consideram muito qualificados ou qualificados para o exercício desta função e 4,2% se consideram pouco qualificados. A satisfação profissional é de 62,5% e 37,5% insatisfeitos.

Quanto à qualificação profissional para realização de Ações Multiprofissionais (consultas e grupos compartilhados, planejamento em equipe, reuniões periódicas multiprofissionais) 100% dos médicos se consideram muito qualificados ou qualificados para sua execução. A satisfação profissional no exercício dessa função é de 73,7% e 26,3% de insatisfeitos.

A qualificação profissional para realização de Ações Intersetoriais (em escolas, ongs, instituições religiosas, associações de bairro e outros) é considerada por 86,7% dos médicos como muito qualificados ou qualificados para sua execução e 13,3% dos médicos se considera pouco qualificado.

Quanto à satisfação profissional no exercício dessa função 67% se consideram satisfeitos ao exercê-la e 33% insatisfeitos.

Finalmente, para realização de Ações de Participação Social 100% dos médicos se consideram qualificados. Quanto à satisfação profissional no exercício dessa função 100% se consideram insatisfeitos.

Apresentamos a seguir o quadro síntese destes resultados.

Quadro 2 – Realização das Ações de Saúde previstas na PNAB para o médico da ESF segundo sua Qualificação e Satisfação, em Percentuais.

Atividades	Qualificação		Satisfação	
	Qualificado ou Muito Qualificado	Pouco Qualificado	Satisfeito	Não Satisfeito
Consulta Médica	87,5	12,5	79,2	20,8
Planejamento da Prática Clínica	85,5	14,5	67	33
Ações Educativas	86,7	13,3	67	33
Vigilância à Saúde	85,7	14,3	67	33
Coordenação do Cuidado na Rede	94,7	5,3	73,7	26,3
Ações de Matriciamento	70,8	29,2	67	33
Visitas e Consultas Domiciliares	95,8	4,2	62,5	37,5
Ações Multiprofissionais	100	0	73,7	26,3
Ações Intersetoriais	86,7	13,3	67	33
Participação Social	100	0	0	100

O quadro acima evidencia que, dentre as ações de atenção à saúde, os médicos se consideram qualificados ou muito qualificados com maior

frequência (100%) para realizarem ações multiprofissionais e de participação social, seguidas das visitas e consultas domiciliares (95,8%), depois as consultas médicas (87,5%), e as ações educativas e vigilância à saúde respectivamente com 86,7% e 85,7%.

Chama a atenção que os médicos se sintam mais preparados para executarem ações de prevenção e promoção da saúde do que a prática clínica. Dentre as ações relacionadas à gestão do trabalho em equipe se destaca a coordenação do cuidado (94,7%) em detrimento do planejamento da clínica (85,5%) e as ações de matriciamento (70,8%).

Contrariamente, a maior satisfação do médico, é realizar consultas médicas (79,2%) e a coordenação do cuidado (73,7%) e ações multiprofissionais. A maior insatisfação é realizar ações de participação social (100%).

I.2.3 - PERCEPÇÃO DOS GERENTES DA ESF QUANTO AO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DO MÉDICO

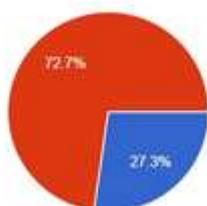
Buscou-se analisar a percepção dos gerentes, comparando-as com a percepção dos médicos, utilizando-se as mesmas variáveis e indicadores apresentados anteriormente, exceto a satisfação em realizar as ações previstas na PNAB.

1. Consulta: Todos os gerentes referem que 100% dos médicos realizam essa atividade. Quanto ao tempo de 15 minutos para a realização de uma consulta, 72,7% dos gerentes consideram-no inadequado por ser insuficiente e 27,3% consideram-no adequado. O alto percentual de gerentes que consideram o tempo de 15 minutos insuficiente para a realização de uma consulta é concordante com a percepção dos médicos que tem a mesma opinião (87,5%). Quanto ao tempo dedicado na agenda semanal do médico para realização dessa atividade 54,5% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser excessivo e 45,5% dos gerentes consideram o tempo adequado. Quanto à qualificação dos médicos para o

exercício dessa atividade, 36,4% dos gerentes consideram que todos os médicos tem qualificação adequada, 27,3% consideram que a maioria tem qualificação adequada, 37,3% considera que a média tem qualificação adequada e 9,1% considera que a minoria tem qualificação adequada.

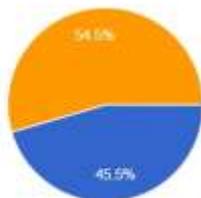
Consulta:

Tempo de 15 minutos para a realização de uma consulta:



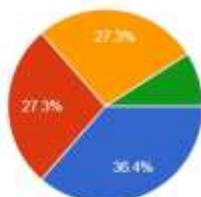
Adequado	3	27.3%
Inadequado por ser insuficiente	8	72.7%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

Tempo dedicado a essa função na agenda semanal



Adequado	5	45.5%
Inadequado por ser insuficiente	0	0%
Inadequado por ser excessivo	6	54.5%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade



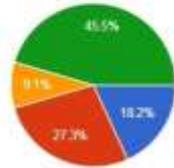
Todos tem qualificação adequada	4	36.4%
A maioria tem qualificação adequada	3	27.3%
A média tem qualificação adequada	3	27.3%
A minoria tem qualificação adequada	1	9.1%
Nenhum tem qualificação adequada	0	0%

2. Planejamento da prática clínica: Quanto ao planejamento da prática clínica, 18,2% dos gerentes referem que todos os médicos de sua

unidade realizam essa atividade, 27,3% dos gerentes referem que a maioria dos médicos realiza essa atividade, 9,1% dos gerentes referem que a média dos médicos realiza essa atividade e 45,5% dos gerentes referem que a minoria dos médicos realiza essa atividade. Esse resultado contrasta com a percepção dos médicos, já que apenas 12,5% deles referiram não realizar a atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico, 81,9% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 18,2% dos gerentes consideram o tempo adequado. Esse resultado é concordante com a percepção dos médicos, já que 71,5% também consideram o tempo na agenda semanal insuficiente para a realização dessa atividade. Quanto à qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 9,1% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 18,2% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a média dos médicos tem qualificação adequada e 54,5% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade. Esse resultado é discordante com a percepção dos médicos já que 86,7% deles se consideram qualificados para a realização do planejamento da prática clínica.

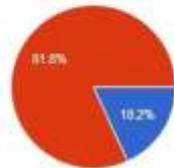
Planejamento da Prática Clínica (gerenciamento da área de abrangência)

Os médicos da sua unidade que executam essa atividade:



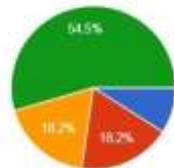
Todos	2	18,2%
A maioria	3	27,3%
A média	1	9,1%
A minoria	5	45,5%
Nenhum	0	0%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	2	18,2%
Inadequado por ser insuficiente	9	81,8%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:



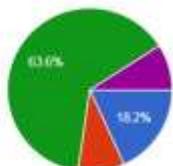
Todos tem qualificação adequada	1	9,1%
A maioria tem qualificação adequada	2	18,2%
A média tem qualificação adequada	2	18,2%
A minoria tem qualificação adequada	5	54,5%
Nenhum tem qualificação adequada	0	0%

3. Ações educativas: Quanto às ações educativas, 18,2% dos gerentes referem que todos os médicos de sua unidade realizam essa atividade, 9,1% dos gerentes referem que a maioria dos médicos realiza essa atividade, 63,6% dos gerentes referem que a minoria dos médicos realiza essa atividade e 9,1% dos gerentes referem que nenhum médico realiza essa atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico, 63,6% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 36,4% dos gerentes consideram o tempo adequado. Quanto à qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 36,4% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 18,2% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a média dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade e

9,1% dos gerentes considera que nenhum médico tem a qualificação adequada para realização dessa atividade.

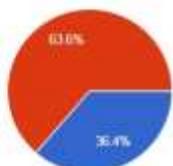
Ações Educativas:

Os médicos da sua unidade que executam essa atividade:



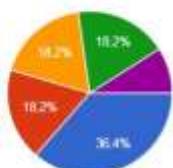
Todos	2	18.2%
A maioria	1	9.1%
A média	0	0%
A minoria	7	63.0%
Nenhum	1	9.1%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	4	36.4%
Inadequado por ser insuficiente	7	63.0%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:



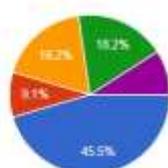
Todos tem qualificação adequada	4	36.4%
A maioria tem qualificação adequada	2	18.2%
A média tem qualificação adequada	2	18.2%
A minoria tem qualificação adequada	2	18.2%
Nenhum tem qualificação adequada	1	9.1%

4. Ações de vigilância em saúde: Quanto às ações de vigilância em saúde, 45,5% dos gerentes referem que todos os médicos de sua unidade realizam essa atividade, 9,1% dos gerentes referem que a maioria dos médicos realiza essa atividade, 18,2% dos gerentes referem que a média dos médicos realiza essa atividade, 18,2% dos gerentes referem que a minoria dos médicos realiza essa atividade e 9,1% dos gerentes referem que nenhum médico realiza essa atividade. Comparando-se com a percepção dos médicos, 62,5% dos médicos referem realizar a atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico, 72,7% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 27,3% dos gerentes consideram o tempo adequado. Na percepção dos médicos, também a maioria (80%) refere que o tempo para a realização da atividade é

insuficiente na agenda semanal. A qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 27,3% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 27,3% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 36,4% dos gerentes consideram que a média dos médicos tem qualificação adequada e 9,1% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade. Na percepção dos médicos, 86,7% se considera qualificado para realização de ações de vigilância em saúde.

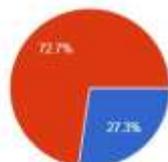
Ações de Vigilância em Saúde

Os médicos da sua unidade que executam essa atividade:



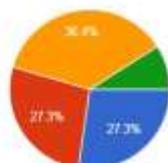
Todos	5	45,5%
A maioria	1	9,1%
A média	2	18,2%
A minoria	2	18,2%
Nenhum	1	9,1%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	3	27,3%
Inadequado por ser insuficiente	8	72,7%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:



Todos tem qualificação adequada	3	27,3%
A maioria tem qualificação adequada	3	27,3%
A média tem qualificação adequada	4	36,4%
A minoria tem qualificação adequada	1	9,1%
Nenhum tem qualificação adequada	0	0%

5. Ações de coordenação do cuidado do indivíduo na rede de atenção à saúde: Quanto às ações de coordenação do cuidado, 18,2% dos gerentes referem que todos os médicos de sua unidade realizam essa atividade, 27,3% dos gerentes referem que a maioria dos médicos realiza essa atividade, 18,2% dos gerentes referem que a média dos médicos realiza essa atividade, 27,3% dos gerentes referem que a minoria dos

médicos realiza essa atividade e 9,1% dos gerentes referem que nenhum médico realiza essa atividade. Em comparação com os médicos, 79,2% deles referem realizar a atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico, 45,5% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 54,5% dos gerentes consideram o tempo adequado. Já na percepção dos médicos, 68,4% consideram o tempo inadequado por ser insuficiente. Quanto à qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 18,2% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 36,4% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 27,3% dos gerentes consideram que a média dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade. Os médicos (94,7%) se consideram qualificados para a realização da coordenação do cuidado dos seus pacientes.

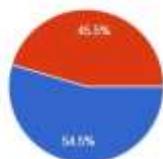
Ações de coordenação do cuidado do indivíduo na rede de atenção à saúde

Os médicos da sua unidade executam essa atividade:



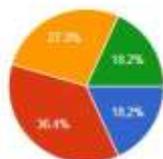
Todos	2	18,2%
A maioria	3	27,3%
A média	2	18,2%
A minoria	3	27,3%
Nenhum	1	9,1%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	6	54,5%
Inadequado por ser insuficiente	5	45,5%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:



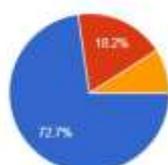
Todos tem qualificação adequada	2	18,2%
A maioria tem qualificação adequada	4	36,4%
A média tem qualificação adequada	3	27,3%
A minoria tem qualificação adequada	2	18,2%
Nenhum tem qualificação adequada	0	0%

6. Ações de matriciamento em saúde: Quanto às ações de matriciamento em saúde, 72,7% dos gerentes referem que todos os médicos

de sua unidade realizam essa atividade, 18,2% dos gerentes referem que a maioria dos médicos realiza essa atividade e 9,1% dos gerentes referem que a media dos médicos realizam essa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 100% deles referem realizar a atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal, 45,5% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 54,5% dos gerentes consideram o tempo adequado. Esse resultado é concordante com a percepção dos médicos, que 54,2% consideram o tempo adequado para a realização da atividade. Quanto à qualificação para realização dessa atividade, 36,4% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 9,1% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 36,4% dos gerentes consideram que a média dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 70,8% se consideram qualificados para a realização do matriciamento em saúde.

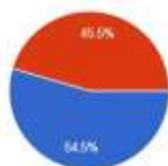
Ações de matriciamento em saúde

Os médicos da sua unidade executam essa atividade:



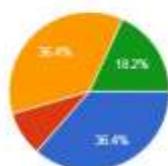
Todos	8	72.7%
A maioria	2	18.2%
A média	1	9.1%
A minoria	0	0%
Nenhum	0	0%

Tempo dedicado a essa função na agenda semanal do médico:



Adequado	6	54.5%
Inadequado por ser insuficiente	5	45.5%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:



Todos tem qualificação adequada	4	36.4%
A maioria tem qualificação adequada	1	9.1%
A média tem qualificação adequada	4	36.4%
A minoria tem qualificação adequada	2	18.2%
Nenhum tem qualificação adequada	0	0%

7. Visitas e consultas domiciliares: Quanto às visitas e consultas domiciliares, 100% dos gerentes referem que todos os médicos de sua unidade realizam essa atividade. Esse resultado é concordante com a percepção dos médicos, que também 100% referem realizar a atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico, 54,5% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 45,5% dos gerentes consideram o tempo adequado. Esse resultado também é concordante com a percepção dos médicos, já que 54,2% referem que o tempo na agenda semanal é insuficiente para essa atividade. Quanto à qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 63,6% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 9,1% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a média dos médicos tem qualificação adequada e 9,1% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 95,8% se consideram qualificados para realizar visitas e consultas domiciliares.

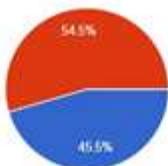
Visitas e consultas domiciliares

Os médicos da sua unidade executam essa atividade:



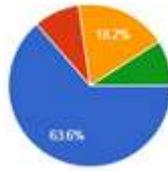
Todos	11	100%
A maioria	0	0%
A média	0	0%
A minoria	0	0%
Nenhum	0	0%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	5	45,5%
Inadequado por ser insuficiente	6	54,5%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:

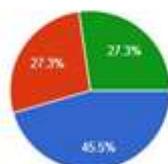


Todos tem qualificação adequada	7	63.6%
A maioria tem qualificação adequada	1	9.1%
A média tem qualificação adequada	2	18.2%
A minoria tem qualificação adequada	1	9.1%
Nenhum tem qualificação adequada	0	0%

8. Ações multiprofissionais: Quanto às ações multiprofissionais, 45,5% dos gerentes referem que todos os médicos de sua unidade realizam essa atividade, 27,3% dos gerentes referem que a maioria dos médicos realiza essa atividade e 27,3% dos gerentes referem que a minoria dos médicos realiza essa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 79,2% referem realizar a atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico, 54,5% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 45,5% dos gerentes consideram o tempo adequado. Esse resultado é concordante com a percepção dos médicos, já que 52,6% considera o tempo para a realização dessa atividade na agenda semanal inadequado por ser insuficiente. Quanto à qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 45,5% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 27,3% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 27,3% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 100% se consideram qualificados para a realização de ações multiprofissionais.

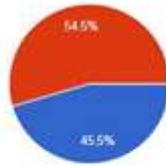
Ações Multiprofissionais (consultas compartilhadas, grupos compartilhados, planejamento em equipe...)

Os médicos da sua unidade executam essa atividade:



Todos	5	45.5%
A maioria	3	27.3%
A média	0	0%
A minoria	3	27.3%
Nenhum	0	0%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	5	45.5%
Inadequado por ser insuficiente	6	54.5%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:

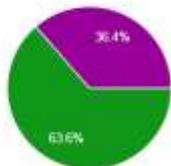


Todos tem qualificação adequada	5	45.5%
A maioria tem qualificação adequada	3	27.3%
A média tem qualificação adequada	0	0%
A minoria tem qualificação adequada	3	27.3%
Nenhum tem qualificação adequada	0	0%

9. Ações intersetoriais: Quanto às ações Intersectoriais, 63,6% dos gerentes referem que a minoria dos médicos realiza essa atividade e 36,4% dos gerentes referem que nenhum médico realiza essa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 87,5% referem não realizar a atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal 90,9% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente e 9,1% dos gerentes consideram o tempo adequado. Em comparação a percepção dos médicos, 80% consideram o tempo na agenda semanal inadequado por ser insuficiente para realização dessa atividade. Quanto à qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 45,5% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 9,1% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a média dos médicos tem qualificação adequada, 18,2% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade e 9,1% dos gerentes considera que nenhum médico tem qualificação adequada para realização dessa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 86,7% se consideram qualificados para a realização de ações intersectoriais.

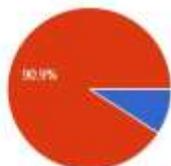
Ações intersetoriais (em escolas, ONGs...)

Os médicos da sua unidade executam essa atividade:



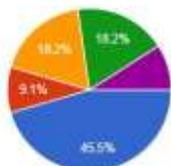
Todos	0	0%
A maioria	0	0%
A média	0	0%
A minoria	7	63.6%
Nenhum	4	36.4%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	1	9.1%
Inadequado por ser insuficiente	10	90.9%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:



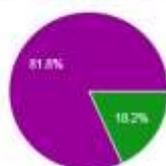
Todos tem qualificação adequada	5	45.5%
A maioria tem qualificação adequada	1	9.1%
A média tem qualificação adequada	2	18.2%
A minoria tem qualificação adequada	2	18.2%
Nenhum tem qualificação adequada	1	9.1%

10. Ações de participação social: Quanto às ações de participação social, 18,2% dos gerentes referem que a minoria dos médicos realiza essa atividade e 81,8% dos gerentes referem que nenhum médico realiza essa atividade. Em comparação com a percepção dos médicos, 95,8% referem não realizar essa atividade. Quanto ao tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico, 100% dos gerentes consideram o tempo inadequado por ser insuficiente. Em comparação com a percepção dos médicos, 95,5% consideram o tempo na agenda semanal insuficiente para a realização da atividade. Quanto à qualificação dos médicos para realização dessa atividade, 9,1% dos gerentes consideram que todos tem qualificação adequada, 18,2% consideram que a maioria dos médicos tem qualificação adequada, 63,6% dos gerentes consideram que a minoria dos médicos tem qualificação adequada para a realização dessa atividade e 9,1% dos gerentes considera que nenhum médico tem qualificação adequada para

realização dessa atividade. Em contraste com a percepção dos médicos, 100% se consideram qualificados para realização de ações de participação social.

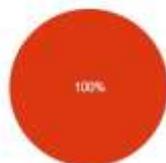
Ações de participação social (conselhos gestores, conferências de saúde...)

Os médicos da sua unidade executam essa atividade:



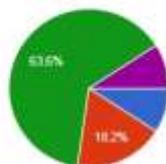
Todos	0	0%
A maioria	0	0%
A média	0	0%
A minoria	2	18.2%
Nenhum	9	81.8%

Tempo dedicado a essa atividade na agenda semanal do médico:



Adequado	0	0%
Inadequado por ser insuficiente	11	100%
Inadequado por ser excessivo	0	0%

A qualificação dos médicos para a execução dessa atividade:



Todos tem qualificação adequada	1	9.1%
A maioria tem qualificação adequada	2	18.2%
A média tem qualificação adequada	0	0%
A minoria tem qualificação adequada	7	63.6%
Nenhum tem qualificação adequada	1	9.1%

II – DIMENSÃO DA GESTÃO DO SISTEMA

A gestão do SUS na cidade de São Paulo é compartilhada entre a Secretaria Municipal e as OSS, que, no locus de nossa investigação é a OS – Santa Catarina.

A SMS tem uma estrutura organizacional regionalizada em macro regiões – as Coordenadorias –, regiões – as Supervisões de Saúde – além de manter uma rede própria de serviços ambulatoriais, hospitalares e de serviços de urgência e emergência.

A parceria com as OSS se dá a través de contrato de gestão que, dentre outras funções, estabelece regras para o processo de trabalho do médico na ESF (nosso objeto de pesquisa) bem como cria mecanismos/instrumentos para a regulação e qualificação dos profissionais.

Assim, na dimensão da Gestão do Sistema, a partir das fontes de dados secundários, selecionamos como variáveis do estudo a seleção, contratação, regulação e qualificação do trabalhador médico na ESF e como indicadores os critérios de seleção de pessoal, tipo de contrato de trabalho, política salarial, de carreira e qualificação.

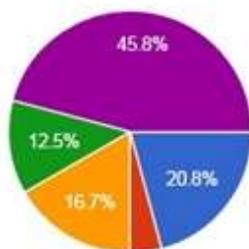
Os resultados serão apresentados a seguir, segundo os atores chaves selecionados citados na metodologia da pesquisa, quais sejam: médicos das UBS/ESF, gerentes das UBS, gestores da OS – Santa Catarina e SMS.

II.1 - PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS NA ESF SOBRE OS MECANISMOS E INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SEU PROCESSO DE TRABALHO.

Para caracterizarmos o vínculo profissional estabelecido entre os médicos na ESF e OS - Santa Catarina estudamos o tempo de formação e de contratação, número de vínculos empregatícios nos últimos três anos, expectativa de permanência na APS.

