

SATISFAÇÃO DE MÉDICOS NO TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Satisfaction of physicians working in Primary Health Care

Guilherme Souza Albuquerque¹, Guilherme Cordeiro²,
Vivian Yuki Cucatti Murakami³, Bruna Letícia Souza Taveira⁴, Ingrid Lorrane Ferreira de Carvalho⁵,
Rebeca Ludmila de Lima⁶, Isabel Carolina dos Santos Marques⁷

RESUMO

Neste estudo avaliou-se a satisfação no trabalho dos médicos da Atenção Primária de uma capital do sul do Brasil. Foram entrevistados quinze médicos de Unidades de Saúde. As principais motivações citadas para atuarem na Atenção Primária foram a estabilidade do emprego público, a dificuldade de se estabelecer na iniciativa privada e a defesa do direito universal à saúde. As principais questões geradoras de insatisfação relacionaram-se ao elevado número de consultas, falta de respaldo dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, limitações da autonomia decisória, desgaste físico e emocional, baixa resolubilidade dos serviços, desvalorização perante aos colegas e opinião pública.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação no Trabalho; Trabalho; Médico; Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study assessed work satisfaction among Primary Health Care doctors from a capital city in Southern Brazil. Fifteen physicians from Basic Health Units were interviewed. The main motivations cited for working in Primary Health Care were the stability of the public service job, the difficulty of establishing a career in the private sector, and the defense of the universal right to health access. The main points that generated dissatisfaction were related to the high number of appointments per working hour, lack of support from the secondary and tertiary health care levels, limited decision-making autonomy, elevated physical and emotional distress, low resolution capability of health services, and lack of esteem from colleagues and society.

KEYWORDS: Work Satisfaction; Work; Doctor; Worker's health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O trabalho é um processo no qual o ser humano põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Modificando a realidade por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Desenvolve

as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio.¹

Como atividade intencional direcionada a um fim, criadora de valores de uso, o trabalho é, assim, uma condição de existência do ser humano, atividade produtora da própria humanidade sobre a base biológica dos humanos.

A produção da condição de humanidade se dá não só

¹ Doutor em Educação. Médico Sanitarista Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. E-mail: guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com.

² Acadêmico de Medicina, Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná.

³ Acadêmica de Odontologia, Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná.

⁴ Acadêmica de Medicina, Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná.

⁵ Acadêmica de Medicina, Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná.

⁶ Acadêmica de Medicina, Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná.

⁷ Acadêmica de Medicina, Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná.

pela produção de objetos, mas por despertar e desenvolver nos corpos capacidades, habilidades ou potências até então não evidenciadas, que são transmitidas às próximas gerações e fixadas como características humanas.

Nas sociedades de classe o trabalho com essas características está obstaculizado, uma vez que os trabalhadores não o realizam livremente. Os proprietários dos meios de produção impõem aos trabalhadores uma atividade alienada.

No capitalismo, a sociedade de classes mais desenvolvida até a atualidade, isso se intensifica. Os processos de produção visam, essencialmente, à valorização do capital. Tais processos devem gerar, através do trabalho produtivo, valor suficiente para a reprodução da força de trabalho e produção da mais-valia.

Acentua-se a cisão entre o trabalho intelectual e manual. Os capitalistas decidem pelos trabalhadores o que fazer, de que forma fazer, em que ritmo e intensidade. Retiram do trabalhador a autonomia, a possibilidade de idealizar livremente a ação antes de realizá-la. Assim, a ação não está voltada diretamente a um fim estabelecido pelo trabalhador, que a executa, mas à produção da mais-valia. Nesse aspecto, ao trabalhador pouco importa o que está sendo produzido, pois, independentemente de seu conteúdo, o trabalho passa a representar apenas um meio de obter sua sobrevivência. O trabalhador executa uma atividade cuja concepção, cujos meios de produção e cujo produto não lhe pertencem.

Segundo Marx,² ocorre uma exteriorização na atividade do trabalho que é externo (*äusserlich*) ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas mortifica sua *physis* e arruína o seu espírito. O trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho. [...] O seu trabalho não é, portanto, voluntário, mas forçado, *trabalho obrigatório*. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um *meio* para satisfazer necessidades fora dele. Sua estranheza (*Fremdheit*) evidencia-se aqui [de forma] tão pura que, tão logo inexista coerção física ou outra qualquer, foge-se do trabalho como de uma peste.^{2:82}

Aquela atividade caracterizada, por essência, como produtora da vida humana, inseparável da realização da condição de humanidade nos seres humanos, assume ao mesmo tempo, no capitalismo, o caráter de atividade degradante da vida humana, da qual os seres humanos precisam livrar-se para poder realizar-se como tais. Essas características do trabalho se revelam, em menor ou maior grau, em todas as áreas, para todos os trabalhadores.

