



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

Brenda Fernanda Guedes

**ROTATIVIDADE MÉDICA EM HOSPITAL PERTENCENTE A UMA REDE
INTERESTADUAL DE SAÚDE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

Brenda Fernanda Guedes

**ROTATIVIDADE MÉDICA EM HOSPITAL PERTENCENTE A UMA REDE
INTERESTADUAL DE SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Ronald Pereira Cavalcanti

Coorientadora: Lívia Teixeira de Souza Maia

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Giane da Paz Ferreira Silva, CRB-4/977

G924r Guedes, Brenda Fernanda.
Rotatividade médica em hospital pertencente a uma rede interestadual de saúde/Brenda Fernanda Guedes. - Vitória de Santo Antão, 2019.
40 folhas: il.

Orientador: Ronald Pereira Cavalcanti
Coorientadora: Lívia Teixeira de Souza Maia
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Saúde Coletiva, 2019.
Inclui referências.

1. Rotatividade de pessoal. 2. Assistência à saúde. 3. Gestão em saúde. I. Cavalcanti, Ronald Pereira (Orientador). II. Maia, Lívia Teixeira de Souza. III. Título.

614 (23. ed.)

BIBCAV/UFPE-301/2019

BRENDA FERNANDA GUEDES

**ROTATIVIDADE MÉDICA EM HOSPITAL PERTENCENTE A UMA REDE
INTERESTADUAL DE SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 12/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Ronald Pereira Cavalcanti (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Mestre. Emilia Carolle Azevedo de Oliveira
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Mestre. Dara Andrade Felipe
Universidade Federal de Pernambuco

Esse trabalho é dedicado à minha família e aos amigos queridos, que estiveram presentes em todos os momentos da minha formação.

AGRADECIMENTOS

Nessa página, quero expressar toda a minha gratidão, a todos que colaboraram nessa minha trajetória.

Meus agradecimentos a minha família que participou de todo processo da minha formação, em especial a minha prima Sandy Guedes, que foi meu apoio, quando mais precisei.

Aos meus melhores amigos, Antony Eliel, Claudia Rodrigues e Douglas Ornílio, que foram meu porto seguro, em todas as horas que mais precisei, que são a família que Deus me permitiu escolher, e que sempre serão parte importante da minha vida.

A todos os professores, por me proporcionarem não apenas o conhecimento científico, mas por terem me mostrado que toda forma de saber é válida, portanto, deve ser respeitada.

Agradeço ao meu orientador, por ser essa pessoa maravilhosa, de bom caráter e um excelente profissional, que me incentivou e me acompanhou em toda minha trajetória acadêmica, principalmente nessa reta final.

Meus sinceros agradecimentos a minha co – orientadora, por ser uma grande profissional, educadora, mulher e um ser humano de luz, maravilhoso, que me inspirou desde o primeiro período, me ajudou a construir o meu conhecimento e me deu a gota de esperança que faltava, para trilhar esse caminho tortuoso chamado TCC.

Fico agradecida também a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação. Muito obrigada por tudo.

RESUMO

O presente trabalho objetivou avaliar a fixação dos profissionais no hospital de alta complexidade Dom Malan, pertencente a rede Pernambuco/Bahia, caracterizar o tempo de permanência do profissional por especialidade, identificar a distribuição de profissionais por tipo de vínculo e descrever a distribuição da carga-horária por especialidade. Esse estudo é de grande relevância para compreensão da rotatividade e de fatores influenciadores para a não fixação dos profissionais médicos. Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, quantitativa e transversal, durante o período de 2014 a 2018, que utilizou dados secundários retirados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As informações foram obtidas através do CNES, referentes aos profissionais que atuam nas especialidades do hospital. Na análise descritiva foram utilizados a medida média, valores proporcionais brutos e porcentagens, estudou-se as variáveis de especialidade, vínculo empregatício e carga horária. Como resultado observou-se a pejetização médica, a precarização de vínculo e um curto tempo de permanência no serviço. A pesquisa descreve os motivos da pejetização, sobre o que é a precarização de vínculo e analisa o tempo de permanência do profissional médico no período estudado. A não fixação médica é um problema multifatorial o estudo contribuiu para compreensão desse processo em um hospital de alta complexidade de uma rede interestadual, conhecendo aspectos que influenciam na rotatividade.

Palavras-chave: Rotatividade de Pessoal. Assistência à Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the fixation of professionals in the Dom Malan high-complexity hospital, belonging to the Pernambuco / Bahia network, to characterize the length of stay of the professional by specialty, to identify the distribution of professionals by type of bond and to describe the distribution of workload. hourly by specialty. This study is of great relevance for understanding turnover and influencing factors for non-fixation of medical professionals. This is an observational, descriptive, quantitative and cross-sectional research, from 2014 to 2018, which used secondary data taken from the National Register of Health Facilities (CNES). The information was obtained through CNES, referring to professionals who work in the hospital specialties. The descriptive analysis used the average measurement, gross proportional values and percentages, and studied the variables of specialty, employment and workload. As a result, medical pejetization, bond precarization and a short time in the service were observed. The research describes the reasons for pejetization, about what is the precariousness of the bond and analyzes the length of stay of the medical professional in the studied period. Medical non-fixation is a multifactorial problem. The study contributed to the understanding of this process in a high complexity hospital of an interstate network, knowing aspects that influence turnover.

Keywords: Staff Turnover. Health care. Health Management.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 A regionalização como um processo de descentralização do SUS	13
2.2 Redes de Atenção à Saúde: sua importância e regulamentação.....	13
2.3 A rede PEBA e a rotatividade médica	17
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo e período de estudo	22
4.2 Local do estudo e critérios de exclusão e inclusão	22
4.3 Coleta de dados	23
4.4 Sistematização e análise de dados.....	23
4.5 Aspectos éticos.....	23
4.6 Limitações do estudo	24
5 RESULTADOS	25
7 DISCUSSÃO	32
8 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve início com a Constituição Federal (CF) de 1988, trazendo a definição de “saúde como direito” (OMS,1948), o que contribuiu para novas concepções como a mudança da visão fragmentada de cuidado; para a compreensão de um conceito ampliado em saúde, considerando a influência dos determinantes sociais.

Nesse contexto de modificações do sistema de saúde, o cuidado passou a ser pensado de forma descentralizada, com início viabilizado financeiramente na década de 90 através da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB), o que possibilitou também a ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que definiu a regionalização da assistência à saúde através dos objetivos de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção. Para tanto estabeleceu-se a regionalização como uma estratégia de hierarquização dos serviços e instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como um instrumento de ordenamento da assistência em cada estado. Em 2002 foi reeditada, buscando dar ênfase ao fortalecimento do papel do estado como coordenador e garantidor da integralidade da assistência (REIS *et al.*, 2017).

Através da Portaria nº 399, foi instituído o Pacto Pela Saúde, em suas três dimensões: o pacto pela vida, o pacto de gestão e o pacto em defesa do SUS; representando uma mudança na forma de atuação do nível federal com o aumento da necessidade de cooperação intergovernamental e uma revisão das relações interfederativas do SUS (BRASIL, 2006). Entretanto, o pacto não traz grandes mudanças na estrutura de funcionamento da rede de assistência.

Através da Portaria nº 4.279, foram estabelecidas as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, como uma alternativa de solucionar problemas interfederativos; buscando conquistar o princípio da integralidade, como um mecanismo de garantia do acesso aos cidadãos, combate a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificação da gestão do cuidado.

Em 28 de junho de 2011 é instituído o decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, objetivando a transparência da estrutura organizativa das RAS,

garantindo maior segurança jurídica, esclarecendo a fixação das responsabilidades dos entes federativos, possibilitando aos cidadãos o conhecimento sobre as ações e serviços de saúde ofertados em suas redes assistenciais. Evidenciando à regionalização como uma estratégia seguindo as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral priorizando as atividades preventivas e a participação da comunidade. Esclarecendo sobre a organização do SUS e a articulação interfederativa como uma alternativa; a partir disso foi implantada as RAS em diferentes territórios, construindo regiões de saúde estruturadas, como uma possibilidade e melhoria do planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde, respeitando as diversidades territoriais (PEREIRA, 2017).

