

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Gerusa Guerra Victor Silva

**COMPORTAMENTO DAS ESCALAS DE PLANTÃO
DAS CLÍNICAS MÉDICA E PEDIÁTRICA DOS
SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA REDE
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RECIFE NO PERÍODO
DE AGOSTO DE 2009 A JULHO DE 2010**

RECIFE

2011

Gerusa Guerra Victor Silva

COMPORTAMENTO DAS ESCALAS DE PLANTÃO DAS CLÍNICAS MÉDICA E
PEDIÁTRICA DOS SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA REDE DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DO RECIFE NO PERÍODO DE AGOSTO DE 2009 A JULHO DE
2010

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Orientadora: Ana Paula Lopes de Melo

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586c Silva, Gerusa Guerra Victor.

Comportamento das escalas de plantão das clínicas médica e pediátrica dos serviços de pronto atendimento da rede de saúde do município do Recife no período de agosto de 2009 a julho de 2010. / Gerusa Guerra Victor Silva. — Recife: G. G. V. Silva, 2011.

47 p.: il., graf.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Paula Lopes de Melo.

1. Designação de Pessoal - organização e administração. 2. Administração de Recursos Humanos em Saúde. 3. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. I. Melo, Ana Paula Lopes de. II. Título.

CDU 331.101.262

Gerusa Guerra Victor Silva

COMPORTAMENTO DAS ESCALAS DE PLANTÃO DAS CLÍNICAS MÉDICA E
PEDIÁTRICA DOS SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA REDE DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DO RECIFE NO PERÍODO DE AGOSTO DE 2009 A JULHO DE
2010

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Aprovado em: 26 / 04 / 2011

BANCA EXAMINADORA

Msc. Ana Paula Lopes de Melo
FACEPE / PPGISC - UFPE

Msc. Livia Teixeira de Souza Maia
SMS- Olinda

Dedico e homenageio Gerson, meu marido, grande amor da minha vida, pela sua preciosa companhia, pela sua sabedoria, pela capacidade de criação, pela liderança, pelo estímulo e grande força para realização desse trabalho, por amar a vida e ter a consciência do que, verdadeiramente, é belo e por causar em mim o permanente encantamento caloroso do nosso primeiro encontro.

AGRADECIMENTOS

Entender que mesmo num processo de criação como são os trabalhos científicos precisamos da colaboração, da competência, da paciência e da solidariedade dos que nos cercam, é algo fundamental para o crescimento pessoal. Apesar do desenvolvimento do trabalho ser algo da responsabilidade do pesquisador, é impossível realizá-lo sem a ajuda de pessoas, tanto do campo profissional, como do campo afetivo.

Nada mais justo nesse momento de conclusão da Monografia, registrar os meus agradecimentos às pessoas que tanto contribuíram e me incentivaram nessa caminhada que resultou na conclusão do meu trabalho.

Agradeço a Deus pela vida, pela crença na sua existência e, em função disso, recorrer em todos os momentos de alegria e dificuldades à sua ajuda e à sua luz. Agradeço aos meus pais por terem priorizado a educação formal para os filhos, apesar das limitações econômicas, por acreditarem que este é um bem que ao adquiri-lo, ninguém nos tira.

Agradeço às pessoas queridas da minha família de origem e às da família que eu constituí pela alegria, pelo estímulo, pela energia, pela paciência, pela efetiva colaboração no trabalho e pela existência de cada um deles na minha vida!

Agradeço aos amigos e amigas que, militantes ou não da Saúde Pública, acreditam no meu trabalho e me deram força para prosseguir frente à adversidade. Agradeço à Barbara, Luisa, Tarsila, Márcia e Washington, da Diretoria de Gestão do Trabalho (DGGT), pela disponibilidade com que forneceram os dados coletados para a construção do trabalho.

Agradeço à equipe gestora dos Serviços estudados que, através de conversas informais contribuíram para o esclarecimento de dúvidas que surgiram ao longo do processo de análise das informações trabalhadas.

Agradeço à Dra Cinthia Kaliny, Diretora da DGGT, pelo estímulo para a realização da especialização, pelo entendimento da importância para os trabalhadores quanto a capacitação e pela liberação sem amarras, nos momentos em que tive que me ausentar ou trabalhar na pesquisa na própria Diretoria.

Agradeço à Roberta Cavalcanti pela paciência frente à minha incipiente habilidade com a informática.

Um agradecimento especial:

À Dra Ana Paula Lopes de Melo, por ter aceitado me orientar, pelo grande compromisso com a tarefa assumida, pela preciosa contribuição intelectual, pela total entrega ao papel de orientadora, pela força e estímulo no processo, pela leveza na orientação e pelo afeto estabelecido nessa caminhada!

“...A escala de plantão é viva, ela é dinâmica, hoje ela está certinha, amanhã...”

(Membro da Equipe Gestora da Policlínica e Maternidade Barros Lima)

SILVA, Gerusa Guerra Victor. Comportamento das Escalas de Plantão das Clínicas Médica e Pediátrica dos Serviços de Pronto Atendimento da Rede de Saúde do Município do Recife no Período de Agosto de 2009 a Julho de 2010. 2011. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

Os diferentes modelos de organização do Sistema de Saúde do Brasil impactam diretamente as contratações, organizações de postos e força de trabalho no setor saúde. A intensa municipalização da saúde pública ocorrida nas últimas décadas contribuiu de forma significativa com o aumento de empregos no âmbito dos municípios que ampliaram em 128% o número de estabelecimentos de saúde no período de 1995 à 2005. A descentralização dos serviços de saúde não veio acompanhada do crescimento e autonomia dos municípios que, responsáveis pela maior parte dos estabelecimentos de saúde a partir da década de 1990, sofriam com a dependência econômica do governo federal, fato que produziu um sistema de contratação precário e sem política consolidada de Recursos Humanos para o SUS. No que se refere aos profissionais médicos, esse contexto contribuiu para os baixos salários, acúmulos de vários vínculos, Planos de Cargos Carreiras e Vencimentos pouco atrativos, baixo investimento na qualificação dos profissionais que fomentaram a instabilidade quanto a fixação desses atores no Serviço Público. Esse trabalho pretendeu investigar as dificuldades de contratação e manutenção dos profissionais de clínica médica e pediátrica nas unidades de pronto atendimento do Recife a partir da análise do comportamento das escalas de plantão desses serviços no período de 12 meses compreendido entre agosto de 2009 e julho de 2010, visto que, a despeito do forte investimento realizado pela Secretaria de Saúde do Recife em contratação através de concursos e seleções públicas, tem sido um desafio constante atingir a completude das escalas de plantão desses Serviços. Tratou-se de estudo descritivo transversal com análise de dados secundários obtidos a partir do CNES, registros das escalas de plantão de unidades de pronto atendimento e banco de dados dos profissionais contratados pela secretaria de saúde para esses serviços. Os resultados evidenciaram uma média de atendimento por profissional que supera a recomendada pelo CREMEPE (2005); uma alta taxa de absenteísmo por licença médica tanto dos pediatras quanto dos clínicos e plantões com número insuficiente de profissionais com relação ao padrão proposto pela Secretaria de Saúde do Recife. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar a gestão de saúde do município de Recife no que diz respeito ao entendimento dos problemas e intervenção nos serviços no sentido de viabilizar ferramentas para a construção e manutenção de escalas de plantão completas nas Clínicas Médica e Pediátrica nos serviços de pronto atendimento da rede municipal.

Palavras-chave: Escalas de Plantão, Clínicas Médica e Pediátrica, Dimensionamento e Manutenção de Recursos Humanos, Serviços Municipais de Urgência.

SILVA, Gerusa Guerra Victor. Behavior of the shift schedules in medical and pediatric clinics of the municipal health care units in Recife between August 2009 and July 2010. 2011. Monograph (Specialization in Labor and Education Management in Health) – Research Center Aggeu Magalhães-CPqAM, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRACT

The different organization models of the Brazilian health system directly impact the employment rate, the distribution of jobs and the workforce in the health sector. The extensive decentralization of public health in recent decades has contributed significantly to increase the number of jobs at the municipal level. The municipalities have increased by 128% the number of health facilities between 1995 and 2005. The decentralization of health services did not result in a gain of autonomy for the municipalities, which have been responsible for most part of the health facilities since the 1990s. The municipalities suffered from economic dependence on the Federal Government, producing a poor recruitment system without any solid human resources policy for the Unified Health System (SUS). Among the medical doctors, a few factors have contributed to their instability in the public sector, such as low wages, accumulation of multiple employment bonds, unattractive staffing and compensation plans and few resources for professional training. This research aims to investigate the difficulties involved in recruiting and maintaining professionals for medical and pediatric clinics of the health care units of Recife. The 2010 shift schedules of these units shows that, despite all investments from the Health Secretariat of Recife in civil service recruiting exams, it has been a constant challenge to properly fulfill these schedules. It is cross-sectional study, analyzing secondary data obtained from the National Database of Health Facilities (CNES), documents and records from the shift schedules of the health care units in 2010 and a database of professionals hired by the Health Secretariat last year. The conclusions of this study may support the health management of Recife to understand problems and identify interventions that should be undertaken in order to create tools for building and maintaining complete shift schedules in medical and pediatric clinics of the municipal health care units.

Keywords: Shift Schedule, Medical and Pediatric Clinics, Sizing and maintaining human resources, Municipal health care services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CREMEPE	Conselho Regional de Medicina
DGGT	Diretoria Geral de Gestão de Trabalho
GAAAH	Gerência de Atenção Ambulatorial e Assistência Hospitalar
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IST	Índice de Segurança Técnica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Política de Saúde no Brasil.....	15
1.2 Sistema de Atenção às Urgências e Emergências	19
2 OBJETIVOS	23
2.1 Geral	23
2.2 Específicos	23
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
3.1 Tipo de Estudo.....	24
3.2 Área do Estudo	24
3.3 População do Estudo.....	24
3.4 Fontes de Dados.....	24
3.5 Análise dos Dados.....	25
3.6 Considerações Éticas.....	27
4 RESULTADOS	28
4.1 Perfil dos Serviços de Pronto Atendimento Estudados.....	28
4.2 Perfil dos Médicos Plantonistas de Clínica Médica e Pediátrica dos Três Serviços de Pronto Atendimento Estudados.....	32
4.3 Comportamento das Escalas de Plantão dos Serviços de Pronto-Atendimento no Período de Agosto de 2009 a Julho de 2010.....	33
4.4 Afastamentos dos Profissionais de Clínica Médica e Pediátrica dos três Serviços de Agosto de 2009 a Julho de 2010.....	35
5 DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A – Quadro Demonstrativo dos Afastamentos dos Profissionais de Clínica Médica dos três Serviços de Agosto de 2009 a Julho de 2010.....	48
APÊNDICE B - Quadro Demonstrativo dos Afastamentos dos Profissionais de Clínica Pediátrica dos três Serviços de Agosto de 2009 a Julho de 2010.....	49

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos nove anos houve um incremento bastante significativo na rede de serviços da Secretaria de Saúde do Recife que, buscando a reorientação no modelo de atenção a saúde do município, priorizou a consolidação da Atenção Básica através da ampliação da Estratégia Saúde da Família que possibilitou o aumento da cobertura da assistência a saúde e o acesso da população aos serviços de atenção primária. Atualmente o município conta com 118 unidades de Saúde da Família em funcionamento que garantem a cobertura de 54% da população, traduzido no atendimento de cerca de 800 mil pessoas. No que se refere aos serviços de média complexidade, é possível perceber que houve incremento na oferta através da implantação de novos serviços, municipalização de unidades de saúde antes geridas pela gestão estadual e reestruturação dos serviços existentes (RECIFE, 2010).