Quanto ao tempo de formação, 20,8% são formados há menos de 1 ano, 4,2% são formados de 1 – 2 anos, 16,7% são formados de 2 – 5 anos, 12,5% são formados 5 – 10 anos e 45,8% são formados há mais de 10 anos. Chama a atenção 25% de profissionais formados há menos de 2 anos, que corresponde ao trabalhador não especializado mantendo um vínculo na APS até ingressar em uma especialidade. Dos profissionais formados há mais de 10 anos, 63,63% são especializados em Saúde da Família.

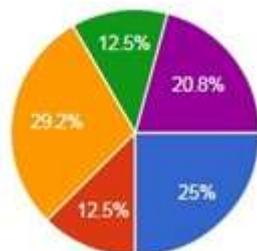
Tempo de formação



0 – 1 ano	5	20.8%
1 – 2 anos	1	4.2%
2 a 5 anos	4	16.7%
5 a 10 anos	3	12.5%
Mais 10 anos	11	45.8%

Quanto ao tempo de contratação para o cargo de médico da ESF 25% foram contratados há menos de 1 ano, 12,5% foram contratados entre 1 e 2 anos, 29,2% foram contratados de 2 – 5 anos, 12,5% foram contratados de 5 – 10 anos e 20,8 % há mais de 10 anos. O maior tempo de permanência está na faixa de 2 – 5 anos e chama a atenção que até 2 anos de contratação temos um percentual de 37,5% dos médicos, tempo insuficiente para o estabelecimento de vínculo no território e com a equipe de atenção primária.

Tempo de Contratação

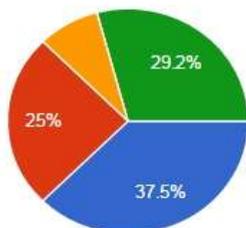


0 – 1 ano	6	25%
1 – 2 anos	3	12.5%
2 a 5 anos	7	29.2%
5 a 10 anos	3	12.5%
Mais 10 anos	5	20.8%

Quanto ao tempo de permanência na Atenção Primária à Saúde, 37,5% estão na APS há menos de 2 anos, 25% de 2 – 5 anos, 8,3% 5 – 10 anos e 29,2% há mais de 10 anos. Chama a atenção o alto percentual (62,5%) de médicos na APS há menos de 5 anos. Acerca do tempo que o médico pretende ainda permanecer na APS, 25% pretende permanecer menos de 2 anos, 25% 2 – 5 anos, 12,5% pretende permanecer de 5-10 anos e 37,5% pretende permanecer mais de 10 anos. Chama a atenção que

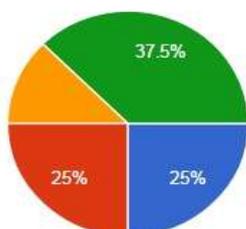
metade dos médicos em exercício pretende permanecer na APS por menos de 5 anos.

Tempo de permanência na APS



Menos 2 anos	9	37.5%
2 a 5 anos	6	25%
5 a 10 anos	2	8.3%
Mais 10 anos	7	29.2%

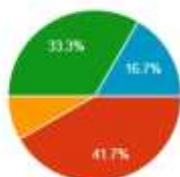
Tempo que PRETENDE permanecer na APS:



Menos 2 anos	6	25%
2 a 5 anos	6	25%
5 a 10 anos	3	12.5%
Mais 10 anos	9	37.5%

Em relação ao contrato firmado entre a OS – Santa Catarina e a SMS, 41,7% dos médicos conhecem apenas as metas dos médicos e as consideram inadequadas, 8,3% conhecem todo o contrato e o consideram adequado, e 33,3% conhecem todo o contrato e o consideram inadequado.

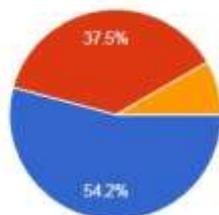
Em relação ao contrato de gestão firmado entre OS - Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde, você conhece:



Apenas as metas dos médicos e acho adequado	0	0%
Apenas as metas dos médicos e acho inadequado	10	41.7%
Todo o contrato e considero-o adequado	2	8.3%
Todo o contrato e considero-o inadequado	8	33.3%
Todo o contrato e não tenho opinião sobre sua adequação	0	0%
Não o conheço	4	16.7%

Quanto aos vínculos empregatícios nos últimos 3 anos, 54,2% estão vinculados apenas a ESF, 37,5% tem mais 1 vínculo além da ESF e 8,3% tem 2 ou mais vínculos além da ESF.

Número de vínculos empregatícios nos últimos 3 anos

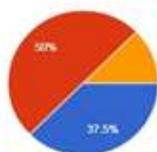


Somente a ESF	13	54,2%
A ESF e 1 vínculo	9	37,5%
A ESF e 2 ou mais vínculos	2	8,3%

Os diferentes tipos de vínculos de contrato apresentados pelos médicos são: Plantão médico pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (8,3%), Plantão Médico como Pessoa Jurídica ou Cooperativa (4,2%), Plantão Médico sem vínculo empregatício (29,2%), outro vínculo que não plantão médico (consultório, ambulatório...) (12,5%), Outros (8,3%). A Contratação pelo programa federal Mais Médicos apareceu em 8,3%. Cabe esclarecer que estes contratos são de duplo vínculo, isto é, além do contrato CLT estabelecido com a OS Santa Catarina.

Em relação aos critérios de seleção do médico para o exercício da função de médico na ESF 50% conhecem os critérios e os considera inadequados ou insuficientes para o exercício da função, 12,5% desconhecem os critérios de seleção e 37,5% conhecem os critérios e os considera adequados para o exercício das funções. Destaca-se que o único critério para o exercício da função de médico da ESF é graduação em medicina.

Em relação aos critérios de seleção dos médicos para a ESF, você:

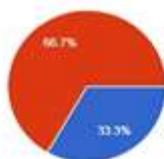


Conheço e considero-os adequados para o exercício da função	9	37,5%
Conheço e considero-os inadequados/insuficientes para o exercício da função	12	50%
Não conheço os critérios de seleção	3	12,5%

Em relação à remuneração para o cargo de médico da ESF, 33,3% dos médicos consideram o salário adequado e 66,7% dos médicos consideram o salário inadequado por ser insuficiente. Sobre o plano de

carreira para o cargo de médico da ESF na OS – Santa Catarina, 16,7% sabem da existência do plano de carreira, mas não o conhecem, 4,1% conhecem o plano de carreira e o consideram adequado, 37,5% o conhecem e o consideram inadequado ou insuficiente e 41,7% dos médicos desconhecem a existência de um plano de carreira. Chama a atenção o alto percentual de médicos que não conhecem o plano de carreira (58,8%) e aventa-se como possível causa para esse desconhecimento o desinteresse desse médico em permanecer na APS a longo prazo, como descrito no item “tempo que pretende permanecer na APS”.

A remuneração para o cargo de Médico da ESF na OS – Santa Catarina você considera:



O salário adequado	8	33,3%
O salário insuficiente	16	66,7%
O salário excessivo	0	0%

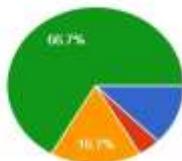
Você tem conhecimento da existência do plano de carreira de médicos da ESF na OS – Santa Catarina?



Sim, mas não o conheço	4	16,7%
Sim, e o considero adequado	1	4,2%
Sim, e o considero inadequado/insuficiente	9	37,5%
Desconheço a existência de um plano de carreira	10	41,7%

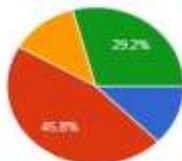
Quanto à distribuição do tempo para a realização das atividades na jornada de trabalho semanal do médico, 66,6% consideram-na inadequada e não tem autonomia para gerenciá-la, 16,7% consideram-na inadequada, mas tem autonomia para gerenciá-la e 16,7% consideram-na adequada. Quanto à produção de metas numérica exigida pela empresa, 100% dos médicos conhecem as metas, 45,8% consideram-nas inadequadas, mas conseguem alcançá-las, 29,2% consideram inadequadas e não conseguem alcançá-las e apenas 25% consideram-nas adequadas.

A distribuição do tempo para a realização das atividades em sua jornada de trabalho semanal, você considera:



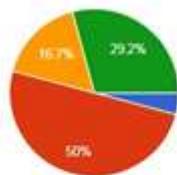
Resposta	Quantidade	Porcentagem
Adequada, e tenho autonomia para gerenciá-las	3	12.5%
Adequada, mas não tenho autonomia para gerenciá-las	1	4.2%
Inadequada, e tenho autonomia para gerenciá-las	4	16.7%
Inadequada, e não tenho autonomia para gerenciá-las	16	66.7%

A sua produção exigida pela empresa, você:



Sobre a diretriz que preconiza tempo disponível no cotidiano do médico da ESF para cursos e capacitações, 50% dos médicos a conhecem, mas referem que o tempo não está disponível na sua agenda semanal, 4,2% a conhecem e referem que o tempo é cumprido na sua agenda semanal, 16,7% referem que o tempo só eventualmente é cumprido na sua agenda semanal e 29,2% desconhecem a diretriz. Chama atenção o alto percentual de médicos (50%) refere que o tempo dedicado à sua educação permanente não se cumpre na agenda semanal. A agenda do médico da ESF prevê 70% do tempo em consultas e 30% do tempo distribuídos em outras atividades. Uma possível explicação para o não cumprimento do tempo em educação permanente seria a insuficiência desses 30% na agenda para a dedicação a outras atividades, como vimos na dimensão da atenção à saúde, e a priorização dos serviços para realizar essas outras atividades em detrimento da educação permanente.

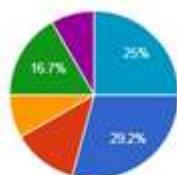
Você conhece a diretriz que preconiza tempo disponível no cotidiano das funções da ESF para cursos / capacitações?



Conheço, e esse tempo é cumprido na minha agenda semanal	1	4.2%
Conheço, mas esse tempo não consta na minha agenda semanal	12	50%
Conheço, mas esse tempo só eventualmente está disponível na agenda semanal	4	16.7%
Desconheço	7	29.2%

Sobre os cursos e capacitações oferecidos para os médicos da ESF, 25% desconhecem os cursos e capacitações, 29,2% os conhece e os considera adequados na escolha de temas e na qualidade, 12,5% os conhece e considera adequados na escolha dos temas, mas não na qualidade, 8,3% os conhece e os considera adequados na escolha da qualidade mas não do tema, 16,7% os conhece e considera inadequados na escolha do tema e qualidade e 8,3% os conhece mas não tem opinião sobre a escolha dos temas e qualidade. Dos profissionais que desconhecem os cursos e capacitações, 66,7% são contratados há menos de 1 ano e 83,3% não tem nenhuma especialização.

Você conhece os cursos / capacitações oferecidos para o médico da ESF?

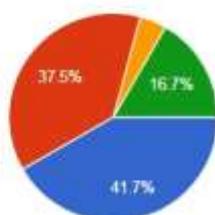


Conheço e os considero adequados na escolha dos temas e na qualidade	7	29.2%
Conheço os considero adequados na escolha dos temas, mas não na qualidade	3	12.5%
Conheço os considero adequados na qualidade, mas não na escolha dos temas	2	8.3%
Conheço os considero inadequados na escolha dos temas e na qualidade	4	16.7%
Conheço e não tenho opinião sobre a adequação dos temas / qualidades	2	8.3%
Desconheço os cursos e capacitações	6	25%

Em relação à participação em cursos e capacitações, 41,7% dos médicos participou apenas uma vez no ano, 37,5% de 2 – 3 vezes no ano, 4,2% mais de 3 vezes no ano e 16,7% não participou de nenhum curso ou

capacitação no último ano. Dos cursos em que houve participação, 83% dos médicos consideram que resultaram em melhoria da sua prática clínica e 17% consideram que não resultaram em melhorias da prática clínica. Sobre a indicação de temas de cursos ou capacitações, 65% dos médicos referem nunca terem sido consultados, 10% referem ter sido consultado na minoria das vezes, e 25% referem terem sido consultados sempre ou na maioria das vezes. Dos médicos que foram consultados sobre temas de cursos capacitações, 75% referem que nunca tiveram suas sugestões contempladas, 15% tiveram suas sugestões contempladas na minoria das vezes e 10% tiveram suas sugestões contempladas sempre ou na maioria das vezes.

Em relação aos cursos / capacitações, você participou:



Apenas 1 vez no último ano	10	41,7%
Apenas 2 ou 3 vezes no último ano	9	37,5%
Mais de 3 vezes no último ano	1	4,2%
Não participei	4	16,7%

Em síntese, temos primordialmente na ESF um médico jovem, com pouco tempo de formação acadêmica e pouco especializado, com pouco tempo de contratação e alta rotatividade no cargo. Esse médico se considera qualificado para a realização das atividades próprias da ESF, mas está insatisfeito com o tempo dedicado as consultas individuais (atividade que ele realiza por 70% do tempo da sua jornada de trabalho) e com a distribuição das atividades a serem realizadas na sua jornada de trabalho. Apesar de reconhecer as principais atividades relacionadas como próprias da sua função pela PNAB, não tem autonomia para gerenciar seu processo de trabalho de forma a contemplar a integralidade, e, possivelmente sentir-se mais satisfeito com a atenção à saúde prestada. As atividades mais realizadas, em ordem decrescente de frequência por esses médicos são: consultas individuais, visitas e consultas domiciliares e matriciamento em

saúde, atividades que tem horário garantido na agenda e/ou meta assistencial quantitativa regulada pelo contrato de gestão.

II.2 - PERCEPÇÃO DOS GERENTES DA ESF SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO DO MÉDICO: PROCESSOS, MECANISMOS E INSTRUMENTOS

A atribuição do gerente da UBS de fazer-se cumprir a missão institucional relaciona-se diretamente com o trabalho do médico na ESF em termos de regulação e avaliação das suas atribuições nas diferentes atividades a serem realizadas, bem como a gestão dos processos de trabalho da UBS, entre eles do médico.

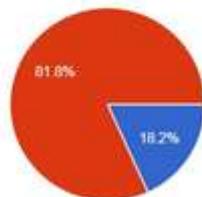
Das 13 UBS ESF da OS – Santa Catarina, em Cidade Ademar, todas contam com gerentes contratados. Todos os 13 gerentes receberam o convite via e-mail para participação na pesquisa. Dos 13 questionários enviados, 11 (84,61%) foram respondidos.

Através dos mecanismos e instrumentos de gestão de pessoas da OS - Santa Catarina: critérios de seleção de pessoal; contrato de trabalho; distribuição das atividades do médico na agenda semanal; regulação do trabalho do médico; política salarial, de carreira e qualificação profissional buscou-se caracterizar a percepção do gerente acerca do processo de trabalho do médico na ESF.

Quanto à distribuição do tempo para a realização das atividades na jornada de trabalho semanal do médico, 81,7% dos gerentes consideram-na inadequada e 18,2% consideram-na adequada. Em comparação com a percepção dos médicos, 83,4% consideram-na inadequada. Quanto à autonomia do serviço para elaboração ou manejo da agenda semanal do médico, 90,9% dos gerentes referem não ter autonomia para alterações na agenda semanal do médico e 9,1% dos gerentes referem que tem essa autonomia.

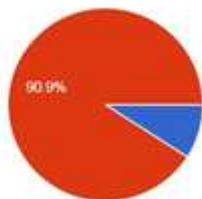
Gestão do processo de trabalho do médico:

A distribuição do tempo para a realização das atividades na jornada de trabalho semanal do médico, você considera:



Adequada	2	18,2%
Inadequada	9	81,8%

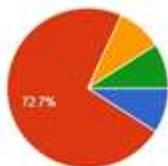
Você considera que tem autonomia para elaboração e/ou manejo da agenda semanal do médico da ESF?



Sim	1	9,1%
Não	10	90,9%

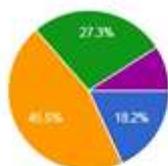
Quanto à produção de metas numéricas exigida pela empresa para os médicos, 9,1% dos gerentes consideram as metas dos médicos adequadas e referem que os médicos conseguem alcançá-las, 72,7% dos gerentes consideram as metas dos médicos inadequadas, mas referem que eles conseguem alcançá-las, 9,1% dos gerentes consideram as metas dos médicos adequadas, mas referem que eles não conseguem alcançá-las e 9,1% dos gerentes consideram as metas dos médicos inadequadas e referem que eles não conseguem alcançá-las. Em relação ao contrato de gestão firmado entre OS – Santa Catarina e SMS, 18,2% dos gerentes conhecem-no integralmente e considera-o adequado, 45,5% dos gerentes conhecem-no integralmente e consideram-no inadequado, 27,3% dos gerentes conhecem apenas as metas dos profissionais da ESF e consideram-nas inadequadas e 9,1% conhecem-no integralmente e não tem opinião sobre sua adequação.

A meta de produção do médico exigida pelo contrato de gestão com a SMS, você considera:



Adequada e os médicos da minha UBS conseguem alcançá-las	1	9,1%
Inadequadas, mas os médicos da minha UBS conseguem alcançá-las	8	72,7%
Adequadas, mas os médicos da minha UBS não conseguem alcançá-las	1	9,1%
Inadequadas e os médicos da minha UBS não conseguem alcançá-las	1	9,1%

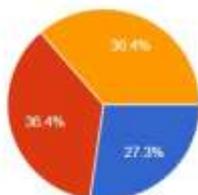
Em relação ao contrato de gestão firmado entre OS - Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde, você:



Conheço-o integralmente e o considero adequado	2	18,2%
Conheço apenas as metas dos profissionais da ESF e considero-as adequadas	0	0%
Conheço-o integralmente e o considero-o inadequado	5	45,5%
Conheço-o apenas as metas dos profissionais da ESF e considero-as inadequadas	3	27,3%
Conheço-o integralmente e não tenho opinião sobre sua adequação	1	9,1%
Conheço apenas as metas dos profissionais da ESF e não tenho opinião sobre a sua adequação	0	0%
Desconheço o contrato de gestão	0	0%

Em relação aos critérios de seleção para o cargo de médico da ESF, 27,3% dos gerentes conhece-os e os considera adequados para o exercício da função, 36,4% conhece-os e os considera inadequados ou insuficientes para o exercício da função e 36,4% dos gerentes desconhecem os critérios de seleção. Quanto à remuneração para o cargo de médico da ESF, 100% dos gerentes considera a remuneração adequada. Sobre o plano de carreira para o cargo de médico da ESF da OS – Santa Catarina, 9,1% dos gerentes tem conhecimento da sua existência, mas não o conhece, 4,5% dos gerentes referem conhecer o plano de carreira e o consideram adequado, 18,2% dos gerente conhecem o plano de carreira e o consideram inadequado ou insuficiente e 27,3% dos gerentes desconhecem o plano de carreira.

Em relação aos critérios de seleção dos médicos para a ESF, você:



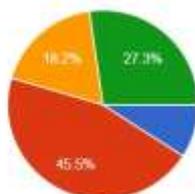
Conhece e considera-os adequados para o exercício da função	3	27,3%
Conhece e considera-os inadequados/insuficientes para o exercício da função	4	36,4%
Não conhece os critérios de seleção	4	36,4%

A remuneração para o cargo de Médico da ESF na OS – Santa Catarina você considera:



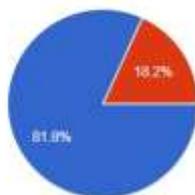
O salário adequado	11	100%
O salário insuficiente	0	0%
O salário excessivo	0	0%

Você tem conhecimento da existência do plano de carreira de médicos da ESF na OS – Santa Catarina?



Sim, mas não o conheço.	1	9,1%
Sim, e o considero adequado	5	45,5%
Sim, e o considero inadequado/insuficiente	2	18,2%
Desconheço a existência de um plano de carreira para médicos da ESF	3	27,3%

Existem mecanismos / instrumentos para avaliação do trabalho do médico da ESF?



Sim	9	81,8%
Não	2	18,2%

Sobre a avaliação do trabalho do médico na ESF, 81,8% dos gerentes referem que existem mecanismos (não especificados) para avaliação do trabalho do médico e 18,2% dos gerentes referem que não têm mecanismos para a avaliação do trabalho do médico.

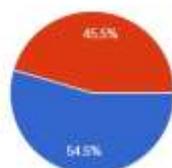
Sobre a necessidade desses mecanismos de avaliação, 100% dos gerentes sentem sua necessidade. Sobre a realização periódica de avaliações do trabalho do médico da ESF, 54,5% dos gerentes referem avaliar periodicamente os trabalho do médico da ESF e 45,5% dos gerentes não realiza essa avaliação. Sobre a utilização dessa avaliação realizada pelo gerente acerca do trabalho do médico na ESF, 100% dos gerentes que realizam a avaliação periódica referem que ela não é utilizada para o plano de carreira do médico.

Você sente necessidade de mecanismos / instrumentos para avaliação do trabalho do médico da ESF?



Sim 11 100%
Não 0 0%

Você realiza, periodicamente, avaliação do trabalho dos médicos da ESF?



Sim 6 54,5%
Não 5 45,5%

Se sim: Sua avaliação é utilizada para o plano de carreira do profissional avaliado?



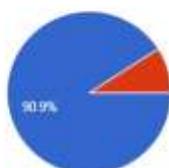
Sim 0 0%
Não 11 100%

Sobre a diretriz que preconiza tempo disponível na agenda semanal do médico para cursos e capacitações, 90,9% dos gerentes referem conhece-la, enquanto 9,1% não a conhecem. Sobre a adequação desse

tempo para a realização das capacitações, 81,8% dos gerentes consideram esse tempo inadequado ou insuficiente enquanto 18,2% dos gerentes o consideram adequado. Sobre o cumprimento desse tempo na agenda semanal do médico, 9,1% dos gerentes refere o cumprimento na maioria das semanas, 27,3% refere o cumprimento na média das semanas, 18,2% refere o cumprimento na minoria das semanas e 45,5% refere que o tempo não é cumprido.