Os processos de regionalização que envolvem mais de dois estados da federação, são fenômenos complexos. Visto que, a rede possui uma estrutura policêntrica, ou seja, a gestão pode ser exercida por vários atores, podendo existir um mediador, não possuindo assim a figura de apenas um gestor. Nesse contexto, a implementação e manutenção de uma rede interestadual apresentam desafios como dificuldade de relação entre os entes, conflitos causados pela não padronização de procedimentos administrativos, fragmentação de autoridade e de gestão, entre outros (PEREIRA, 2017).

No Brasil existem experiências na constituição de redes interestaduais, a rede TOPAMA (Tocantins, Pará e Maranhão) que abrange três macrorregiões, 110 municípios distribuídos em 7 regiões de saúde; da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF), formada pelo Distrito Federal, 19 municípios do estado de Goiás e 3 de Minas Gerais; e no ano de 2011 através da publicação do plano diretor de regionalização, fica evidenciado a rede interestadual de atenção à saúde Pernambuco/ Bahia, popularmente conhecida como rede PEBA, composta por 6 regiões de saúde (3 de Pernambuco e 3 da Bahia) e 53 municípios.

A rede Pernambuco/ Bahia , possui uma rede hospitalar, pública e conveniada ao SUS, composta por 39 hospitais, desses, 14 são de médio e grande porte, possuindo entre eles 3 hospitais de alta complexidade, no qual 2 deles estão localizados em Pernambuco e 1 na Bahia. Sendo eles, Hospital Urgência e Traumas (Petrolina), Hospital Dom Malan (Petrolina) e o Hospital Regional de Juazeiro.

A organização da RAS envolve a integração dos serviços com diferentes níveis de densidade tecnológicas distribuídos pelo território. Para o acesso do

usuário a rede de atenção, deve ser levada em consideração a complexidade ou gravidade do diagnóstico, a característica do usuário e perfil da rede (PEREIRA, 2017).

Observando a importância de uma rede interestadual de saúde desenvolvida, que assegure o acesso aos serviços de saúde, é necessário analisar a rotatividade médica, visto que é um movimento importante que afeta a dinâmica de funcionamento no serviço de saúde. Segundo Aquino (1991), a rotatividade é a flutuação dos recursos humanos entre uma organização e seu ambiente.

A rotatividade expressa a relação entre admissão e demissão de profissionais contratados, de forma voluntária ou não (CHIAVENATO, 2009 *apud* PIERANTONI, *et al.*, 2015).

Segundo Dedecca (2008, p. 91) “o trabalho na área da saúde expressa um segmento relevante na estrutura complexa do mercado de trabalho, sendo caracterizado por uma diversidade ponderável de ocupações, que compreendem tanto aquelas associadas a profissões específicas à política, como as que pertencem ao mercado geral de trabalho, ou seja, caracterizadas por qualificações não associadas a setores ou segmentos específicos da estrutura produtiva.” Como uma ferramenta para enfrentamento dos entraves relacionados ao trabalho em saúde, a gestão do trabalho trata as relações de trabalho a partir da concepção de participação do trabalhador como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS.

Nesse contexto salienta-se que a frequência da prática da rotatividade é um problema para a gestão, visto que, pode apresentar perda no quadro de funcionários quando a substituição não for planejada com possibilidade de prejuízos monetários, produção e atendimento da população. Como consequência à falta de atendimento, há um aumento na fila de espera e agravamento do estado de saúde das pessoas.

Assim a Rede PEBA, como parte dos serviços regidos pela legislação do SUS, é uma interestadual que se propõe garantir a integralidade e a universalidade do acesso dos cidadãos. Este estudo foi proposto levando-se em consideração que a implementação da Rede PEBA ocorreu há quase uma década, foi pioneira na formação de território interestadual de serviços de saúde no Brasil e pelo ineditismo de um estudo sobre a rotatividade médica em uma rede interestadual no país.

Diante do exposto surge o questionamento: Como se apresenta a fixação do profissional médico de um hospital de alta complexidade pertencente a uma rede

interestadual, segundo o tipo de especialidade, vínculo empregatício e carga-horária?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A regionalização como um processo de descentralização do SUS

De acordo com o disposto da CF e a lei nº 8.080, as ações e serviços de saúde devem ser regionalizados e hierarquizados. Através da publicação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde, há a definição da regionalização assistência à saúde através dos objetivos de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, formalizando a necessidade da regionalização. Através dela, foi introduzido conceitos gerencias, onde ocorreu a definição de micro e macrorregiões e instituindo as ferramentas de planejamento, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e afirmou as Programações Pactuadas e Integradas, quanto instrumento de execução, controle e monitoramento das ações e serviços (FERNANDES, 2017).

A criação do pacto pela saúde através em 2006, manteve os instrumentos de planejamento, ampliou a visão da regionalização para além da assistência. Permitindo a orientação e descentralização das ações por meio do pacto de gestão, bem como, o planejamento e organização da RAS, processos de negociações interfederativas e a pactuação intergestores (FERNANDES, 2017).

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a lei nº 8.080/ 90 e dispõe sobre a organização do SUS, do planejamento da saúde da assistência à saúde e a articulação interfederativa. As ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada, visto que a região é um recorte territorial que permite integrar o que a descentralização supostamente teria fracionado, definindo um espaço sanitário, constituído pelas RAS, é na região que o SUS deve garantir as necessidades de saúde da população em acordo com as referências interfederativas e à gestão compartilhada, definidas em acordos e consagradas no contrato (SANTOS, 2017).

O principal objetivo da regionalização é a garantia de serviços de serviços de qualidade, menor custo econômico, social e sanitário. No entanto, a regionalização não se prende apenas a garantia de uma melhoria na qualidade. Segundo Guerreiro e Branco (2011) a regionalização pode impactar na equidade a partir do momento que desconsidera recursos que eram exclusivamente articulados em poucos polos estaduais, a partir disso determina um aumento da satisfação dos usuários, uma

redução de custos sociais e impostos decorrentes de deslocamentos de usuários para fora de seu território.

A regionalização envolve a distribuição de poder, dentro de um delicado sistema de inter-relações, entre diferentes atores sociais, cujo estabelecimento desse sistema é bem complexo, e necessita de um planejamento que permita a integração, coordenação, regulação e financiamento da rede em um processo contínuo de negociações. A descentralização e a regionalização são alternativas para melhoria da eficiência dos serviços de saúde, melhorando o acesso dos usuários, portanto um sistema regionalizado deve possuir a capacidade de articulação com vários campos de atenção à saúde, garantindo assim a integralidade e acesso as ações e serviços de saúde (SILVA e GOMES, 2013).

2.2 Redes de Atenção à Saúde: sua importância e regulamentação.

O desenho federativo brasileiro possui três esferas autônomas de governo, federal, estadual e municipal. Essa forma de organização, conhecida como federalismo é realizada através da organização e distribuição de autoridade política. A regionalização é uma diretriz do SUS que corroborou para descentralização política e administrativa; das ações, serviços e processos de negociação e pactuação entre os gestores, garantindo assim o equilíbrio e interdependência entre as três esferas (PEREIRA, 2017).

Através da portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu-se as diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS, como uma alternativa para solucionar problemas no acesso e distribuição de serviços, na organização do fluxo e transferência da informação. Fortalecendo assim a capacidade de gestão e articulação entre os gestores nas três esferas de governo; buscando alcançar o princípio da integralidade, como um mecanismo de garantia do acesso aos cidadãos, combate a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificação da gestão do cuidado (MOREIRA 2011).

Decorrente dessa portaria foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), durante os anos de 2011 e 2012, temáticas das Redes de Atenção à Saúde, sendo priorizadas; a rede cegonha, de atenção as urgências e emergências, de atenção psicossocial, de cuidado à pessoa com deficiência e de atenção a saúde das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014).