Apesar da melhoria na infraestrutura, maior cobertura geográfica pelos serviços e da ampliação no quadro de profissionais através da realização de seleções e concursos públicos, um problema constante que tem afetado diretamente o atendimento e a resolutividade do sistema tem sido o déficit de profissionais médicos para suprir as necessidades de serviços da rede. Esse problema se torna ainda mais perceptível quando a carência desses profissionais atinge os serviços de urgência e emergência com funcionamento 24 horas que demandam uma resposta imediata para a população.

A constante preocupação em manter o quantitativo de profissionais plantonistas para um adequado funcionamento dos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) nem sempre tem se traduzido na prática em um padrão ideal, acarretando escalas de plantão com número insuficiente de médicos, gerando sobrecarga nos profissionais, aumento no tempo de espera para atendimento e até mesmo fechamento de plantões nesses locais. Esse tem se constituído num grande desafio para gestores e reguladores da saúde que, mesmo com iniciativas para reverter essa situação – como a realização de concursos, seleções públicas e convocação de profissionais – não têm conseguido suprir as lacunas existentes na contratação e lotação de médicos, em especial para cobrir as escalas dos Serviços Pronto Atendimento.

Em se tratando de Serviços que lidam no dia a dia com atendimento de Urgência, mas que frequentemente se deparam com situações de Emergência é

importante ter como elemento norteador, os conceitos de Urgência e Emergência, pois os mesmos são fundamentais para definição do perfil de Recursos Humanos e infra-estrutura apropriados para o funcionamento adequado dos SPA e assistência qualificada à população.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução número 1451 de 1995, estabelece as definições para os conceitos de Urgência e Emergência a serem adotadas na linguagem médica no Brasil:

Artigo^{1º} - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento em situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo primeiro – Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata.

Parágrafo segundo – Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

É característica dos Serviços de Pronto Atendimento o funcionamento nas 24 horas do dia, isso exige dos profissionais que desenvolvem ações finalísticas uma escala de trabalho vertical, ou seja, aquela “organizada de modo que o profissional cumpra a carga horária semanal em 2 turnos diurno e noturno de 12 horas cada”¹ (GUSMÃO, 2008). Se esse tipo de escala de trabalho, por um lado, viabiliza o atendimento ininterrupto por 24 horas - com apenas uma troca de plantão nesse período - por outro pode favorecer a pouca ligação dos profissionais com a unidade de saúde e sua rotina, sendo mais fácil optar pelo desligamento quando oportuno.

As dificuldades vivenciadas pelos gestores em garantir uma assistência adequada em relação à Urgência e Emergência, não é uma particularidade do Município de Recife ou do Estado de Pernambuco: todo o país depara-se com a minuciosa missão de conceber e lançar mão de estratégias e políticas que possam dar conta desse efetivo cuidado, que é um dos componentes da atenção à saúde, ao qual todo cidadão tem direito constitucional.

¹ Já a escala de trabalho horizontal é aquela na qual a carga horária semanal do profissional é distribuída ao longo dos dias úteis em períodos semelhantes, matutinos ou vespertinos. Geralmente distribuídos em carga horária de 20, 30, 40 ou 44 horas semanais (GUSMÃO, 2008).

1.1 Política de Saúde no Brasil

Até meados dos anos 60 o modelo de saúde adotado no Brasil era pautado, principalmente, por ações campanhistas baseadas no controle de epidemias e endemias. A assistência médica do país era basicamente privativa – com a compra de serviços diretos de profissionais liberais ou de convênios entre empresas e profissionais com carteira assinada que mantinham cooperativas e serviços de assistência e previdência social, como as Caixas de Aposentadorias e Pensões – ou de base beneficente fornecida por Santas Casas destinadas a atender pobres e indigentes. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, buscou uniformizar benefícios aos trabalhadores, mas ainda não atendia às necessidades reais da população, nem mesmo em sua completude aos profissionais assalariados, visto que adotava tratamento diferenciado entre o conjunto de contribuintes. Nesse período, a ação estatal viabilizou a criação de um complexo médico-industrial, permitindo com tal medida o fortalecimento e o lucro para o setor privado de serviços de saúde (MACIEL FILHO; PIERANTONE, 2004).

Na década de 1970 o modelo de saúde vigente não dava conta das necessidades da população, não conseguia mudar o perfil de morbimortalidade, tinha custos elevados para a sua manutenção e continuava excludente. É nesse período que o Movimento Sanitário começa a ganhar força e, profissionais comprometidos com a área da Saúde Coletiva, iniciam experiências de implantação da Atenção Básica em diversos municípios. No Brasil, algumas iniciativas realizadas por trabalhadores da saúde, alguns Secretários de Saúde, movimento sindical, atuação de políticos comprometidos com a mudança no setor saúde, os encontros viabilizados pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) trouxeram contribuições para a formulação de um novo modelo de saúde. Esses movimentos contribuíram para explicitar experiências vivenciadas em algumas comunidades e municípios brasileiros em relação a novas alternativas de sistemas de saúde que eram debatidos e, aos poucos, foram fortalecendo movimentos nacionais pela Reforma Sanitária e a sistematização de ideias que incluíam a criação de um sistema de saúde para todos (PAIM, 2003, p. 587-603).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu no bojo desses intensos movimentos pela redemocratização do País e configurou-se como a principal

bandeira de luta do movimento em defesa de uma Reforma Sanitária que garantisse acesso a um cuidado de qualidade, resolutivo e integral para toda população. Com a participação do Movimento pela Reforma Sanitária e da Sociedade Civil foi possível delinear as principais diretrizes para o acesso à saúde de forma mais abrangente, com o reconhecimento de que a “saúde é um direito de todos e dever do estado” e a aposta em um Sistema de Saúde unificado, inserindo, assim, na Constituição Federal de 1988 os princípios doutrinários da nova Política de Saúde do país, quais sejam a Universalidade, Equidade e Integralidade (BRASIL, 1988).

O SUS trouxe em sua essência, a necessidade de reorganização da atenção para que fosse possível dar conta das atividades de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde da população. Essa missão requer da Rede de Saúde uma organização regionalizada e hierarquizada com Serviços nos níveis da Atenção Primária, Secundária e Terciária. Porém, por em prática os princípios e diretrizes do SUS tem sido, desde então, um desafio constante para gestores das três esferas do poder público, visto que há de se considerar sempre o contexto social, econômico e político em que o país está imerso.

Nesse sentido, a década de 1990 foi marcada pela estagnação do crescimento, aumento da inflação, crise financeira e ideológica do sistema previdenciário. Os governos Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, embora ocorrendo no cerne da implantação do SUS, foram marcados por gestões comprometidas com projetos neoliberais, através da valorização dos serviços de saúde privados com pouca regulação estatal, contribuindo com o desmonte do setor público e a desvalorização dos trabalhadores em saúde. Chioro e Scaff ressaltam que, nessa década:

Aprofunda-se o processo de desmonte do setor público, enfraquecendo e desrespeitando o controle social, através dos baixos e congelados salários (no Brasil há mais de 1.200 dias sem reajuste), demissões em massa, fechamento de leitos, falta de medicamentos e materiais, etc. Do ponto de vista ideológico, [os neoliberalistas] argumentam para a opinião pública que a crise é determinada pelo corporativismo e ineficiência do Estado e que, portanto, a saída se dará através da progressiva privatização, ficando o Estado responsável, quando muito, pelas ações básicas de saúde e as medidas de saúde pública. O restante deverá ser assumido, pela proposta neoliberal, pelo setor privado e controlado não mais pela sociedade, mas sim pelas regras de mercado. É a ‘cesta básica da saúde’ (CHIORO; SCAFF, 1999, p. 17).

Por outro lado, o intenso processo de descentralização das ações de saúde entre os entes federal, estadual e municipal, demandou para os municípios maior

responsabilidade na implementação das ações de saúde no nível local. Como estímulo ao processo de descentralização e como forma de viabilizar o acesso a ações básicas de saúde para uma parcela maior da população, surge em 1994 e em 1996 os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), respectivamente. Tais Programas, implantados atualmente em praticamente todas as Unidades Federadas, representam a principal estratégia de universalização do acesso a saúde no país e de ressignificar o Modelo de Atenção à Saúde ofertado à população enfatizando a atenção primária e a organização hierárquica entre os níveis de complexidades de assistência a saúde. O Programa Saúde da Família é elemento fundamental para a organização das redes de cuidado em saúde e tem importante papel na articulação entre a Atenção Básica e a média complexidade, contribuindo com a superação do isolamento dos serviços e com a realização das ações que são peculiares a cada nível de Atenção (BRASIL, 1994, 2000; MACARIO, 1999).

Como não poderia deixar de ser, os diferentes modelos de organização do Sistema de Saúde do Brasil impactam diretamente nas contratações, organizações de postos e força de trabalho no setor saúde. Como ressaltam Machado, Oliveira e Moyses (2010, p. 2), os últimos 20 anos foram paradigmáticos para a saúde pública no Brasil e promoveram, dentre outras tendências: “1) expansão da capacidade instalada; 2) municipalização dos empregos; 3) ambulatorização dos atendimentos; 4) maior qualificação da equipe; 5) feminização da força de trabalho; 6) flexibilidade de vínculos”.

