

FATORES INFLUENTES NA PERMANÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM IPATINGA - MINAS GERAIS - BRASIL

FACTORS INFLUENCING THE DROP-OUT RATE OF NURSES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN IPATINGA, MINAS GERAIS, BRAZIL

Simone de Pinho Barbosa¹; Adriana Cavalcanti de Aguiar²

RESUMO

O foco central deste estudo é a (im)permanência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), baseado na força de trabalho e nos fatores extrínsecos e intrínsecos que levam à expansão desse fenômeno. Como objetivo geral, propõe-se compreender, do ponto de vista dos profissionais enfermeiros que trabalharam no município de Ipatinga (MG), os fatores que facilitam ou dificultam a sua permanência na ESF. A coleta de dados se realizou por meio de entrevistas gravadas com 16 enfermeiros que atuaram na ESF de Ipatinga durante os anos de 2002 a 2007, no intuito de revelar o que os levou, de fato, a sair. Os enfermeiros consideraram como principais fatores favoráveis a sua atuação na ESF, o trabalho em equipe quando o mesmo conseguia ser efetivado pelos seus membros, a estrutura física para uma atuação mais digna e com privacidade e o vínculo com a comunidade, vistos como formas de gratificação e reconhecimento. Os fatores considerados desfavoráveis à sua permanência na ESF foram: dificuldade de transporte, pressão por cumprimento de produção, divisão territorial inapropriada. Relataram, ainda, desgaste físico, mental e até mesmo social, fomentando a evasão para outras opções de trabalho mais dignas e favoráveis e foram categóricos ao elegerem, como condições para a permanência, salários mais compatíveis, vínculos empregatícios seguros e oferta de educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros. Enfermeiras. Condições de Trabalho. Força de Trabalho. Saúde da Família.

ABSTRACT

The main focus of this study is the drop-out rate of nurses from the Family Health Strategy (FHS), based on manpower and on extrinsic and intrinsic factors leading to the expansion of this phenomenon. The general goal is to understand the factors which increase or decrease the drop-out rate of FHS nurses working in the municipality of Ipatinga, MG, Brazil. 16 nurses who had worked with the Ipatinga FHS from 2002 through 2007 were interviewed as for the reasons which led them to quit. The main positive factors were efficient teamwork, adequate facilities for working with dignity and privacy, and community liaison. The main negative factors were difficult access, productivity goals to be met and inappropriate territorial division. They reported physical, mental and even social burn-out, contributing to the search for more dignifying and appealing work options. There was consensus as for the need of compatible salaries, stable job contracts and continuing education as measures to enhance adherence of nurses to the FHS.

KEY WORDS: Nurses, Male. Nurses. Work Conditions. Labor Force. Family Health.

¹ Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - Enfermeira, mestre em saúde da família, docente do Centro universitário do Leste de Minas Gerais, na área saúde pública. E-mail: sidepinho@terra.com.br

² Universidade Estácio de Sá - Médica, Doutora em Educação pela Harvard University e docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. Membro efetivo da Fiocruz. E-mail: adriana.aguiar@estacio.br

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda o perfil e os fatores que influenciam o trabalho dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF), partindo da premissa que sua alta rotatividade compromete a operacionalização do trabalho e diminui a efetividade das ações que subsidiam esse modelo de assistência à saúde. As constantes saídas e entradas de novos profissionais ameaçam, principalmente, a criação de vínculos de confiança entre os profissionais, usuários e suas famílias e com a própria comunidade. Esse fenômeno afeta os profissionais e ameaça o impacto da estratégia.

A ESF propõe a reorganização da atenção primária à saúde e a reafirmação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Desenvolvida inicialmente em países como a Inglaterra e o Canadá, no Brasil adquiriu características próprias, dadas a extensão do território de abrangência e a diversidade cultural. Vem demandando criatividade de seus profissionais e gestores para enfrentar, sabiamente, os problemas identificados durante esses quatorze anos de implantação. Apesar disto, tem entusiasmado milhares de profissionais de nível superior, médio e elementar, estimulando-os a reinventar seus processos de trabalho.

A problemática do estímulo e fixação de profissionais extrapola o contexto nacional. O diagnóstico é o da necessidade de avançar na construção de um trabalho coletivo mais efetivo, menos vulnerável às variações loco-regionais de disponibilidade de recursos e aos caprichos de certas decisões políticas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu o período de 2006 a 2015 como a década do profissional de saúde, estabelecendo metas específicas a curto, médio e longo prazo, dentre essas, a fixação de profissionais nas equipes de saúde para assegurar a prestação de serviços de forma adequada e equitativa (PIERANTONI *et al.*, 2006).

A ESF, no cenário nacional, encontra-se em franca expansão, contando atualmente com 27 mil equipes implantadas em mais de 5 mil municípios, tendo como perspectiva para 2011 a efetivação de 40 mil equipes, meta proposta pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). No caso de baixa permanência dos profissionais, projetos pactuados com os indivíduos e suas famílias, desenvolvidos, por exemplo, por enfermeiros, são descontinuados e recompostos com maior esforço por novos enfermeiros, com perda de efetividade e credibilidade junto à comunidade. Que resultados e que impactos essas ações terão sobre a população são questões de grande interesse para a política de saúde. (BRASIL, 2008).