Em 2011 através da instituição do decreto nº 7.508, de 28 de junho, foi estabelecido a Atenção Primária como porta de entrada preferencial a implementação das RAS em diferentes territórios, construindo assim, regiões de saúde estruturadas, como uma possibilidade de melhoria do planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde, respeitando as diversidades territoriais.

O cenário brasileiro é caracterizado por essa diversidade de contextos regionais, sócio-econômicos e de necessidades de saúde da população entre as regiões. Apesar da regulamentação e implantação das redes ainda ocorre a fragmentação de serviços, demonstrando lacunas assistenciais, ocorrendo a incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, além do perfil

epidemiológico, caracterizado pela tripla carga de doenças; as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) imergiram, em contrapartida não foram superadas as doenças infecto parasitárias, possuindo assim uma constância da mesma e há outro problema a ser enfrentado que é a elevada taxa de causas externas. Superar estes desafios, avançar em qualificar a atenção e a gestão em saúde, requer decisão dos gestores do SUS. Neste sentido, o desenvolvimento da RAS se estabelece como uma solução para os desafios descritos, pois de acordo com LIMA E VIANA (2011, apud PEREIRA, 2017, p. 45):

Na perspectiva de construir redes de atenção à saúde, a regionalização dos serviços, organizado em uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada, propõe-se a orientar o processo de descentralização capaz de garantir o direito à saúde, a integralidade no cuidado e no acesso aos diferentes níveis, resolubilidade e qualidade de assistência devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de regiões de saúde.

Compreendendo que o objetivo das RAS é a promoção da integração de ações e serviços de saúde com uma atenção contínua, integral, de qualidade e humanizada, bem como a garantia do acesso, equidade, eficácia e eficiência. Através da formação de relações horizontais, com foco nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral e pelo cuidado multiprofissional; e por meio da compreensão e implementação de uma rede regionalizada e bem estruturada. Tais fatores permitem uma melhor visibilidade dos problemas de saúde do território, favorecendo ações de saúde em todos os níveis de complexidade, colaborando assim na garantia do direito e acesso a saúde com maior resolubilidade (BRASIL, 2010).

2.3 A rede PEBA e a rotatividade médica

Os municípios de Petrolina e Juazeiro possuem uma história de desenvolvimento compartilhada, na qual com a implantação de um cais em 1912, da estrada de ferro e da viação férrea, promoveram o crescimento das atividades comerciais que utilizavam o rio e o porto, ocorrendo uma unificação das cidades, estendendo-se assim para área da saúde. Impulsionaram o fluxo de usuários entre as cidades a procura do acesso aos serviços de saúde, impulsionou a ideia de criação de uma rede interestadual.

Por causa de características comuns no acesso aos serviços, os estados da Bahia e Pernambuco com o apoio do Ministério da Saúde, pactuaram uma parceria interestadual, com o objetivo de reorganizar a região no que concerne a política do SUS, visando em aumentar o acesso aos serviços e fortalecimento da atenção primária. Para isto, foi realizado diagnóstico de saúde da região do Vale do Médio São Francisco, verificando a capacidade instalada, fluxos assistenciais e principais serviços de alta complexidade utilizados, após esse estudo teve início às discussões e pactuações para a conformação da primeira macrorregião de saúde interestadual entre Pernambuco e Bahia (PERNAMBUCO, 2011).

Através da publicação do plano diretor de regionalização (PDR), fica evidenciado 1º interestadual de saúde no Brasil, a região do Vale Médio São Francisco. Essa rede é composta por dois estados, distribuídos em 6 regiões de saúde, três regiões pertencentes a Pernambuco (Ouricuri com 309.966 hab.; Petrolina com 441.861 hab. e Salgueiro com 159.786 hab); e três pertencentes ao estado da Bahia (Juazeiro com 482.131 hab.; Paulo Afonso 238.312 hab. e Senhor do Bonfim com 286.451 hab. possuindo em sua rede 53 municípios. Totalizando aproximadamente 1,9 milhões de habitantes.

A PEBA possui uma rede hospitalar, pública e conveniada ao SUS composta por 39 hospitais, 14 de médio e grande porte, desses 3 de alta complexidade, sendo eles, Hospital Urgência e Traumas (Petrolina-PE), Hospital Dom Malan (Petrolina-PE) e o Hospital Regional de Juazeiro (Bahia).

O Hospital Dom Malan é um centro de referência especializada na atenção integral à saúde da mulher e à criança para rede PEBA, funciona sob a gestão do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Possui a única UTI

pediátrica do Vale do São Francisco, atende diversas especialidades ligadas à saúde materno-infantil.

Nesse contexto, correspondendo ao que estabelece o Decreto nº 7.508, “as regiões de saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes de mais de um Estado, serão instituídas por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os municípios” (BRASIL, 2011, n.p).

Essa rede está constituída por uma complexa relação gerencial de territórios, envolvendo a coordenação do cuidado agentes públicos, regiões de saúde definidas pelo PDR e agentes privados. A organização da RAS envolve a integração dos serviços com diferentes níveis de densidades tecnológicas distribuídos pelo território. Para a garantia do acesso do usuário a rede, deve se levar em consideração suas características, complexidade do diagnóstico e o perfil da rede (PEREIRA, 2017).

Durante o projeto de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, foi criado GT (grupo de trabalho), com a atribuição de implementação da rede, com o apoio técnico de equipe de consultores coordenada pelo IMIP, possuindo a representação do ministério da saúde, secretarias estaduais de saúde dos dois estados, secretárias municipais de Juazeiro, Petrolina, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Salgueiro e Ouricuri e da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Foi adotado o mecanismo de realização de fóruns macrorregionais, como estratégia para participação de todos os interessados na intervenção. Em abril de 2009 foi realizado o I Fórum Macrorregional, na cidade de Juazeiro, tendo como objetivo primordial a elaboração e discussão do diagnóstico de saúde. Sendo elencados através desse encontro os principais problemas de saúde, entre eles foram verificados: a precarização de vínculos, alta rotatividade de profissionais e a falta de médicos.

A rotatividade é a prática de entrada e saída de profissionais, na saúde o excesso da rotatividade médica é um problema para a gestão, de acordo com Tanabe (1985), a rotatividade de pessoal é um importante aspecto no desempenho de um estabelecimento ou organização; conforme alteração frequente das taxas, verifica-se perda para o quadro de funcionários, com isso, há uma mudança na organização, necessitando de rápidas contratações, amenizando assim a forma que este déficit afeta a população, pois decorrente da ausência de profissionais, pode ocorrer a falta de atendimento, podendo acarretar em um aumento na fila de espera

para algumas especialidades.

Um grande exemplo no enfrentamento da rotatividade é o Programa mais Médicos (PMM), que é uma política pertencente a gestão do trabalho, que surgiu com o intuito de resolver a escassez e rotatividade médica existente na Estratégia de Saúde da Família, segundo GIRARDI, S.N., *et al.* (2016), no Brasil, antes da implantação do PMM, aproximadamente 20% dos municípios apresentavam a escassez de profissionais médicos. Ocorrendo um considerável aumento na oferta de médicos, após a implementação do programa contribuindo assim na diminuição das iniquidades de distribuição.

A Gestão do trabalho em saúde trata de questões relacionadas a estruturação e qualificação do gerenciamento do trabalho no SUS, por meio de formulações de políticas que possuem como objetivo fomento ao desenvolvimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários, de ações para a desprecarização do trabalho, inovação, promoção da política de saúde do trabalhador da saúde entre outras ações, desenvolvendo também instrumentos para apoiar a tomada de decisão.

Um importante ponto a ser observado, é que no Brasil há um aumento da taxa de crescimento do número de médicos, chegando a aproximadamente, um pouco mais do dobro do número da população. De acordo com o relatório de pesquisa demografia médica no Brasil 2018:

Em 2020 o Brasil já terá ultrapassado a marca de meio milhão de médicos, uma população cada vez mais numerosa, mais jovem, mais feminina e distribuída de forma desigual entre as regiões, entre as especialidades médicas, entre os níveis de atenção e entre os subsistemas público e privado de saúde (SCHEFFER *et al.*, 2018, p. 9).