O médico, por um lado, em sua atividade voltada a produzir os valores de uso referentes à saúde dos pacientes, utiliza-se de suas capacidades físicas e intelectuais, buscando afastar os limites que a natureza impõe à realização da vida. O cuidado à saúde é, assim, resultante do dispêndio da força e psique humanas em prol de um fim determinado, para o qual o médico planeja, busca meios, realiza o processo e, ao final, se reconhece no produto de seu esforço.

Por outro lado, assim como os demais trabalhadores, sofre as consequências da alienação do trabalho, para a produção da mais-valia.

Isso é evidente no setor privado, mas ocorre também nos serviços públicos. Em sua função de reprodução e controle social, os serviços públicos de saúde, objetos de nosso estudo, empregam a força de trabalho médica para a produção do cuidado, seguindo essa mesma orientação. Embora o Estado não constitua uma instituição econômica com fins lucrativos, estabelece com os médicos uma relação de compra de sua força de trabalho através do salário. O servidor público fornece trabalho excedente e, portanto, é explorado pelo Estado, embora a mais valia só se realize se tal trabalho for vendido no mercado.

A exploração através do trabalho excedente ocorre porque, para disponibilizar a força de trabalho necessária ao capital, o Estado deve contribuir para sua reprodução com o menor gasto possível, pois seu custo, bancado através dos impostos, interfere na produção de mais-valia e lucratividade das empresas capitalistas. Por isso, a busca da máxima produtividade por meio da máxima exploração da força de trabalho, se aplica também a serviços públicos de saúde.

Com esse propósito o Estado busca racionalizar os gastos com os meios de produção e com a força de trabalho necessária para movê-los. Assim como a iniciativa privada, o Estado introduz inovações tecnológico-organizacionais, reduz a quantidade de força de trabalho, substitui força de trabalho qualificada por outra de menor qualificação, contém ao máximo os salários, precariza as condições de trabalho, entre outras, com suas consequências sobre o bem-estar e satisfação dos trabalhadores.³

A crescente proporção de profissionais médicos insatisfeitos com o próprio trabalho e as decorrentes consequências dessa situação vêm recebendo muita atenção nas últimas décadas no Brasil e no mundo.^{4,5} Esse fato é comum a inúmeras áreas da medicina, não se restringindo apenas ao campo da Atenção Primária à Saúde (APS), objeto da presente pesquisa. Diversos estudos referem a insatisfação entre diferentes grupos, como cirurgiões,⁶ anestesiológicos,⁷ intensivistas⁸ e clínicos especialistas.⁹

Segundo o Ministério da Saúde,¹⁰ a APS deve ser a por-

ta de entrada do sistema; o local responsável pela organização do cuidado, onde cerca de 85% das necessidades em saúde são sanadas. Lócus de realização de ações de promoção da saúde, preventivas, e curativas, sempre de forma integrada. Trabalha com todo o contexto de vida do paciente, com a ampla gama de necessidades dos indivíduos e suas comunidades. Diferentemente da atenção secundária ou terciária, dedica-se aos problemas de saúde mais frequentes de determinada comunidade, em fases iniciais e menos complicadas. Valoriza a longitudinalidade do cuidado e o vínculo da equipe com o paciente.

Essa visão idealizada da APS não condiz, muitas vezes, com o que ocorre na prática assistencial, podendo gerar insatisfação nos médicos e demais componentes da equipe de saúde, por não encontrar as condições necessárias para realizar adequadamente o trabalho. Para os médicos, a insatisfação dentro do ambiente de trabalho, pode levar a grande sofrimento psíquico, transtornos mentais, estresse, depressão e Síndrome de Burnout.^{5,11}

Diversas pesquisas confirmam que quanto menor a satisfação, maior é a taxa de rotatividade do serviço.^{12,13} Este é um problema para muitos gestores, organizações e serviços, em função dos altos custos gerados, principalmente em trabalhos que envolvem extensivo treinamento e necessidade de identificação do trabalhador com o local, como é o caso do médico na atenção primária.¹⁴ A insatisfação pelas condições anteriormente descritas, também dificulta o recrutamento para a medicina dos melhores e mais capacitados, já que preferem migrar para outra profissão que ofereça melhor qualidade de vida.¹⁵

A insatisfação, no entanto, não causa danos somente a médicos e gestores, mas também aos usuários dos serviços. Muitos estudos correlacionam o descontentamento no trabalho com pior qualidade do cuidado médico.⁵ Ao afetar a saúde e bem-estar dos médicos e aumentar sua rotatividade nos serviços, acaba prejudicando o relacionamento interpessoal, a satisfação dos pacientes e sua aderência ao tratamento, prejudicando a qualidade do cuidado.¹⁶ Duarte e Boeck verificaram, também, que o aumento da rotatividade prejudica a consolidação do trabalho em equipe.¹⁷