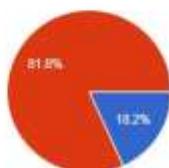
A atualização profissional (cursos, capacitações...) disponível/oferecida pela OS / SMS:

Você conhece a diretriz que preconiza tempo disponível no cotidiano das funções do médico da ESF para cursos / capacitações?



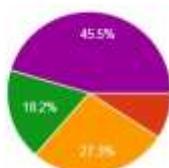
Sim	10	90.9%
Não	1	9.1%

Se sim, você considera esse tempo preconizado pela diretriz adequado para a execução de cursos / capacitações pelo médico?



Sim	2	18.2%
Não	9	81.8%

Esse tempo de cursos / capacitações é cumprido na agenda semanal do médico?

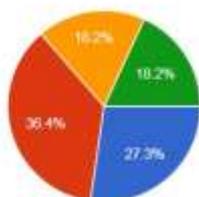


Sim, todas as semanas	0	0%
Sim, na maioria das semanas	1	9.1%
Sim, na média	3	27.3%
Sim, na minoria das semanas	2	18.2%
Não	5	45.5%

Sobre os cursos e capacitações oferecidos, 27,3% dos gerentes os conhecem e consideram-nos adequados na escolha dos temas, 36,4% os conhece e considera-os inadequados na escolha dos temas, 18,2% dos gerentes os conhece e não tem opinião sobre a adequação dos temas e 18,2% dos gerentes desconhecem os cursos ou capacitações oferecidos para os médicos. Sobre a melhoria do desempenho das funções do médico

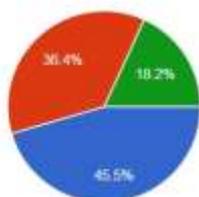
a partir da realização de cursos ou capacitações oferecidos para os médicos, 45,5% dos gerentes considera que essa melhoria se apresenta na maioria das vezes que o médico frequenta curso ou capacitação, 36,6% dos gerentes considera que essa melhoria se apresenta apenas na minoria das vezes e 18,2% dos gerentes não se considera apto a avaliar a alteração do desempenho do médico a partir de um curso ou capacitação. Sobre ser consultado para a escolha de temas de cursos ou capacitações para os médicos, 27,3% dos gerentes refere ter sido consultado na minoria das vezes e 72,7% dos gerentes refere nunca ter sido consultado. Dos gerentes que referem ter sido consultado sobre temas de cursos ou capacitações para médicos, 9,1% referem que seus temas foram contemplados na maioria das vezes, 18,2% referem que seus temas foram contemplados na minoria das vezes e 72,7% referem que seus temas nunca foram contemplados.

Você conhece os cursos / capacitações oferecidos para o médico da ESF?



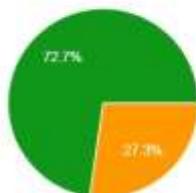
Conheço e os considero adequados na escolha dos temas	3	27.3%
Conheço e os considero inadequados na escolha dos temas	4	36.4%
Conheço, mas não tenho opinião sobre a adequação dos temas	2	18.2%
Desconheço os cursos e capacitações	2	18.2%

Você considera que os cursos / capacitações oferecidos pela OS / SMS que os médicos da sua UBS participaram resultaram em melhoria no desempenho das suas atividades?



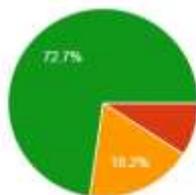
Sim, na maioria das vezes.	5	45.5%
Sim, mas na minoria das vezes.	4	36.4%
Não	0	0%
Não tenho como avaliar	2	18.2%

Você é consultado para indicação de temas dos cursos / capacitações para os médicos da sua UBS?



Sempre	0	0%
Na maioria das vezes	0	0%
Na minoria das vezes	3	27,3%
Nunca	8	72,7%

Se você foi consultado, suas sugestões de temas foram contempladas nos cursos / capacitações:



Sempre	0	0%
Na maioria das vezes	1	9,1%
Na minoria das vezes	2	18,2%
Nunca	8	72,7%

Em comparação com os médicos, temos primordialmente na ESF um gerente com mais idade, mais tempo de formação, maior tempo de contratação e baixa rotatividade no cargo. Esse gerente reconhece as insatisfações apontadas pelos médicos, como o tempo dedicado as consultas individuais, a distribuição das atividades a serem realizadas na sua jornada de trabalho de diversas atividades próprias dos médicos previstas pela PNAB, mas, assim como os médicos, não tem autonomia para interferir no processo de trabalho de forma a sanar as dificuldades percebidas ou se ajustar a diferentes realidades locais. Ao contrário dos médicos, o gerente considera primordialmente inadequada a qualificação dos médicos para a realização das atividades da ESF, mas também não tem autonomia pra propor ou executar um programa de qualificação eficiente. Podemos observar que a estrutura organizacional é verticalizada e o gerente não tem atribuições em relação ao processo de trabalho do médico, mas exerce principalmente uma função fiscalizadora em relação ao cumprimento do contrato de gestão.

II.3 - PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA OS SANTA CATARINA SOBRE O TRABALHO MÉDICO: PROCESSOS, MECANISMOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados primários com os profissionais da gestão da OS - Santa Catarina foi realizada através de entrevistas individuais a partir de um roteiro de entrevista (anexo) com perguntas norteadoras, em salas reservadas na sede da OS, (local de trabalho dos entrevistados) respeitando-se a privacidade, o sigilo e o anonimato. As falas foram gravadas mediante autorização dos sujeitos e assinatura do TCLE previamente apresentado e explicado aos participantes.

O roteiro das questões foi composto por perguntas que perpassavam as variáveis selecionadas para a análise sobre o processo de trabalho do médico: seleção, contratação, regulação e qualificação.

As entrevistas foram transcritas, analisadas, e os resultados apresentaremos a seguir.

Seleção

Sobre a seleção do médico para o cargo de ESF, na OS – Santa Catarina as vagas são disponibilizadas em anúncios juntos ao Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP), no site da OS – Santa Catarina e através de indicações informais. O site da OS – Santa Catarina é um anúncio passivo e contém um e-mail de comunicação para interesses em vagas para médicos. Esses veículos foram considerados insuficientes para suprir a demanda de médicos para a ESF por 66,7% dos entrevistados: o entrevistado A2 refere “que é possível melhorar bastante a divulgação; há algum custo, o que pra gente é complicado (...) como, por exemplo, circulação em revistas como a gente vê no Rio de Janeiro que coloca em revistas da TAM, nos vôos, então quer dizer, existem formas e formas de divulgar que poderiam melhorar e tem outras que eu acho que não custam tanto, que a gente poderia fazer; por exemplo, divulgação em faculdades, fazer contato com centros acadêmicos de faculdades pra médicos que se

formam, (...) stand em congressos, realmente (a divulgação) tem que melhorar”; o entrevistado A3 relata “o que eu já dei de sugestão, mas não chegou a vingar, ir atrás de profissionais com perfil, nos programas de residência no final de cada ano, pra ter uma conversa com os R2 (residentes de MFC), que estariam se formando, pra deixar bem aberto aqui pra gente, pra vir conhecer. Só que isso dá um pouco de trabalho pra ir pra Ribeirão Preto, Campinas... também existem os programas, pelo menos aqui do município, mas isso não chegou a ser efetivado”.

Já na fase de seleção, não existem instrumentos específicos para a avaliação e seleção do médico para o cargo de médico da ESF. A seleção é realizada através de uma entrevista individual. A exigência e pré-requisito para o cargo é apenas a graduação na faculdade de medicina mediante apresentação do diploma e registro profissional (CRM). Todos os entrevistados consideraram esses instrumentos e pré-requisitos para o cargo insuficientes ou inadequados para a seleção de profissionais para o exercício do cargo de médico da ESF. Todos os entrevistados referem que a principal razão para essa inadequação na seleção do médico é a falta do profissional especializado no mercado. O entrevistado A2 refere: “é uma questão de mercado. Uma falta do profissional no mercado. Hoje então se nós, por exemplo, se exigirmos de um médico candidato que ele tenha uma formação específica pra estratégia, um tipo de especialização em medicina de família, uma residência em medicina de família a gente acaba não contratando muitos”. Ainda segundo o entrevistado A2, essa situação do mercado em relação à escassez de MFC e a valorização da graduação desse profissional não é uma questão apenas da OS – Santa Catarina, mas um problema em todas as intuições (que trabalham com ESF): “quando a gente pega, por exemplo, um PROVAB, que o próprio nome já diz valorização da atenção básica e quando eles pegam um médico recém-formado e colocam na atenção básica pra ficar um tempo e isso ganha ponto na residência e eles acham que isso é valorizar a atenção básica, e isso é ao contrario, isso faz desmerecer totalmente a atenção básica, enfim...”.

A SMS não tem participação direta na seleção dos médicos a serem contratados pela OS – Santa Catarina, mas mantém em um site da SMS as vagas disponíveis para o cargo de MFC e o contato com as respectivas OSs para facilitar a comunicação entre candidato e empregador. A OS – Santa Catarina envia periodicamente dados para a SMS de forma a manter as informações do site atualizadas. Ainda de forma indireta a SMS atua como reguladora da seleção e contratação de médicos para ESF mantendo no contrato de gestão da OS com a SMS cláusulas punitivas quando há desfalque no quadro de médicos da ESF.

Contratação

Quanto a contratação do médico para o cargo de ESF, o único vínculo empregatício é o regime *Consolidação das Leis do Trabalho* (CLT), nas cargas horárias disponíveis de 20, 30, 32, 36 e 40 horas semanais. O entrevistado A1 refere que essa flexibilização de horário é uma proposta da OS – Santa Catarina frente à dificuldade de contratação no mercado, mas que o RH prefere contratar nos regimes de 20 e 40 horas semanais porque somente as equipes de 40 horas semanais (1 médico de 40 horas ou 2 médicos de 20 horas semanais) são consideradas completas pela SMS, uma vez que essa última também responde a esse critério para receber o repasse de verbas pelo governo federal.

Quanto ao contrato, trata-se de um contrato padrão da CLT. O entrevistado A1 refere que não considera o contrato totalmente adequado, já que ele não contém as obrigações do empregado em relação às metas contratuais da relação OS – SMS: “o contrato via CLT é um contrato padrão pra fazer “x” horas mensais, com o valor tal. O que eu acho talvez, uma vez que a OS assina um contrato de gestão aonde ela tem metas a cumprir e que ela vai ter “punições” pelo não cumprimento, e quem cumpre não é a OS, são os profissionais, então eu acho que a gente vai precisar ter isso de alguma forma claro: - olha nós vamos exigir meta você topa?”.

Todos os entrevistados referem que existem muitas dificuldades para a contratação do médico para o cargo de ESF, principalmente relacionadas à escassa oferta de candidatos, ao perfil inadequado dos candidatos e a disputa entre as diferentes OSS atuantes no município pelos médicos disponíveis para o cargo. Quanto ao perfil do candidato, o entrevistado A1 descreve: “não é um médico que vem pra ficar; é um médico que vai dar um tempo nesta estratégia, neste serviço, eu costumo dizer sem querer ofender, mas ele vem fazer uma poupança por que é aonde ele consegue trabalhar 40 horas de segunda a sexta, isso dá até pra ele descansar no fim de semana ou pegar plantão ou estudar e depois ele vai pra residência onde ele vai ter uma baixa no rendimento financeiro”. Quanto à disputa entre as OSS, o entrevistado A2 descreve: “entre todas as instituições que contratam pra ESF, acaba tendo uma certa disputa onde por vezes por um salário um pouco maior numa área um pouco melhor a gente perde um médico pro outro concorrente, então o que a gente percebe, “concorrente”, a gente concorre porque tem poucos médicos e acaba sendo como concorrente, na pratica o que a gente percebe que o médico cicla muito, ele sai de um vai pra outro, de outro vai pro terceiro, do terceiro volta pro primeiro; existe muito essa inda e vinda”.

Quanto ao quadro atual de médicos contratados para o cargo de médico da ESF, o entrevistado A1 refere que das 76 vagas disponíveis, 63 têm médicos contratados efetivos (84,21% de ocupação). Esse quadro é considerado “relativamente confortável” pelo entrevistado A2 uma vez que o desfalque, historicamente, já foi muito maior. “A gente está em uma fase boa”, refere o entrevistado A1.

Quanto à rotatividade de contratação para o cargo de médico da ESF, os entrevistados referem que “a rotatividade é alta”. Os principais motivos citados para essa rotatividade é o perfil do médico contratado, que “já vem pro cargo pensando em sair a curto ou médio prazo para a residência; a maioria”, segundo o entrevistado A1, bem como a ausência de formação específica para o cargo, como relata o entrevistado A2: “a gente não pega esse profissional com a formação adequada, ele está lá com o objetivo de

renda temporária, com o objetivo de ficar pouco tempo, de ganhar experiência, de ter o seu dinheiro pra fazer sua especialidade, a gente tem esse profissional por pouco tempo; quando ele vem com uma formação e tudo mais, a gente consegue fazer com que esse profissional fique mais tempo”.

Uma forma de melhorar a fixação do médico no cargo de ESF apontada é um plano de carreira atrativo. Entretanto, todos os entrevistados apontam o plano de carreira da OS para o médico da ESF como “pequeno; um esboço de plano de carreira” (entrevistado A2) e o consideram “insuficiente”. O entrevistado A1 refere que “o que deu pra fazer (com a limitação financeira) se comparando com alguns parceiros, eu acho que a gente conseguiu alguma coisa, por exemplo, adicional de tempo de serviços, que é uma forma de valorizar aquele que está há mais tempo, o adicional de quando tem a especialidade ou a residência, justamente porque a gente queria tentar atrair gente que escolheu fazer Saúde da Família e um adicional de unidade básica também pra tentar incentivar o vínculo (com APS)”. Apesar do reconhecimento por parte dos gestores da OS da insuficiência do plano de carreira oferecido, todos afirmam não haver recursos financeiros para implementação de um plano de carreira ideal, principalmente por conta do formato de recebimento de repasse financeiro da OS pela SMS: trimestral. Isso inviabiliza o planejamento de verbas a longo prazo, segundo a entrevistada A1 “então a gente faz opção de não fazer promessa, porque depois eu posso não ter dinheiro pra cumprir”.

Regulação

Quanto à regulação do trabalho do médico, 66,7% dos entrevistados citaram como instrumento usado para essa finalidade a “revisão de prontuários” realizada trimestralmente. Entretanto, o instrumento não foi considerado ideal, como descreve o entrevistado A3: “pra mim é aquém da avaliação técnica mais específica, porque a gente avalia se ele (o médico) faz o conteúdo da consulta, se tem uma anamnese, um exame físico,

hipótese e conduta, agora a parte técnica especificamente de conteúdo dessa consulta, o instrumento não avalia isso; é que esse instrumento foi criado pra que se conseguisse numericamente expressar se os prontuários estão adequados ou não. Não sei se seria um instrumento pra avaliação técnica do médico. Eu entendo que a avaliação técnica, ela deveria ser de outra forma, e não sei se um instrumento, não pra conseguir quantificar uma coisa ou outra, mas pra se aproximar do trabalho em si”.

Também foi citada como instrumento de avaliação do trabalho do médico por 100% dos entrevistados a análise da produção da quantidade de consultas realizada mensalmente, que fica registrada no *Sistema de Informações Gerenciais e Acompanhamento (SIGA)* e é enviada a cada mês em forma de relatório para a SMS. Esse parâmetro corresponde às metas contratuais firmadas entre OS e SMS. Sobre o uso desse parâmetro para avaliação técnica do médico, o entrevistado A3 refere: “eu não entendo que a produção especificamente de quantidade de consulta seja o mais importante no trabalho, ele é uma consequência; a produção simples e pura de números, de quantidade, de procedimento não significa... é um número vazio. É claro que se você está falando de unidades que são de atenção primária, que tem que fornecer acesso, se eu olho uma produção de um médico de 40 horas que só produz 100 consultas num período de um mês, eu vou achar bem estranho, mas ao mesmo tempo um que produza 500, isso não significa que ele está dando acesso pra todo mundo, então eu acho que tem que olhar o processo mais de perto, não (somente) o macro; outra coisa, que é um viés importante, que os profissionais vão atrás desse número (a meta) seja ele qual for, sem que tenha uma qualificação por trás desse número”.

Todos os entrevistados referiram que os médicos são cobrados quanto a essas metas quantitativas mensalmente e 66,7% dos entrevistados referiram que, de maneira geral, as metas não são cumpridas. As principais razões citadas para o não cumprimento das metas são as diferentes variáveis que impactam sobre essas metas, como descreve o entrevistado A5: “(o médico) não consegue (cumprir a meta) porque são muitas as

variáveis que impactam no processo de trabalho, o número de dias úteis no mês, o número de profissionais disponíveis, absenteísmo, capacitações, reuniões, então tem muitas variáveis que impactam nesse processo”.

Todos os entrevistados consideraram as metas estabelecidas inadequadas, como descrevem os entrevistados A3 e A5: “existe uma meta cheia de 100% (capacidade estrutural da agenda), dessa meta é cobrado 85%, então esses 15% é a margem que eles dão pra profissionais que estão de férias, que estão de atestado, que vão pra curso etc, é obvio que a conta no final não bate, porque o número de capacitações que são solicitadas, de ausências que existem nas unidades, é maior do que essa proporção”, “a questão é que os 15% que hoje é nos dado de intervalo, pra essas variáveis que existem, não cobre nem o que é legal, que são as férias, por exemplo. Se a gente for ver, uma equipe de seis médicos, que um tira férias, a gente tem um impacto de 16,6% na meta e você já não atinge os 85%. Então, a gente precisa calcular, o quanto tem de impacto médio, é claro que não vai dar pra calcular tudo porque isso é muito variável, mas a média, e dar um intervalo disso, levando em consideração todos esses impactos”.

Apesar das metas serem consideradas inadequadas por todos os entrevistados, também 100% deles referiu que a OS não participou da sua elaboração, como descreve o entrevistado A5: “o ideal seria a construção da meta pra proposta pro edital em conjunto com os parceiros. Porque? Porque eles tem uma noção muito distante da realidade. Eu vou dizer que é o seguinte, a unidade e o gerente sabem perfeitamente o que acontece. A gente aqui da coordenação já tem um outro olhar, a supervisão outro, a secretaria então tem um olhar distante demais pra construir meta assim”. Todos os entrevistados também relatam uma dificuldade de diálogo com a SMS a respeito do ajuste dessas metas, como descreve o entrevistado A5: “tentamos e ainda estamos tentando, mesmo pós a publicação do edital, pós o aceite da proposta técnica, nós, todos os parceiros do município tem se reunido pra tentar junto à Secretaria fazer um termo aditivo de mudança de meta com base em todos esses impactos. A gente fez um levantamento no grupo de trabalho que a gente tem montado com o município, com os

parceiros do município inteiro. Hoje o contrato sai com uma meta que a gente não entende como adequada, mas a gente continua brigando por termos aditivos pra redução de algumas metas”.

Sobre a distribuição das atividades do médico em uma agenda semanal, todos os entrevistados referem que ela é feita com base em uma diretriz elaborada pela SMS. Quanto à adequação dessa diretriz de agenda, 100% dos entrevistados referem-na como inadequada. “Absolutamente inadequada”, segundo o entrevistado A2. As principais razões citadas para inadequação dessa diretriz são “engessamento” da agenda, ausência de flexibilidade entre as diferentes atividades a serem realizadas e falta de consideração com as realidades locais, como descrevem os entrevistados A2, A3 e A5 respectivamente: “uma determinação de como o médico deve fazer da sua carga horária depende da realidade da unidade, depende da área física da unidade, número de médicos que tem pro tamanho da área, são vários fatores que interferem pra forma como uma equipe, um médico vai dar assistência pra uma população, então, engessar através de cumprir agenda como a Secretaria determina é absolutamente inadequado; ela (a agenda) não permite que se abra muito o leque das atividades, não permite que eu valorize mais uma atividade em relação à outra e cada vez mais valoriza a consulta médica independente do restante (das atividades) e a gente teve varias, varias, varias, discussões em todas as instancias públicas questionando, porém tem sido trazido como uma diretriz municipal”, “porque ela (a agenda) é muito mais voltada pras atividades estritamente assistenciais e não prevê autonomia do profissional em relação às características do seu território, então pode existir um território que exija mais visitas domiciliares do que consultas ou grupos ou reuniões e essas diretrizes não preveem isso, é uma diretriz única pra todos os profissionais, independente do território, independente da característica da população”, “em termos de atividade ela (a agenda) cobre tudo. O que eu acho que ela precisa ser ajustada é nos tempos dela de acordo com a necessidade local. Então ela é uma orientação de agenda que visa cumprir todas as atividades que são necessárias para um médico de estratégia, mas ela não olha a

realidade local, então o que acontece? Ela não dá flexibilidade pra gente de repente ter mais consultas na unidade que precisa mais de consulta, e mais visita numa outra, então ela garante as atividades, mas ela não garante de acordo com a necessidade local”. O entrevistado A5 acrescenta: “foi muito cansativa essa discussão pra gente aqui da coordenação, gerou muito desgaste porque a gente não conseguia fazer a equipe da supervisão e da coordenadoria entender que não dá pra ser rígido no que diz respeito a uma diretriz, tem que ter flexibilidade, tem que ter esse ajuste, que é o ajuste local. A gente tentou em reunião de gerentes, tentou em reuniões separadas, tentou em reuniões com a Coordenadoria, reuniões com a Secretaria, algumas pequenas coisas a gente conseguiu mudar, mas a orientação mesmo, o pilar da orientação a gente não conseguiu mudar”.

Sobre a participação da SMS na regulação do trabalho do médico, todos os entrevistados referiram que não há uma participação direta, o que foi considerado adequado, mas somente a cobrança periódica em forma de relatório das metas contratuais que dizem respeito aos médicos, já supracitadas. O entrevistado A5 descreve essa “prestação de contas” da OS – para a SMS: “(são) reuniões técnicas, e através dos conselhos técnicos de acompanhamento, que são as CPA’S, que a gente participa pra prestar contas da produtividade trimestralmente junto à Secretaria, Coordenadoria e Supervisão. Então todas as metas elas são avaliadas nesse contato, nesse Conselho de Acompanhamento”.