Este relatório mostra a distribuição de médicos entre todas as Unidades de Federação fazendo comparativos e evidenciando há imensa desigualdade na distribuição de profissionais médicos em todo país.

Enquanto em todo o País existem 2,18 médicos por mil habitantes, há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes – como Vitória, no Espírito Santo – e regiões do interior do Nordeste com valores inferiores a um médico por mil habitantes (SCHEFFER *et al.*, 2018, p.43).

O aumento no número de médicos no país não garante uma melhoria igual nos indicadores de saúde, visto que, quando há uma má distribuição regional ocorre um aumento da população não assistida, conseqüentemente as regiões desfavorecidas continuam a sofrer com a escassez e a não fixação do profissional médico.

Atualmente, há muitos estudos que abordam a rotatividade médica, entretanto, existem poucos de estudos que abordem esse problema na média e alta complexidade, e sim na estratégia de saúde da família.

Compreendendo esse cenário, fica evidente a importância do tema, proporcionando questionamentos sobre como esta a fixação destes profissionais atualmente, visto que, foi um dos problemas elencados para ser solucionados a partir da implementação da rede interestadual. Segundo Aquino (1991) a organização para ser operacionalizada necessita de um fluxo contínuo de recursos humanos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a fixação dos profissionais no hospital de alta complexidade Dom Malan, pertencente a rede Pernambuco/Bahia (PEBA).

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o tempo de permanência do profissional por especialidade.
- Identificar a distribuição de profissionais por tipo de vínculo.
- Descrever a distribuição da carga-horária por especialidade.

4 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado: “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco/ Bahia”, iniciado no ano de 2017.

4.1 Tipo e período de estudo

Estudo observacional, descritivo, quantitativo e transversal. Foram utilizados dados quantitativos, de um recorte temporal no período de 2014 a 2018, sendo analisados em intervalo quadrimestral, portanto, foi observado 3 meses de cada ano, Janeiro, Maio e Setembro.

4.2 Local do estudo e critérios de exclusão e inclusão

A pesquisa aborda a Região Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, composta por 53 municípios com aproximadamente 1,9 milhões de habitantes. Especificamente profissionais médicos do Hospital Dom Malan, por ser o hospital de referência entre os três hospitais de alta complexidade pertencente a rede e, pela existência de limitações de capacidade logística de executar o estudo dos três hospitais. Ele está localizado na cidade de Petrolina, sendo uma referência especializada terciária para Atenção Integral à Saúde da Mulher e Criança, referência em gestação de alto risco, no atendimento ao Câncer ginecológico e Infantil de toda região. O hospital funciona sob gestão do IMIP, entidade filantrópica integralmente voltada para atendimentos no SUS.

O volume de dados extraídos do Hospital Dom Malan extrapolava a capacidade operacional de realização do estudo de todas as especialidades e, por isso, foi adotado como critério de inclusão 3 especialidades que possuíam o maior número de profissionais médicos em todo o período estudado e as 3 especialidades com o menor número.

Foram analisadas as rotatividades dos médicos das especialidades: clínico geral, ginecologia e obstetrícia, pediatra, hemoterapeuta, neurofisiologia clínica e endocrinologista e metabologia. Todos os dados incluídos foram avaliados sem necessidade de exclusão, pois estavam preenchidos corretamente de modo

coerente.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados via internet a partir de fonte secundária de acesso aberto, retirados do sítio eletrônico do Datasus, que é o departamento de informática do SUS, que possui como responsabilidade a coleta, processamento e disseminação de informações sobre a saúde, especificamente do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), no período de 2014 a 2018.

As variáveis de estudo foram: vínculo empregatício, especialidade, carga horária e tempo de permanência no cargo.

4.4 Sistematização e análise de dados

Após a realização da coleta de dados, esses foram sistematizados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel® 2007, e, posteriormente, construído um novo banco de dados com as informações utilizadas para o estudo. Foram realizadas tabulações e análises descritivas, sendo obtidas a média do tempo de permanência (em meses) por tipo de especialidade; o número de profissionais segundo o tipo de vínculo, o número de profissionais que possuíam 2 vínculos empregatícios e a média da carga horária por especialidade.

4.5 Aspectos éticos

No que dispõe os preceitos éticos, o estudo não necessitou da submissão ao CEP, visto que a pesquisa envolveu dados secundários de domínio público, no qual não foram identificados os participantes. Os dados oriundos do estudo estão armazenados em computador pessoal da pesquisadora responsável e do orientador, por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados.

Espera-se como benefício para população a verificação das lacunas existentes na rede PE/ BA, relacionadas a existência da rotatividade nas

especialidades, impulsionando assim ações que busquem solucionar o problema, melhorando o acesso aos serviços ofertados pela rede.

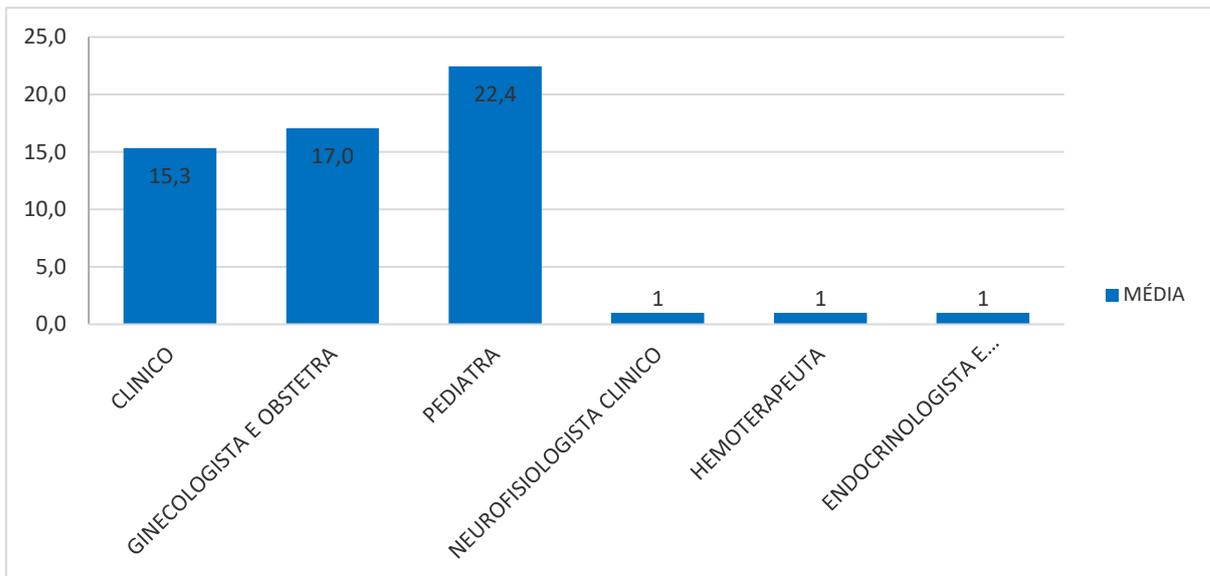
4.6 Limitações do estudo

Por existirem poucos estudos referentes ao tema, a bibliografia utilizada no trabalho foi restrita. Visto que, a quantidade de informações do banco de dados era muito vasta foi realizado critérios de exclusão, nos quais analisou o Hospital Dom Malan, sendo de alta complexidade e referência no atendimento à saúde da mulher e da criança. Assim, foram verificadas três maiores e três menores especialidades, de acordo com o número de profissional médico, analisando também 3 meses de cada ano: Janeiro, Maio e Setembro.

Pelo fato de se tratar de uma pesquisa com dados secundários, é de suma importância avaliar a qualidade das informações que serão utilizadas verificando a veracidade, validade, consistência, cobertura e confiabilidade dos dados colhidos, levando em consideração a existência da possibilidade de erro no preenchimento dos campos que compõem os sistemas utilizados, podendo assim interferir na qualidade das informações obtidas.