A presente pesquisa foi motivada pela reclamação de gestores da Secretaria Municipal da Saúde de um município da região sul do Brasil, quanto à fuga do trabalho, por parte dos médicos da APS. Segundo os gestores, os médicos apresentavam grande absenteísmo, por licença médica. Os autores entenderam como necessário investigar a satisfação no trabalho dos médicos da APS daquele município, para a compreensão de tal 'fuga' e subsidiar possíveis melhorias na condição de trabalho dos mesmos e na qualidade do atendimento aos cidadãos. Partiu-se da

hipótese de que predominavam no processo de trabalho, aspectos negativos, advindos, em última instância, do modo de produção capitalista.

METODOLOGIA

A estratégia de pesquisa filia-se à vertente qualitativa, utilizando-se, no plano das técnicas de coleta de dados, da entrevista em profundidade semiestruturada.^{4,18} As entrevistas abordaram os seguintes aspectos: aspirações profissionais; motivo da escolha por trabalhar na APS; liberdade e autonomia no trabalho; recursos disponíveis; uso criatividade; uso de base científica na realização do trabalho; satisfação quanto aos resultados do trabalho; satisfação dos pacientes; desgaste; imagem do médico da APS e remuneração.

A amostra contou com 15 médicos em atuação na APS do SUS de município do sul do Brasil. Foram considerados elegíveis para a pesquisa todos os médicos atuantes na APS no sistema municipal de saúde do município, independentemente de especialidade e tempo de serviço. De um universo de 592 médicos, 15 foram selecionados para as entrevistas aleatoriamente. Os médicos aposentados, transferidos, ou ausentes devido a férias, cursos, ou que se recusaram a realizar a entrevista, foram devidamente substituídos. Para determinação do número de sujeitos de pesquisa, utilizou-se o critério de saturação de dados.

Os médicos foram informados sobre os métodos e objetivos do estudo e o aspecto sigiloso do conteúdo das entrevistas. À vista disso, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise posterior. Durante a análise dos relatos, os sujeitos de pesquisa foram identificados com números de 1 a 15.

Esta pesquisa respeitou a Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná CAAE nº 20468014.6.0000.0102 e pela Secretaria da Saúde do município.

Os relatos obtidos, apesar de não serem idênticos, expressam generalidades semelhantes, apresentando saturação de respostas. A partir disso, foram primeiramente trabalhados na modalidade de análise temática, também conhecida como análise de conteúdo,¹⁹ a fim de se identificar blocos de questões relevantes. Em seguida, buscou-se uma interpretação hermenêutica²⁰ desses relatos, a fim de compreender a satisfação dos médicos diante das características de seu trabalho na APS do município estudado.

Apesar do impacto que a satisfação no trabalho tem sobre o indivíduo e a sociedade, não há consenso sobre

conceitos ou modelos teóricos de satisfação.²¹ No presente estudo foi adotada como satisfação a valoração subjetiva do indivíduo, obtida pela diferença que faz do seu trabalho real com uma ocupação idealizada, envolvendo múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos à natureza do trabalho.²²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na APS do município estudado, existem 109 Unidades de Saúde (US), onde trabalham aproximadamente 590 médicos. Nas 65 Unidades de Saúde da Família (USF) trabalham 236 médicos e nas 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS) os demais. Em ambos os modelos, os médicos ingressam por concursos públicos.

Do total de quinze médicos entrevistados, sete trabalhavam em equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e oito como Clínicos Gerais ou Pediatras nas Unidades Básicas de Saúde. Sete deles trabalhavam há mais de 20 anos na atenção primária, não necessariamente naquele município; cinco trabalhavam entre 10 a 20 anos e três trabalhavam há menos de 10 anos. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro de 2014 até março de 2015.

Segundo normas da Secretaria Municipal da Saúde do município estudado, nas USF, o médico, que permanece em tempo integral, em regime de 40 horas semanais, deve atender a pessoa em todas as fases do seu ciclo de vida, desde o nascimento, infância, gravidez até a velhice, conhecendo os integrantes das famílias que residem na respectiva comunidade. A principal atividade é a realização de consultas médicas, mas ainda tem como funções realizar visitas domiciliares, participar de reuniões de equipe e coordenar ações em seu respectivo território.

Nas demais UBS, os médicos atendem à população por segmentos, de acordo com sua especialidade em clínica médica, pediatria, ou ginecologia e obstetrícia. Nesse caso, o trabalho do médico se restringe ao atendimento através de consultas médicas. O processo de trabalho de cada equipe das Unidades de Saúde está organizado em função da atenção à saúde da população de determinado território da área de abrangência da US pela qual é responsável.