Ainda na década de 1970, as iniciativas da Atenção Primária e Ambulatorial do INPS promoveram a ampliação do quadro de profissionais médicos - pagos em função do que produziam – e auxiliares de enfermagem que representavam a maioria (cerca de 80%) dos contratos do setor. A intensa municipalização da saúde pública ocorrida nas décadas seguintes contribuiu de forma significativa com o aumento de empregos no âmbito dos municípios que ampliaram em 128% o número de estabelecimentos de saúde no período de 1995 à 2005 (MACHADO, 2005; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2009).

A descentralização dos serviços de saúde não veio acompanhada do crescimento e autonomia dos municípios que, responsáveis pela maior parte dos estabelecimentos de saúde a partir da década de 1990, sofriam com a dependência econômica do governo federal, fato que produziu um sistema de contratação

precário e sem política consolidada de Recursos Humanos para o SUS. Naturalmente, houve um aumento significativo de empregos em saúde na esfera municipal, em detrimento às esferas federal e estadual, sobretudo, na Atenção Ambulatorial.

No que se refere aos profissionais médicos, esse contexto contribuiu para os baixos salários, acúmulos de vínculos, Planos de Cargos Carreiras e Vencimentos pouco atrativos, baixo investimento na qualificação dos profissionais que fomentaram a instabilidade, ainda presente nos dias atuais, quanto a fixação desses atores no Serviço Público. Para Maciel Filho e Pierantoni (2004), a política de baixos salários nas esferas privada e pública motivaram os profissionais médicos a buscar alternativas para recomponem um padrão salarial adequado, forçando-os, muitas vezes, a ter vários empregos.

Destaca-se que a expansão do PSF e o incentivo aos cuidados primários favoreceram a criação e distribuição de novos postos de trabalho em saúde para a atenção básica, em especial a Clínica Médica e Saúde da Família. Porém a requerida reestruturação da atenção de média complexidade, em especial os setores de urgência, tem apresentado o desafio de contratar e fixar médicos plantonistas em unidades de pronto atendimento municipais, cujos problemas de infra-estrutura e defasagem salarial – se comparados aos serviços privados e de responsabilidade estadual e federal – são algumas das questões perceptíveis de imediato.

A promulgação da Carta Magna, em 1988, garantiu legalmente no país a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo os princípios da integralidade, equidade e universalidade como pilares para a oferta de cuidado a população. Nesse sentido, a implantação do SUS vem se construindo com base em diretrizes que possam dar conta de um modelo organizado, hierarquizado, descentralizado e resolutivo, com ênfase na municipalização. Entretanto, quando se trata do acesso e da resolutividade no nível de atenção responsável pelo cuidado à Urgência e Emergência, as dificuldades nesse processo são facilmente identificadas. O forte investimento na ampliação da Atenção Básica, cujas estratégias do PACS e PSF foram bastante difundidas no país, ampliando o acesso da população a esse nível do cuidado, não foi acompanhado de melhorias e incentivos para o fortalecimento da atenção secundária e terciária, onde se encontram as estruturas que ofertam serviços de Urgência e Emergência. Em muitas localidades houve baixa

descentralização desses serviços que ficaram concentrados nas esferas federal e estadual, localizados principalmente nas capitais e grandes centros com pouca ou nenhuma estrutura de regionalização, baixa articulação entre os serviços com a finalidade de fazer valer o dispositivo de referência e contra-referência e demandas de atendimento que poderiam ser acolhidos na Rede Básica, entre outros.

1.2 O Sistema de Atenção às Urgências e Emergências

No Brasil, uma das primeiras iniciativas do governo para estruturação de um Sistema de Atenção às Urgências e Emergências ocorreu em meados da década de 1990 com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), inspirado no modelo francês, especialmente no que diz respeito ao componente Pré-hospitalar (GUSMÃO, 2008). Posteriormente, em 2002, o Ministério da Saúde criou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, através da Portaria nº 2.048 que tratou de instituir princípios, diretrizes e normas que permitissem o funcionamento dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências (BRASIL, 2002).

A regulamentação técnica elencou uma estrutura de funcionamento que implica em atendimento móvel e fixo, composta por:

- a) Componente pré-hospitalar fixo: envolve unidades básicas de saúde, unidades da saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências. É nesse componente que se enquadram os Serviços de Pronto Atendimento aqui estudados;
- 2 Componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU e os Serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica;
- 3 Componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e de referência, leitos de retaguarda, de longa permanência e de terapia semi-intensiva e intensiva;
- 4 Componente pós-hospitalar: modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral e com base comunitária.

No que diz respeito ao componente pré-hospitalar fixo, as unidades de pronto-atendimento são fundamentais, pois tem como especificidade a classificação de

risco, a resolução dos casos de média complexidade e a estabilização de casos graves. Nesse sentido fazem interface com a atenção básica e as unidades hospitalares constituindo acesso importante dos usuários ao sistema de saúde (SANTOS et al., 2003). Embora prevista pela Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2004), a atividade de classificação de risco não está implantada na maioria das unidades de pronto atendimento, dificultando a atuação direcionada as necessidades dos casos mais graves e sobrecarregando o profissional médico. Mesmo quando em funcionamento, a classificação de risco - atividade que pode ser desempenhada por profissional de nível superior qualificado - prevê o atendimento de todos os pacientes pelo médico antes da liberação, exigindo um quantitativo de efetivo médico suficiente para que o atendimento se dê da forma adequada.

Tanto no campo nacional, quanto no campo internacional, os Sistemas de Atendimento de Urgência e Emergência enfrentam problemas, mesmo em se tratando de países desenvolvidos, que tiveram a implantação desses Sistemas em períodos bem anteriores ao Sistema brasileiro. Como destaca Gusmão (2008), na Europa, a sistematização de ideias para a construção de um Sistema de Urgências e Emergências começa a ser estruturado a partir da Segunda Guerra Mundial e nos Estados Unidos a partir dos anos 1970.

Na Europa Ocidental, Estados Unidos da América e na Europa Continental encontram-se diferenças no Sistema de Atenção às Urgências e Emergências. O sistema americano é constituído por dois componentes: o que se responsabiliza pelo atendimento hospitalar, realizado por profissionais médicos, incluindo urgência e emergência e o atendimento pré-hospitalar, realizado por profissionais não médicos, mas com especialidade na natureza desse atendimento, onde dispõem de ambulâncias para o deslocamento aos locais onde se dão as ocorrências. Esse modelo é adotado por outros países como o Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido. Na Europa Continental, a medicina que se pratica para emergência tem caráter multiprofissional; a equipe que presta o atendimento é comandada pelo profissional médico e o componente pré-hospitalar quase que exclusivamente responde por esse tipo de atendimento, uma vez que são em número reduzido os hospitais que dispõem de atendimento de urgência e emergência. Já no modelo Anglo-americano há o reconhecimento da especialidade médica emergencista; e no modelo franco-germânico, característico da Europa Continental, os profissionais

médicos são capacitados para atendimento de urgência, desenvolvem uma ação interdisciplinar na prestação dessa atividade, mas não há rigor quanto à formação especializada (DYKSTRA,1997 apud GUSMÃO, 2008). O modelo brasileiro sofre influência tanto do modelo franco-germânico, com organização interdisciplinar do cuidado, quanto do modelo anglo-americano no que se refere às práticas assistenciais adotadas (SANTOS et al., 2003) .

A despeito do momento em que esses sistemas começaram a ser estruturados, verifica-se que tanto no Brasil quanto em outros países do mundo há problemas semelhantes quanto a construção, efetivação e manutenção do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências. As dificuldades também se manifestam através da grande demanda para atendimento de urgência e emergência, tais como: tempo de espera, tempo destinado ao atendimento a uma população envelhecida e portadora de doenças crônicas que exigem do corpo profissional maior atenção à cada paciente, déficit no número de leitos para casos que requerem internação imediata, busca de trabalho por parte dos profissionais em áreas menos estressantes, número insuficiente de profissionais médicos e enfermeiros, contribuindo para o fechamento de leitos hospitalares.

Na análise sobre os Serviços de Pronto-Atendimento proposta por esse estudo há que se considerar ainda a importância da capital recifense na Região Metropolitana do Estado, que é composta por quatorze Municípios, cujas áreas territoriais se relacionam constantemente, facilitando o acesso dos usuários das cidades vizinhas à Rede de Saúde da capital procurando, diariamente, serviços que tragam resoluções às suas demandas, tanto em função da proximidade geográfica quanto pela inexistência ou ineficiência dos Serviços de Saúde locais. O volume de atendimento gerado pela demanda externa interfere no que diz respeito ao número de atendimentos realizados pelos profissionais, podendo comprometer a qualidade do atendimento prestado e a resolutividade das demandas dos usuários.

Embora, a assistência prestada na Rede de Saúde esteja amparada no atendimento multiprofissional, é imprescindível a presença do profissional médico em situações de emergência e urgência para a avaliação de risco iminente de vida ou sofrimento intenso. A realidade dos serviços a serem estudados, embora de média complexidade, deparam-se no dia-a-dia com situações limites de emergência exigindo do profissional médico, conhecimento técnico, habilidade, presteza, aliado às boas condições de estrutura física e tecnológica.

Dada a importância dos Serviços de Pronto Atendimento para a saúde da população - em especial nas situações de urgência - é fundamental que se busque conhecer os fatores que influenciam na motivação e fixação dos profissionais médicos que atuam nesses serviços, visto que suas atribuições são essenciais para a garantia e manutenção da vida da população. Tais fatores, trazem impacto para a dinâmica do comportamento das escalas de plantão dos serviços garantindo sua completude ou sua defasagem. O conhecimento deles pode possibilitar o adequado dimensionamento de profissionais considerando as peculiaridades das especialidades de clínica médica e pediátrica e as especificidades dos serviços onde atuam.

Considerando que o dimensionamento adequado de profissionais médicos para a atuação nos SPA da Região Metropolitana do Recife tem sido uma preocupação crescente dos gestores de saúde, é importante que se leve em consideração que ele não representa apenas a necessidade numérica de profissionais nos serviços, mas que compreende uma dinâmica influenciada pelas

características da clientela atendida, pela política institucional de recursos humanos, pelo modelo de gestão, pelo clima organizacional e pela mobilidade de recursos financeiros, pois estes incidem na determinação da força de trabalho necessária (JÚNIOR; MAEDA, 2006).

Assim, espera-se que esse estudo possibilite ferramentas para o conhecimento da dinâmica das escalas de plantão dos médicos atuantes em SPA, qual a sua composição, como também, conhecer os motivos que levam os servidores a se ausentarem dos plantões e que sirva de subsídio a gestão local no que diz respeito ao entendimento dos problemas e intervenções necessárias nos serviços, no sentido de colaborar para a construção e manutenção de escalas de plantões completas para as Clínicas Médica e Pediátrica nos SPA's da Rede Municipal.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar como se organizam as Escalas de Plantão das Especialidades de Clínica Médica e Pediátrica em três Serviços de Pronto-Atendimento da Rede de Saúde Pública do Município do Recife no período de Agosto de 2009 a Julho de 2010.