5 RESULTADOS

Gráfico 1 – Média do tempo de permanência dos profissionais médicos, em meses, por tipo de especialidade, 2014 – 2018.



FONTE: Adaptado de CNES – Datasus, 2019.

O gráfico 1, identificou durante o período de 2014 a 2018 a especialidade que possuiu o maior tempo de permanência foi a pediatra, com a média de 22,4 meses. Um ponto importante que foi identificado foi que as especialidades que possuíram o menor tempo de permanência, permaneceram por apenas um mês, durante todo o período.

Tabela 1 - Tempo de permanência dos profissionais médicos, em meses, por tipo de especialidade, 2014 – 2018.

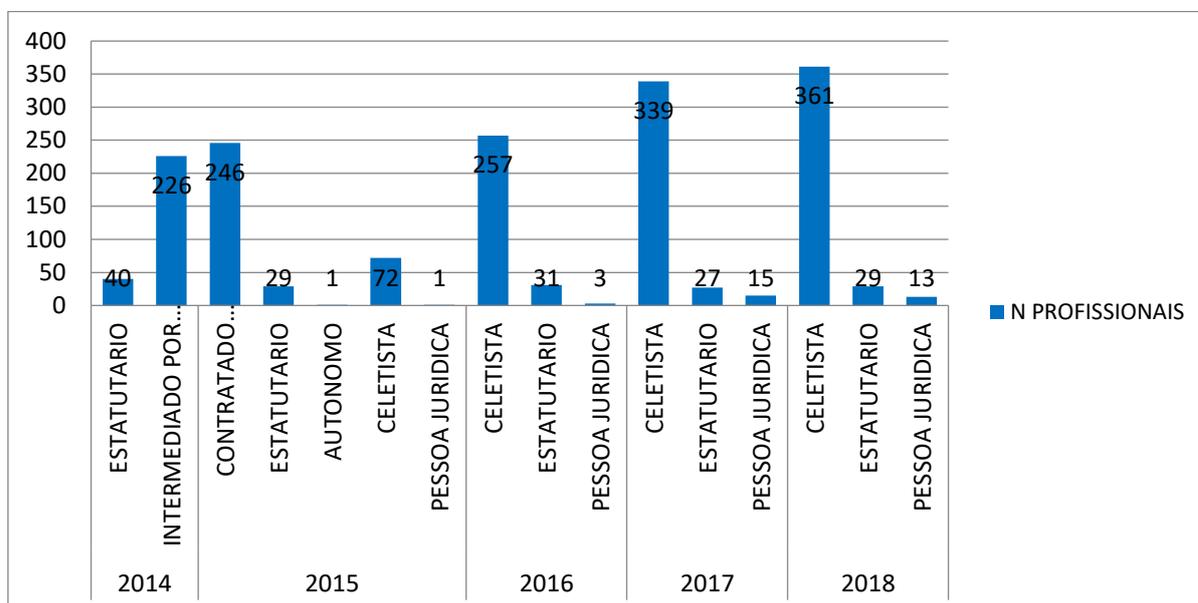
Tempo/ Meses	Clínico		Ginecologista e Obstetra		Pediatra	
	N	%	N	%	N	%
1	18	35,3	39	29,8	27	28,4
2	2	3,9	1	0,8	2	2,1
4	7	13,7	5	3,8	6	6,3
5	0	0,0	2	1,5	0	0,0

Tempo/ Meses	Clínico		Ginecologista e Obstetra		Pediatria	
	N	%	N	%	N	%
8	0	0,0	9	6,9	3	3,2
9	1	2,0	2	1,5	0	0,0
12	1	2,0	12	9,2	6	6,3
13	0	0,0	2	1,5	1	1,1
16	3	5,9	15	11,5	10	10,5
17	0	0,0	2	1,5	1	1,1
20	2	3,9	3	2,3	1	1,1
21	1	2,0	0	0,0	0	0,0
24	1	2,0	8	6,1	1	1,1
25	1	2,0	1	0,8	0	0,0
28	1	2,0	4	3,1	2	2,1
29	1	2,0	2	1,5	0	0,0
32	3	5,9	1	0,8	0	0,0
33	0	0,0	0	0,0	1	1,1
36	0	0,0	2	1,5	1	1,1
37	0	0,0	0	0,0	2	2,1
40	1	2,0	1	0,8	2	2,1
41	0	0,0	1	0,8	0	0,0
44	1	2,0	1	0,8	1	1,1
48	4	7,8	7	5,3	18	18,9
56	3	5,9	11	8,4	10	10,5
Total	51	100	131	100	95	100

FONTE: Adaptado de CNES – Datasus, 2019.

Observou-se na tabela 1 que nas especialidades estudadas, a maioria dos profissionais, possuíram o tempo de permanência de um mês, distribuídos, clínico com 35,3% (n=18), ginecologista e obstetra com 29,8% (n=39) e a pediatria com 28,4% (n=27).

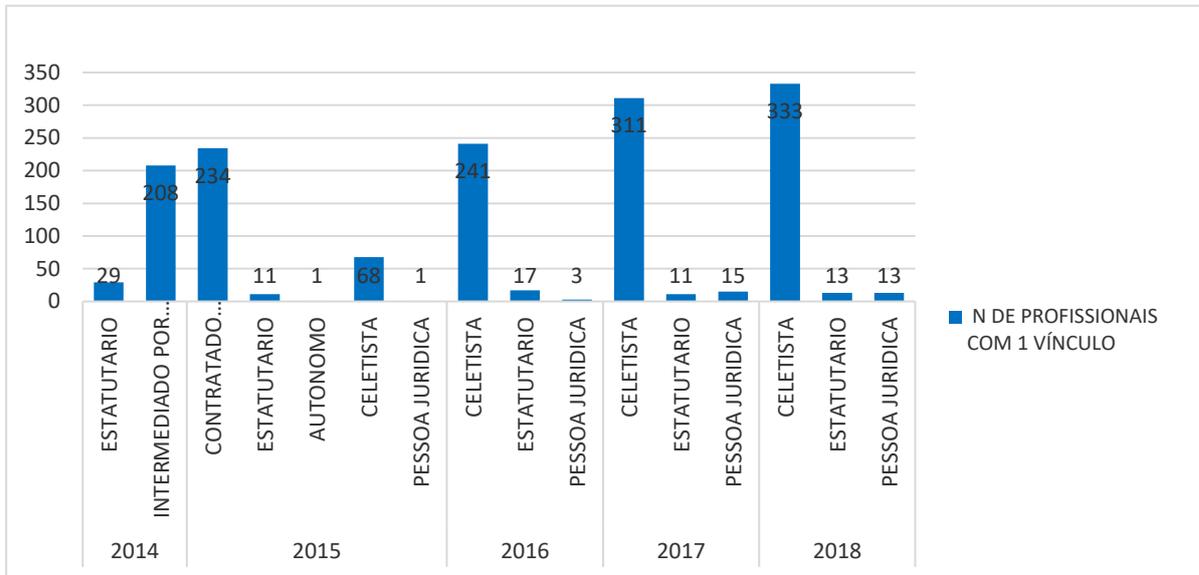
Gráfico 2 – Número de profissionais médicos, segundo o tipo de vínculo, 2014 a 2018.



FONTE: Adaptado de CNES – Datasus, 2019.

Observou-se no gráfico 2 que no ano de 2014, o tipo de vínculo que possuía maior número de profissionais foi o intermediado por organização social (OS) com o total de 226 profissionais; no entanto ele não aparece nos anos subsequentes, levando a considerar que os profissionais pertencentes a este vínculo, foram registrados em outro ocorrendo uma modificação no cadastro; no ano de 2015 o maior número de profissionais foi contratado por tempo determinado, com o total de 246; em 2016 o tipo de vínculo celetista teve o total de 257 profissionais, sendo o tipo com mais profissionais neste ano; em 2017 o tipo de vínculo celetista continuou possuindo a maioria dos profissionais, com o total de 339; mantendo seu aumento no ano de 2018, com o total de 361 profissionais. Outra informação que chama atenção é que a partir do ano de 2015, existiu profissional com o tipo de vínculo de pessoa jurídica, tendo um crescimento ao longo dos anos e uma pequena baixa em 2018.