Para Marx, os momentos simples do processo de trabalho são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios.^{1:256} No atendimento médico, podemos considerar que o objeto de trabalho é o paciente em suas dimensões biológicas e psicológicas e tem como fim a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais,²³ os meios de traba-

lho são os recursos tecnológicos que o médico usa para o atendimento e o trabalho em si é a atividade física e intelectual dos médicos ao realizar o atendimento.

As aspirações relacionadas à carreira são determinantes da satisfação obtida não só pelo médico, mas por qualquer trabalhador em sua profissão. Em geral os entrevistados não cogitavam trabalhar na Atenção Primária, durante a graduação médica, seguindo a tendência encontrada em estudos de diversos países.^{24,25} Grande parte dos estudantes de medicina ingressa no curso almejando atuar em serviços altamente especializados, que estariam reservados para os mais capacitados,²⁶ tendência que, em geral, é reforçada pela formação médica pouco adequada para a APS.²⁷ Entretanto, dentre aqueles que responderam que pensavam em seguir uma atividade diferente da que realizam na atualidade, quase todos disseram que estão satisfeitos com o trabalho na atenção básica.

Quando questionados sobre os motivos que os levaram a trabalhar na APS, dois tipos de respostas mostraram-se predominantes. Assim como no trabalho de Vasconcelos e Zaniboni, o primeiro tipo de resposta mais frequente foi a opção por questões ideológicas: possuem afinidade com o trabalho na Atenção Primária, acreditam no projeto e na maneira de como é executado e desejam atender à população mais carente.²⁸

Na realidade, aquele tempo, poucos iam para a saúde pública. E quem ia, ia porque sobrou no mercado ou alguns poucos iam por serem ideologicamente comprometidos. O que é o meu caso (MÉDICO 6).

Porque é a parte mais útil que eu poderia fazer, atender à população mais carente, que tem necessidade (MÉDICO 4).

O segundo grande grupo de respostas foi de que a escolha pela APS se deveu ao fato de ser concursado, com plano de carreira, estabilidade, carteira assinada e outros direitos trabalhistas. O desejo de um trabalho com uma jornada bem definida, com garantia de direitos trabalhistas advindos do vínculo empregatício também foi achado de pesquisa realizada por Feliciano, Kovacs e Sarinho²⁹ e Taveira.³⁰ Pesquisas como a de Medeiros e colaboradores demonstram, também, que o vínculo instável, por cooperativas, por exemplo, extingue direitos dos trabalhadores e gera insatisfação, falta de perspectiva de desenvolvimento profissional, insegurança e rotatividade no serviço.¹²

A fala de uma médica entrevistada, reproduzida abaixo, explicita a questão:

Eu sempre gostei (da área da Atenção Primária) porque tem estabilidade, garantia. Você não fica à mercê de ser

despedida de uma hora para outra. Então, tem os percalços, mas vale a pena (MÉDICA 12).

Outra motivação reportada pelos médicos para a escolha pela atenção básica é a dificuldade de encontrar um emprego e de se estabelecer como médico nos grandes centros, sendo a APS uma boa opção de mercado de trabalho. Esta justificativa também já foi evidenciada por outros trabalhos, incluindo o de Vasconcelos e Zaniboni.²⁸

(trabalhar na atenção básica) foi mais uma necessidade. [...] hoje, pra se colocar, como que os recém-formados se colocam? É o emprego que aparece. E os empregos que aparecem são o que? PSF, atendimento no posto como clínico geral e plantões. Então comecei com isso e acabei me encaindo no PSF. Entre todas essas, ainda é uma das opções melhores. E acabei gostando (MÉDICO 10).

De maneira geral, a liberdade e autonomia dos médicos nas Unidades de Saúde do município estudado são limitadas. Apesar de todos os médicos entrevistados afirmarem que possuem liberdade total durante a consulta médica e na conduta a ser tomada perante os dados clínicos coletados durante a anamnese, exame físico e exames complementares, sendo inteiramente responsáveis por esta, a grande maioria respondeu que há limitações em outros aspectos.

Metade dos médicos citou o alto número de consultas como um problema, limitando a atenção despendida aos casos mais complexos. Segundo eles, atendem cerca de 26 pacientes em uma jornada de 8 horas. Além das consultas pré-agendadas, o volume de trabalho costuma ser ainda maior, pois atendem pacientes em situações emergenciais nas US, já que são limitados a encaminhar no máximo 8 pacientes por dia para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sob risco de perda de gratificações salariais para toda a equipe.