Outra forma de regulação do trabalho do médico citada foi o Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade (PMAQ) realizado pelo governo federal. O programa permite adesão voluntária, estabelece parâmetros de excelência para o funcionamento e resultados das equipes de atenção básica e realiza periodicamente avaliações presenciais dessas equipes. O entrevistado A2 descreve falhas no processo de adesão avaliação pelas equipes no PMAQ: “existem falhas nesse processo, como, por exemplo, é limitada a liberdade de uma equipe de não participar do PMAQ, antigamente, era mais voluntária, hoje praticamente todas as equipes são obrigadas a participar do PMAQ”. O município de São Paulo

tem um bom desempenho no PMAQ, assim como as equipes da OS – Santa Catarina. Esse desempenho gera aumento do repasse federal para o município. Sobre esse repasse, 100% dos entrevistados referem que não é revertido para as equipes nem para a OS como descrevem os entrevistados A2, A3 e A5: “o repasse existe, porém, não é pra instituições. O repasse é feito pra Secretaria que, enfim, utiliza da maneira como eles definem. A instituição não tem a menor ideia de pra onde vai esse repasse”, “nos fóruns que existiram sobre isso a gente falou claramente dessa questão do pagamento, do retorno pras equipes, pras unidades, pros profissionais e foi totalmente vetado, falando que a gente estava equivocado, que o município tinha autonomia pra fazer o que quisesse com o dinheiro”, “a questão do repasse, desse PAB da qualidade que é o recurso repassado pra quem tem uma nota adequada, pra equipe que tem uma nota adequada. O que eles falaram pra gente foi o seguinte: o PAB variável ele é carimbado, ou seja, ele só pode ser usado, ele é um dinheiro que vem pra ser usado pela estratégia só que ele vem pra Secretaria. Então não tem como ser o repasse Ministério - OS, tem que ser um repasse Ministério-Secretaria, Secretaria através de um termo aditivo repassar para as OS’s ou para os parceiros através dos termos de convenio. Então, que eles não iam fazer dessa forma. Eles iam levantar a necessidades e eles iam utilizar esse dinheiro para as necessidades do município”.

Qualificação:

Quanto à qualificação do médico para a execução da sua função na ESF, 100% dos entrevistados consideram importante a formação especializada do médico e citam a especialidade “Medicina de Família” como ideal. Também 100% dos entrevistados referem que a maior parte dos médicos contratados não tem essa formação. A principal razão citada pra isso foi a ausência desse profissional no mercado em relação à demanda de vagas.

Quanto ao preparo do médico para realizar sua função na ESF, 100% dos entrevistados considera que o perfil do médico contratado é, de maneira geral, inadequado para o exercício das atividades que lhe cabem. As principais razões citadas para esse despreparo do médico foram a falta de formação especializada, o despreparo para realizar diversas atividades do escopo do médico e falta de desenvolvimento de habilidades para APS na formação médica.

Assim, 100% dos entrevistados consideram a capacitação do médico na ESF importante, mas também 100% dos entrevistados referiram que as capacitações e cursos disponíveis na rede não são sistemáticos e na maior parte das vezes são inadequadas para as necessidades. As principais razões citadas para a inadequação dos cursos e capacitações oferecidos para os médicos da ESF são a dificuldade de enviar os médicos para as capacitações e cursos por conta das metas contratuais e da agenda inflexível, a inadequação dos temas e foco dos cursos em relação à ESF e APS e a inadequação do Plano Municipal de Educação Permanente (PLAMEP) em relação às necessidades da ESF e APS, como descrevem os entrevistados A1, A2, A3 e A4 respectivamente: “fica difícil equacionar (os cursos) com a demanda existente no serviço, uma agenda que você não tem muita flexibilidade, neste novo contrato, com as metas; não dá pra sair profissional (do serviço), não dá pra sair”, “estamos engessados por uma diretriz de agenda e metas que é muito limitante, então, a gente acaba não conseguindo proporcionar pros médicos essa qualificação”, “o que a diretriz de agenda prevê é um total de horário lá de reuniões etc, de tudo (que não é consulta) entra neste tipo... você vai fazer uma reunião de matriciamento, entra nisso, você vai fazer uma reunião técnica, entra nisso, mas você vai sair pra uma capacitação, entra nisso, e muitas vezes não é possível porque são poucas horas e você não deixa de fazer outras atividades; pelo menos 70% da agenda do médico, tem que ser consulta e isso não pode ser diminuído pra ser capacitado, pra nada, se tira dos 30% das outras atividades dele. E, ainda, (o médico) não deixa de ter que cumprir a meta se vai pra capacitação. A meta continua a mesma, independente da carga

horária da capacitação”, “(as capacitações do PLAMEP) são voltados pra questões específicas, por exemplo, em treinamento de tuberculose, em treinamento de tabagismo, no treinamento de urgência e emergência, não resolvem a questão da necessidade de capacitação (em ESF)”.

Sobre iniciativas da OS para oferecer capacitação para os médicos da ESF, foram citados cursos oferecidos com os profissionais da gestão da OS, mas eles também não acontecem de forma sistemática por conta de limitação de verbas, uma vez que, segundo o entrevistado A1, o contrato de gestão tem um teto de possibilidade de repasse e essa limitação financeira não permite a priorização de cursos e capacitações na proposta técnica da OS. Além da limitação de verba contratual, também tem um desconto previsto para o não cumprimento das metas numéricas e, como exemplifica o entrevistado A4, “eu tenho uma meta alta que a OS de alguma maneira precisa atingir, por conta agora até de corte de verba. Então como é que eu equaciono o que eu tenho que produzir e o que eu tenho que estudar?”.

Sobre a participação da SMS na capacitação dos médicos da ESF, os entrevistados citam o PLAMEP, mas todos o consideram inadequado como estratégia de capacitação do médico da ESF, como descrevem os entrevistados A2, A3 e A4 respectivamente: “eles (da SMS) trabalham um plano de capacitação de educação permanente que é o PLAMEP, com uma baixíssima participação das instituições (OSS); são muitos cursos definidos por interesse das diretrizes dadas pela Secretaria e que muitas vezes a gente percebe que não são as mais adequadas, por exemplo, eles acabam sendo repetitivos de alguns assuntos e não abordam outros, e é isso que a Secretaria nos impõe como as capacitações que tem que ser feitas que nós temos que liberar nossos profissionais”, “(a SMS) tenta juntar as necessidades que a gente levanta, das unidades da OS, das unidades da administração direta, isso é levado para um fórum, eles fazem (o PLAMEP), que é o plano de educação permanente do ano, que é uma coisa maluca, que tem milhões de capacitações, que cada lugar escolhe o seu e aí alguém junta tudo isso e põe pra rodar, por isso que às vezes tem no mesmo mês quinhentas capacitações, então tira profissional de todo lugar, não existe

uma conversa do que vamos realizar pra não entrar em contradição, que seja de acordo com as metas e horários que foram propostos, não existe isso. Às vezes uma capacitação que é feita esse ano já foi feita dois anos antes, mas é em outra gestão, mas aí as pessoas não sabiam, vem uma pessoa nova e sugere a mesma coisa que foi feito de novo...”, “A questão do PLAMEP é que, imagina uma situação em que eu tenho vários atores e cada um interessado na necessidade de uma educação permanente específica. Então vai alguém e fala: Olha, eu preciso de uma capacitação de tabagismo; vai o outro: eu preciso de uma capacitação em obesidade; vai o outro e fala: não, a saúde da criança tá um horror, precisa capacitar; vem o outro e fala: olha, precisamos de uma capacitação em saúde mental por que ninguém tá sabendo diagnosticar depressão. Então assim, cada um vê uma necessidade e põe esse curso no PLAMEP. De repente eu tenho 400 cursos e 365 dias no ano; os cursos não são coordenados por prioridades, ou por programas que sejam, muito menos por realidade local”

II.4 - PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ SACA E COORDENADORIA SUL SOBRE O TRABALHO MÉDICO: PROCESSOS, MECANISMOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados primários com os profissionais da gestão direta da SMS – Supervisão de Saúde Santo Amaro e Cidade Ademar (SACA) e Coordenadoria Sul de Saúde - foi realizada através de entrevistas individuais a partir de um roteiro de entrevista (anexo) com perguntas norteadoras, em salas reservadas nos prédios da SACA ou da Coordenadoria Sul (conforme o local de trabalho dos entrevistados), respeitando-se a privacidade, o sigilo e o anonimato. As falas foram gravadas mediante autorização dos sujeitos e assinatura do TCLE, previamente apresentado e explicado aos participantes. Os participantes foram os representantes das áreas técnicas que se relacionam com a gestão do trabalho do médico da ESF: Saúde da Mulher,

Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.

O roteiro das questões foi composto por perguntas que perpassavam as áreas técnicas dos entrevistados e as variáveis para análise do processo de trabalho do médico, na dimensão da gestão, foram a: seleção, contratação, regulação e qualificação.

As entrevistas foram transcritas fidedignamente e delimitadas por assunto, segundo as variáveis: o trabalho do médico da ESF, Regulação e Qualificação do processo de trabalho do médico na ESF. Seguem os resultados abaixo.

O PROCESSO DE TRABALHO DO MÉDICO NA ESF

Sobre as atividades que devem ser realizadas pelo médico da ESF, os profissionais das diferentes áreas técnicas listaram uma impressionante gama de atividades entendidas como próprias do médico da ESF: avaliação epidemiológica da área de abrangência, tratamento e acompanhamento da mulher, da criança, do adulto, do homem e do idoso, as particularidades desses grupos de indivíduos em forma de consultas ambulatoriais e de pronto atendimento, além da coordenação do cuidado desses indivíduos na rede de saúde; realização de visitas e consultas domiciliares; realização de grupos terapêuticos e educativos; atenção para todas as linhas de cuidados nos atendimentos de: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Idosos, Homem, Gestantes, Crianças, Saúde Mental, Urgência e Emergência e atenção e participação a todos os programas propostos pela SMS que foram citados: Programa Saúde na Escola, Programa do RN de Risco, Programa de Controle de Sífilis Congênita, programa “Estamos Juntos”- prevenção ao uso de drogas, Programa de Atenção às Crianças Abrigadas, Programa “São Paulo Carinhosa” – fortalecimento das famílias em estado de vulnerabilidade, Programa de Controle da Tuberculose, Programa de Controle da Hanseníase, Programa de Atenção ao Idoso, Programa de Combate ao Tabagismo, Programa de Prevenção de Câncer de Mama e

Programa de Prevenção ao Câncer de Colo de Útero. Também foram citadas atividades não assistenciais, como reuniões com a equipe da ESF, planejamento da prática assistencial em equipe, reuniões matriciais (tanto de saúde mental como com a equipe multidisciplinar do NASF), avaliação da efetividade dos seguimentos e demais atividades realizadas na APS, vigilância epidemiológica e participação em campanhas, como a Campanha de Saúde do Idoso e Campanha de Prevenção de Quedas em Idosos, as Campanha de Vacina e a Campanha de Hanseníase. Foi reforçado pelas áreas técnicas de Saúde Mental e de Saúde do Idoso, respectivamente, a necessidade de incluir nos atendimentos, tanto ambulatoriais quanto de pronto atendimento, o olhar ampliado do médico acerca do sofrimento psíquico e agravos de saúde mental e o processo de envelhecimento. Na Saúde do Idoso, também foi incluída como atividade própria do médico a avaliação global do idoso, como descreve o entrevistado C5: “Os testes de avaliação (do idoso), a gente está preconizando que sejam feitos pelos profissionais de nível universitário. Então, pensando na equipe de Atenção Básica, o médico e o enfermeiro, né (...). A ideia é fazer com que todos os idosos passem por avaliação multidimensional, que é um instrumento de avaliação (...) com 17 itens que estão relacionados com a avaliação de fragilidade para verificar a capacidade funcional do idoso; aí são feitos testes de rastreamento da capacidade funcional, (...) com 8 testes que padronizamos”. Por fim, o entrevistado B3 resume: “o cuidado das pessoas e da área de abrangência na sua totalidade”.

Sobre a diretriz da agenda, apenas 25% dos entrevistados referiram conhece-la na sua totalidade (20% dos entrevistados da Coordenadoria e 28,5% dos entrevistados da SACA), 33,3% referiram conhece-la parcialmente (apenas o que diz respeito a sua área técnica ou os parâmetros gerais que a regem) e 41,6% dos entrevistados referem não conhecê-la. Sobre a adequação dessa diretriz de agenda em relação ao trabalho do médico da ESF, apenas 8,3% consideram-na totalmente adequada (20% dos entrevistados da Coordenadoria e 0% dos entrevistados SACA). Os motivos citados para a inadequação da agenda foram falta de

maleabilidade no desenho da agenda semanal, falta de flexibilidade para ajustes às realidades locais, falta de tempo para realização das atividades que não são consulta médica e tempo inadequado e insuficiente para a realização das consultas individuais, como ilustram os entrevistados C4, C5, B1, B2, B3, B4, B5 e B7 respectivamente: “o contato que eu tenho com os profissionais que estão na ponta, em atendimento, parece que falta um pouco de tempo para fazer as outras atividades que não são exatamente só as atividades de atendimento, né. Existe um número crescente de demandas de implementação de programas, de várias demandas que vão se agregando nesta agenda, e que parece que está um pouco difícil de administrar o tempo. Talvez essa agenda fique um pouco engessada, (talvez) seja difícil de dar conta de todos os compromissos”, “Eu acho que para (uma consulta com) olhar ampliado, acho que (15 minutos) não é suficiente”, “Então, numa consulta de Pré-natal, numa primeira consulta dá para se levar mais ou menos uns quarenta e cinco minutos, isso indo rápido. Porque existe uma parte burocrática absurda, então você tem que orientar, você tem que ver as queixas, você tem que fazer todo um levantamento, anamnese, o exame físico, então você realmente não consegue. Eu, eu que tenho experiência, que estou formada a quarenta e seis anos, faço pré-natal desde mil novecentos e oitenta, eu não consigo fazer um pré-natal inicial em menos de uma hora; os retornos, eu acho que uns quarenta minutos, porque se você não dá atenção, se você não para pra pensar, não dá tempo de você olhar para a patologia que pode estar um pouco obscura e vai virar uma patologia aquilo; o tempo que o médico tem para executar essas consultas da Saúde da Mulher de quinze minutos é impossível”, “Eu acho assim que (a agenda) poderia ser melhor, mas a bola da vez agora é o bendito do ‘Acesso’, entendeu? Vem essa agenda nova assim e ‘Cumprase’”, “os médicos reclamam que o tempo de consulta é muito pequeno para fazer tudo que tem que fazer dentro da Saúde do Idoso. Para as unidades básicas tradicionais (nós) temos a possibilidade de fazer uma agenda local para geriatria e ele (o médico) tem uma consulta de 30 minutos. Na estratégia não pode fazer isso, na estratégia já é um formato mais fixo”, “(o

tempo de 15 minutos pra atendimento) muitas vezes, não é adequado. Só às vezes sim: se você já fez uma anamnese prévia, você já conhece toda essa criança, você já sabe todos os problemas, se tem ou se não tem, o que é, o que é específico aí pode ser satisfatório os 15 minutos”, “Se for para atender esse homem ainda sem nenhuma patologia eu acho que (15 minutos pra atendimento) até dá, agora, na hora que esse homem entra com uma patologia aí não...”. Apenas dois dos entrevistados citam algum ponto positivo da agenda médica, o entrevistado C3; “eu acho que ela tem uma certa flexibilidade sim, tem, tem, porque o parâmetro da agenda é entre tanto e tanto, ela não é uma agenda totalmente engessada, ele tem uma flexibilidade sim”; e o entrevistado B6; “. O que eu tenho é o relato dos profissionais da Saúde Mental que isso (o matriciamento na agenda do médico) vem funcionando”.

Sobre a elaboração da diretriz de agenda, 91,6% dos entrevistados relatam não ter participado da sua formulação e referem que a diretriz de agenda vem da SMS, como relatam os entrevistados B4 e B5: “essa agenda vem da Secretaria; nós, aqui dentro da Supervisão, até tentamos adaptar, conversar... mas é difícil”, “Então, essa agenda semanal, nós não montamos, nós recebemos da SMS”.

Sobre o tempo que o médico da ESF deve gastar com cada uma das áreas temáticas para executar todas as funções enviadas por essas áreas técnicas para se cumprir na APS de forma satisfatória, se somado em todas as diferentes atividades e áreas técnicas listadas, completa em média 66hs/semana de trabalho (em média 20hs/semana em atividades de saúde da mulher, 20hs/semana em atividades de saúde da criança, 20hs/semana em atividades de saúde do adulto e saúde do homem, 4hs/semana em atividades de saúde do idoso e 2hs/semana em saúde mental). Os entrevistados ainda citaram semanas em que programas específicos podem se sobrepor as atividades ordinárias do médico, como semanas em que há demandas extraordinárias dos Programas vindos do Ministério da Saúde, como a semana do idoso, citada como exemplo.

Regulação

Sobre os mecanismos de avaliação do desempenho do médico na execução das atividades da ESF, 25% dos entrevistados referiram não haver instrumentos ou avaliação sistemática e 75% referiram que existem instrumentos de avaliação. Entre os entrevistados que referem ter instrumentos de avaliação do trabalho do médico, os instrumentos citados foram a produtividade quantitativa e numérica de consultas (citada por 88,8% dos entrevistados), a revisão de prontuários (22,2% dos entrevistados), a avaliação do PMAQ (11,1% dos entrevistados), a avaliação das ouvidorias (11,1% dos entrevistados) e a avaliação da qualidade dos pré-natais realizados na UBS (11,1% dos entrevistados). Sobre esses instrumentos de avaliação, os entrevistados C3, B5 e B6 ilustram: “a avaliação é mais quantitativa, quantas consultas que o profissional faz, então essa é a única avaliação do profissional médico de nós aqui enquanto Coordenadoria e eu acho que... e a Supervisão também... e a Secretaria também, quantas consultas, quantas visitas domiciliares que o médico faz, esse era o olhar da Secretaria e o olhar um pouco lá da Supervisão”, “desconheço uma forma mais ampla (além do número de consultas) de avaliação desse trabalho (do médico)”, “Avaliação como algo dessa linha do ‘a contento’ eu acho que não existe para programa nenhum, para nenhum dos programas da Secretaria. Então acho que não há uma avaliação muito aprofundada do que resulta dos atendimentos, do que resulta em termos de efetividade dos tratamentos, enfim...”

Sobre a existência de metas a cumprir por parte dos médicos da ESF, 100% dos entrevistados referem ter conhecimento da existência de metas a serem cumpridas pelos médicos e também 100% dos entrevistados sabem referir que essas metas dizem respeito a um número de consultas a serem executadas, mas 83,3% dos entrevistados não sabem referir qual é a meta de consultas ou como ela é calculada e apenas 16,6% dos entrevistados referem tratar-se de uma quantidade de consultas por hora de atendimento, como descreve o entrevistado C4: “existem os parâmetros, e, por exemplo, 4

consultas/hora, em uma hora, 4 consultas, se das 8 horas diárias, você tiver o número de horas que é previsto em consulta, multiplica por 4, aquilo eu acredito que seja (a meta) exigido 100% (de cumprimento dessa meta pelo médico)”.

Sobre o cumprimento dessas metas por parte dos médicos, 60% dos entrevistados referem desconhecer se essas metas são cumpridas e 40% dos entrevistados referem que as metas são usualmente cumpridas, como relatam os entrevistados C1, C3 e C5 respectivamente: “Acredito que boa parte dela (a meta) sim (é cumprida), acredito que sim. Claro que você vai sentir em alguns momentos que não foi atingido, aí deve ter uma justificativa para isso, como a ausência do profissional, problemas de saúde eventuais podem acontecer, férias, mais isso tudo fica justificado”, “(as metas) Normalmente são cumpridas. no intervalo (de percentual para cumprimento da meta) você já desconta (da meta) o que é padrão, por exemplo, férias, já desconta férias, aquelas coisas padrões, férias e isso, agora se existe uma eventualidade que você não pode contar, uma eventualidade você justifica no CTA que é uma prestação de contas, é uma mesa, é uma mesa como essa que nós estamos, então é supervisão, parceiro, porque agora, uma coisa importante dizer, antes quando era o CONAC não tinha desconto (financeiro para o não cumprimento de metas) para o parceiro agora tem”, “(as metas) tem uma justificativa, tem um espaço por exemplo, se você tem que fazer 100 atendimentos, tem uma faixa que agora eu não sei no contrato, mas é de 70 a 100, 80 a 100. Se isso fica abaixo, você tem a justificativa de dizer: não tenho profissional, que o profissional estava de férias, que saiu de licença. Essa justificativa existe então dá pra cumprir a meta”.

Sobre a participação na elaboração das metas, 100% dos entrevistados referem que não participaram, nem direta nem indiretamente, da elaboração das metas, elas foram elaboradas pela SMS.