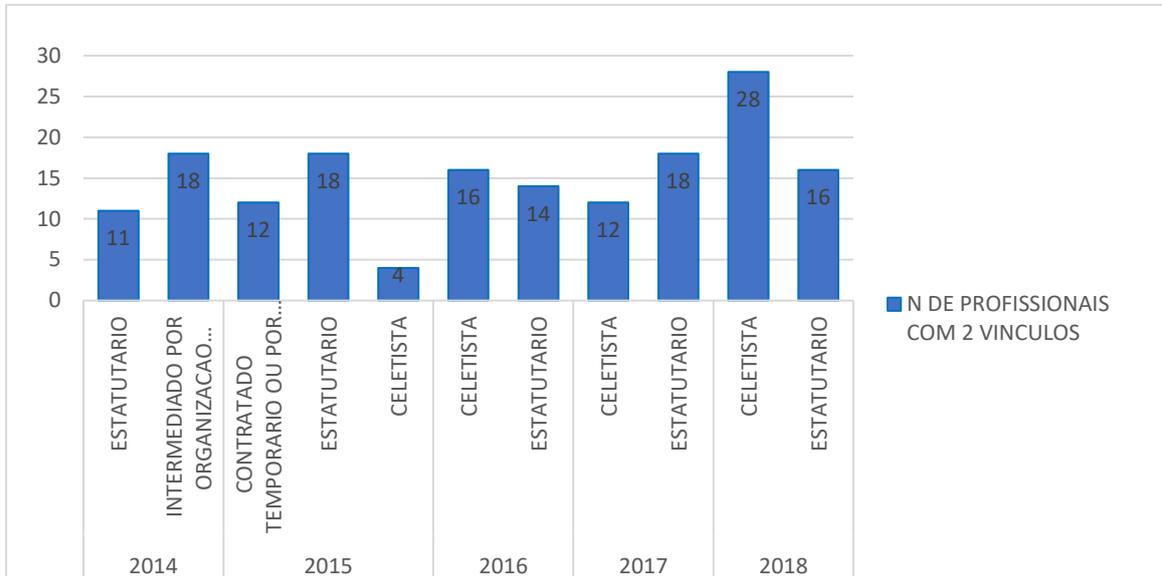
Gráfico 3 – Número de profissionais médicos, com um vínculo empregatício, 2014 a 2018.



FONTE: Adaptado de CNES – Datasus, 2019.

O gráfico 3 demonstra o número de profissionais que possuíam um vínculo empregatício no período estudado. Em 2014 o número de profissionais contratados por intermédio de OS continuam sendo maioria, com o total de 208; no ano de 2015 a maioria dos profissionais possuíram contrato por tempo determinado, com o total de 234; em 2016 o tipo de vínculo com maior quantidade de profissionais, passou a ser o celetista, se mantendo-se nos outros anos, em 2016 com 241, no ano de 2017 com 311 e no ano de 2018 com 333. Demonstrando assim, um aumento no número de profissionais que possuem este vínculo. Observou-se que os profissionais que apresentam o tipo de vínculo pessoa jurídica, possuem apenas 1 vínculo empregatício durante o período estudado.

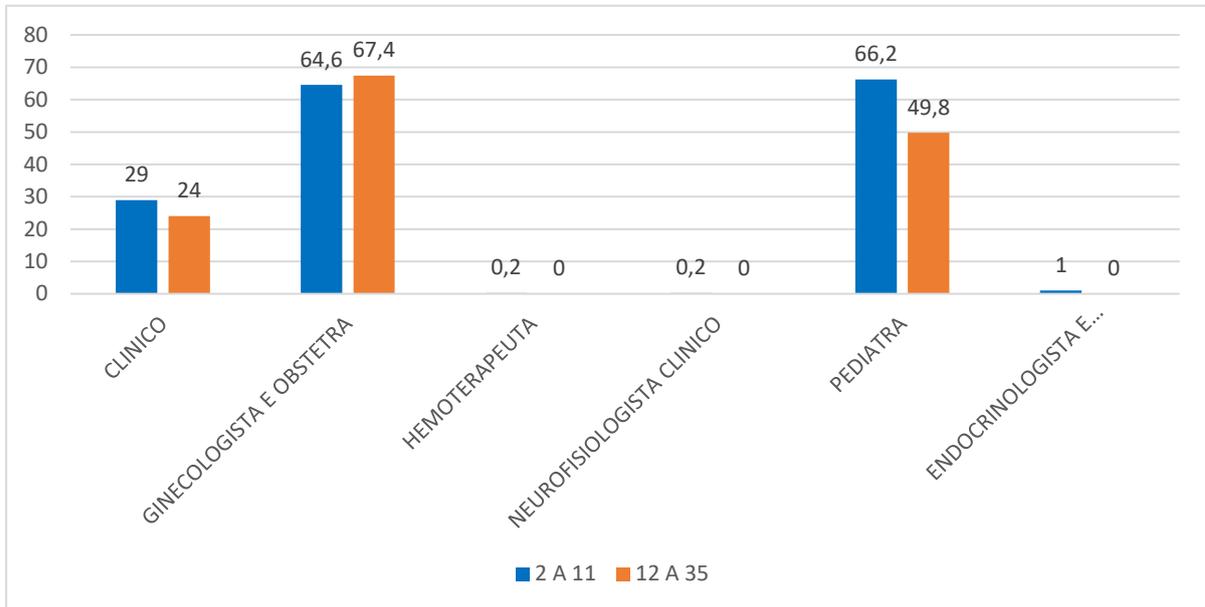
Gráfico 4 – Número de profissionais médicos, com dois vínculos empregatícios, 2014 a 2018.



FONTE: Adaptado de CNES – Datasus, 2019.

O gráfico 4 traz informações sobre o número de profissionais que possuíam dois vínculos empregatícios, durante os cinco anos estudado. O ano de 2014 apresentou o mesmo comportamento, verificado nos gráficos anteriores, possuindo a maioria dos profissionais contratados por intermédio de OS, com o total de 18 profissionais; no ano de 2015 e 2017 há uma mudança no cenário no qual o vínculo estatutário possui maior número de profissionais, com o total de 18 médicos em ambos os anos; 2016 e 2018 continuam apresentando o maior número de profissionais com o vínculo de celetista, possuindo 16 médicos no ano de 2016 e 28 no ano de 2018.

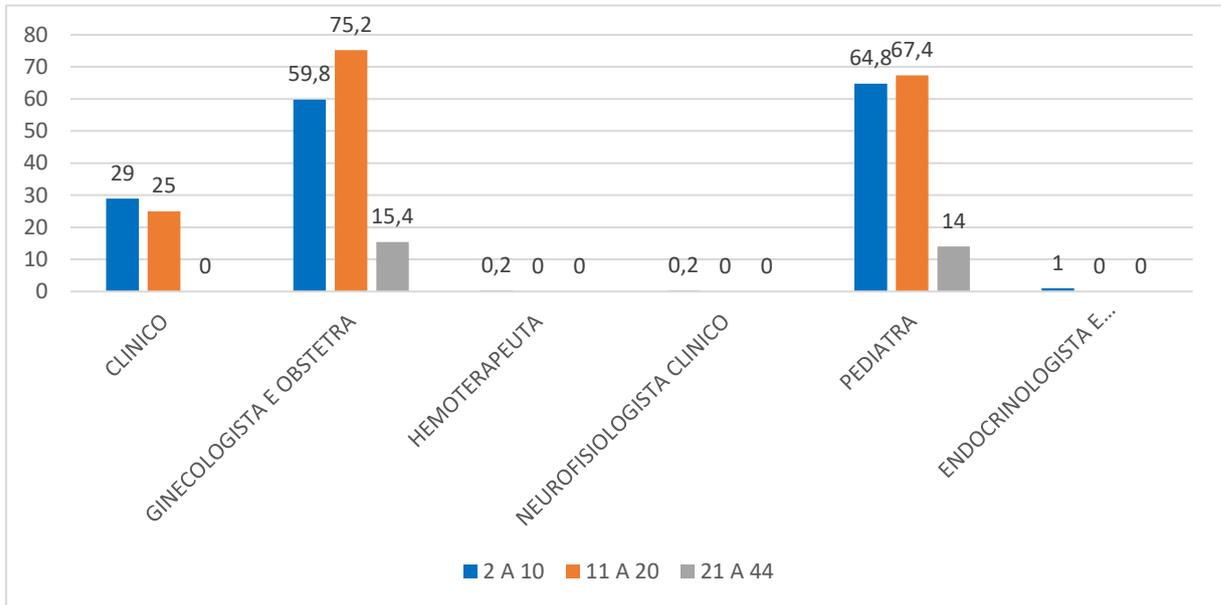
Gráfico 5 – Média de profissionais por carga horária ambulatorial e especialidade, 2014 a 2018.