Estes médicos sentem-se cobrados pela produtividade e não pela qualidade do atendimento. Como afirmam, esse excesso de demanda, que descaracteriza o trabalho preventivo, objetivo primordial da atenção básica, e não satisfaz os médicos, também é percebido em outras regiões do Brasil.³¹

A gente se sente às vezes incapacitado pelo volume que tem aqui, pela demanda e algumas cobranças que a prefeitura exige, que são além da nossa capacidade. Eles não querem que deixe nada passar. O Saúde da Família teoricamente era pra ter uma atenção básica, atenção primária, atenção preventiva, só que o problema é que aqui 20% é preventivo e 80% é curativo, atendimento de emergência. A preven-

ção que seria primordial acaba ficando secundária. Aqui importante no momento, infelizmente, é o volume, é o número, não é qualidade. A prefeitura quer ver quantidade de pacientes que foram atendidos no dia: tenho de atender 25 pacientes, não posso mandar ninguém pro 24 horas. A qualidade em si fica relegada ao segundo plano (MÉDICO 4).

Assim como outras pesquisas demonstram, os médicos da APS acabam por atender e conduzir casos complexos, que necessitariam de recursos não disponíveis na rede básica e de acompanhamento por especialistas, dada a grande demanda que existe de casos como estes e da limitada retaguarda no serviço municipal de atenção secundária.²⁸

A gente passa uma grande dificuldade sim. Nós temos filas quilométricas para especialidades, por exemplo. Então os gestores, muitas vezes, querem que nós resolvamos problemas que nós como generalistas não temos condições de resolver. Por exemplo, compraram uma tonelada de eletrocautérios de última geração pra que a gente tirasse lesões de pele. Ai pegaram todas as relações das filas, em que foram encaminhados pacientes para pequenas cirurgias de pele. E meio que disseram assim: “ó, resolvam”. Só que nós como generalistas não podemos colocar a mão em lesões que não temos experiência para mexer. Às vezes, colocando em risco a vida do paciente, porque eu não sou dermatologista pra colocar a mão em uma lesão do paciente, que de repente, pode ser maligna ou de qualquer outra gravidade, apenas para retirar o paciente da fila. É uma conduta mais de gestão política do que de medicina (MÉDICO 10).

A demanda excessiva de pacientes para além da capacidade de atendimento das equipes da US e a cobrança constante por produtividade reduzem o tempo de consulta disponibilizado ao paciente.

O tempo de consulta adequado permite ao médico ouvir o paciente, estabelecer uma hipótese diagnóstica, traçar uma conduta terapêutica, estabelecer uma relação de confiança e respeito e assim atender às necessidades do paciente, dando atenção a questões que podem ter tanta importância para a sua saúde quanto aquelas que motivaram diretamente a busca da consulta. Ao diminuir o tempo da consulta, reduz-se a qualidade do serviço prestado.³²

Nesta pesquisa, o fator tempo foi considerado importante pelos entrevistados. Apesar de parte deles considerar que os 15 minutos disponibilizados, em média, para cada paciente são suficientes, muitos relataram que, em casos nos quais, por exemplo, os pacientes apresentam várias comorbidades ou estão em situações sociais de risco,

este tempo não permite a avaliação completa da situação, limitando a intervenção médica.

A falta de acesso a exames e serviços especializados também constitui importante elemento de insatisfação dos médicos em nosso estudo, assim como no realizado por Gonçalves e colaboradores.³¹ Apesar de, a princípio, não haver limitação para o pedido de exames mais comuns e encaminhamentos, há uma demora muito grande para o paciente conseguir a consulta especializada. Isso acaba gerando frustração para esses médicos, que observam a piora da condição do paciente sem poder ajudá-lo de maneira adequada.

Tenho pacientes diabéticos tipo 1, que a gente sabe que não devem ser acompanhados aqui, que tem de estar num serviço terciário; paciente com nódulo de tireoide que tá na fila há dois anos. Aí você pensa: você diagnosticou o nódulo, o nódulo tá lá. O paciente diabético tipo 1, daqui a pouco tá na máquina de diálise. E você, tá fazendo o que? Isso é frustrante (MÉDICA 5).

A mesma médica ainda relatou que já sofreu pressão para limitar o número de exames e encaminhamentos que fazia:

Eu já fui chamada porque eu pedia muito exame, porque eu encaminhava muito, que eu medicava muito, tudo fazia muito. E os outros médicos faziam menos. [...] então já sofri pressão pra não pedir exames, já sofri pressão pra não encaminhar, por conta de metas (MÉDICA 5).