2.2 Específicos

- a) Caracterizar as três Unidades de Pronto-Atendimento objeto desse estudo quanto a estrutura física, capacidade instalada, número de profissionais e produção de serviço;
- b) Descrever o perfil dos médicos que compõem o quadro de plantonistas das unidades investigadas.
- c) Descrever o Padrão das Escalas de Plantão de três Serviços de Pronto – Atendimento da Rede Municipal;
- d) Caracterizar os afastamentos dos médicos e calcular as taxas de absenteísmo que impactaram nas ausências dos plantonistas no período estudado.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo do Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo transversal, no qual tomou-se como referência os 12 meses compreendido entre Agosto de 2009 e Julho de 2010. Esse período foi escolhido por se tratar dos 12 meses do ano mais próximos ao período de desenvolvimento da pesquisa cujos dados da Secretaria de Saúde estavam disponíveis para análise.

3.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado no município de Recife, com foco em três Serviços de Pronto-Atendimento da rede municipal que ofertam atendimento de urgência 24 horas tanto para a especialidade de clínica médica quanto para pediatria: Policlínica Barros Lima, Policlínica Amaury Coutinho e Policlínica Arnaldo Marques. A Policlínica Agamenon Magalhães, embora funcione também como SPA 24 horas, foi excluída do estudo, visto que oferta apenas a especialidade de Clínica Médica.

3.3 População de Estudo

Conjunto de profissionais médicos plantonistas clínicos e pediatras em atuação nos três Serviços de Pronto-Atendimento estudados no período de agosto de 2009 à julho de 2010.

3.3 Fontes de Dados

Buscando atender os objetivos propostos, foram coletados dados secundários com informações sobre os três Serviços de Pronto-Atendimento através dos seguintes instrumentos:

- a) Banco de dados fornecido pela Diretoria Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde do Recife com informações de cadastro e de exoneração dos servidores das especialidades estudadas;

- b) Dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- c) Planilhas de monitoramento das produções dos atendimentos destes serviços fornecidas pela Gerência de Atenção Ambulatorial e Assistência Hospitalar (GAAAH) da Secretaria de Saúde do Recife;
- d) Escalas de Plantão dos especialistas das clínicas médica e pediátrica;
- e) Formulários de registro de frequência dos servidores.

3.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram consolidados e tabulados a partir da construção de planilhas em Excel 2007.

O perfil dos profissionais atuantes nos serviços que contam com as especialidades estudadas foi construído a partir das variáveis sexo, tempo de vínculo (calculado a partir da data de admissão), idade (calculada a partir da data de nascimento), lotação e especialidade, obtidas a partir do banco de dados dos servidores fornecido pela DGGT.

A consulta ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde possibilitou caracterizar as unidades quanto às instalações físicas, serviços ofertados, tipo de gestão e administração, localização geográfica, quantitativo de profissionais e equipamentos existentes.

A caracterização da produção de atendimentos dos serviços foi realizada a partir das planilhas de monitoramento fornecidas pela GAAAH que permitiram identificar o número de atendimentos realizados pelos profissionais durante o ano, bem como o quantitativo mensal e diário, identificando também em que turno se concentra o maior número de atendimentos, assim como o quantitativo realizado por cada especialidade.

Para analisar o comportamento das Escalas das Clínicas Médica e Pediátrica e os motivos que contribuíram para o comprometimento das mesmas em relação as lacunas que ocorreram durante o período do estudo, lançou-se mão das informações que se aplicam aos serviços que funcionam com escalas de plantão para médicos descritas a seguir:

- a) A carga horária de trabalho de 24 horas semanais são distribuídas em dois plantões de 12 horas durante a semana;

b) Considerando que o ano tem 52 semanas, o número de plantões anual contabiliza 104 plantões por profissional;

Assim, o número de horas reais trabalhadas no ano, considerando ausência por férias (cerca de nove plantões no mês) contabiliza 95 plantões;

A partir dos formulários de registro das freqüências dos servidores, foram coletadas informações relativas ao número de faltas por profissional e as respectivas justificativas que motivaram os absenteísmos em cada mês do período estudado. Para Coelho Júnior e Maeda (2006), absenteísmo ou absentismo são expressões utilizadas para designar a ausência do empregado ao trabalho. São motivos considerados absenteísmo as faltas, as licenças de saúde e maternidade, as ausências do funcionário para participar de congressos e seminários e cursos, além de folgas, descanso semanal, férias, dentre outros.

Adaptando a fórmula proposta por Coelho Júnior e Maeda (2006), foram calculadas as Taxas de Absenteísmo (TA) – cálculo das ausências por tipo de ocorrência em relação ao total de horas/plantões previstos para desempenho do trabalho (horas/plantões reais trabalhados) durante o ano. A TA é dada pela fórmula abaixo:

$$TA = \frac{A}{B} \times 100$$

Onde A se refere ao número de plantões ausentes por um determinado motivo e B ao número de plantões no ano. Como exemplo para cálculo da Taxa de Absenteísmo por férias, que são ausências regulamentadas por lei, utiliza-se as seguintes informações:

A – Férias = 9 plantões

B – Número de plantões no ano = 104 plantões

A Taxa de Absenteísmo por férias será dada pela seguinte expressão:

$$TA \text{ por férias} = \frac{A}{B} \times 100 = \frac{9}{104} \times 100 = 8,65\%$$

Logo, a Taxa de Absenteísmo por férias é de 8,65%.

Como o número de ausências por outros motivos variou bastante por profissional (diferente das férias onde é ausência regulamentada e o período é padrão), as demais TA foram calculadas a partir da soma de todas as ausências por determinado motivo e a média de plantões ausentes por profissional.

Por exemplo, para o cálculo da TA por faltas diversas sem justificativa:

- a) Identificou-se o total de 153 dias ausentes por esse motivo no período de agosto de 2009 à julho de 2010 (período do estudo);
- b) A média de ausência pelos 77 profissionais identificados nas listas de frequência daquele período foi de 1,98 dias ($153 \div 77 = 1,98$ dias ausentes por profissional no ano);
- c) Calculou-se a equivalência em número de plantões ausentes por regra de três. Se o número de plantões no ano (365 dias) é 104, para 1,98 dias ausentes tem-se 0,56 plantões ausentes por profissional.

Assim, a TA por faltas diversas sem justificativa foi assim calculada:

$$\text{TA por férias} = \frac{A}{B} \times 100 = \frac{0,56}{104} \times 100 = 0,54\%$$

3.6 Considerações Éticas (Resolução nº 196/1996 – CNS)

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, recebeu a numeração 0085.0.095.000-10 e foi executado após a devida aprovação. Junto ao projeto foi apresentada a Carta de Anuência do Gestor Municipal de Saúde.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil dos Serviços de Pronto-Atendimento Estudados

Os três serviços de pronto-atendimento estudados têm gestão municipal com administração direta da Secretaria de Saúde de Recife, e prestam atendimento à população através de demanda espontânea e referenciada. Em comum, as três unidades possuem em suas instalações físicas setores de urgência, dispondo também de ambulâncias próprias. Possuem um conjunto de profissionais médicos que, quando descritos a seguir, com base nos dados do CNES, representam o quantitativo total de médicos em cada unidade que atuam, tanto nos SPA's, quanto em ambulatórios e nas maternidades existentes em dois dos serviços estudados.

Neles há características singulares, dentre as quais, podemos destacar:

A Policlínica Amaury Coutinho – localizada no bairro da Campina do Barreto, no Distrito Sanitário II – oferta atendimento ambulatorial, assim como serviço de apoio diagnóstico e terapêutico; dispõe de equipamentos de imagem, equipamentos para manutenção da vida, consultórios médicos, odontologia, salas para atendimento indiferenciado, atendimento pediátrico, curativo, higienização, sala para pequena cirurgia, observação masculina, observação feminina, observação pediátrica e, como diferencial dos demais serviços estudados, possui sala de gesso, por ser a única referência da rede municipal que dispõe de serviço de traumatologia 24 horas. A Policlínica conta, no seu quadro geral, com 96 médicos que atuam no ambulatório ou no SPA e com 206 servidores de outras formações.

A Policlínica e Maternidade Barros Lima é uma unidade mista, localizada no bairro de Casa Amarela, no Distrito Sanitário III. Oferta atendimento ambulatorial, internação, com leitos cirúrgicos para ginecologia, neonatologia, unidade intermediária neonatal e obstetrícia cirúrgica, possui serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. Conta com equipamentos e ambientes semelhantes aos descritos para a Policlínica Amaury Coutinho. No que diz respeito à urgência, dispõe também de equipamentos para a manutenção da vida para a área de internação. Quanto aos servidores, possui 160 médicos e 328 profissionais de outras categorias.

A Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques, também cadastrada como unidade mista, localiza-se no bairro do Ibura, no Distrito Sanitário VI. Oferta equipamentos, serviços e atendimentos semelhantes às demais urgências

estudadas, com o diferencial de contar nas 24 (vinte e quatro) horas com cirurgião geral. Possui leitos de internação em obstetrícia clínica e cirúrgica e também em pediatria clínica; conta com equipamentos para a manutenção da vida destinados à área de internação. Em seu quadro funcional há 151 médicos e 361 servidores de outras profissões.

A produção de atendimento nas Clínicas Médica e Pediátrica realizada nos três Serviços durante o período do estudo aponta um maior número de atendimento na especialidade de Clínica Médica, sendo as Policlínicas e Maternidades Barros Lima e Arnaldo Marques às que apresentaram maior produção. Observa-se que 70% dos atendimentos ocorrem no período diurno e 30% no período noturno (dados da GAAAH). No período do estudo ocorreu uma média de quase 193 atendimentos por dia e em torno de 83 atendimentos por noite na clínica médica, quando considerado a produção das três unidades, conforme demonstra o gráfico abaixo.