Sobre a adequação dessas metas como instrumento de avaliação do trabalho do médico da ESF, 30% dos entrevistados consideraram-nas adequadas, 50% inadequadas e 20% referiram que não se sentem aptos a

avaliar sua adequação. O motivo citado para a adequação da meta foi a avaliação do panorama macro, como ilustra o entrevistado C1: “No macro sim, no macro sim, como eu disse a Secretaria ela tem que ter um panorama do Município para ela fica muito difícil avaliar aquele profissional que está lá naquele cantinho”. A principal razão citada para a inadequação das metas como instrumento de avaliação foram a ineficácia de avaliação da qualidade do trabalho do médico em uma meta apenas numérica e quantitativa, como descrevem os entrevistados C4, C5, B2, B3 e B7 respectivamente: “Eu não sei se é uma forma adequada (de avaliação) do desempenho do médico, eu acho que é uma forma adequada para ver se aquele serviço contratado está sendo prestado. Não acredito que isso avalie o trabalho do médico, né, acho que o trabalho do médico passaria por outras questões, só o número quantitativo, você não está vendo como ele realizou aquilo, com qual qualidade, eu não acredito que isso é suficiente para fazer valer a qualidade de trabalho do profissional”, “Eu acho que a avaliação numérica é, ela é necessária para qualquer profissional, mas não é o ideal quando a gente fala de fazer saúde porque a gente tem que avaliar, aí teria que ter um tipo de acompanhamento que eu não digo nem só qualitativo pensando no pessoal, no individual. Mas acho que falta, sim, um espaço para discussão como a gente vê, por exemplo, na área hospitalar, você tem aquela coisa de discussão de caso, uma possibilidade maior de, né, de avaliar conduta, até para o próprio profissional de sentir um pouco mais acolhido, né, acho que faltaria isso”, “eu acho que cada um (cada área técnica) tem que ver na sua parte, mas (avaliação) de atendimentos baseados em números...”, “A eu sei lá viu, eu acho muito... É tudo muito numérico, tudo muito numérico”, “Ela (a meta) avalia quantidade mais qualidade não avalia”.

Quanto a sugestões para uma avaliação mais adequada do trabalho do médico, 33,3% dos entrevistados não apresentou sugestões, outros 33,3% sugeriram uma forma mais qualitativa de avaliação, mas sem especificar o método, e os 33,3% restantes ofereceram as seguintes sugestões e avaliação: avaliação da qualidade das consultas no prontuário, avaliação do matriciamento com a equipe multiprofissional de forma

longitudinal e avaliação dos indicadores em saúde, essa última sugestão conforme ilustra o entrevistado B3: “de uns anos pra cá eu acho que a região melhorou muito tanto que assim, já foi dito pra gente que, por exemplo, a mortalidade infantil diminuiu bastante na nossa região”.

Sobre o PMAQ, 28% dos entrevistados não conhecem o programa, 57% dos entrevistados conhecem o programa, mas não sabem relatar o desempenho das equipes de ESF no município e apenas 14% conhece o programa e referem que o desempenho das equipes de ESF é satisfatório. Sobre o repasse de verba do ministério da saúde para as equipes bem avaliadas pelo programa, nenhum dos entrevistados sabe referir o destino final do repasse, como descrevem os entrevistados C3 e B3 respectivamente: “quando a equipe é bem avaliada vem dinheiro para o município como um todo”, “se têm chegado esses recursos eu já não sei te falar; eu acho que se esse recurso viesse especificamente para aquele (local – a equipe ou unidade de saúde) eu acho que estimulava muito mais. Porque uma coisa diferente é você fazer um (bom) trabalho e ver o resultado”.

Qualificação

Sobre a qualificação do médico para o trabalho de médico da ESF, 100% dos entrevistados consideram a formação especializada importante para o exercício da função, como reforçam os entrevistados C5 – “Quando você fala do generalista, se ele tivesse tido um embasamento na universidade como a gente espera, né, que se tenha, talvez nem precisasse. Mas, eu... a gente percebe que falta esse olhar, precisa ter um olhar mais para a Saúde Coletiva, um enfoque, às vezes menos curativo, né, aquela coisa de estar doente, passar remédio, você tem outras formas de fazer, de trabalhar a saúde porque você está fazendo promoção, a prevenção, então, eu acho que aí nesse caso específico sim” e B6 – “fundamental”. Quantos a(s) especialidade(s) adequadas para a realização do trabalho do médico da ESF, foram citadas: Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria

(33,3% dos entrevistados), Medicina de Família e Comunidade (25% dos entrevistados), Geriatria ou Gerontologia (16,6% dos entrevistados), Residência Multiprofissional (8,3% dos entrevistados), Saúde Pública (8,3% dos entrevistados) e formação Generalista (8,3% dos entrevistados). Apesar de citarem essas especialidades como desejáveis para a execução do trabalho de médico da ESF, os entrevistados demonstram pouca clareza da formação desejável e as competências esperadas dessas especialidades, como ilustram os entrevistados C2, B1, B6 e B7: “eu não sei como se forma um médico de Saúde da Família”, “Não sei. Existe (especialização) em Saúde Coletiva? Clínico geral tem especialização ou ele sai como clínico (da Faculdade)? Tem (especialização em clínica) também? Então, como clínico geral”, “Eu acho que ele tem que ter um bom preparo em pediatria, ele tem que ter um bom preparo em ginecologia e ele tem que conhecer assim, eu diria a fundo considerando a característica da população vulnerável, os aspectos sanitários essas doenças que advém desses problemas de saneamento e coisa assim, ele tem que ter essa clareza, né, e eu acho que são muitos temas e muitas doenças. A ginecologia é muito importante, saúde da criança é muito importante e também os agravos da vida, da velhice por exemplo. Qual especialidade englobaria isso tudo? Saúde Pública?”, “Se você colocar um clínico para dar conta, eu fiz clínica, eu não conseguiria dar conta de uma ginecologia. Porque você até dá conta de um pedaço mais não é suficiente então eu acho que é complicado, então tem que ser generalista mesmo”.

Quanto a contratação de médicos que dispõe das especialidades desejadas, 100% dos entrevistados referem que a maior parte dos médicos contratados não apresentam uma especialização. Os principais motivos citados para a contratação de médico não especializado foram a falta de profissionais médicos especializados no mercado (75% dos entrevistados) e o perfil inadequado do médico que tem interesse na vaga, formado, em sua maioria, por médicos recém-formados (50% dos entrevistados), como descrevem os entrevistados C5, B2 e B3 respectivamente: “a gente tem uma vacância muito grande, né, do quadro médico e por conta da rotatividade, a

gente está toda hora com um buraco nas regiões e precisa do profissional, então, além de precisar do profissional para a parte da assistência, ainda tem a questão de que as próprias OSs são penalizadas quando não tem quadro completo”, “porque a mudança desses médicos é muito grande. Eles se formam, eles conseguem o trabalho e quando eles passam em uma residência, eles vão para a residência e deixam esse trabalho. Então existe uma troca muito grande e essa troca é prejudicial. (...) A sensação que eu tenho é que foi criado esse programa por falta de profissionais e por falta de profissionais especialistas. Então se joga em cima de um profissional toda uma carga e se espera que ele faça milagres”, “Eu acho que a grande maioria (dos médicos contratados) é recém-formado que ainda não optou por nada e aí saiu, caiu de paraquedas ali e pensa ‘vou ficar por aqui até que eu entro numa residência`”.

Sobre a qualificação do médico da ESF já em exercício, 100% dos entrevistados referiram existirem cursos e capacitações para esse médico, mas 91,66% dos entrevistados consideram os cursos e capacitações oferecidos insuficientes para a qualificação do médico. As principais razões citadas para a inadequação foram: as capacitações não são sistemáticas, os cursos não são planejados de acordo com as necessidades e realidades locais e os programas que não são voltados para o público médico e nem contam com conteúdos de atualização de condutas médicas, conforme relatam respectivamente os entrevistados C1, C2, C4, B2 e B3: “esses planejamentos são feitos no início do ano, você programa mais ou menos para o ano todo”, “Por exemplo, ela (a SMS) fez agora (um curso) de pré-natal, uma qualificação de pré-natal para no começo do ano para todos (os profissionais), ela não sabe quem é quem não é, pode ser para todos porque o pré-natal estava ruim”, “não existe um programa de qualificação de especialidade voltado aos conteúdos médicos. Mas existe toda uma programação da Educação Permanente que é pensada para o médico, para apresentar para esses profissionais o que é o SUS, né, para ter noções minimamente históricas, né, desse processo da saúde pública, para poder passar as áreas, os programas, né, as áreas temáticas, as linhas de

cuidado. Minimamente, teria de ter uma ideia, onde ele está sendo inserido e como é que funciona aquela unidade, aquele serviço, conhecer essa questão da territorialização, que é fundamental para a Atenção Básica”, “a capacitação vem como uma estratégia da SMS, mas na realidade local eu acredito que não (pensam), pensam de um modo geral num atendimento de consulta de ginecologia obstetrícia, (por exemplo) tentando dar para esse médico tudo, toda experiência de um especialista em um curso breve de capacitação”, “É, o (programa de capacitação) que tem não é específico para o médico da ESF”.

Sobre a participação da OS na qualificação dos médicos da ESF, 18,1% dos entrevistados referiram não ter conhecimento do papel da OS na capacitação e 81,8% dos entrevistados referiram que a OS participa dessa capacitação dos médicos da ESF. Foram mencionadas como forma de participação da OS a participação no PLAMEP (54,6% dos entrevistados), a oferta direta de cursos (27,2% dos entrevistados), o planejamento comum entre OS e SMS de cursos e capacitações (9,1% dos entrevistados) e a oferta de um programa de residência de MFC em parceria entre a SMS e os serviços de saúde (9,1% dos entrevistados, embora esse último exemplo citado tenha sido fornecido com outra OS do município), como ilustram os entrevistados B1 e B3: “Nós temos, na verdade, um planejamento anual. No começo do ano é feito um planejamento de todos os cursos, teoricamente, que deveriam ser feitos durante o ano inteiro. E junto com os cursos que a OS também já promove, que nós fazemos os 2 juntos para não ficar com muito curso. E, como a meta agora diminuiu o número de horas de Educação Continuada, então nós tentamos fazer capacitações mais importantes para tentar diminuir ao máximo a retirada do médico da unidade”, “desse novo contrato, eu não sei, a OS recebe um X anual, parcelado mês a mês e nesse X, claro que a grande parte é para Recursos Humanos, folha de pagamento etc., mas tem que estar dentro disso a Educação Permanente também, eu acho que tem que estar tudo... Quando ela apresenta o Plano de Trabalho dela ela fala ‘Olha eu quero trabalhar nessas, nessas, nessas Unidades, queria fazer X,Y, Z e preciso disso...’, ela

já coloca o preço dela. Entendeu? Eu acho que está incluso (o plano de educação permanente)”.

Sobre a adequação do plano de qualificação do médico da ESF, 70% dos entrevistados o consideram inadequado, 20% o consideram adequado e 10% o consideram parcialmente adequado. As principais razões citadas para inadequação foram: pouca participação do médico nos cursos e capacitações ofertados (citado por 70% dos entrevistados), pouca eficácia dos cursos e capacitações oferecidos nas necessidades do médico já atuante (citado por 20% dos entrevistados) e temas de cursos e capacitações inadequados para as necessidades globais do médico da ESF e voltados apenas para problemas e temas focais (citado por 30% dos entrevistados). A principal razão citada para a pouca participação dos médicos nos cursos e capacitações é a dificuldade de tirar o médico das unidades por conta do cumprimento de metas, conforme ilustram os entrevistados C2, C3, C5, B4, B5, B6 e B7: “Então, na realidade teria que ter mais temas, mas à gente teve que restringir o que a gente queria por causa de tirar o médico da Estratégia porque as OS dificulta a gente tirar os médicos. E assim se eles têm uma meta, mas eu achava que eles tinham que ser mais eficazes”, “Considero, eu acho que seria muito importante (capacitação global do médico da ESF) e acho que a secretaria pensa alguma coisa a respeito, mas ainda... não temos ainda nada assim de específico”, “Agora, como a gente colocou dentro da estratégia da rede, a gente colocou um médico e um enfermeiro como responsável pela saúde do idoso. E aí, a gente teve muito pouco interesse do médico, mesmo ele tendo, assim, havendo já todo um esquema de fluxo proposto e previsto para a participação deles, entendeu? Eu não sei até que ponto a gente consegue definir os limites de cada fator que seja complicador dessa situação, mas a gente tem que fazer uma integração, é um sistema que também pode penalizar mais o profissional por conta da produção, né”, “As unidades não mandam as pessoas justamente pela sobrecarga de trabalho, pela falta da pessoa na unidade, que vai fazer diferença, entendeu? Tudo isso. Agora, com essas novas metas...”, “Vários dos médicos não participam, grande

parte deles não participam. por uma espécie de equívoco sobre metas. Talvez não seja um equívoco mais a forma como é tratada a meta do profissional. Eu penso que existe uma preocupação muito grande com metas de atendimento e pouca (preocupação) com formação”, “Existe uma grade de cursos para capacitação de todos os profissionais de um modo geral e, claro, que para os médicos sim”. “Agora, se esta grade atende às necessidades, eu acho que não. Eu estou falando em relação à saúde da criança. Porque é muito específico”, “É meio complicado, porque a OS é assim: como ele (o médico) tem que cumprir agenda, isso é bem claro para mim, como ele tem que cumprir agenda para você trazer para um treinamento o negócio é muito complicado; e porque se tem a meta, na meta não tem, não tem saída para curso na meta. Eu acho que tem que ter. Tem que ter. Essa hora que ele passou no treinamento aqui eu acho que teria que descontar na meta. Acho não, tenho certeza disso”.

Sobre a participação da SMS na capacitação do médico da ESF, 100% dos entrevistados referiram que a SMS participa da qualificação desse médico através do PLAMEP como descreve o entrevistado B5: “Existe essa grade de atividades ou de cursos programados com antecedência, que nós chamamos de PLAMEP... Esse PLAMEP relaciona todos os cursos, todas as categorias profissionais de um ano para o outro para ser cumprido no ano vigente”.

Sobre a qualificação dos médicos contratados para o exercício das atividades de médico da ESF, 16,6% dos entrevistados consideram os médicos qualificados e 83,4% dos entrevistados não consideram os médicos qualificados para o exercício da função de médico da ESF. As principais razões para a não qualificação dos médicos foram: falta de formação especializada e contratação de médicos recém-formados para o exercício da função, conforme descrevem os entrevistados C2, C3, C4 e B6: “eles (os médicos) não sabiam nem o que eles estavam fazendo, eles mediam PC, peso e altura era essa a consulta de puericultura. Entendeu? É essa a experiência que eu tenho na época que eu trabalhava numa UBS que tinha médico que era ginecologista outro (que era) cardiologista, o outro era

dermatologista, as dermatologistas tinham acabado de sair da residência não tinham absolutamente nenhum interesse, elas quiseram ganhar o dinheiro delas, compraram o carro e foram embora. A sensação que tinha é que eles (os médicos da ESF) eram triadores, porque eles falavam 'para o pediatra, para o ginecologista'. Se ele é Médico de Família como é que ele manda para um ginecologista?', "a maior parte é muito rotativa, porque o médico que está na estratégia é aquele médico que se formou, saiu da faculdade ainda não pegou uma especialidade. (Ele pensa) 'para onde que eu vou, o que eu quero?', então vêm para o mercado, porque médico a gente precisa você sabe, então precisa trabalhar e a gente pega mesmo. Vem, aí toma um folego, vem pegar a mão aqui, eu brinco falo 'vocês vem pegar a mão aqui com a gente', vem fazer uma poupança, porque sai duro (da Faculdade), porque ganha quase que nada, vem pegar uma grana, porque é uma grana boa e aí aprende um pouco a pegar a mão", "a gente vê muitos médicos recém-formados procurar este tipo de emprego. Eu acho que ele (o emprego) aparentemente, ele pode parecer atraente para o recém-formado, talvez em questão de salário, eu acho que existe uma falsa avaliação de que vai ser um trabalho fácil por ser Atenção Básica e na hora que ele se depara com a avalanche de coisas que tem que dar conta, realmente é complicado", "Vários deles (dos médicos), embora a gente trabalhe com essa questão matricial, não se sentem seguros e admitem. Ao admitirem eles estão falando da qualidade da atenção inclusive, eles, entendem que um profissional mais qualificado com formação, para aquela Atenção vai poder conduzir melhor aquele tratamento. Então isso tem que ser absolutamente respeitado, isso é legítimo no profissional. "Então penso que boa parte dos profissionais generalistas não estão muito preparados para essa Atenção em Saúde Mental".

Sobre sugestões para melhorar a qualificação dos médicos já contratados, 25% dos entrevistados sugerem a contratação somente de médicos especialistas para o cargo, sem, porém oferecer soluções para falta de candidatos com esse perfil às vagas, 8,3% sugerem matriciamento com profissionais especialistas de diversas áreas, no mesmo formato da Saúde

Mental, 8,3% sugerem a estruturação de programas de residência de MFC em serviço conforme modelo existente em outros estados e 58,3% sugerem a manutenção da capacitação como formato de qualificação, associada à adoção de estratégias que melhorem a qualidade desses cursos e capacitações e a participação dos médicos neles. Entre as estratégias citadas estão a tentativa de diminuir a rotatividade no cargo de MFC, a reavaliação crítica das metas de produção e sua relação com a baixa adesão dos médicos na qualificação e o trabalho continuado com os limites locais da qualificação médica para criar soluções loco-regionais, mais compatíveis com a realidade de cada serviço.

DISCUSSÃO

O trabalho médico foi analisado através das dimensões da atenção à saúde e da gestão. A discussão abaixo será apresentada em relação a essas dimensões.

DIMENSÃO DA GESTÃO

Seleção e contratação do médico para ESF:

A seleção do médico para a ESF é realizada exclusivamente pela OS e, apesar da falta crônica de médicos no cargo, o processo de recrutamento de médicos é predominantemente passivo, ou seja, depende do candidato ao cargo procurar pela vaga. A participação da SMS nesse processo é mínima através da divulgação das vagas disponíveis no seu portal *on-line*. Os entrevistados da SMS, OS e os gestores locais consideram que a atribuição da realização da seleção dos médicos ser da OS é adequado, porém, entrevistados de OS e SMS apontam a ineficácia da seleção no preenchimento adequado das vagas.

O contrato de gestão (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015) a ser executado a partir de 2016 também dispõe sobre a não contratação de equipe plena de médicos: “A não manutenção da equipe mínima estabelecida para os serviços desse Contrato de Gestão implicará no desconto do valor de pessoal e reflexo correspondente aos profissionais não contratados pela Organização Social”. Para a equipe mínima estabelecida contratualmente para as UBSs com ESF, o total de médicos corresponde ao número de equipes da UBS, ou seja, no caso de uma UBS com 6 equipes, a equipe mínima seriam 6 médicos. Punir a OS financeiramente pela não contratação de médicos foi a providência adotada pela SMS no novo contrato de gestão frente à crônica falta de médicos na ESF, apesar da escassez de médicos para a execução dessa função no mercado de trabalho ter sido apontada por todos os entrevistados de SMS e OS. Assim, a medida punitiva pode ser válida como instrumento de regulação de cumprimento contratual, mas, dada a situação mercadológica em relação à disponibilidade no mercado do Médico de Família e Comunidade (MFC) e a alta rotatividade no cargo de médicos não especialistas, provavelmente será ineficaz no objetivo final de manter equipe plena contratada.

Segundo pesquisa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) (IPEA, 2014), a falta de médicos é o principal problema do Sistema Único de Saúde na percepção dos usuários: das 2773 pessoas ouvidas em todas as regiões do país, 57,9% dos entrevistados que usaram ou acompanharam familiares para atendimento no sistema público de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa apontaram a falta de médicos como o problema mais grave do SUS.

A exigência apenas da graduação em medicina para a seleção do médico da ESF é um limite reconhecido por todos os níveis de gestão para o preenchimento das vagas com profissionais que tenham perfil e competência técnica para exercê-la, e a falta de médicos especializados no mercado de trabalho brasileiro é considerada a principal razão para esse problema. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBFMC) realiza

a titulação do Médico de Família e Comunidade (MFC) através de um concurso reconhecido pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); dados da SBMFC evidenciam que o país conta com cerca de 33.000 equipes de ESF e apenas 3.500 médicos de família e comunidade titulados. O perfil dos médicos no exercício do cargo, predominantemente jovem, com pouco tempo de formação e contratação, bem como não especializados em APS, refletem esse limite de seleção do MFC.

O programa *Mais Médico (PMM)* também considera o problema da formação de especialistas em APS: “o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS; (...) através do desenvolvimento de seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica” (GOVERNO FEDERAL, 2015), sem, entretanto, especificar a forma de criação dessas vagas de residência e a estratégia para sua ocupação plena.

A SBMFC também aponta a insuficiência na oferta de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade em relação à necessidade da federação, bem como a baixa taxa de ocupação das vagas existentes, e apresenta alternativas para o gerenciamento dessa questão: “Baseando-se nas evidências nacionais e internacionais no que diz respeito à formação médica voltada para as necessidades do sistema de saúde e em última instância também da população, a SBMFC faz as seguintes recomendações (...): 1) Tornar a residência médica condição necessária ao exercício da profissão; 2) Estabelecer um mínimo de 40% de todas as vagas de ingresso (R1) para Medicina de Família e Comunidade; 3) Estabelecer a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) como órgão responsável em determinar a distribuição de vagas de residência em todas as

especialidades” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).

Regulação do trabalho do médico na ESF

Sobre a regulação do trabalho do médico da ESF, foram identificados dois mecanismos/instrumentos principais de controle institucional: metas de produção e revisão de prontuários. Desses, o que se apresenta como um limite ao trabalho do médico da ESF, tanto por parte da OS quanto da SMS, é o controle de produção de metas numéricas sobre os atendimentos em consultório. A determinação dessa meta não teve a pactuação dos diversos atores envolvidos na produção da saúde, mas se apresentou de forma contratual como condição *sine qua non* ao cumprimento do contrato, vinculada, inclusive, ao repasse financeiro que sustenta o funcionamento da OS a partir do novo contrato que entrará em vigência em 2016.

Calculou-se a meta de consultas a partir da diretriz de agenda já apresentada, conforme discriminado no quadro abaixo, acrescentando-se a última coluna e última linha relacionada às metas:

Quadro 3: Diretriz de SMS para agenda e metas de consultas do médico na ESF.