Ainda, foi possível evidenciar a falta de autonomia do médico na maneira de como é realizado o trabalho. O trabalho nas US é heterogerido. O que fazer e como fazer é, frequentemente, decidido por outra pessoa, não pelo médico. Isso gera insatisfação, pois aliena o médico de seu trabalho. A forma como as consultas são marcadas é um exemplo disso. Dois entrevistados indicaram que não têm controle sobre sua agenda, prejudicando a continuidade do cuidado.

O médico atende as consultas que o auxiliar de enfermagem diz que você deve atender, a verdade é isso. [...] agendam a consulta, priorizam pacientes, acolhem os pacientes. [...] você tem pacientes que você percebe que tem um tratamento diferente na US. [...] Pra eles, a fila não é a mesma que pros outros, que chegam às 5 horas da manhã. Pra eles, o agendamento é facilitado. Essas coisas acontecem na Unidade e não deveriam acontecer num serviço público (MÉDICO 6).

Outro exemplo é a obrigatoriedade de uso do sistema informatizado por todo médico, que apesar de ser bom para a grande maioria, para alguns, depende muito tempo em sua utilização, diminuindo ainda mais o já escasso tempo de consultas.

É um sistema que gasta muito tempo: às vezes pára, trava, apaga as coisas e tem que fazer de novo, isso é um desgaste (MÉDICO 3).

O número de consultas, imposto por critérios administrativos que tolhem a liberdade dos médicos, também constitui, segundo os entrevistados, motivo de insatisfação.

Consulta em 15 minutos, atender 16 consultas em 4h. [...] com esse computador você não faz isso. Se eu for fazer ao pé da letra eu faço consulta em 5 minutos e isso é um absurdo (MÉDICO 3).

Contudo, apesar das limitações, os médicos relatam que têm liberdade para propor novas maneiras de trabalhar, facilitando e melhorando a qualidade do serviço, se sentem incluídos, fazendo parte do sistema de atenção à população:

A gente discute, o que a gente faz nós discutimos, nós pontuamos, em nenhum momento fui tolhido, muitas vezes, ao contrário, fui estimulado a modificar a forma de atendimento, priorizar ações que a gente julgue que sejam importantes, mas acima de tudo eu não me sinto limitado nesse aspecto (MÉDICO 2).

Outra questão importante para a insatisfação no trabalho foi o desgaste. Apenas dois dos entrevistados relataram que não sentem desgaste com o seu trabalho, enquanto os demais observam elevado grau de desgaste cujo principal motivo é o grande volume de trabalho.

A elevada carga de trabalho já foi levantada como causa de desgaste em médicos da APS em outros estudos.^{28,33} Como dito anteriormente, cada médico atende em média um paciente agendado a cada 15 minutos, além de renovações de receitas e consultas de emergência, que não estão programadas. Ademais, absorvem uma demanda constante de novos pacientes provenientes de outras áreas.

Para dar conta da demanda, os médicos abrem mão de direitos como o descanso a cada hora trabalhada, aumentando seu desgaste.

No atendimento ao paciente, o médico precisa estar muito inteiro, atento, ao mesmo tempo, a tantas variáveis clínicas e às condições de vida de cada paciente. Com

maior carga de trabalho, menor atenção a cada paciente, desgaste físico e psíquico elevado, aumenta-se a chance de erros por parte do médico, situação que também não o satisfaz.

Na APS, o vínculo médico-paciente é de extrema importância e o grande volume de atendimentos atrapalha o estabelecimento do mesmo. Com isso, os pacientes deixam de acompanhar o médico regularmente, reforçando a cultura de atendimentos eventuais,³² de menor eficácia, gerando também insatisfação.

O desgaste emocional causado pelo enfretamento frequente das precariedades sociais dos pacientes da APS, já levantado por outros trabalhos, como o de Vasconcelos e Zaniboni,²⁸ foi mencionado pelos médicos entrevistados nesta pesquisa. Muitos sofrem ao ver as mazelas de seus pacientes, resultando em grande desgaste emocional, como é possível perceber no trecho a seguir:

Essa é uma população que tem em cada família um drama. No começo, parece que isso não te afeta muito, mas afeta e afeta bastante. Recentemente, aqui na vila mataram umas crianças e a gente conversando entre nós, a enfermeira e eu, a gente chorou quando escutou, sabe? Eu estava em casa, foi num final de semana, e a gente vê que isso toma muito a gente, emocionalmente é pesado (MÉDICO 2).

Alguns médicos mencionaram, ainda, como causa de desgaste e insatisfação, o difícil relacionamento em equipe, atrapalhando o serviço e prejudicando o atendimento aos pacientes. A importância de um trabalho harmonioso em equipe na APS é destacada, também, por Duarte e Boeck.¹⁷

Quanto ao resultado do trabalho, exatamente metade dos médicos disse que está satisfeita. Outros tantos, por sua vez, não conseguem enxergar bons resultados de suas intervenções. Referiram que seu trabalho não está sendo aproveitado de maneira efetiva e que os resultados poderiam ser muito melhores por questões que fogem de sua governabilidade: questões políticas que influem no processo de trabalho, nos recursos disponibilizados, no acesso etc.