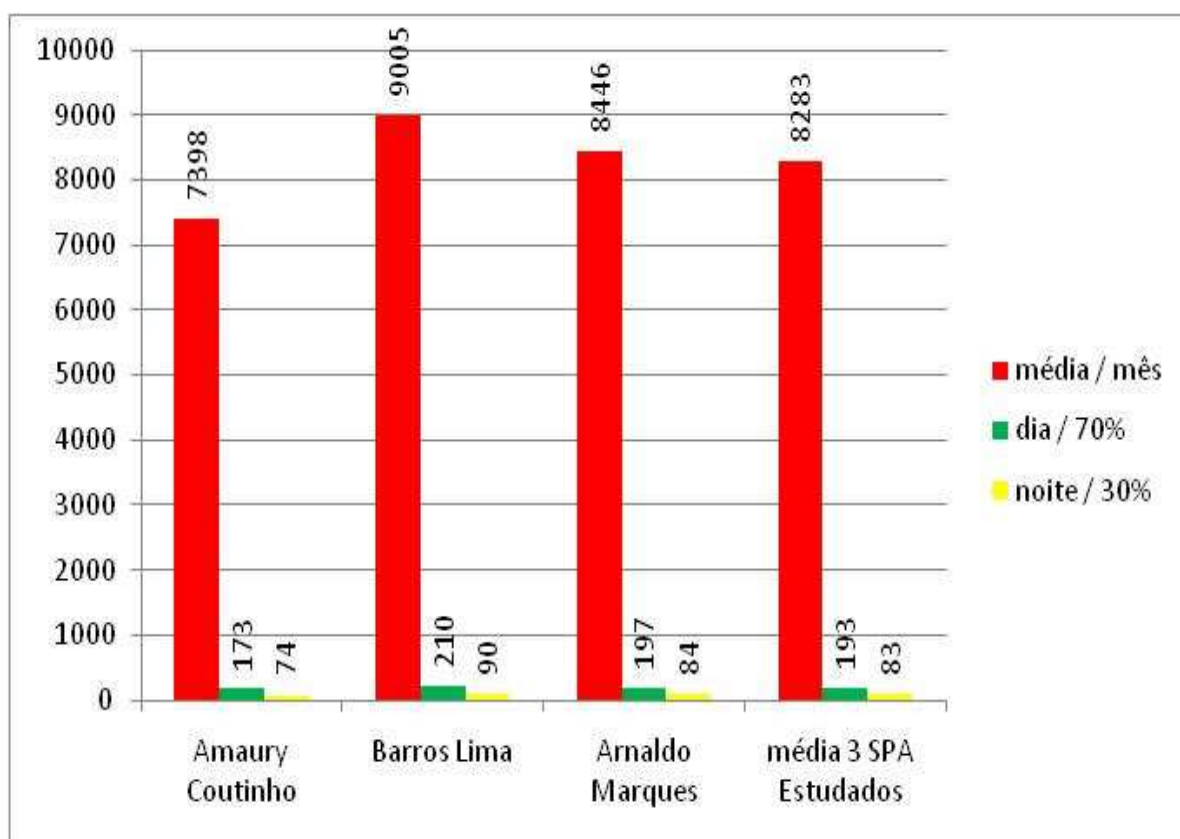


GRÁFICO 1 - Demonstrativo da Produção de Atendimento dos Serviços Estudados de Agosto de 2009 a Julho de 2010 – Clínica Médica

Fonte: Quantitativo da Produção de Atendimento dos Serviços consolidado pela GAAAH

O número de atendimento realizado por profissional no plantão diurno ultrapassou em valores significativos a recomendação do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE) que através da Resolução Nº 01 de 22 de Junho de 2005, estipulou “§ IV – No atendimento prestado em setores de urgência e emergência, o limite referido no caput deste artigo é o de 36 pacientes, atendidos por médico, em 12 horas de jornada de trabalho” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO, 2005). Nesse período, na clínica médica, registrou-se uma média de 48 atendimentos por profissional durante o dia e cerca de 28 atendimentos por profissional no plantão noturno. Isso se considerarmos que todos plantões atendiam o padrão de quatro médicos durante o dia e três durante a noite, fato que não se confirma em todos os períodos do ano como veremos a seguir.

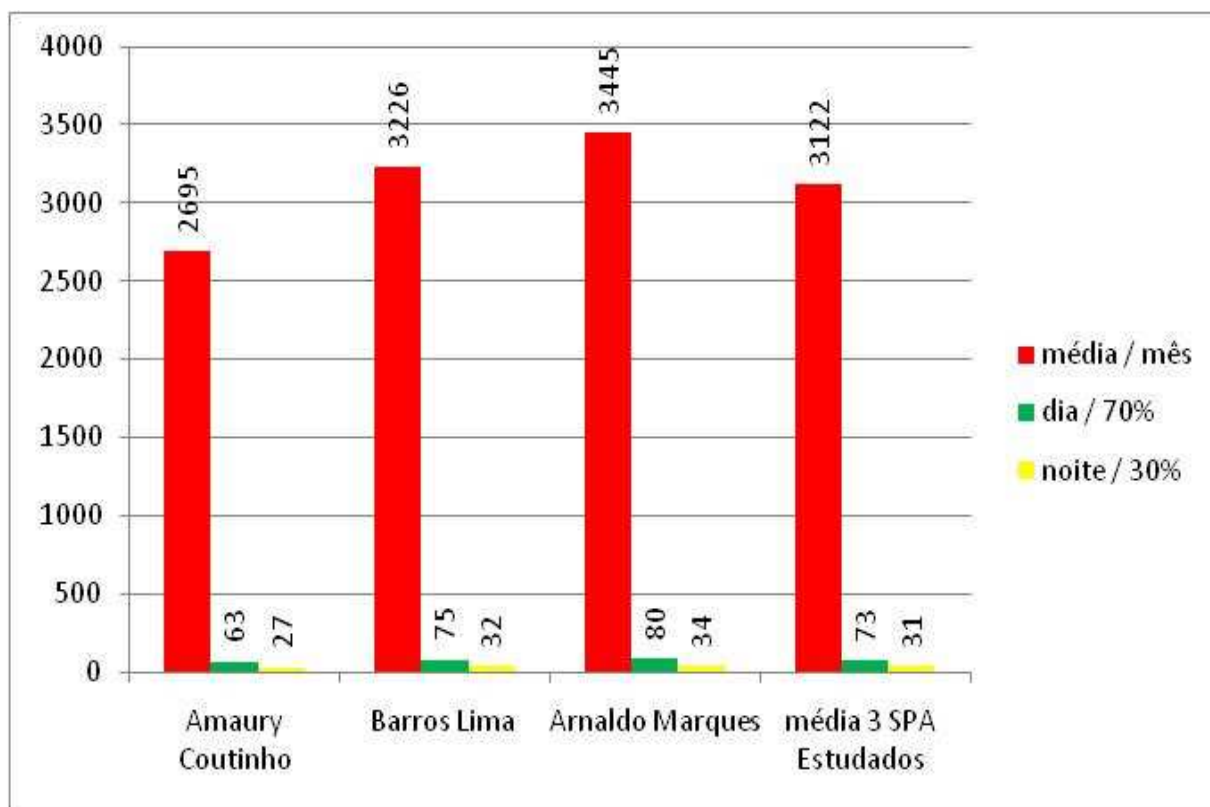


GRÁFICO 2 - Demonstrativo da Produção de Atendimento dos Serviços Estudados de Agosto de 2009 a Julho de 2010 – Pediatria

Fonte: Quantitativo da Produção de Atendimento dos Serviços consolidado pela GAAAH

Em relação à Clínica Pediátrica, as Policlínicas e Maternidades Barros Lima e Arnaldo Marques também foram responsáveis pelos maiores números de atendimento, no período de Agosto de 2009 a Julho de 2010. Os três serviços conjuntamente apresentaram em média cerca de 73 atendimentos durante o dia e em torno de 31 atendimentos no plantão noturno, realizados por um grupo de profissionais que esteve

durante o período estudado, abaixo do quantitativo padrão proposto pela SMS (gráfico 2).

A Policlínica e Maternidade Barros Lima produziu o maior número de atendimentos em Clínica Médica, enquanto que em Clínica Pediátrica, quem registrou maior produção foi a Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques, no período de Agosto de 2009 a Julho de 2010.

Ao considerar a produção individual de cada serviço, constatou-se que nos plantões diurnos dos três serviços, os médicos da especialidade clínica médica ultrapassaram o quantitativo de atendimento por profissional recomendado pela Resolução nº 1 de 22.06. 2005, do CREMEPE, anteriormente citada. Ressalta-se que essa média de produção individual pode ser ainda maior, visto que foi calculada levando-se em conta que todos plantões estavam completos (sem profissional ausente), fato que não foi verificado em todo o período do estudo como será apresentado a seguir.

A tabela 1 demonstra por serviço, o quantitativo produzido individualmente:

Tabela 1 – Demonstrativo da média de atendimento por médico clínico em cada turno.

ESPECIALIDADE	Média de Atendimentos por Profissional			TURNOS
	Amaury Coutinho	Barros Lima	Arnaldo Marques	
Clínica Médica	43	52	49	Diurno
	25	30	29	Noturno

Fonte: Quantitativo da Produção de Atendimento dos Serviços consolidado pela GAAAH

Na Clínica Pediátrica, os atendimentos não ultrapassaram o quantitativo preconizado pelo CREMEPE. A maior produção de atendimento ficou concentrada no turno diurno, como demonstra a tabela 2:

Tabela 2 – Demonstrativo da média de atendimento por médico pediatra em cada turno.