FONTE: Adaptado de CNES – Datasus, 2019.

As informações acima mostram as médias da carga horária ambulatorial mensal por especialidade. Identifica-se que a carga horária que mais possui profissionais ao longo do período é o grupo de 2 a 11 horas, possuindo os profissionais médicos pediatra com maior média, de 66,2 profissionais; seguida do ginecologista e obstetra, com 64,6; o clínico com 29 e o endocrinologista e metabologista, com a média de 1 profissional por ano. Um ponto que chamou atenção foi que as especialidades de hemoterapia e neurofisiologia clínica possuíram em média 0,2 profissionais por ano, apresentando as menores médias. Quando se observa o grupo de 12 a 35, é visto uma mudança cuja especialidade com maior média é a ginecologista e obstetra, com a média de 67,4 profissionais, seguida da pediatra com 49,8 e o clínico com 24. Identifica-se também que as especialidades que possuíram a menor média de profissionais não obtiveram nenhum profissional que exerceu esse grupo de carga horária (Gráfico 5).

Gráfico 6 – Média de profissionais por carga horária hospitalar e especialidade, 2014 a 2018.



FONTE: Adaptado de CNES – Datasus, 2019.

Através das informações trazidas, percebe-se que a carga horária de 11 a 20 horas mensais, possui a maior média de profissionais ao longo do período, na qual a especialidade de ginecologia e obstetrícia possuíram a média de 75,2 profissionais por ano, seguida da pediatria com 67,4 e da clínica com a média de 25 profissionais médicos. Destaca-se também, que nas especialidades de hemoterapia, neurofisiologia clínica e endocrinologia e metabologia, não existem profissionais que exerçam essa carga horária, durante os cinco anos analisados. A carga horaria de 2 a 10 horas mensais apresenta a segunda maior média, a especialidade que se destaca nesse grupo é a pediatria com a média de 64,8, seguida da ginecologia e obstetrícia com 59,8, da clínica com 29 e da endocrinologia e metabologia com a média de 1 profissional por ano. Nesse conjunto de carga horaria, destaca-se que a hemoterapia e a neurofisiologia clínica, possuem a média de 0,2 profissionais por ano. Na carga horária de 21 a 44 mensais, observou-se que a maior média está na especialidade de ginecologia e obstetrícia, com 15,4; seguida da pediatria, com 14. Destaca-se também, que não há profissionais na especialidade clínica, hemoterapia, neurofisiologia clínica e endocrinologia e metabologia que executem essa carga horária (Gráfico 6).

7 DISCUSSÃO

De acordo com as informações apresentadas no Gráfico 1, o tempo de permanência dos profissionais das especialidades neurofisiologista clínico, hemoterapeuta e endocrinologista foram de 1 mês. A tabela 1, descreve o tempo de permanência em meses de acordo com a quantidade de profissionais e seu percentual, evidenciando assim, que em todas as especialidades a maioria dos profissionais possuíram apenas um mês de permanência.

Um estudo sobre rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família, realizado por Tonelli, B. *et al.* (2018), no município de Monte Claros – MG, utilizando o mesmo método de pesquisa, no período de 15 anos e 6 meses, analisou o tempo de permanência dos profissionais, no qual a média foi de aproximadamente 20 meses, onde o mínimo foi menos de 1 mês e o máximo foi de 141 meses. O que chama atenção, é que apesar do estudo ter utilizado um maior período de análise, o tempo de permanência mais frequente foi menor de 1 mês de serviço, equivalente a 6,2%, seguido pelo tempo de 1 mês, com 5,9% e de 2 meses, com 4,3%. Ao observar os resultados dos profissionais médicos, identifica-se que os maiores períodos de permanência são, de 19 a 24 meses, com o total de 35 profissionais; de 13 a 18 meses, com 29 médicos e de 1 mês de permanência, com o total de 24 profissionais médicos.

Apesar das diferenças existentes entre os estudo, como o período analisado e o nível de complexidade do serviço de saúde, verifica-se algumas semelhanças ao observar os resultados, no qual a médias em meses do tempo de permanência de profissionais, por especialidade, em sua maioria, aproxima-se do resultado encontrado em Monte Claros em que ambos existe uma quantidade significativa de profissionais médicos com o tempo de permanência de 1 mês, evidenciando assim a existência da rotatividade na alta complexidade e como característica a quantidade de meses que o profissional permanece no serviço.

O gráfico 2 apresentou o número de profissionais médicos por tipo de vínculo, observou-se que durante os períodos o tipo de vínculo que se apresentou com maior estabilidade foi o celetista, possuindo o maior número de profissionais durante três anos do período estudado. Analisando o gráfico 3, que se refere ao número de

médicos que possuem um vínculo empregatício, é visível a semelhança das características entre ambos, chamando atenção também para pejetização médica.

O termo pejetização se referi a contratação de serviços exercidos por pessoas físicas realizada por meio de pessoa jurídica, surgindo através da implementação do artigo 129, da lei 11.196/2005, segundo GERI (2017, p.10 - 11):

[...] foi concedido a empresários brasileiros a alternativa de contratação de mão de obra para o exercício de funções divergentes daquela da finalidade de sua própria empresa, desde que tal mão de obra seja exercida por outra pessoa jurídica. Atualmente, entidades hospitalares tem feito uso dessa Lei para contratação de médicos, com fim de reduzir seus encargos com empregados, justificando sua finalidade como meramente a de prover ambiente, distorcendo as linhas entre o exercício médico e o hospitalar, e configurando o médico como totalmente diverso da finalidade do estabelecimento, como se o estabelecimento hospitalar servisse apenas como ferramenta do profissional médico.

Carvalho (2010) em sua dissertação de mestrado, realizado em Salvador - BA, através de um estudo exploratório de caso e uma pesquisa direta qualitativa, coletou dados por meio de entrevistas semi estruturadas e análise de dados secundários de estudos anteriores. Constatou que a maioria dos médicos entrevistados se constituiu como pessoa jurídica, em decorrência da exigência das instituições de saúde, ou porque esta era a única forma apresentada para inserção no mercado de trabalho. Demonstrando assim, que não se trata de uma escolha dos profissionais, pois foi declarado pelos mesmos a preferência em prestar serviços através de uma relação empregatícia.

Ao analisar o gráfico 3, identificou-se que a maioria dos profissionais que tem dois vínculos empregatícios, possuem como tipo de vínculo o estatutário. No entanto, ao comparar os três gráficos, observou-se a existência da precarização de vínculo. Segundo o Ministério da Saúde, o trabalho precário é definido como realizado sem a proteção social, quando é exercido a ausência dos direitos, ocorrendo irregularidades e, na administração pública, que aborda todo trabalho realizado sem concurso público (BRASIL, 2009).