Apesar dos problemas, ao olhar dos médicos, os pacientes em geral ficam satisfeitos com o resultado do cuidado, com exceção daqueles que já chegam contrariados, descrentes pelos problemas enfrentados para obtenção do cuidado na APS.

Paciente chega pra você já frustrado e estressado. É isso que eu sinto do paciente. Abro a porta e ele já está frustrado e estressado. Ele vem na angústia porque não sabe se vai encontrar o remédio (...) ele quer ter acesso a outros exames

e não tem como. Aí eu explico que existem exames que não são liberados pra cá, mas que são importantes para o diagnóstico e ele não quer entender. Ele acha que o posto tem de resolver o problema dele (...) então é uma frustração grande, a gente já trabalha com paciente estressado e você tem de manter a calma, passar confiabilidade pra esse paciente. É complicado trabalhar com esse tipo de paciente, ele já vem achando que o culpado de tudo é você (MÉDICA 5).

Ao serem questionados sobre o espaço físico das US, a maioria dos médicos respondeu que, apesar da estrutura simples, os espaços são satisfatórios. Apenas três consideraram a estrutura física inadequada. Desses, apenas um afirmou que atrapalhava o serviço, pelo barulho e grande concentração de pessoas.

Vários dos entrevistados mencionaram a falta eventual de medicamentos na unidade como motivo de insatisfação. Dois deles relataram que a falta ocorre frequentemente, atrapalhando e prejudicando a qualidade do serviço.

Hoje em dia você vê, tá faltando Dipirona, Buscopan, Furosemida. Morfina eu tenho uma ampola. Aí você reza pra não chegar um edema, você tá entendendo? É complicado (MÉDICA 5).

Sobre estrutura, a questão mais levantada novamente foi a falta de retaguarda para os casos complexos. Novamente citaram o sofrimento por verem os pacientes deteriorarem a sua condição devido à falta de tratamento adequado. Observam que, em toda decisão, o médico precisa pensar também, não só na parte clínica, mas na estrutural da US e na social do paciente. Com a falta de medicamentos básicos e importantes, algumas condutas ficam comprometidas. Portanto, de certa forma, ao decidir sua conduta, o médico fica refém dos medicamentos básicos disponíveis na farmácia da US e nas farmácias populares.

De maneira geral, os entrevistados responderam que o trabalho nas US é dinâmico, que atendem a uma grande variedade de pacientes e não se sentem restritos aos protocolos, evitando com que o trabalho se torne repetitivo e maçante. O trabalho é desafiador, exigindo o recurso à criatividade. Ressalte-se que a necessidade do recurso à criatividade, muitas vezes, estava ligada à falta das condições ideais para o atendimento.

Quanto ao uso de base científica no trabalho, todos os médicos comentaram que, dentro da possibilidade estrutural das US, como disponibilidade de medicamentos e exames básicos, conseguem aplicar no trabalho tudo aquilo que estudaram na literatura científica.

Indagados sobre a imagem e a valorização do médico na APS, quase todos os entrevistados sentem que o médi-

co da APS é desvalorizado perante a comunidade médica, como observado por Gonçalves e colaboradores,³¹ que afirmam haver uma tendência muito forte em se considerar o trabalho na atenção primária como algo de menor valor e prestígio, quando comparado ao trabalho de outras especialidades médicas.

A sensação de desvalorização fica evidente nos relatos abaixo:

Eles acham que a gente é sub médico né? Porque a gente não é especialista. [...] quando a gente encaminha pra um colega neurologista, cardiologista, endócrino, urologista, eles não te dão retorno do encaminhamento. [...] eles não tão nem aí pra você (MÉDICO 3).

O que os médicos pensam da gente que trabalha aqui que a gente é médico ruim. [...] que médico que trabalha em posto é médico que não se colocou, que não fez residência... Esses dias eu fui atendido pelo otorrino e comentei que trabalhava no PSF e ele sequer estendeu a mão (MÉDICO 10).

Já teve paciente inclusive que disse que sabe que médico que vai trabalhar no postinho é porque não consegue trabalhar em outro lugar, que não passa em residência (MÉDICO 7).