ESPECIALIDADE	Média de Atendimentos por Profissional			TURNOS
	Amaury Coutinho	Barros Lima	Arnaldo Marques	
Clínica Pediátrica	21	25	27	Diurno
	09	11	11	Noturno

Fonte: Quantitativo da Produção de Atendimento dos Serviços consolidado pela GAAAH

4.2 Perfil dos Médicos Plantonistas de Clínica Médica e Pediátrica dos Três Serviços de Pronto Atendimento Estudados

Para a construção do perfil dos profissionais plantonistas considerou-se os profissionais em atividade no mês de julho de 2010, com base em planilha fornecida pela DGGT. Nesse mês os três serviços de pronto atendimento estudados – Policlínicas Amaury Coutinho, Barros Lima e Arnaldo Marques – contavam com 128 profissionais médicos plantonistas nos SPA de clínica médica e pediatria. Desse total, cerca de 70% (90) era composto por profissionais do sexo feminino e 30% (38) do sexo masculino. Quando observados por especialidade, as médicas mulheres representavam naquele período 94% (49) do total de pediatras plantonistas. Já na clínica médica a distribuição de profissionais por sexo mostrou-se mais equilibrada com 54% (41) mulheres e 46% (35) homens. Como pode ser observado no gráfico abaixo:

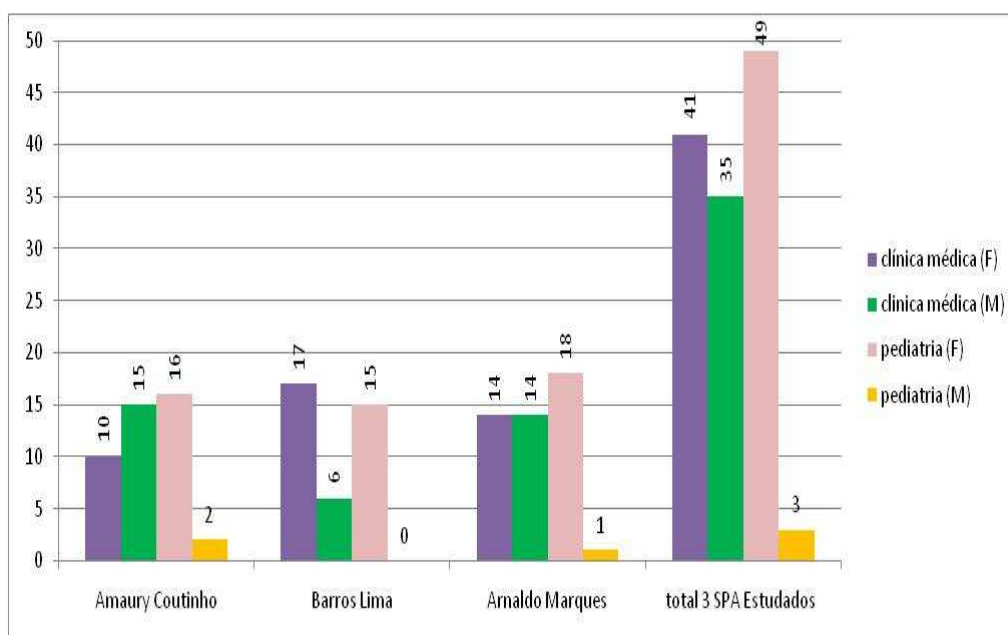


GRÁFICO 3 – Perfil dos Profissionais segundo sexo.

Fonte: Diretoria de Gestão do Trabalho – Secretaria de Saúde do Recife (RECIFE, 2010).

A tabela 1 demonstra que, com relação a faixa etária, cerca de 50% (63) dos profissionais encontravam-se na faixa etária entre 26 e 39 anos; 26% (34) deles entre 40 e 49 anos e 24% (31) com mais de 50 anos. Esses dados refletem-se no tempo de vínculo com a instituição onde cerca de 50% (68) dos médicos plantonistas dos setores estudados estava há, no máximo, cinco anos vinculados a Secretaria de Saúde do Recife; 17% (22) entre cinco e 10 anos e 30% (38) deles há

mais de 10 anos compondo o quadro de profissionais médicos da secretaria de saúde municipal. Entre os profissionais que estão há mais de 10 anos no serviço, cerca de 70% (24) são pediatras, enquanto que a maioria dos clínicos 76% (52) têm até cinco anos de vínculo.

Esse perfil geral se mantém semelhante quando as unidades de saúde são observadas em particular. Na especialidade de pediatria cada uma das unidades conta com 90% ou mais do quadro composto por mulheres, com destaque para a Policlínica Barros Lima que não possui nenhum profissional do sexo masculino no seu quadro de pediatras. Essa mesma unidade (Barros Lima) tem uma proporção maior - 25% - de profissionais com mais de 50 anos de idade e 28% do total de plantonistas das clínicas médica e pediátrica têm mais de 10 anos de vínculo com a secretaria de saúde do município.

Tabela 3 – Perfil dos profissionais dos SPA Estudados

ESPECIALIDADE	QUANT.	SEXO	TEMPO DE VÍNCULO					FAIXA ETÁRIA		
			ATÉ 1 ANO	+ DE 1 ANO ATÉ 5 ANOS	+ DE 5 ANOS ATÉ 10 ANOS	+ DE 10 ANOS ATÉ 15 ANOS	+ DE 15 ANOS	26 A 39	40 A 49	50E +
PEDIATRIA	49	F	3	12	11	22	1	12	19	18
CLÍNICA MÉDICA	41	F	8	20	5	7	1	27	9	5
CLÍNICA MÉDICA	22	M	3	10	1	2	0	9	4	3
PEDIATRIA	16	M	3	9	5	4	1	15	2	5

Fonte: Sistema de Informação – DGGT

4.3 Comportamento das Escalas de Plantão dos Serviços de Pronto-Atendimento no Período de Agosto de 2009 a Julho de 2010

Segundo informações da GAAAH, a Secretaria Municipal de Saúde adota como padrão de dimensionamento de médicos para as escalas de plantão nos SPA's o quantitativo de quatro clínicos e três pediatras por cada plantão de 12 horas. Com o objetivo de atenuar as ausências regulamentadas ou de outra natureza, a SMS tem trabalhado com um Índice de Segurança Técnica (IST) de 15% sob o quantitativo de profissionais necessários para cobrir a escala semanal de plantão. Assim, seria preciso manter em cada serviço, pelo menos, 32 profissionais para suprir as necessidades da escala de clínica médica e, nas escalas de Pediatria, 24 profissionais.

O comportamento das Escalas de Plantões das Clínicas Médica e Pediátrica da Policlínica Amaury Coutinho no período de Agosto de 2009 a Julho de 2010, se caracterizou por plantões que constantemente oscilaram entre três e quatro Clínicos e entre dois e três Pediatras. Em alguns plantões, o serviço viveu momentos críticos sendo obrigado a restringir o número de atendimentos por limitação no quantitativo de profissionais de ambas as especialidades. Verificou-se que não houve predominância de um determinado dia para a redução do número de profissionais, apresentando esse comportamento em qualquer dia da semana. Outra estratégia observada nesse período foi a decisão da unidade em procurar priorizar a completude das escalas de plantão diurno, especialmente da Clínica Médica, em função da demanda de atendimento mais elevada neste turno.

O comportamento das Escalas de Plantão da Policlínica e Maternidade Barros Lima também demonstrou a incompletude encontrada nos plantões da Policlínica Amaury Coutinho, chamando atenção para os meses de Agosto, Outubro e Novembro de 2009, nos plantões diurno e noturno do Domingo onde o Serviço contou com apenas dois Pediatras em cada plantão. Em 2010, nos meses de Janeiro, aos Domingos, Terças e Sextas essa situação se repetiu, sendo Julho o mês que apresentou uma situação mais crítica, com os plantões noturno e diurno das terças-feiras, com apenas um plantonista, assim também no plantão diurno do Sábado.

Em relação aos Plantões da Clínica Médica, durante o período estudado do ano de 2009, observou-se a média de três médicos por plantão em determinados dias da semana, porém, para manter esse número foi preciso incluir contratos de profissionais extra-quadro da SMS. A partir de 2010, precisamente em Março, observou-se a tentativa de manter as escalas, sobretudo nos plantões diurnos, compostas por quatro profissionais.

O comportamento das Escalas de Plantões das Clínicas Médica e Pediátrica da Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques também sofreu oscilações durante o período do estudo no que diz respeito ao padrão proposto pela SMS. No mês de Abril de 2010 os plantões da Pediatria contaram com apenas dois profissionais nas terças-feiras nos plantões diurno e noturno, ocorrendo o mesmo comportamento nas terças-feiras e sextas-feiras do mês de abril. Em Junho e Julho, os plantões das quartas-feiras à noite e os domingos durante o dia, ocorreram em função da contratação de profissionais extra-quadro.

4.4 Afastamentos dos Profissionais de Clínica Médica e Pediátrica dos três Serviços de Agosto de 2009 a Julho de 2010

A consulta às escalas de plantão fornecidas pelas unidades nem sempre funcionaram de forma auto-explicativa, levando à pesquisadora a lançar mão de conversas informais com as gerentes dos serviços e com profissionais que têm envolvimento direto com o manuseio e preenchimento de tais escalas, com o intuito de dirimir dúvidas vivenciadas durante o período de análise das informações. A partir dessa decisão, foi possível verificar o quantitativo de profissionais por turno, a oscilação no padrão de profissionais por plantão e a presença constante de profissionais contratados, na maioria das vezes através de prestação de serviços, com o objetivo de suprir as lacunas existentes de servidores, que comprometem o adequado funcionamento dos plantões. Para melhor conhecer as frequências dos profissionais por unidade e por especialidade, foi realizada a checagem das escalas de plantão durante cada um dos meses entre agosto de 2009 e julho de 2010, com o objetivo de compará-las e observar a permanência ou não dos profissionais durante esse tempo.

O quadro presente no apêndice A apresenta os afastamentos ocorridos e registrados nos Formulários de Frequência dos profissionais da **Clínica Médica**. Nos três Serviços, o motivo que mais se destacou foram as licença médicas, que geraram 413 dias de ausência no período estudado.

Dos afastamentos esperados, tais como, férias, licenças maternidade e paternidade, foram as férias que resultaram num maior número de profissionais ausentes, no período entre agosto de 2009 a julho de 2010, sobretudo, nos meses de Dezembro e Janeiro. A Licença Maternidade representou um total de 115 dias de afastamento no mesmo período.

As ausências que podem ser negociadas como: cursos, licença prêmio e licença sem vencimento, resultaram em 645 dias de ausências dos Serviços estudados.

As Licenças Gala, Nojo e as ausências por motivos não identificados, contribuíram com 183 dias de afastamentos da atividade laboral; já a licença para serviço militar representou um total de 123 dias de afastamento.

Com relação à **Clínica Pediátrica**, a licença médica apareceu como sendo a maior responsável pelos afastamentos dos profissionais dessa especialidade nos

três serviços estudados, contabilizando um total de 953 dias de ausência, como pode ser demonstrado através do quadro do Apêndice B.

Em relação aos afastamentos previstos, como férias, licença maternidade e licença paternidade, as férias foram responsáveis por um número maior de ausências, sendo que no mês de janeiro houve 10 profissionais ausentes por férias, concentrando um quantitativo superior aos demais meses do período estudado. A ausência por licença maternidade contribuiu com 183 dias de afastamento dos Serviços de Pronto Atendimento Municipal.

A Licença Prêmio contribuiu com 612 dias de ausência nos plantões dos SPA, não ocorrendo nesse período afastamentos por Licença sem vencimento e Cursos.

As Licenças Gala e Nojo resultaram em 16 dias de ausência e os Afastamentos por Motivos Não Identificados, contribuíram com 159 dias de faltas nos plantões da Clínica Pediátrica.