ESF				MÊS
MÉDICO GENERALISTA	40 horas	% carga horária	horas semanais	Metas / Mês
Consulta	Acesso (30% a 40%)	70%	28 h	440
	Cuidado continuado (50% a 65%)			
	Consulta compartilhada (1 hora)			
	Reserva Técnica (5% a 10%)			
Visita Domiciliar		7,50%	3 h	16
Atividade educativa/grupo específico/orientação em grupo		5%	2 h	
Reunião de equipe		12,50%	5 h	
Reunião Técnica /Administrativo/Planejamento/Educ. Permanente		5%	2 h	
<p style="text-align: center;">Consultas: 27 (hs) x 4 (pacientes por hora) = 108 x 4 (semanas) = 432 + 08 (compartilhadas – 2/hora) = 440</p>				

Do número de horas semanais previstos em consultório para atendimento de consultas, multiplicou-se por 4 (referente ao número de atendimentos por hora), com exceção da 1 hora semanal para consulta compartilhada, na qual se agendam apenas 2 pacientes (um a cada 30 minutos), e esse valor final, 440 consultas, corresponde a meta total do profissional.

O Contrato de gestão dispõe sobre o cumprimento das metas conforme descrito a seguir:

“Mediante resultado de avaliação de desempenho, de acordo com parâmetros definidos pelo item 10 deste contrato de gestão, poderão ser aplicados os seguintes descontos:

- a) Desconto proporcional à não manutenção da equipe mínima
- b) Desconto proporcional ao não cumprimento das metas de produção assistencial
- c) Desconto proporcional ao não cumprimento das metas de qualidade”

“Contrato de gestão, item 10: Parâmetros para transferências de recursos em função da avaliação de desempenho:

- o cumprimento de 85% ou mais das metas de produção assistencial não implicará em desconto;
- o não cumprimento de, no mínimo, 85% das metas assistenciais implicará em desconto de 10 % sobre a proporção da respectiva linha de serviço”.

As metas quantitativas entram em vigor apenas no contrato de gestão mais atual, a ser executado a partir de 2016. No que tange ao trabalho do médico, avalia-se a execução do pré-natal e os prontuários médicos. A execução do pré-natal é avaliada como adequada quando forem realizadas, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, 1 consulta de puerpério e os exames laboratoriais de 1º e 3º trimestre pelo protocolo do município de São Paulo. Todos os pré-natais que se encerraram no trimestre da avaliação são avaliados e essa meta qualitativa é considerada cumprida quando 75% ou mais dos pré-natais apresentam adequação em todos os itens. Quanto aos prontuários médicos, são avaliados 10 prontuários por médico, sorteados

aleatoriamente de acordo com o relatório de produção, anualmente. Para ser considerado adequado, o prontuário deve ter identificação do paciente, descrição de exame físico realizado, descrição de hipótese diagnóstica, letra legível e identificação com assinatura do profissional responsável pela consulta. Vale ressaltar que a avaliação é técnica e não é avaliado o conteúdo desses itens, mas apenas a presença ou ausência dos mesmos. Quando 90% ou mais dos prontuários estão adequados em todos os itens avaliados essa meta qualitativa é cumprida.

Acerca da meta assistencial de consultas, considera-se, como já exposto, 440 consultas por mês como uma “meta cheia”, da qual se aceita, para o cumprimento do contrato de gestão, 85% do seu total. Essa meta não é cobrada de forma individualizada pelo contrato de gestão, mas por unidade de saúde: a soma das metas de todos os médicos de uma UBS. Assim, em uma UBS com 6 equipes, a “meta cheia” é $440 \times 6 = 2640$ consultas e o contrato de gestão aceita o cumprimento mínimo de 2244 (85%) para aquela unidade de saúde. Não se consideram ausências dos profissionais (como férias e licenças médicas), nem ausências dos pacientes (como absenteísmo), nem variações do número de dias úteis no mês (que pode variar de 17 – em um mês curto como fevereiro acrescido de um feriado de carnaval, até 22 - em um mês longo como março sem previsão de feriados), nem possíveis ausências do profissional para capacitações. Considera-se que o intervalo de 15% corresponde à flexibilização de quaisquer eventualidades que tiraria o médico do consultório. Podemos calcular que basta 1 profissional de férias para que a meta assistencial fique inexecutável para uma unidade de 6 equipes, o que vai acontecer nessa unidade 6 de 12 meses no ano.

Dessa forma, não é surpreendente que 75% dos médicos, 81,8% dos gestores locais, 100% dos gestores da OS consideram as metas de produção dos médicos inadequadas. Surpreendente são os gestores da SMS, profissionais diretamente ou indiretamente ligados ao trabalho do médico da APS, que, em sua maioria (83,3% dos entrevistados), não sabem referir a meta de consultas ou como ela é calculada exatamente, sendo a

meta o principal mecanismo de regulação do trabalho do médico da ESF. Mais uma vez, podemos inferir que as metas, assim como a diretriz de agenda, são idealizadas por esferas da gestão distantes e com pouco diálogo em relação às realidades locais.

Segundo BARBOSA (2010), “dentro do processo de contratualização das OS, o papel do contrato de gestão é o de estabelecer objetivos, metas e indicadores que deverão ser observados na avaliação de desempenho destas organizações, além de estabelecer responsabilidades do contratante quanto a compromissos assumidos frente à transferência de recursos financeiros e à cooperação técnica necessários à consecução dos resultados esperados” (BARBOSA e ELIAS, 2010). Assim, os contratos de gestão são instrumentos importantes para a estruturação da relação público – privada e, “ao definir os objetivos e metas a serem alcançados pelo contratado, se estabelece a direcionalidade dos processos de trabalho para as partes envolvidas na contratualização; mas pode-se gerar o problema de institucionalização do sistema de metas como objetivo autorreferido³”. Ou, como colocou um gestor da SMS entrevistado: “eu acho que (a meta) é uma forma adequada para ver se aquele serviço contratado está sendo prestado, não para a avaliação do médico”. Ao estabelecer-se a meta numérica quantitativa de consultas como principal parâmetro de avaliação do trabalho do médico, bem como parâmetro importante na regulação do contrato de gestão entre OS e SMS, logicamente se direciona a agenda desse profissional para o cumprimento dessa meta e corre-se o risco de negligenciar toda a gama de atividades que se atribui como função do médico da ESF. Como ilustra BARBOSA (2010), “no caso das OSS, o cumprimento do acordado é condição para manutenção do vínculo contratual; neste sentido, a observância do pacto firmado orienta todo esforço de organização do processo gerencial, incidindo sobre a capacidade produtiva destas unidades” (BARBOSA e ELIAS, 2010).

QUALIFICAÇÃO

Um limite para a qualificação do médico é a contratação do profissional especializado, como já apresentado. Todos os entrevistados da gestão OS e SMS consideram a especialização importante para o exercício do cargo de médico da ESF, mas chama a atenção a variação de especialidade desejáveis pelos diferentes níveis de gestão: na OS, 100% dos entrevistados citam a MFC como especialidade desejável, enquanto na gestão SMS apenas 25% dos entrevistados citam essa especialidade. Uma possível razão para essa discrepância é a falta de tradição de formação de generalistas pelas escolas médicas, como discorre GIOVANELLA (2014): “além de ser baixo o reconhecimento dos profissionais de APS pelos especialistas, somente em 2002 a MFC foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, iniciando a fomentação da abertura de cursos de residência” (GIOVANELLA et al, 2014). Assim, a especialidade é pouco difundida entre membros da gestão da SMS, que são mais antigos no exercício das suas funções e distribuídos em áreas técnicas, naturalmente com formação acadêmica direcionada para essas áreas, resultando em desejarem como especialização principalmente clínica médica, pediatria ou ginecologia e obstetrícia, remetendo a organização da APS anterior a reestruturação orientada para ESF.

Ainda sobre o limite da qualificação do médico para o exercício do cargo de médico da ESF, a maior parte dos gestores locais só consideram todos ou a maioria dos médicos qualificados para a realização de consultas, visitas domiciliares e ações multiprofissionais, como já apresentado anteriormente. Já na gestão, 100% dos entrevistados da OS e 83,4% dos entrevistados da SMS consideram o perfil de qualificação dos médicos contratados inadequado para o exercício da função de médico da ESF. Dada a situação mercadológica de contratação do médico especialista na função já apresentada, uma alternativa viável de trabalhar esse limite seria um programa continuado e regular de qualificação em serviço. Para tanto, se faz necessário a disposição de tempo na agenda do médico para sua

qualificação sistemática. Como já foi apresentado na discussão da agenda semanal, ela determina apenas 2 horas semanais, pré-estabelecidas com 100 dias de antecedência, para a realização de reuniões técnicas, trabalhos administrativos, planejamentos e educação permanente. Uma vez que os outros horários da agenda estão preenchidos com consultas agendadas com a mesma antecedência de 100 dias e as metas contratuais não consideram a saída do profissional para capacitações dentro do horário de consulta, para que esse tempo de capacitação seja ofertado ao médico de forma sistemática, é necessário que ele abra mão da realização de reuniões técnicas, trabalho administrativo e planejamentos na semana em que avarer participar de uma capacitação (o que pode ser inviável no cumprimento das suas obrigações com a assistência), bem como é necessário que a capacitação que ele vai participar ocupe exclusivamente as 2hs já pré-determinadas no desenho da agenda, não necessariamente de forma consecutiva.

Assim, também não é surpreendente que 29,2% dos médicos referem desconhecer a diretriz de agenda no que tange a capacitações, 50% dos médicos refere que esse tempo não é cumprido na sua agenda semanal e 81,8% dos gestores locais consideram o tempo destinado à qualificação do médico inadequado ou insuficiente. Como resume um entrevistado da SMS: “Eu penso que existe uma preocupação muito grande com metas de atendimento e pouca (preocupação) com formação”.

O Plano Municipal de Educação Permanente (PLAMEP), principal programa vigente de qualificação do médico já em exercício, foi considerado inadequado por 70% dos entrevistados da gestão da SMS e 100% dos entrevistados da gestão da OS. A principal razão da inadequação do programa é a de que as capacitações e cursos disponíveis na rede não são sistemáticos e na maior parte das vezes são inadequadas para as necessidades dos médicos da ESF. Além da baixa participação dos médicos da ESF nas qualificações, por questões de meta e agenda, apenas 29,2% dos médicos e 27,3% dos gerentes consideram os cursos e capacitações oferecidos adequados. FEUERWERKER (2000) discorre sobre o limite da

capacitação do médico da ESF: “O problema mais importante que a estratégia enfrenta para sua consolidação e ampliação está na área dos recursos humanos. Não há profissionais formados com o perfil, competências e habilidades necessárias. Muitas tentativas e erros são necessários para se chegar a uma equipe com conformação equilibrada. Verdade que existem os cursos introdutórios, programas de capacitação permanente. São ferramentas úteis para trabalhar a transformação do pessoal que já está formado e na praça. Mas precisam ser multiplicadas rapidamente. E mais, é preciso mudar a formação já na graduação porque em médio prazo não faz sentido "continuar formando torto para depois desentortar” (FEUERWERKER, 2000).

Em nível local, a revisão de prontuários poderia se apresentar como um instrumento eficaz tanto de regulação quanto de qualificação do médico, mas a sua realização em formato de *check-list* sem avaliação de conteúdo e sem discussão e qualificação de resultados apresenta esse instrumento de gestão novamente apenas como regulador do contrato, e não como regulador do trabalho do médico.

Estratégias de aprimoramento do profissional já em exercício estão em andamento no âmbito federal, como a Universidade Aberta do SUS (UnASUS), que oferece um curso semipresencial de pós graduação de *Saúde da Família* de duração de 12 meses para o profissional do SUS. Entretanto, com o programa *Mais Médicos*, essas vagas foram quase que em sua totalidade direcionadas para os médicos do programa, que, contraditoriamente, não são fixos do serviço, perpetuando o déficit de profissionais devidamente capacitados em exercício longitudinal na APS.

DIMENSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE:

O trabalho do médico na ESF

Na dimensão de Atenção à Saúde, observamos que o planejamento da gestão sobre o processo de trabalho do médico é principalmente direcionado ao cumprimento das metas estabelecidas pelo contrato de gestão em detrimento das necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades locais. As ações de saúde a serem realizadas pelo médico da equipe de ESF diferentes de consultas ficam prejudicadas no processo de trabalho, que favorece principalmente a realização de consultas em consultório em detrimento das diversas outras ações citadas na PNAB e cadernos de AB. Dessa forma, o processo de trabalho não se adequa, ou, no caso de algumas ações de saúde, até impossibilitam o cumprimento a contento da PNAB na ESF. O planejamento local fica desvinculado das necessidades de saúde locais, remetendo a uma prática de saúde pública tradicional e fragmentada.

As principais ações a serem realizadas pelo médico da ESF de acordo com a PNAB através dos cadernos de AB e ESF são dez: consulta, planejamento da prática clínica, ações educativas, ações de vigilância à saúde, ações de coordenação do cuidado do indivíduo na rede de atenção à saúde, ações de matriciamento em saúde, visitas e consultas domiciliares, ações multiprofissionais (consultas e grupos compartilhados, planejamento em equipe...), ações intersetoriais (em escolas, ONGs,...) e ações de participação social. Dessas dez, mais de 80% dos médicos referem realizar sete, exceto apenas *ações educativas* (62,5% dos médicos referem realizar), *ações intersetoriais* (12,5% referem realizar) e *ações de participação social* (apenas 4,2% dos médicos referem realizar). O principal motivo para não realização das atividades citado pelos médicos é ausência de tempo destinado a essas atividades na agenda semanal. Os gestores locais também apontam para a não realização dessas mesmas três atividades pela maioria dos médicos, mas referem que apenas três das atividades listadas

são realizadas pela maioria dos médicos (*consultas, ações de matriciamento e visitas domiciliares*), divergente de sete, como referem os médicos. As quatro ações a que a maioria dos médicos referem realizar e os gerentes referem que a minoria dos médicos realizam são: *planejamento da prática clínica, ações e vigilância em saúde coordenação do cuidado* respectivamente 45,5%, 54,6%, 45,5%.

Também há divergência entre gestores locais e médicos em relação à qualificação dos médicos para a realização das atividades para sua função; enquanto mais de 85% dos médicos se consideram qualificados ou muito qualificados para a realização das ações (com exceção de matriciamento, para o qual 70,8% dos médicos se consideram qualificados), os gestores locais não consideram todos ou a maioria dos médicos qualificados para essas ações, como podemos observar no quadro abaixo:

Quadro 4: Percepção dos Gerentes e Médicos sobre a Realização de Ações de Saúde e Qualificação Médica na ESF, em percentuais.

ATIVIDADES	Realização da ação		Qualificação	
	Médico	Gestor local	Médico	Gestor local
	realiza	todos/ a maioria realiza	qualificado	todos/ a maioria é qualificada
Consulta	100,00%	100,00%	87,50%	63,70%
Planejamento da prática clínica	87,50%	45,50%	85,50%	27,30%
Ações educativas	52,50%	27,30%	86,70%	54,60%
Vigilância à saúde	87,50%	54,60%	85,70%	54,60%
Coordenação do cuidado	79,20%	54,60%	94,70%	54,60%
Matriciamento em saúde	100,00%	90,00%	70,80%	45,50%
Visitas e consultas domiciliares	100,00%	100,00%	95,80%	72,70%
Ações multiprofissionais	79,20%	72,80%	100,00%	72,70%
Ações intersetoriais	12,50%	0,00%	86,70%	54,60%
Ações de participação social	4,20%	0,00%	100,00%	27,30%

Podemos aventar hipóteses para explicar a diferença da percepção entre médicos e os gestores acerca das atividades realizadas rotineiramente

e da qualificação para a sua realização. Uma consideração possível diz respeito ao universo dos respondentes da categoria médica. Temos 40% de taxa de respostas em relação ao universo total de médicos contratados e os respondentes que se descrevem como especialistas em Saúde da Família são a maioria (55,6%), enquanto dados do RH relatam que apenas 12,6% do total de médicos contratados apresentaram essa documentação para a OS. Dado que a OS considera fidedigno, uma vez que a especialização comprovada implica em um acréscimo salarial previsto no plano de carreira. Assim, todos ou a maior parte dos médicos especialistas em Saúde da Família responderam ao questionário, criando um viés no universo dos respondentes em relação ao universo total de médicos contratados. Aventamos a hipótese, portanto, de que os médicos especializados em Saúde da Família de fato estão aptos a realizar as atividades previstas pela PNAB e são qualificados para sua execução, mas eles correspondem à maioria dos respondentes e a minoria do universo total.

Outro possível viés é a visão popular da APS como um serviço de baixa complexidade técnica. Antes da estruturação do SUS a partir da constituição de 1988, as Unidades Básicas de Saúde se estruturavam pelas ações mínimas proposta pela declaração de Alma Ata: “educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978) Assim, a visão de que a prática médica na APS é uma prática de baixa complexidade clínica é difundida na sabedoria popular e o médico pode erroneamente se entender pronto para essa prática por considerá-la simples, sem aventar uma necessidade de formação complementar. A não exigência de formação

especializada na seleção para o cargo de médico da ESF, mesmo que gerada por questões mercadológicas, reforça a visão de baixa complexidade da função. A universidade também corrobora com essa visão equivocada em relação à APS, formando seus alunos principalmente em ambiente hospitalar de alta complexidade e dedicando pouco tempo à medicina ambulatorial nas comunidades, como descreve MARTINS (2006): “Os hospitais universitários brasileiros (...) estão se tornando hospitais de alta complexidade. O ensino de graduação não pode mais ser baseado exclusivamente ou principalmente nas enfermarias desses hospitais. A diversificação dos cenários de aprendizagem é urgente, incluindo treinamento junto à comunidade, em unidades básicas de saúde (...)”.

Quanto à gestão do processo de trabalho do médico, uma importante razão de insatisfação dos médicos é a diretriz de agenda médica da ESF. Essa diretriz é um desenho esquemático da agenda realizado pela SMS e repassado às OS através das coordenadorias e supervisões de saúde de cada região, a serem cumpridas com o mesmo formato independente das realidades locais. Apesar de denominada *Diretriz*, conceito que subentende “norma, indicação ou instrução que serve de orientação” (definição do dicionário Aurélio da língua portuguesa), a construção das agendas é determinada, na realidade, como uma regra, um desenho fixo ao qual não cabem ajustes ou extrapolações orientadas pelas realidades locais.

Médicos, gestores locais, gestores da OS e gestores da SMS apontam insatisfação com o modelo de estruturação da agenda semanal do médico. Podemos observar a diretriz de agenda no quadro esquemático abaixo:

Quadro 5: Diretriz de SMS para a distribuição do tempo na agenda do médico na ESF.

MÉDICO ESF	40 horas	% carga horária	horas semanais
Consulta	Acesso (30% a 40%)	70%	28 h
	Cuidado continuado (50% a 65%)		
	Consulta compartilhada (1 hora)		
	Reserva Técnica (5% a 10%)		
Visita Domiciliar		7,50%	3 h
Atividade educativa/grupo específico/orientação em grupo		5%	2 h
Reunião de equipe		12,50%	5 h
Reunião Técnica /Administrativo/Planejamento/Educ. Permanente		5%	2 h

Essas atividades a serem executadas pelo médico da ESF ficam estruturadas em uma agenda disponível em um sistema on-line que pode ser visualizado tanto pela UBS como pela gestão da OS e SMS. As atividades são distribuídas em um desenho fixo, sempre mantendo 100 dias de atividades disponíveis no sistema a partir da data atual. Assim, a agenda fica “engessada” com a maior parte dos horários ocupados com consultas médicas em consultório a cada 15 minutos. Podemos ver que as atividades de consulta, matriciamento em saúde (previsto na diretriz na forma de 1h semanal de consulta compartilhada) e visitas domiciliares são as 3 atividades que tantos médicos como gerentes referem a realização rotineira e, não coincidentemente, são as atividades que tem tempo garantido na agenda semanal e meta regulatória sobre o desempenho da atividade.

Podemos observar a insatisfação tanto dos médicos como dos gestores, relacionado com as ações a serem executadas, com a estrutura da agenda semanal no quadro abaixo:

Quadro 4: Percepção da Inadequação na distribuição do tempo na agenda semanal dos Médicos da ESF, para realização das Ações de Saúde previstas na PNAB, pelo Médicos e Gerentes das UBS, em Percentuais.

ATIVIDADES	Tempo na agenda semanal	
	Médico	Gestor local
	Consideram inadequado	
Consulta	58,00%	54,50%
Planejamento da prática clínica	71,50%	81,90%
Ações educativas	80,00%	63,90%
Vigilância à saúde	71,50%	72,70%
Coordenação do cuidado	68,40%	45,50%
Matriciamento em saúde	45,80%	45,50%
Visitas e consultas domiciliares	54,20%	54,60%
Ações multiprofissionais	52,60%	54,60%
Ações intersetoriais	80,00%	90,90%
Ações de participação social	100,00%	95,50%

Chama a atenção que a diretriz determina apenas 2 horas semanais, pré-estabelecidas com 100 dias de antecedência, para a realização de reuniões técnicas, trabalhos administrativos, planejamentos e educação permanente. Vale ressaltar que, a despeito da insatisfação com a estruturação da agenda, 66,6% dos médicos e 90,9% dos gestores locais referem não ter autonomia para o seu manejo. Nas entrevistas com a gestão da OS, evidencia-se que a questão já foi levada à gestão SMS sem sucesso para reavaliação da diretriz. Pode-se também observar que nas entrevistas com os gestores da SMS apenas 8,3% dos entrevistados consideram a diretriz de agenda totalmente adequada, sugerindo que essa estrutura é determinada em esferas da gestão absolutamente distantes das realidades locais. Como reforça Giovanella et al²⁴, “o fortalecimento de uma administração vertical, fazem as decisões, normas ou informações

atravessarem instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritária”.