De certa maneira, o pensamento do paciente relatado pelo Médico 7 não é totalmente uma inverdade. Segundo Medeiros e colaboradores, muitos médicos recém-formados procuram o trabalho na atenção básica como forma de adquirir experiência ou como forma de sustento até conseguir uma aprovação em um programa de residência.¹²

Quanto à remuneração, pouco mais da metade dos médicos acredita receber menos do que merece, pela atenção, dedicação e carga de trabalho que existe nas US, ao contrário de outros trabalhos, como o de Vasconcelos e Zaniboni, em que a maioria dos profissionais se declarou satisfeita.²⁸

Eu acho que ganho menos do que eu deveria ganhar, sabe [...]. Então, eu vejo que meu salário, é um salário congelado, é um salário que me parece um pouco injusto. [...] pela quantidade de pacientes que a gente atende e pela quantidade de serviços que a gente faz.

Essa falsa sensação de que o salário deve ser proporcional à carga de trabalho exercida, exemplifica o desconhecimento dos médicos sobre os processos determinantes do montante de seus salários e dissona da realidade na qual a APS está inserida. Em nossa sociedade, o salário é equivalente ao valor de reprodução da força de trabalho,

o mínimo necessário para adquirir as mercadorias que o trabalhador necessita obter para assegurar a sua reprodução como força de trabalho e sobrevivência da sua família, não ao valor (de uso ou de troca) produzido.¹

CONCLUSÃO

Apesar de todos os problemas encontrados na APS, os médicos entrevistados consideram-se ainda satisfeitos com o trabalho. A possibilidade de cuidar da população que mais precisa, o sentimento de estar fazendo o melhor para essas pessoas, o vínculo médico-paciente e a estabilidade no emprego são causas de satisfação. A falta de recursos essenciais, de retaguarda especializada efetiva, a falta de reconhecimento da população e o desgaste elevado pela carga de trabalho excessiva constituem motivos de insatisfação.

Conclui-se que o processo de trabalho, subordinando a qualidade do cuidado à necessidade de máxima exploração dos trabalhadores, determina, em última instância, a insatisfação dos trabalhadores médicos neste âmbito do capital.

REFERÊNCIAS

1. Marx K. O Capital. 1ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial; 2013.
2. Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. 1ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial; 2008.
3. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cader-nos de Saúde Pública. 2004; 20(2):438–446.
4. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
5. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-Career Burnout in Generalist. JAMA. 2015; 288(12):1447–1450.
6. Shanafelt TD, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Archives of Internal Medicine. 2012; 172(18):1377–1385.
7. Pinto SAS. Avaliação da satisfação com o trabalho dos médicos anestesistas vs médicos não anestesistas do Centro Hospitalar do Porto. [dissertação]. Porto - Mestrado Integrado em Medicina - Instituto de Ciências Biomédicas

- Abel Salazar, Universidade do Porto; 2014.
8. Rocha APF, Souza KR, Teixeira LR. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2015; 25(3):843-862.
 9. Leigh JP, Tancredi DJ, Kravitz RL. Physician career satisfaction within specialties. *BMC health services research*. 2009; (9):166.
 10. Brasil. Ministério Da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde, projeto do Conselho nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília: Ministério da Saúde, 2007; 408p.
 11. Frاسquilho MA. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos : prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23:89-98.
 12. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha Olinda MFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15:1521–1531.
 13. Campos CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo - Pós-graduação em Administração Pública - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, FGV; 2005.
 14. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*. 2008; 42(2):347–368.
 15. Keeton K, et al. Predictors of Physician Career Satisfaction , Work–Life Balance, and Burnout. *Obstetrics and Gynecology*. Washington DC.2007; 109(4):949–955.
 16. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *The European Journal of Public Health*. 2003; 13(4):299–305.
 17. Duarte MLC, Boeck JN. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2015; 13(3):709-720.
 18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 19. Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009. p. 288
 20. Gadamer HG. Verdade e Método I - Traços fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica. 13ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
 21. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2003; 6:59–78.
 22. Ribeiro RBN. Satisfação dos médicos no Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Brasil. [dissertação]. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
 23. Arouca AS. O dilema preventivista. 1ª ed. São Paulo: Editora UNESP; 2003. p. 268.
 24. Lefevre JH, et al. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. *Medical Education*. 2010; 44:603-12.
 25. Kiolbassa K, et al. Becoming a general practitioner-which factors have most impact on career choice of medical students? *BMC Family Practice*. 2011; 12(1):25.
 26. Rios IC. Subjetividade contemporânea na educação médica - A formação humanística em Medicina. [tese]. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
 27. Giovanella L, et al. Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*. 2015; 39:300-322.
 28. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16:1497–1504.
 29. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16:3373–3382.
 30. Taveira ZZ. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura. [dissertação]. - Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, Especialização em Atenção Básica em Saúde da

Família, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

31. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(3):393 – 403.

32. Silva ACCMA; Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2010; 19:159–169.

33. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21:884–894.

Submissão: março de 2016

Aprovação: fevereiro de 2017