O acesso a essas informações permitiu identificar o déficit de profissionais em cada uma das especialidades e o cálculo de taxas de absenteísmo do período estudado, que podem favorecer o adequado dimensionamento de profissionais médicos necessário em cada um dos serviços. A partir desses cálculos, verificou-se que, das ausências não previstas, a Licença Médica teve relevância, tanto para especialistas em Clínica Médica como para especialistas da Clínica Pediátrica, levando, nesse período, a 413 dias de afastamento de Clínicos dos plantões, o que representou cerca de 1,52 plantões ausentes por profissional. Entre os 52 profissionais Pediatras houve 953 dias de ausência por licença médica, o que representou uma média de 5,23 plantões ausentes desses especialistas, causando importantes lacunas nos Serviços estudados.

Das 90 servidoras mulheres que atuam nos três serviços estudados, 67 delas estão em idade reprodutiva e 49 compõem o quadro de profissionais da Clínica Pediátrica. Mesmo com um número elevado de mulheres em idade fértil entre as pediatras, o afastamento por licença maternidade comprometeu as escalas em 183 dias de afastamento no período estudado. A taxa de absenteísmo por licença gestação foi de 1%, enquanto que a taxa de absenteísmo por licença médica foi de 5,03% entre todos os pediatras.

Para os (as) Pediatras dos três Serviços, no período do estudo constatou-se que não houve absenteísmo por licença para cursos; já para profissionais da Clínica

Médica, houve 43 dias de afastamentos em função da participação em Cursos, o que na análise das ausências não chegou a comprometer as escalas de plantão. Afastamentos por Licenças Prêmio, Gala, Nojo e Paternidade quando analisadas conjuntamente, levaram a uma ausência média de 10 dias do trabalho por clínico e 12 dias por Pediatras.

Quando calculada as Taxas de Absenteísmo, considerando todos os motivos que resultaram em afastamento dos plantões, verificou-se que cada um dos profissionais da Clínica Médica trabalhou no período estudado uma média de 89,28 plantões e os profissionais da Clínica Pediátrica trabalharam 84,32 cada, quando deveriam dar 95 (noventa e cinco) plantões já considerando as ausências previstas por férias.

5 DISCUSSÃO

A escolha pelo estudo das especialidades das Clínicas Médica e Pediátrica, através do Comportamento das Escalas de Plantão foi motivada pelo constante desafio empreendido pela Gestão Municipal, em mantê-las compostas de acordo com o quantitativo padrão de profissionais proposto pela SMS, compartilhado pela pesquisadora quando esteve à frente da Gerência de Atenção Ambulatorial e Assistência Hospitalar (GAAAH), Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2004 a 2008. A permanente incompletude das escalas de profissionais efetivos, levando a Gestão à lançar mão de contratação de profissionais com o objetivo de manter um quantitativo que pudesse suprir as demandas da população, foi um exercício diário.

Mesmo estando em uma capital, as dificuldades em dispor de profissionais com formação e desejo de atuarem nas referidas especialidades, tem se constituído em obstáculo para Gestores da Saúde. Como comenta Ceccim e Pinto (2007, p.268):

O provimento e a fixação voluntária dos profissionais se acompanham da oferta de bens culturais, acesso à atualização e educação permanente, convivência com ambientes de produção de conhecimento (instituições de ciência, ensino e pesquisa, e serviços com potencial de aprendizagem e desenvolvimento profissional), atuação com pares e em equipe, garantia de retaguarda, serviços complementares e de apoio diagnóstico e terapêutico, segurança contra os riscos de violência e ambientais, e condições de conforto na moradia, no deslocamento e no trabalho.

Através do perfil dos servidores, foi revelado que profissionais da Clínica Pediátrica possuem maior tempo de vínculo com a Secretaria de Saúde se comparado aos profissionais da Clínica Médica. Talvez, esse dado possa indicar uma maior rotatividade de clínicos nos SPA municipais o que pode ser verificado também através do número de exonerações nos anos de 2009 e 2010. Verificou-se que nesse período ocorreram 13 exonerações de profissionais da Clínica Médica e três da Clínica Pediátrica, segundo dados fornecidos pela DGGT/SS. Porém, estudos mais detalhados podem ser necessários para melhor avaliar tais situações de rotatividade.

O número de exonerações informadas foi surpreendente, uma vez que necessariamente não foram estas as principais responsáveis pela constante incompletude das escalas. As ausências por motivos diversos têm grande importância na manutenção do déficit do padrão de dimensionamento de

profissionais proposto para os SPA de clínica médica e pediátrica, como pôde ser observado nas análises dos formulários de frequência.

A constatação da forte presença feminina nas duas especialidades confirma, como mostram alguns estudos, a feminização do setor saúde, como comenta Machado (1985, p.61):

Ao analisar os dados censitários do Brasil relativo à força de trabalho em saúde, observa-se um fenômeno interessante: a feminização. O contingente feminino tem-se tornado francamente majoritário nesse ramo da economia, especificamente no período pós- 70, quando essa participação passa a ser mais expressiva e progressivamente maior. Em 1970, ela representava 20% do conjunto da força de trabalho em saúde de nível superior, passando para 39% em 1980. Destacam-se, aí, as categorias médica e odontológica, que acusaram, naquele período, crescimento de 302% e 344%.

A produção dos Serviços observada nesse período comprovou um número maior de atendimento durante o plantão diurno, confirmando que 70% do atendimento nesses locais ocorrem no referido período e que o plantão noturno responde por 30% da produção do dia; essa realidade segundo relato informal, levou as gestoras dos SPA a tentarem manter pelo menos as escalas da Clínica Médica com quatro plantonistas durante o dia. Levar em consideração diferenças na produção por turno de atendimento pode ser relevante quando há a necessidade de definir quais os plantões com maior necessidade de profissionais quando não há o número adequado de servidores.

É importante destacar que os afastamentos por cursos e capacitações, quando direcionados para a área de atuação dos servidores, trazem retorno para o serviço, podem atuar como elemento de motivação, além de poder contribuir com a fixação do profissional e fomentar nos serviços ambiência para campo de aprendizagem, facilitando interface com instituições de ensino. Vale destacar que o processo de trabalho de um serviço de pronto atendimento é motivo de tensão emocional para aqueles que nele trabalham, em função da natureza do atendimento prestado, muitas vezes à pacientes em estado de gravidade considerável, com familiares ansiosos frente ao estado em que se encontram seus entes, como também, ter que administrar muitas vezes o próprio cansaço acumulado por uma sobrecarga de trabalho em função de outros vínculos. Diante da combinação de tantas variáveis e considerando a importância da capacitação dos profissionais que pode vir a se traduzir em satisfação pessoal e profissional pelo reconhecimento da

importância de atualizações pela gestão, contribuindo com uma maior qualificação no cuidado a ser ofertado à população, é fundamental o estímulo e a negociação junto às chefias para a liberação dos mesmos.

Apesar da PCR, através da secretaria de saúde ter realizado em 2003, concurso público para médicos clínicos e pediatras; em 2007 para clínicos; em 2008 para pediatras e em 2010, para clínicos, não foi possível a reversão do déficit de profissionais existentes nos plantões dos SPA's estudados. Através de dados fornecidos pela DGGT se observou que o quantitativo de profissionais que foram aprovados e nomeados ao longo desse período, ainda não foi suficiente para suprir o quantitativo necessário para os SPA's estudados por razões diversas, entre elas, desistências, pedidos de exoneração, número de vagas ofertadas, entre outras.

Há outros fatores que vem sendo observados relativos às especialidades, das clínicas médica e pediátrica, como comenta Campos, Chakour e Santos (1997, p.142):

[...] quando se adotam processos de trabalho centrados na lógica da especialização, há sempre uma tendência ao esvaziamento de função e posterior desaparecimento das "especialidades mais gerais". Refiro-me não somente ao clínico geral, supostamente, egresso das faculdades, mas aos pediatras, gineco – obstetras, cirurgiões gerais e internistas.

A formação nas academias também tem o seu peso em relação às necessidades de mudanças na graduação, no sentido de centrar numa política formativa que busque a interação entre ensino e o sistema de saúde, aliados às necessidades da população local, buscando minimizar o hiato existente entre os órgãos formadores e o SUS (POVOA, 2006).

Uma outra realidade que concorre para a dificuldade em manter os profissionais na rede é o valor da remuneração ofertada pela rede estadual de saúde que, ao adotar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como modelo resolutivo para atendimentos de média complexidade nas especialidades estudadas, tem praticado salários muito mais atraentes dos que são ofertados nos municípios.

Cherchiglia (1994, p. 77) comenta que:

O fato de os médicos julgarem a forma por produção como a mais justa e satisfatória nos permite supor que as formas de remuneração que contemplam alguma medida de resultado podem representar um instrumento gerencial relevante a ser considerado pelas organizações hospitalares, especialmente, as públicas, na busca de maiores eficiência e qualidade.

Ao longo dos anos, a iniciativa privada atraiu muitos profissionais, utilizando a lógica da remuneração por ato médico ou por produção, mesmo não havendo a garantia da estabilidade no emprego como assegura o serviço público.

6 CONCLUSÃO

Realizar o estudo sobre o Comportamento do Perfil das Escalas de Plantão das Clínicas Médica e Pediátrica permitiu uma aproximação de informações sobre os SPA's que possibilitaram um aprendizado sobre as características dos serviços quanto a estrutura física e equipamentos disponíveis; quem são os profissionais plantonistas, há quanto tempo estão na instituição, qual o sexo e faixa etária, possibilitando a construção de um perfil desses trabalhadores.

Foi fundamental a colaboração dos servidores da DGGT, da GAAAH, e dos próprios serviços estudados em fornecer os instrumentos necessários para a elaboração do estudo; sem a disponibilidade imensurável desses profissionais seria impossível realizar o trabalho.

Ficou evidente que se faz necessário o investimento por parte da gestão municipal na disseminação da ferramenta tecnológica para utilização no tratamento das informações. Durante o manuseio dos instrumentos, foi possível verificar que o preenchimento, por exemplo, do formulário de frequência, embora contenha campos padronizados, nem sempre são preenchidos adequadamente, levando a uma interpretação dúbia dos dados, sendo algumas vezes preenchidos à mão, o que pode levar à erros; foi também perceptível a incipiência de padrão para modelos de escalas de plantão. Cada serviço adota um modelo e utiliza siglas próprias, que já são familiares para quem confecciona as escalas, mas nem sempre de fácil compreensão para pessoas alheias ao serviço.