Pode-se observar nas entrevistas com os gestores da SMS uma extensa lista de atividades e programas que são atribuídas à função do médico da ESF. As atividades citadas por esses gestores vão além das 10 principais atividades da PNAB selecionadas como variáveis na coleta de dados dessa pesquisa. Pode-se aventar que é provável que a estrutura organizacional da gestão da SMS, dividida em áreas técnicas - em especial no que tangem as demandas enviadas a APS - favoreça um processo de trabalho do médico da ESF fragmentado, que atende às demandas de diversos departamentos técnicos não integrados entre si. Às áreas técnicas ainda sobrepõe-se os programas especiais, que também solicitam do médico e das equipes da ESF diversas atividades não previstas em suas agendas semanais. Cobra-se da ESF uma produção de atenção integral à saúde, mas organiza-se sua gestão de forma fragmentada, como bem ilustra GIOVANELLA: “os programas especiais (...) são dezenas, quase um para cada doença considerada relevante ou grupo populacional reconhecido como prioritário. É uma pulverização de recursos e atividades, nem sempre com objetivos bem definidos, propiciando conflitos desnecessários nas instituições (...) diante da dificuldade de integração com outras atividades do serviço de saúde. Assim, tem-se o programa de AIDS, Hipertensão e diabetes), tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador, saúde do homem etc. É como se a mulher não fosse adulta nem trabalhadora ou como se adolescentes e idosos não tivessem sexo. E, na medida em que muitos desses grupos estão sujeitos à violência, transtornos mentais ou outros transtornos, reproduzem-se interseções ou superposições entre os programas, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades. No caso da política nacional de saúde do homem, chega-se ao ponto de delimitar tal condição de gênero até os 59 anos, de modo que, a partir dessa idade, os indivíduos poderão ser considerados idosos” (GIOVANELLA et al, 2014).

Conclusão

O médico da ESF tem uma grande potencialidade de trabalhar os princípios do SUS na Atenção Primária e a PNAB traz conceitos integrais de atenção à saúde para a consolidação desse modelo de orientação da APS, entretanto, o trabalho do médico está limitado por questões de formação e capacitação, mercadológicas, de regulação e gerenciais.

A seleção de médicos qualificados para o exercício pleno na ESF limita-se pela escassa disponibilidade do especialista em Saúde da Família no mercado de trabalho. A disponibilidade desse profissional no mercado, por sua vez, limita-se pela formação do curso de bacharelado médico, que prioriza a formação em enfermarias, urgência/emergência e especialidades focais em detrimento de formação ambulatorial generalista em unidades básicas do SUS. Além do bacharelado médico, também a pós-graduação na formação *padrão ouro* para a especialidade, a residência de Medicina de Família e Comunidade, limita-se pela baixa oferta de vagas e baixa taxa de ocupação das vagas existentes. Faz-se necessário o planejamento e execução de políticas públicas que visem a formação adequada de um contingente de médicos para a APS, já que trabalhar esse limite não está na governabilidade da SMS ou da OS. Atualmente o programa “Mais Médicos” trabalha esta questão, mas ainda se encontra na execução da fase emergencial (provisão de médicos) e apenas na fase de planejamento de longo prazo, com expectativa de geração de vagas de pós-graduação condizentes com a demanda do país. Como possibilidade de qualificação do médico já em exercício, seria desejável a institucionalização na gestão do SUS de atividades de formação para os médicos da rede a semelhança das realizadas pelo Programa Mais Médicos.

A capacitação do médico já em exercício na ESF se apresenta como uma estratégia viável, se não ideal, para a adequação da formação desse profissional voltada para a execução da PNAB na ESF, mas ela limita-se pela gestão do plano de capacitação da SMS, fragmentado e desconectado

das necessidades locais, e pelo contrato de gestão entre OS e SMS, que, ao definir metas numéricas de consultas como único parâmetro de regulação do trabalho do médico, direciona a gestão do seu trabalho, principalmente através da distribuição das atividades a serem executadas na agenda semanal, priorizando consulta em detrimento de outras ações e atividades, dentre elas a capacitação.

Como outra possibilidade de qualificação do médico da ESF, tem-se a institucionalização de um plano de carreiras e salários progressivo, tal como ocorre com o servidor público, que estimula a qualificação e a permanência em longo prazo no serviço, esse sim, definido em nível central para todas as OSS.

A gestão da APS através de contratos público-privado é uma alternativa de gestão de serviços que apresenta potencialidades para o funcionamento do SUS, como a agilidade na contratação e reposição de RH e maior eficiência gerencial, porém, o contrato deve ser estruturado de forma a contemplar as necessidades de todas as partes envolvidas na prestação do serviço: equipes de saúde, gestores locais, OS e SMS. O atual formato de contrato de gestão, formulado por níveis centrais da SMS, com todas decisões sendo tomadas também em níveis centrais da SMS é incompatível com o modelo de descentralização e regionalização da gestão do SUS; efetivamente ocorre uma desconcentração das atividades, mas todas as decisões permanecem centrais. O mecanismo de planejamento se apresenta na prática como normativo, como considera a OPS, “com sujeito e objeto independentes; o sujeito que planeja é único e situa-se fora e acima da realidade; aplica um conhecimento da realidade através do diagnóstico científico onde a verdade é única e objetiva; (...) nega e negligencia a questão do poder” (MATTOS, 1993), ao contrário de estratégico, no qual “o sujeito que planeja faz parte da realidade juntamente com outros atores; admite-se que não há uma realidade única estática; (...) admite-se que não há neutralidade e que o planejamento tem uma dimensão política, além da dimensão técnica; reconhece e trabalha com o conflito e relações de poder” (MATTOS, 1993). A possibilidade de direcionar o trabalho do médico para as

comunidades, serviços de saúde e realidades locais, ao invés de priorizar as ações de saúde centrada no indivíduo, como consultas individuais, poderia favorecer o funcionamento em rede do sistema de saúde e o cumprimento dos princípios do SUS.

Faz-se necessário uma reavaliação dos contratos de gestão, de maneira inclusiva com as equipes e serviços de saúde, bem como os gestores locais e das OS, de forma a contemplar a operacionalização das diferentes funções a serem executadas pelo médico previstas pela PNAB, bem como de forma a minimizar as contradições da execução de uma política de estado permeada de mecanismos em que prevalecem as demandas de mercado.

Por fim, também apontamos como possibilidade para o fortalecimento da PNAB no SUS, a institucionalização de campanha de comunicação de massa visando informar e formar opinião da população em relação ao sistema de saúde, à ESF e a atuação do Médico de Família e Comunidade, exaltando seus benefícios para o Sistema e a Saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 31 out 2014]; 24(8):1727-1742. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en.

Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2010 [acesso em 6 dez 2015];15(5):2483-2495. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023&lng=en.

Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. Ciênc Saúde Col [periódico na internet]. 2006 [acesso em 18 out 2014];11(3):725-731. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300019&lng=pt.

Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família [tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Carneiro Junior N, Nascimento VB, Costa IMCI. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. Saude Soc [periódico na internet]. 2011 [acesso em 24 set 2014];20(4): 971-979. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400014&lng=pt

Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primária, Alma-Ata, Casaquistão, URSS, 12 set. 1978.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica [periódico na internet]. 2007 [acesso em 21 set 2014];21(2-3):164-176. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt

Feuerwerker LCM, Almeida M. O Programa de Saúde da Família e o direito à saúde. Olho mágico. 2000;6(22): 22-26.

Fleury S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. Cien Saude Coletiva. 2009;4(3):743-52.

Gérvias J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol [periodico na internet]. 2006 [acesso em 21 set 2014];9(3): 389-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000300014&lng=en

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 [acesso em 21 set 2014];22(5): 951-963. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102

Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

Godoy AS. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. Rev Admin Empresas. 1995;35(3):20-29.

Governo do Estado de São Paulo. Portal da Transparência Estadual. Organizações Sociais [acesso em 28 ago 2014]. Disponível em: <http://www.transparencia.sp.gov.br/organizacoes.html>

Governo Federal. Programa Mais Médicos [homepage na internet]. Mais Médicos. Conheça o Programa. Brasília (DF) [acesso em 18 dez 2015]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IPEA-Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) [monografia na internet]. Brasília (DF); 2014 [acesso em 28 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>

Martins MA. Ensino médico. Rev Ass Med Bras [periódico na internet]. 2006 [acesso em 5 dez 2015];52(5): 282-282.

Mattos RA. O processo de construção conceitual do método CENDES/OPS. Rio de Janeiro: UERJ/MS; 1993. 40p.

McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Condensado de Informações. Cidade Ademar / Capela do Socorro. Versão V512, março 2014. [acesso em 28 ago 2014] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília (DF); 2000. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, 1) [acesso em 28 ago 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.

OS-Santa Catarina [homepage na internet] Conheça nossos serviços: Rede de Atenção Básica [acesso em 14 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ossantacatarina.org.br>

Prefeitura Municipal de São Paulo. Equipamentos de Saúde do CNES - Município de São Paulo. [homepage na internet]. [acesso em 12 jan 2016]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/cnes/equip.def>

Prefeitura Municipal de São Paulo. Informações Socioambientais e Geoprocessamento. [homepage na internet]. [acesso em 12 dez 2014] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_socioambientais/index.php?p=8452

Prefeitura Municipal de São Paulo. Subprefeitura de Cidade Ademar. [homepage na internet]. [acesso em 14 ago 2014] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/cidade_ademar/historico/index.php?p=47

Prefeitura Municipal de São Paulo, Sumários de dados 2004. Cidade Ademar: região Sul. [acesso em 28 ago 2014]. Disponível em:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/governo/sumario_dados/ZS_CIDADE_ADEMAR_Caderno11.pdf

Prefeitura Municipal de São Paulo. Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar: contrato de gestão n. R17/2015-SMS/NTCSS. PA 2014-0.321.793-5. São Paulo; 2015. [36]p.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [homepage na internet]. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ante aos Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional que visam alterar a Lei nº 12.871/2013 [acesso em 18 dez 2015]. Disponível em:

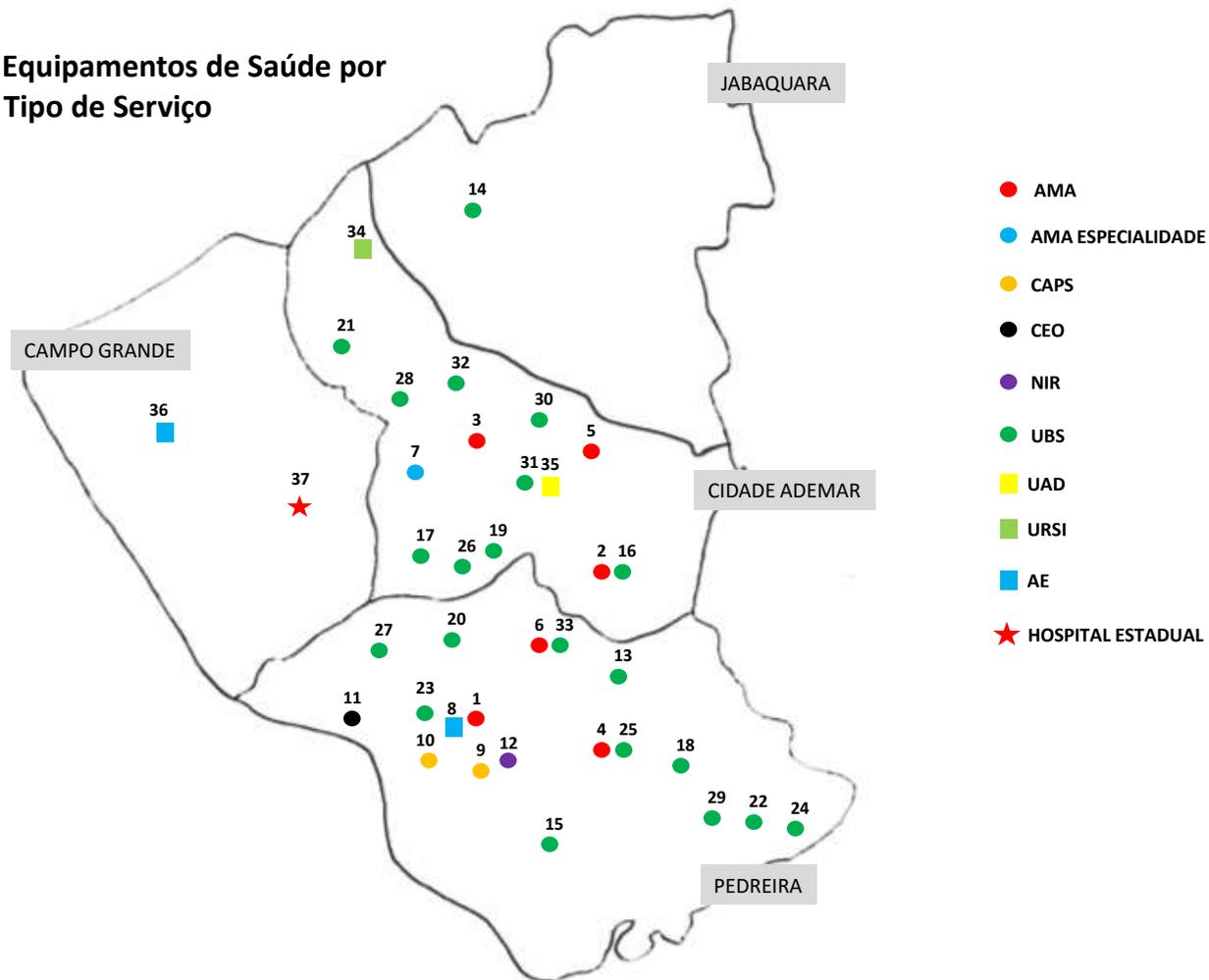
http://www.sbmfc.org.br/media/Posicionamento%20SBMFC%20PL%20que%20altera%20a%20Lei%2012_871-2013%20%282%29.pdf

Starfield B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

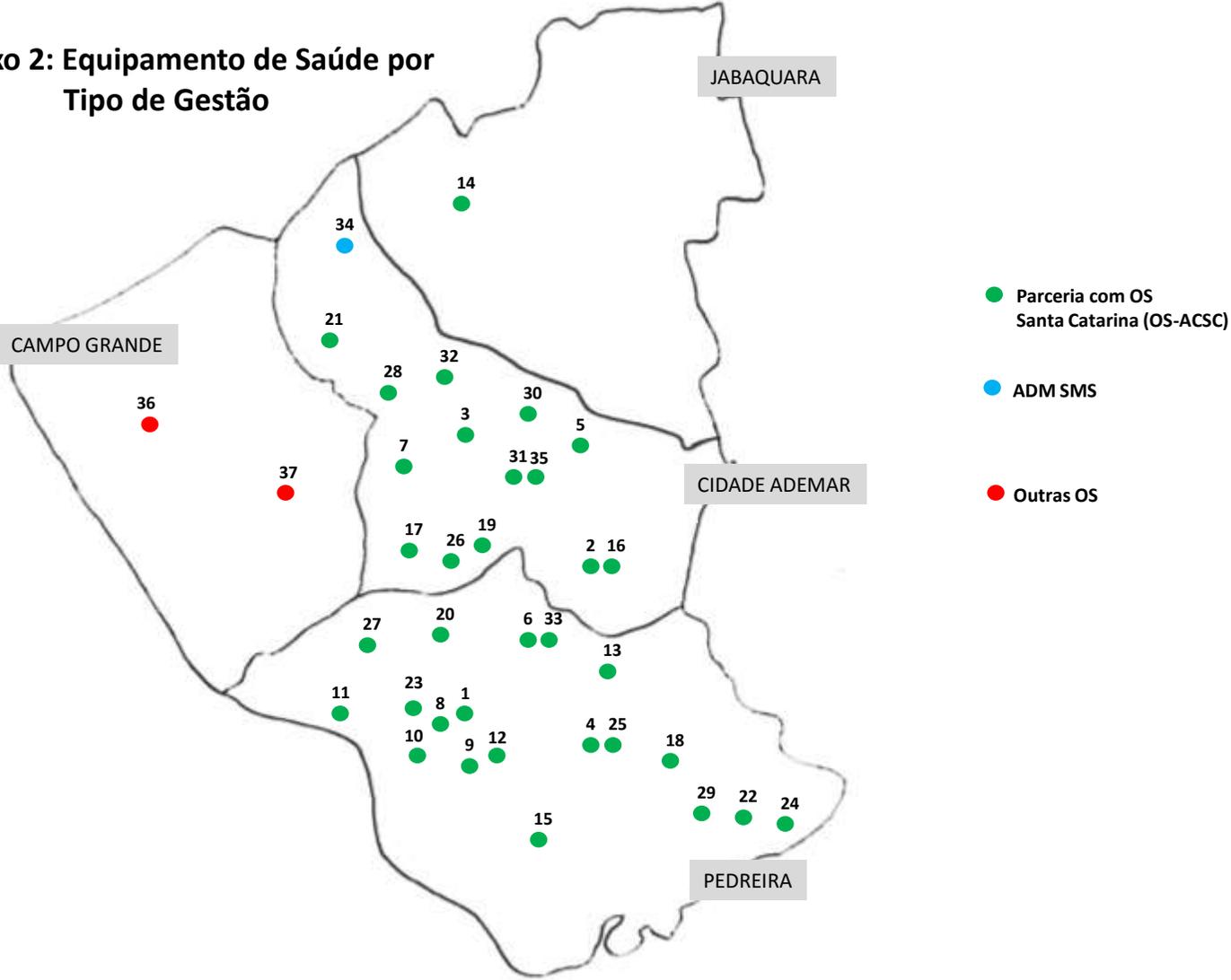
Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

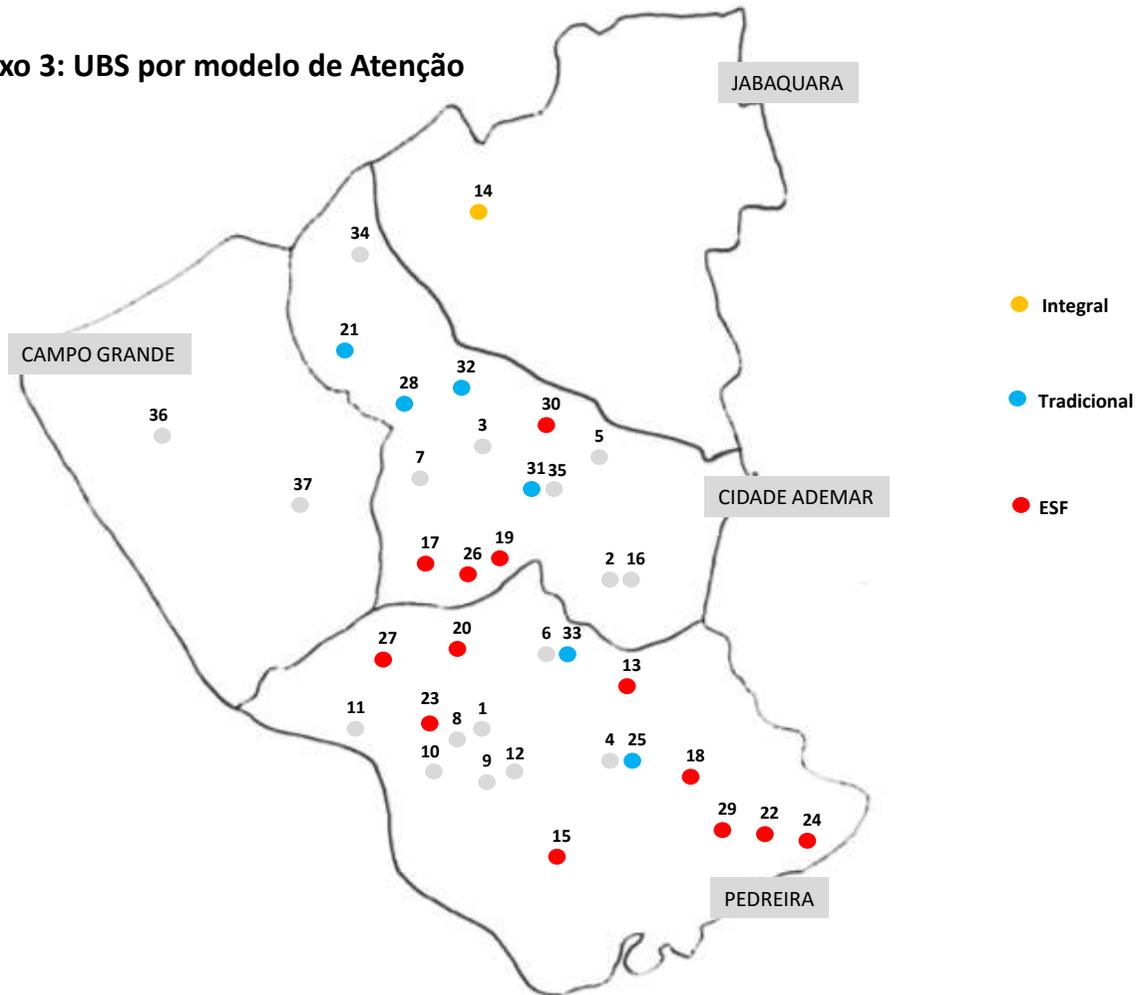
Anexo 1: Equipamentos de Saúde por Tipo de Serviço