Em um estudo de Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), realizado na macrorregião oeste do Paraná, que analisou os vínculos de trabalho por meio de um estudo descritivo, com uma revisão bibliográfica e coleta de dados da macrorregião. Identificou-se que 36,46% dos vínculos foram classificados como precários; nove diferentes formas de vinculação, sendo a maioria constituída como autônoma, com (75,99%). Ao analisar o estudo em comparativo com as informações colhidas,

observamos que o tipo de vinculação que se destaca se difere, mas que a precarização de vínculo ocorre de forma evidente em ambas as pesquisas.

Nos gráficos, também foi verificado os profissionais médicos possuíam de um a dois vínculos, no qual a maioria deles possuíam 1, em sequência os profissionais com 2 vínculos empregatícios. De acordo com Scheffer, M. et al. (2015), no relatório demografia médica no Brasil 2015, ao analisar a distribuição de médicos no Brasil pela quantidade de vínculos que possuem, é observado que a maioria deles tem dois vínculos empregatícios, com 29,5%, em sequência os que possuem um vínculo, com 22%, e que este cenário se inverte em médicos acima de 60 anos.

Como observado no gráfico 5, a carga horária ambulatorial foi dividida em dois grupos, de 2 a 11 horas e de 12 a 35 horas, sendo retirada a média de cada especialidade, evidenciando que o grupo de 2 a 11 horas, possuiu a maioria dos profissionais exercendo a carga horária no período estudado, e a especialidade que obteve a maior média é a pediatria, outro fato que chama atenção é que, nas especialidades de hemoterapia e neurofisiologia clínica, a média de profissionais por ano é de 0,2 ou seja, só existiu um profissional nessas especialidades, e que exerciam a carga horaria de 2 a 11 horas.

No gráfico 6, identificou-se que no grupo na carga horaria de 21 a 44 horas as especialidades clínica, hemoterapia, neurofisiologia clínica e endocrinologia e metabologia, possuíram a média 0, ou seja, nenhum profissional exerceu essa carga horária nessa especialidade.

De acordo com Scheffer, M. et al. (2015, p.103), no relatório de demografia médica no Brasil, “aproximadamente um terço dos médicos (32,4%) afirmam trabalhar mais de 60 horas por semana e 75,5% trabalham mais de 40 horas semanais.” Nos gráficos, mostra-se que as maiores carga horarias são 2 a 11 e 11 a 20, no entanto, esse profissional pode ter trabalhado com mais de uma especialidade, e com os dois tipos de carga horaria, a ambulatorial e hospitalar.

8 CONCLUSÃO

Por meio da pesquisa foram encontrados resultados relevantes, que permitiram verificar a existência rotatividade, no período utilizado no estudo o tempo de permanência da maioria dos profissionais médicos foi de apenas um mês, realizando a análise dos profissionais por tipo de vínculo, observou-se a existência da pejetização médica, que é a contratação de pessoas físicas, por meio de pessoa jurídica, que como foi demonstrado em estudos, na maioria dos casos, o interesse parte do estabelecimento de saúde.

Outro resultado que chamou atenção foi que ao analisar os gráficos sobre os vínculos, identificou-se a existência da precarização de vínculos, cuja maioria dos profissionais não foram contratados através do concurso público. Observou-se a existência de profissionais com dois vínculos empregatícios, podendo exercer especialidades diferentes com vínculos diferentes e cargas horárias distintas. Analisando as cargas horárias percebeu-se que as especialidades de hemoterapia, neurofisiologia clínica e endocrinologia e metabologia não tiveram fixação de profissionais, e as duas primeiras especialidades tiveram o tempo de permanência de 1 mês, exercendo a carga horária ambulatorial de 2 a 11 horas e hospitalar de 2 a 10 horas.

O conjunto de resultados, fizeram enxergar, a dificuldade de fixação do profissional médico, que é um problema que afeta a organização da rede, pois para existir um funcionamento contínuo é necessário recursos humanos e sua escassez afeta no aumento na população não assistida, demonstrando assim a importância do estudo, que visa colaborar na compreensão dos fatores que podem levar o aumento da rotatividade, subsidiando a elaboração de ações direcionadas para o problema. Por meio deste estudo o profissional sanitário, o gestor em saúde, poderá planejar ações, monitorá-las e verificar os nós críticos. Apesar de ser visível a importância dessa pesquisa, existem limitações por ser um estudo que utiliza dados secundários de domínio público, o acesso a informações é restrito, ou seja, não se tem o acesso a alguns tipos de informações, como a faixa etária, impossibilitando análises mais profundas.

Ao iniciar o estudo, não esperava-se achar os resultados encontrados e as dificuldades decorrentes da limitação de informações do banco de dados, e

estruturais. No entanto, após análise e discussão de resultados foi visto a imensidão que esse tema possui e de como pode ser estudado a respeito, não só através de pesquisas quantitativas, mas também de pesquisas qualitativas de campo. E que esse tema é pouco abordado, mas de suma importância para saúde da população, visto que a não fixação médica resulta em problemas para rede, e a falta de profissional, pode ser um fator que influencia no aumento da fila de espera, podendo ter influência com o absenteísmo.

Em conclusão, sabendo dos entraves enfrentados pelo SUS, com o pouco financiamento, o congelamento que afeta drasticamente o sistema, a má distribuição de profissionais ou a escassez decorrente da não fixação e rotatividade, esses problemas devem ser levados em consideração, pois a sua resolução afeta diretamente no acesso. Cabe aos futuros sanitários, gestores do SUS, ter uma visão ampliada e buscar o melhor para a saúde da população. Até porque, saúde é direito de todos, e como tal deve ser garantida, de forma equânime, universal e integral.

REFERÊNCIAS

AQUINO, K. S. **Fatores geradores da rotatividade dos enfermeiros de um hospital geral governamental da cidade de São Paulo**. 121 f. 1991. Dissertação (Mestrado) - Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1991.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.49-54, 11 mar. 2016.

BRASIL. **Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011** que dispõe sobre a organização do SUS. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 01 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Editora MS, 2014. 162 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Casa Civil 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3)

BRASIL. **Portaria GM/MS n.399, de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conass. **Regulação em Saúde**: coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011. 124 p. (Volume 10). Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, Maria Amélia Lira de. **Pejotização e descaracterização do contrato de emprego**: o caso dos médicos em Salvador - Bahia. 2010. 157 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp145996.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

DEDECCA, Claudio Salvadori. O TRABALHO NO SETOR SAÚDE. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, p.87-103, 2008. Trimestral. Disponível em: <<http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/106327/1/2-s2.0-79960797652.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.18-29, mar. 2015.

Fernandes, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4 [Acessado 4 Novembro 2019] , p. 1311-1320, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26412016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26412016>. Acesso em: 27 nov. 2019

GERI, Guilherme Vieira. **Pejotização na área médica**. 2017. 50 f. TCC (Graduação em Direito) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/6054/1/GUILHERME%20VIEIRA%20GERI.pdf> f. Acesso em: 27 nov. 2019.

Gil, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Sept. 2016 .

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 16, n. 3,

p. 1689-1698, março de 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300006>.

KEHRIG, Ruth Terezinha; SOUZA, Edinaldo Santos de; SCATENA, João Henrique Gurtler. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 107, p. 948-961, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000400948&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070282>.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Redes interfederativas e saúde: trocas, benefícios e iatrogenias na construção do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1683-1685, Mar. 2011 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Geneve: WHO, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 16 junho 2019.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. **Redes Interestaduais de saúde: O caso da rede da atenção à saúde Pernambuco/ Bahia**. 2017. 198 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09042018-095008/publico/AnaPaulaChancharulodeMoraesPereiraVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

Pierantoni, Celia Regina et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate [online]**, v. 39, n. 106, pp. 637-647, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003006>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003006>. Acesso em: 3 dez. 2019

REIS, Ademar Arthur Chioro dos et al . Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1045-1054, Apr. 2017.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1281-1289, Apr. 2017.

SCHEFFER, M. *et al*, **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saude soc.** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dezembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>.

TONELLI, B.; LEAL, A. P.; TONELLI, W.; VELOSO, D. C.; GONÇALVES, D.; TONELLI, S. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Passo Fundo – RS, v. 23, n. 2, 22 out. 2018.