O acesso às informações não representou dificuldade para o andamento da pesquisa, mas em algumas situações, a exemplo das exonerações as informações que estão disponíveis para a DGGT, não estavam completas, pois para essa diretoria é disponibilizado o quantitativo numérico em relação ao profissional com o cargo de médico que tenha sido exonerado; não há disponibilidade da informação quanto a especialização desse profissional. Através de conversas informais é que foi possível fazer uma checagem junto às unidades, utilizando uma tabela nominal, que dispõe de informações relevantes sobre afastamentos de médicos, fornecida pela DGGT para, só então, chegar ao quantitativo de exonerados por especialidade.

A necessidade de entendimento por parte da Secretaria Municipal de Administração de que essa variável é importante para a Secretária de Saúde deve ser algo a ser perseguido pela gestão.

A realização do estudo permitiu a identificação de um número elevado de ausências dos profissionais nos três serviços, motivados por licença médica; se faz necessário numa próxima oportunidade se desenvolver pesquisa de análise qualitativa, com o objetivo de avaliar quais os motivos ou morbidades que tanto vêm acometendo os servidores dos SPA's, comprometendo as escalas de plantão, exigindo da gestão a busca de caminhos que a curto prazo possam minorar essas lacunas nas escalas, sem fragilizar a qualidade do cuidado a ser prestado à população.

O estudo realizado em relação a produção de atendimento dos três serviços, assim como a análise das escalas de plantão das duas especialidades levaram a reflexão de que o IST utilizado pela gestão em cima do número padrão do dimensionamento de recursos humanos para atuarem nas clínicas médica e pediátrica, deve ser mantido em 15%. A sugestão é que seja adotado para a pediatria o mesmo quantitativo de profissionais que hoje vigora para a clínica médica, ou seja, quatro profissionais a cada 12 horas, perfazendo um total de 28 profissionais para cobrir as escalas nos sete dias da semana.

Utilizando o IST sob esse número, seriam necessários 32 profissionais para a pediatria, assim como hoje já vigora para a clínica médica. Essa proposta possibilitaria suprir os afastamentos previstos como férias e seria menos dramático para as escalas, quando ocorressem afastamentos pelas diversas licenças, de acordo com o que foi identificado durante o estudo, através dos formulários de frequência, o que também possibilitou calcular as taxas de absenteísmo dos servidores durante o período estudado.

A análise da produção dos serviços corroborou com a estratégia utilizada pelas gerências dos mesmos, em procurar manter quatro profissionais da clínica médica no plantão diurno; essa decisão deve ser mantida também para a clínica pediátrica, em função da maior concentração dos atendimentos nesse turno.

A aproximação dos serviços de pronto atendimento da rede municipal com o propósito de realizar um trabalho monográfico, resultou em experiência enriquecedora. A partir da coleta e análise dos dados escolhidos para realização do estudo, foi possível refletir sobre o comportamento das escalas de plantão dos SPA's e fazer sugestões a partir do aprendizado que o trabalho proporcionou, entendendo que o desafio para a gestão municipal permanece, visto a existência de

variáveis que têm colaborado para a incompletude das escalas de plantão das especialidades estudadas.

São desafios que precisam ser superados por gestores comprometidos com: o Sistema Único de Saúde, na permanente busca pela consolidação desse sistema; com os profissionais, no que diz respeito à satisfação no trabalho que realizam, mesmo num ambiente tensionado pela natureza do atendimento prestado e com a população, que paga seus impostos e que deseja ter seus direitos já há muito garantidos na Carta Magna do país, no que diz respeito a uma assistência acolhedora, de qualidade, equânime e humanizada para todos e todas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2004. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Resolução nº 1451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 17 mar. 1995. Disponível em: <http://cremese.org.br/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18&Itemid=79>. Acesso em: 7 mar. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Gestão do Trabalho na Saúde. 1. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007. (Coleção Progesus. Para Entender a Gestão do SUS).

CECCIM, Ricardo Burg; PINTO, Luiz Felipe. Tema Global Pobreza e Desenvolvimento Humano. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 266-277, set./out. 2007.

CHERCHIGLIA, Mariângela L. Remuneração do Trabalho Médico: Um Estudo sobre seus sistemas e formas em Hospitais Gerais de Belo Horizonte. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 67-79, jan./mar. 1994.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. Saúde e Cidadania: a implantação do sistema único de saúde. Brasília, DF, 1999.

COELHO Júnior, Cecil; MAEDA, Sayri Tanaka. Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

COIMBRA, Graça Aparecida et al. Dimensionamento da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba – MG. In: MOYSES; MACHADO E OLIVEIRA (Org.). Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 265-275.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.451 de 30 de setembro de 1957. Diário Oficial [do Poder Executivo], Brasília, DF, 17 de mar. 1995. Seção 1, p.3666.

CAMPOS, Wagner de Souza Gastão; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Opinião, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

GONÇALVES, Marli et al. Implantação de parâmetros na rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Goiás. In: MOYSES; MACHADO; OLIVEIRA (Org.). Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 300-313.

GONTIJO, Liliane et al. Planejamento de Pessoal para o Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia – MG. In: MOYSES; MACHADO; OLIVEIRA (Org.). Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 288-299.

LEITE, Angela et al. A Construção de parâmetros de dimensionamento de recursos humanos, Niterói – RJ. In: MOYSES; MACHADO; OLIVEIRA (Org.). Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 328-341.

MACHADO, Maria Helena. Os trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: BRAGA et al. (Org.). Cadernos de Textos. Curso de Negociação do trabalho no SUS. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, 2008. p. 70-85.

MACIEL FILHO, Rômulo; PIERANTONI, Célia Regina. O Médico e o Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: revendo conceitos e Mudanças. In: BARROS, André Falcão do Rêgo (Org.). Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 139-152.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.587-603.

POVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006 .

RECIFE. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013. Recife, 2010.

SANTOS, José Sebastião dos et. al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-415, 2003.

WERMWLINGER, M. et al. A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 1, p. 54-70, maio 2010.

APÊNDICE A – Quadro 1: Demonstrativo dos Afastamentos dos Profissionais de Clínica Médica

MÊS/ANO	F	LM	no. total de dias	L. MATER.	no. total de dias	L.P.	no. total de dias	L.G/ L.N / L.P.S.M	no. total de dias	M.N.I. / F.N.A / F.N.J	no. total de dias	L. PATER.	no. total de dias	C	no. total de dias	L.S.V	no. total de dias
AGO/09	3	12	47	1	30	0	0	0	0	1	3	0	0	1	8	1	31
SET/09	5	4	34	1	30	0	0	0	0	1	3	1	8	1	24	1	30
OUT/09	4	8	52	2	35	2	60	3	47	1	3	0	0	0	0	1	30
NOV/09	4	6	46	1	20	1	30	1	1	4	20	0	0	0	0	1	30
DEZ/09	8	9	21	1	30	2	60	1	31	1	?	0	0	0	0	0	0
JAN/10	11	3	9	1	30	0	0	1	31	0	0	0	0	0	0	1	30
FEV/10	3	5	32	1	30	0	0	1	8	1	12	0	0	0	0	1	30
MAR/10	3	8	35	0	0	0	0	1	8	5	45	0	0	0	0	1	30
ABR/10	3	6	16	0	0	0	0	1	8	0	0	0	0	2	6	1	30
MAI/10	3	9	30	0	0	1	30	0	0	2	13	0	0	1	5	1	30
JUN/10	6	7	30	0	0	1	30	1	8	2	15	0	0	0	0	2	60
JUL/10	6	11	61	0	0	0	0	0	0	2	39	0	0	0	0	2	61
TOTAL	59	88	413	8	205	7	210	10	142	20	153	1	8	5	43	13	392
média/mês	4,9	7,3	34,4	0,7	17,1	0,6	17,5	0,8	11,8	1,7	12,8	0,1	0,7	0,4	3,6	1,1	32,7

Quadro 1: Quadro Demonstrativo dos Afastamentos dos Profissionais de Clínica Médica dos três Serviços de Agosto de 2009 a Julho de 2010

Fonte: Formulários de frequência Mensal dos três Serviços – DGGT

Legenda			
C	Curso	L.N	Licença Nojo
F	Férias	L.P	Licença Prêmio
F.N.A	Faltas Não Abonadas	L. PATER.	Licença Paternidade
F.N.J	Faltas Não Justificadas	L.P.S.M	Licença para Serviço Militar
L.G	Licença Gala	L.S.V	Licença Sem Vencimento
L.M	Licença Médica	M.N.I	Motivo Não Informado
L. MATER	Licença Maternidade		

APÊNDICE B – Quadro 2: Quadro Demonstrativo dos Afastamentos dos Profissionais de Clínica Pediátrica

MÊS/ANO	F	LM	no. total de dias	L. MATER	no. total de dias	LP.	no. total de dias	LG / LN / LP.SM	no. total de dias	MNI. / F.N.J. / F.N.A	no. total de dias	L. PATER	no. total de dias
AGO/09	2	12	152	0	0	2	60	0	0	0	0	0	0
SET/09	5	5	55	1	30	2	60	0	0	0	0	0	0
OUT/09	5	6	54	1	31	2	60	0	0	0	0	0	0
NOV/09	0	6	42	0	0	0	0	1	8	8	121	0	0
DEZ/09	3	8	187	0	0	2	42	0	0	1	6	0	0
JAN/10	10	4	40	1	31	0	0	1	8	0	0	0	0
FEV/10	4	1	28	1	28	0	0	0	0	0	0	0	0
MAR/10	4	12	116	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
ABR/10	1	8	64	1	30	3	90	1	8	0	0	1	5
MAI/10	2	7	85	0	0	1	30	0	0	4	32	0	0
JUN/10	2	5	56	1	30	3	90	0	0	0	0	0	0
JUL/10	6	10	74	0	0	6	180	0	0	0	0	0	0
TOTAL	44	84	953	7	183	21	612	3	24	13	159	1	5
média/mês	3,7	7,0	79,4	0,6	15,3	1,8	51,0	0,3	2,0	1,1	13,3	0,1	0,4

Quadro 2: Quadro Demonstrativo dos Afastamentos dos Profissionais de Clínica Pediátrica dos três Serviços de Agosto de 2009 a Julho de 2010
Fonte: Formulários de frequência Mensal dos três Serviços – DGGT

Legenda			
F	Férias	L.N	Licença Nojo
F.N.A	Faltas Não Abonadas	L.P	Licença Prêmio
F.N.J	Faltas Não Justificadas	L. PATER.	Licença Paternidade
L.G	Licença Gala	L.P.S.M	Licença para Serviço Militar
L.M	Licença Médica	M.N.I	Motivo Não Informado
L. MATER	Licença Maternidade		