Anexo 2: Equipamento de Saúde por Tipo de Gestão



Anexo 3: UBS por modelo de Atenção



Nº	EQUIP	TIPO	DESCRIÇÃO
1	AMA	MUN	AMA DR. CÉSAR ANTUNES DA ROCHA (OS-ACSC)
2	AMA	MUN	AMA JARDIM MIRIAM (OS-ACSC)
3	AMA	MUN	AMA JOÃO YUNES (OS-ACSC)
4	AMA	MUN	AMA PARQUE DOROTEIA (OS-ACSC)
5	AMA	MUN	AMA VILA IMPERIO (OS-ACSC)
6	AMA	MUN	AMA VILA MISSIONÁRIA (OS-ACSC)
7	AMA ESPEC	MUN	AMA. ESPECIALIDADES VILA CONSTÂNCIA (OS-ACSC)
8	AE	EST	AMB ESPEC DR. CÉSAR ANTUNES DA ROCHA – PEDREIRA (OS-ACSC)
9	CAPS	MUN	CAPS ADULTO II CIDADE ADEMAR (OS-ACSC)
10	CAPS	MUN	CAPS INFANTIL II CIDADE ADEMAR (OS-ACSC)
11	CEO	MUN	CEO II DR. HUMBERTO NASTARI (OS-ACSC)
12	NIR	MUN	NIR/ AMB ESPEC DR. CÉSAR ANTUNES DA ROCHA (OS-ACSC)
13	UBS	MUN	UBS CIDADE JULIA (OS-ACSC) (ESF)
14	UBS	MUN	UBS INTEGRAL JARDIM MIRIAM II (OS-ACSC) (INT)
15	UBS	MUN	UBS JARDIM APURÁ (OS-ACSC) (ESF)
16	UBS	MUN	UBS JARDIM MIRIAM - MANOEL SOARES DE OLIVEIRA(OS-ACSC) (TRAD)
17	UBS	MUN	UBS JARDIM NITERÓI (OS-ACSC) (ESF)
18	UBS	MUN	UBS JARDIM NOVO PANTANAL – PEDREIRA (OS-ACSC) (ESF)
19	UBS	MUN	UBS JARDIM SÃO CARLOS - CIDADE ADEMAR (OS-ACSC) (ESF)

Nº	EQUIP	TIPO	DESCRIÇÃO
20	UBS	MUN	UBS JARDIM SELMA - CIDADE ADEMAR (OS-ACSC) (ESF)
21	UBS	MUN	UBS JARDIM UMUARAMA (OS-ACSC) (TRAD)
22	UBS	MUN	UBS LARANJEIRAS (OS-ACSC) (ESF)
23	UBS	MUN	UBS MAR PAULISTA (OS-ACSC) (ESF)
24	UBS	MUN	UBS MATA VIRGEM (OS-ACSC) (ESF)
25	UBS	MUN	UBS PARQUE DOROTEIA (OS-ACSC) (TRAD)
26	UBS	MUN	UBS SÃO JORGE - CIDADE ADEMAR (OS-ACSC) (ESF)
27	UBS	MUN	UBS VILA APARECIDA (OS-ACSC) (ESF)
28	UBS	MUN	UBS VILA CONSTÂNCIA - DR VICENTE OCTAVIO GUIDA (OS-ACSC) (TRAD)
29	UBS	MUN	UBS VILA GUACURI (OS-ACSC) (ESF)
30	UBS	MUN	UBS VILA IMPÉRIO (OS-ACSC) (ESF)
31	UBS	MUN	UBS VILA IMPÉRIO - DRA. GILDA TERA TAHIRA (OS-ACSC) (TRAD)
32	UBS	MUN	UBS VILA JOANIZA (OS-ACSC) (TRAD)
33	UBS	MUN	UBS VILA MISSIONÁRIA (OS-ACSC) (TRAD)
34	URSI	MUN	URSI CIDADE ADEMAR (ADM SMS)
35	UAD	MUN	Unidade AD (Assistência Domiciliar) (OS-ACSC)
36	AE	EST	Ambulatório Médico de Especialidades Jardim dos Prados (ACSC) – Não é a OS – Outro “braço” da ACSC (gestão e CNPJ diferentes)
37	HOSPITAL	EST	Hospital Geral de Pedreira - Cruzada Bandeirante São Camilo – OSS (outras OSs)

Questionário semi-estruturado – Médicos da ESF

Identificação Pessoal:

1. Idade:
 - a. 20 – 25 anos
 - b. 25 - 30 anos
 - c. 30 – 40 anos
 - d. 40 – 60 anos
 - e. Maior de 60 anos
2. Gênero:
 - a. Feminino
 - b. Masculino
3. Nacionalidade:
 - a. Brasileira
 - b. Cubana
 - c. Outra – especifique: _____
4. Tempo de deslocamento médio da UBS ao Local de residência:
 - a. Menos de 15 minutos
 - b. De 15 minutos a 30 minutos
 - c. De 30 minutos a 45 minutos
 - d. De 45 minutos a 1h
 - e. Mais de 1h

Identificação Profissional:

5. Local de trabalho (lista das UBS ESF)
6. Tempo de contratação
 - a. Menos 2 anos
 - b. 2 a 5 anos
 - c. 5 a 10 anos
 - d. Mais 10 anos
7. Tempo de Formação:
 - a. Menos 2 anos
 - b. 2 a 5 anos
 - c. 5 a 10 anos
 - d. Mais 10 anos
8. Número de vínculos empregatícios nos últimos 3 anos:
 - a. Somente a ESF
 - b. A ESF + 1 vínculo
 - c. A ESF + 2 ou mais vínculos

9. Tipo de vínculo empregatício nos últimos 3 anos (Pode-se assinalar + de 1 alternativa)
- a. CTL
 - b. CTL da ESF + plantão médico CTL
 - c. CLT da ESF + plantão médico PJ
 - d. CLT da ESF + plantão médico sem vínculo
 - e. CLT da ESF + outro vínculo não plantão médico
 - f. CLT da ESF + outros
10. Tempo de permanência na APS:
- a. Menos 2 anos
 - b. 2 a 5 anos
 - c. 5 a 10 anos
 - d. Mais 10 anos
11. Tempo que PRETENDE permanecer na APS:
- a. Menos 2 anos
 - b. 2 a 5 anos
 - c. 5 a 10 anos
 - d. Mais 10 anos

Perfil de Formação Profissional:

12. Instituição de Formação Profissional:
- a. Internacional – Especifique o país: _____
 - b. Nacional Federal
 - c. Nacional Estadual
 - d. Nacional Privada
13. Para formação Nacional:
- a. Estado (lista de estados)
 - b. Capital (sim ou não)
 - c. Ano (lista de anos)
14. Pós Graduação (pode-se assinalar mais de uma alternativa)
- a. Não
 - b. Sim – Especialização
 - c. Sim – Residência Médica ou multiprofissional
 - d. Sim – Stricto sensu: Mestrado
 - e. Sim – Stricto sensu: Doutorado
 - f. Sim – Pós Doutorado
15. Área da Especialização:
- a. Em Saúde da Família

- b. Em áreas relacionadas a Saúde da Família (G.O., Clínica, Pediatria, Medicina Preventiva/Social)
 - c. Em gestão/administração
 - d. Em outras áreas
16. Cursos de atualização profissional:
- a. Em Saúde da Família
 - b. Em áreas relacionadas a Saúde da Família (G.O., Clínica, Pediatria, Medicina Preventiva/Social)
 - c. Em gestão/administração
 - d. Em preparatórios para provas de residência médica
 - e. Em outras áreas
17. Participação em congressos:
- a. Não
 - b. Sim – nos últimos 2 anos
 - c. Sim – há mais de 2 anos
18. Tipo de congresso:
- a. Em saúde da Família
 - b. Em áreas relacionadas a Saúde da Família (G.O., Clínica, Pediatria, Medicina Preventiva/Social)
 - c. Em gestão/administração
 - d. Em outras áreas
19. Participação em Sociedades de classes:
- a. Não
 - b. Sim – SBMFC
 - c. Sim – ABRASCO
 - d. Sim – APSP
 - e. Sim – Em áreas relacionadas à Saúde da Família (G.O., Clínica, Pediatria, Medicina Preventiva/Social)
 - f. Sim – Em outras áreas
20. Participação em Sociedade Civil Organizada
- a. Não
 - b. Sim – relacionada à área da saúde
 - c. Sim – relacionada à religião

O trabalho do médico na ESF – Dimensão da Atenção à Saúde:

Sobre as seguintes atividades que realiza cotidianamente na função de médico na ESF:

21. Consulta:
- a. Não realiza e não considera pertinente para a função

- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
 - a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

22. Planejamento da Prática Clínica

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
 - a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

23. Ações Educativas

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
 - a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

24. Ações de Vigilância em Saúde:

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
 - a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

25. Ações de coordenação do cuidado do indivíduo na rede de atenção à saúde:

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

- () Não tem tempo disponível na agenda
- () Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
 - a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

26. Ações de matriciamento em saúde:

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente

- c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
 - a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

27. Visitas e consultas Domiciliares:

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.

- b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
- a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

28. Ações Multiprofissionais (consultas compartilhadas, grupos compartilhados, planejamento em equipe...)
- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
 - b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
 - c. Realiza mas não considera pertinente para a função
 - d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

- () Não tem tempo disponível na agenda
- () Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.

- c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
- a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

29. Ações intersetoriais (em escolas, ONGs,...)

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário

- d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
- a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

30. Ações de participação social (conselhos gestores, conferências de saúde...)

- a. Não realiza e não considera pertinente para a função
- b. Não realiza, mas considera pertinente para a função.
- c. Realiza mas não considera pertinente para a função
- d. Realiza e considera pertinente para a função.

Para as respostas **a** ou **b**, a razão da não realização dessa função é primordialmente:

() Não tem tempo disponível na agenda

() Outros: _____

Para as respostas **c** ou **d**, como você considera a realização dessa função em relação a(o):

- I. Tempo na agenda dedicado a essa função:
 - a. Adequado
 - b. Inadequado por ser insuficiente
 - c. Inadequado por ser excessivo
- II. Qualificação profissional para a execução dessa função:
 - a. Sinto-me pouco qualificado, mas tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - b. Sinto-me pouco qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - c. Sinto-me suficientemente qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - d. Sinto-me suficientemente qualificado e não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário

- e. Sinto-me muito qualificado e tenho apoio da instituição empregadora quando necessário
 - f. Sinto-me muito qualificado, mas não tenho apoio da instituição empregadora quando necessário.
 - g. Sinto-me muito qualificado e não tenho necessidade de apoio da instituição
- III. Satisfação com o exercício profissional dessa função
- a. Considero-me satisfeito com o exercício dessa função
 - b. Considero-me insatisfeito com o exercício dessa função

O trabalho do médico na ESF – Dimensão da Gestão do processo de trabalho própria do médico:

31. Em relação à distribuição do tempo das atividades realizadas na sua jornada de trabalho na sua agenda:
- a. Considero a distribuição das atividades que realizo adequada, e tenho autonomia para gerenciá-las
 - b. Considero a distribuição das atividades que realizo adequada, mas não tenho autonomia para gerenciá-las
 - c. Não considero a distribuição das atividades que realizo adequada, e tenho autonomia para gerenciá-las
 - d. Não considero a distribuição das atividades que realizo adequada, e não tenho autonomia para gerenciá-las
32. Em relação à produção exigida pela empresa:
- a. Não conheço as metas propostas
 - b. Conheço as metas propostas, considero-as adequadas e, na maior parte das vezes, consigo alcançá-las
 - c. Conheço as metas propostas, considero-as inadequadas e, na maior parte das vezes, consigo alcançá-las
 - d. Conheço as metas propostas, considero-as adequadas e, na maior parte das vezes, não consigo alcançá-las
 - e. Conheço as metas propostas, considero-as inadequadas e, na maior parte das vezes, não consigo alcançá-las
33. Em relação ao referenciamento dos pacientes a outro nível de atenção:
- a. Referencio com pouca frequência (cerca de até 15% dos casos atendidos)
 - b. Referencio com frequência mediana (cerca de 20 % dos casos)
 - c. Referencio com alta frequência (mais do que 25% dos casos)
 - d. Não referencio
34. Em relação ao acompanhamento dos pacientes referenciados:

- a. Não mantenho seguimento dos pacientes em atendimento em outros níveis de atenção
 - b. Mantenho seguimento dos pacientes em atendimento em outros níveis de atenção apenas em casos leves e moderados
 - c. Mantenho seguimento dos pacientes em atendimento em outros níveis de atenção apenas em casos graves
 - d. Mantenho seguimento de todos os pacientes em atendimento em outros níveis de atenção
35. Acerca do contato com outros níveis de atenção para manejo conjunto dos pacientes referenciados que você mantém seguimento
- a. Não considero o contato com outros níveis de atenção pertinente
 - b. Considero esse contato pertinente a minha função, mas não o pratico por não ter tempo disponível nas atividades diárias para sua execução.
 - c. Considero esse contato pertinente a minha função e o pratico com pouca frequência através das guias de contra referencia, que são pouco preenchidas pelos especialistas
 - d. Considero esse contato pertinente a minha função e o pratico sempre

O trabalho do médico na ESF – Dimensão da Gestão do processo de trabalho própria da OS ou SMS:

36. Acerca do contrato de gestão firmado entre OS - Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde
- a. Não o conheço
 - b. Conheço apenas o que diz respeito às metas dos médicos e acho adequado
 - c. Conheço apenas o que diz respeito às metas dos médicos e acho inadequado
 - d. Conheço-o em sua totalidade e considero-o inadequado na maioria de suas cláusulas
 - e. Conheço-o em sua totalidade e considero-o adequado na maioria de suas cláusulas
 - f. Conheço-o em sua totalidade e não tenho opinião sobre sua adequação
37. Acerca da seleção dos médicos para o exercício da função na ESF:
- a. Não conheço os critérios de seleção
 - b. Conheço os critérios de seleção e os considero adequados para o exercício da função
 - c. Conheço os critérios de seleção e os considero inadequados para o exercício da função

38. Sobre a remuneração (salário) para o cargo de Médico da ESF na OS – Santa Catarina
- Considero o salário adequado
 - Considero o salário insuficiente
 - Considero o salário excessivo
39. Sobre o oferecimento de um plano de carreira para o cargo de médico da ESF
- Desconheço a existência de um plano de carreira para a função de médico da ESF na OS – Santa Catarina
 - Sei da existência de um plano de carreira para o médico da ESF na OS – Santa Catarina, mas não o conheço.
 - Conheço o plano de carreira para a função de médico da ESF na OS – Santa Catarina e o considero adequado
 - Conheço o plano de carreira para a função de médico da ESF na OS – Santa Catarina e o considero inadequado/insuficiente

Sobre a atualização profissional (cursos, capacitações...) disponível/oferecida pela OS / SMS:

40. Sobre a frequência dos cursos / capacitações:
- Não participei de cursos ou capacitações no último ano
 - Participei de cursos ou capacitações apenas 1 vez no último ano
 - Participei de cursos ou capacitações apenas 2 ou 3 vezes no último ano
 - Participei de cursos ou capacitações mais de 3 vezes no último ano
41. Sobre a adequação dos cursos / capacitações:
- Desconheço os cursos e capacitações oferecidos para o médico da ESF no último ano na OS Santa Catarina / SMS
 - Conheço os cursos e capacitações oferecidos para o médico da ESF no último ano na OS Santa Catarina / SMS e os considero adequados na escolha dos temas e na qualidade
 - Conheço os cursos e capacitações oferecidos para o médico da ESF no último ano na OS Santa Catarina / SMS e os considero adequados na escolha dos temas, mas não na qualidade.
 - Conheço os cursos e capacitações oferecidos para o médico da ESF no último ano na OS Santa Catarina / SMS e os considero adequados na qualidade, mas não na escolha dos temas
 - Conheço os cursos e capacitações oferecidos para o médico da ESF no último ano na OS Santa Catarina / SMS e os considero inadequados na escolha dos temas e na qualidade
42. Sobre a efetividade dos cursos / capacitações:

- a. Não tenho como avaliar uma vez que não participei de nenhum curso / capacitação
 - b. Considero que os cursos oferecidos resultam, em sua maioria, em melhoria significativa da minha prática médica diária
 - c. Considero que os cursos oferecidos não resultam, em sua maioria, em melhoria significativa da minha prática médica diária
 - d. Considero que os cursos são insuficientes em número para resultar em uma melhoria significativa na minha prática clínica diária
43. Sobre a escolha dos temas dos cursos / capacitações
- a. Sempre é oferecida ao médico da ESF a escolha dos temas que ele considera relevante para eleição de cursos / capacitações a serem oferecidos pela OS – Santa Catarina / SMS
 - b. Na maioria das vezes é oferecida ao médico da ESF a escolha dos temas que ele considera relevante para eleição de cursos / capacitações a serem oferecidos pela OS – Santa Catarina / SMS
 - c. Na minoria das vezes é oferecida ao médico da ESF a escolha dos temas que ele considera relevante para eleição de cursos / capacitações a serem oferecidos pela OS – Santa Catarina / SMS
 - d. Nunca é oferecida ao médico da ESF a escolha dos temas que ele considera relevante para eleição de cursos / capacitações a serem oferecidos pela OS – Santa Catarina / SMS
44. Sobre o tempo disponível no cotidiano das funções da ESF para cursos / capacitações
- a. Desconheço a existência de uma diretriz que preconize sistematicamente tempo de capacitação ao médico da ESF
 - b. Sei que existe uma diretriz que preconiza tempo de capacitação ao médico da ESF, mas ele nunca está disponível na agenda diária
 - c. Sei que existe uma diretriz que preconiza tempo de capacitação ao médico da ESF, mas ele só está disponível eventualmente na agenda diária e de forma não sistemática ou não efetiva
 - d. Sei que existe uma diretriz que preconiza tempo de capacitação ao médico da ESF e ela é cumprida na agenda diária
45. Cite até 3 principais problemas que você identifica na sua prática diária como médico de família e comunidade e até 3 principais atividades / funções que você executa com as quais está satisfeito na sua prática diária de médico na ESF.

Roteiro de Entrevista – Profissionais da gestão da OS – Santa Catarina

1. Em relação à seleção dos profissionais médicos para o trabalho na ESF:
 - a. De que forma e em que veículos são anunciadas as vagas disponíveis para o cargo?
 - b. Aos candidatos, quais os canais de comunicação com a OS?
 - c. Quem faz a avaliação dos candidatos e com quais instrumentos?
 - d. Quais são as exigências para o cargo?
 - e. Na sua experiência profissional, esses mecanismos são adequados para a seleção de profissionais com perfil e aptidão para o cargo? Em resposta negativa, você tem sugestões para melhorias?

2. Em relação à contratação dos profissionais:
 - a. Quais os tipos de contratação possível (vínculo) e cargas horárias disponíveis?
 - b. Existe um contrato padrão? (Solicitar modelo de contrato)
 - c. Existem dificuldades na oferta de candidatos para essa contratação? Quais?
 - d. Qual o quadro atual de médicos da ESF em relação ao número de vagas disponíveis? (se quadro desfalcado – porque?)
 - e. Como você considera a permanência/rotatividade do médico no cargo da ESF? Qual o tempo médio de permanência no cargo? Na sua opinião, quais as principais razões para essa rotatividade?
 - f. Existe um plano de carreira e salários previsto para o médico da ESF? Qual? Você considera esse plano adequado?
 - g. Na sua experiência profissional, esse contrato é adequado para cobrir o exercício da função e as posteriores exigências da empresa para o cargo? Em resposta negativa, você tem sugestões para melhorias?

3. Acerca da regulação do trabalho /desempenho do médico na ESF:
- a. Quais mecanismos e/ou instrumentos são utilizados para avaliação do desempenho do médico nas suas diferentes funções?
 - b. Existe avaliação ou cobrança por produção ou cumprimento de metas? Se resposta positiva, descreva. Essas metas são geralmente cumpridas? (solicitar cópia do último fechamento)
 - c. Existe uma diretriz para a distribuição das atividades a serem executadas pelo médico dentro de sua carga horária? (Solicitar cópia da diretriz). Em sua opinião, essa diretriz é adequada à execução de todas as suas funções? Comente.
 - d. Na sua percepção, esses instrumentos de avaliação são adequados para avaliação do desempenho do médico da ESF? Em resposta negativa, você tem sugestões para melhorias?
4. Acerca da qualificação do médico para o trabalho na ESF:
- a. Você considera importante a formação especializada para o exercício da função? Qual o perfil dos médicos contratados acerca de especialização? Comente.
 - b. Existe um programa de qualificação para os médicos da ESF já em exercício da função? Qual? Com que frequência? Você considera esse programa adequado e /ou eficaz?
 - c. A OS recebe suporte da Prefeitura do município para a qualificação dos médicos da ESF? De que forma?
 - d. Na sua experiência, os médicos, de maneira geral, estão qualificados para o exercício das suas funções na atenção primária? Em resposta negativa, você tem sugestões para melhorias?

Roteiro de Entrevistas – profissionais da gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Coordenadoria e Supervisão Sul de Saúde

1. Sobre o programa ou área temática pelo qual você é responsável:
 - a. Por qual programa relacionado à atenção primária você responde?
 - b. Qual é a diretriz para esse programa em relação às funções a serem executadas pelo médico da ESF?
 - c. Você conhece a diretriz de agenda do médico da ESF? Você considera essa diretriz adequada para o cumprimento das funções relacionadas ao seu programa?
 - d. Qual a carga horária semanal média você considera que o médico deve utilizar para cumprir adequadamente as funções desse programa?
 - e. Você conhece outras atividades ou programas que também são executadas pelo médico na ESF? Liste-as.

2. Acerca da regulação do trabalho /desempenho do médico na ESF:
 - a. Quais mecanismos e/ou instrumentos são exigidos da OS para avaliação do desempenho do médico nas suas diferentes funções?
 - b. Existe avaliação ou cobrança por produção ou cumprimento de metas? Se resposta positiva, descreva. Essas metas são geralmente cumpridas? (solicitar cópia do último fechamento)
 - c. Na sua percepção, esses instrumentos de avaliação são adequados para avaliação do desempenho do médico da ESF? Em resposta negativa, você tem sugestões para melhorias?

3. Acerca da qualificação do médico para o trabalho na ESF:
 - a. Você considera importante a formação especializada para o exercício da função de médico da ESF? Quais especializações você considera adequada?

- b. Existe um programa de qualificação/atualização para os médicos da ESF já em exercício da função para sua área temática? Qual? Com que frequência? Você considera esse programa adequado e /ou eficaz? Quanto tempo, em média, o médico da ESF deve se dedicar a esse programa de qualificação/atualização?
- c. A prefeitura oferece suporte para a OS estender a educação permanente para a qualificação dos médicos da ESF? De que forma?
- d. Na sua experiência, os médicos, de maneira geral, estão qualificados para o exercício das funções referentes à sua área temática na ESF? Em resposta negativa, você tem sugestões para melhorias?