A enfermagem é uma categoria profissional que se destaca pela sua heterogênea composição e representati-

vidade numérica no conjunto dos trabalhadores de Saúde. É composta por enfermeiros, técnicos com exigência de escolarização formal de nível médio; auxiliares de enfermagem, formados em cursos profissionalizantes com exigência de ensino fundamental, e de parteiras (de acordo com a Lei nº 7.498, de 26/6/86, que regulamenta o exercício profissional) (PIERANTONI; VARELLA, 2002). Na ESF, é o profissional de nível superior que atua tanto no âmbito assistencial quanto administrativo, pois supervisiona e capacita a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde e ainda realiza o co-gerenciamento da unidade, se configurando de forma versátil no eixo central da construção do trabalho.

Esse estudo propõe compreender, do ponto de vista dos profissionais enfermeiros do município de Ipatinga (MG), os fatores que facilitam e os que dificultam a sua permanência na ESF.

Recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS): estudos que caracterizam os profissionais das equipes de saúde da família

Em 1976, o setor público empregava 11% da força de trabalho em saúde com a esfera federal sendo o maior empregador. Em 2002, a proporção de empregos do setor público havia aumentado para 65% do total, sendo o nível municipal o maior empregador dentre as três esferas de governo (MACHADO, 2006), em função da descentralização das ações de saúde e expansão da rede em nível municipal. Expansão da base de oferta, no entanto, não significa necessariamente mudança no modelo assistencial. Nesta direção, um marco foi o lançamento pelo Ministério da Saúde, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), oriundo de uma experiência bem sucedida no Nordeste, denominada Programa de Agentes de Saúde (PAS). Estudos realizados no Ceará demonstravam que ações básicas de orientação e prevenção de doenças eram capazes de mudar a realidade sanitária de uma população: após a implantação do PACS, a mortalidade infantil e a taxa de internação em crianças por desnutrição tiveram queda significativa, valorizando o investimento em mudança do modelo de atenção (referência do tal estudo). A expansão do debate sobre promoção da saúde no país ganhou corpo com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Esta iniciativa, posteriormente denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), assumiu a necessidade de aumento da resolubilidade mediante agregação de novos profissionais, para que os agentes comunitários de saúde não mais trabalhassem de forma isolada. Ampliou a possibilidade de

supervisão dos agentes comunitários pelos enfermeiros e agregou o médico à equipe básica, que posteriormente passou a prever a incorporação de profissionais de saúde bucal.

Atualmente, a ESF adota diretrizes operacionais voltadas para a qualidade da assistência, impacto das ações, intersetorialidade, participação comunitária, planejamento e programação local, adstrição da clientela (com delimitação da área de atuação), co-responsabilidade e estabelecimento de vínculos de compromisso com indivíduos e suas famílias e visita domiciliar. A proposta é que as equipes atuem com carga horária de 40 horas semanais e desenvolvam ações de acordo com o diagnóstico comunitário local, realizado a partir do cadastramento da população a ser atendida. Essas equipes teriam supervisão periódica e avaliações bem como uma dinâmica de trabalho diferente, dando cobertura a uma população de até 4.000 habitantes.(BRASIL, 2006a).

Uma curta permanência dos profissionais de saúde nas equipes de saúde da família cria problemas, comprometendo o desenvolvimento do trabalho e o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Vários autores enfatizam a necessidade de se estabelecerem condições dignas de trabalho para fortalecimento da fixação do profissional médico e enfermeiro no âmbito da ESF (BRASIL, 2004; GUGLIELMI, 2006; PIERANTONI, 2001; VIANA; DAL POZ, 2005).

Condições de trabalho e vínculo na Estratégia Saúde da Família: diversidades e precariedade

Em 2001-2002, o MS conduziu um estudo de caráter censitário sobre as condições de trabalho na ESF gerando o “*Relatório de avaliação das equipes de saúde da família*”. Em que pesem as possíveis mudanças na situação dada, a defasagem de tempo, cabe uma análise do estudo, pois a coleta de dados foi realizada em todas as unidades da federação com equipes cadastradas no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Foram visitadas 13.501 equipes de saúde da família, e 2.558 de Saúde Bucal, em 3.778 municípios (67,9%) Dentre os resultados, destaca-se o tempo médio de permanência no serviço: dois terços dos enfermeiros entrevistados permaneciam menos de um ano. Considerando que o enfermeiro exerce papel estratégico na assistência direta, através das consultas de enfermagem, na educação popular, na supervisão e treinamento da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, e na gestão da unidade, é fácil entender que este rodízio indesejável prejudica a integração com a equipe, com as famílias e com a comunidade. (BRASIL, 2004).

No que tange o tipo de vínculo empregatício dos profissionais da ESF, Dal Poz (2002) relata que a maioria dos “contratos” de trabalho (79,2%) era do tipo prestação de serviços ou contrato temporário, no caso dos profissionais médicos e enfermeiros. Outros mecanismos utilizados eram os concursos públicos, contrato por cooperativas, convênios com ONGs e cargos comissionados. Quanto à remuneração, os dados demonstraram valores duas ou três vezes maiores do que os equivalentes no setor público ou privado, para os celetistas, de ambas as categorias. Para enfermeiros, a média salarial encontrada foi de US\$ 1.250 (Hum mil duzentos e cinquenta dólares) por quarenta horas semanais de trabalho. Estudo recente realizado pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde apontou que a remuneração da maioria dos enfermeiros da ESF (1583) do Estado de Minas Gerais situa-se na faixa entre R\$ 2.000,01 a R\$3.000,00 reais (cerca de US\$ 1.750 em valores atuais) e que predominam os contratos do tipo administrativo. (MINAS GERAIS, 2006).

A literatura aponta que a rotatividade dos profissionais na ESF pode ser causada por diversos fatores, dentre eles: falta de preparo dos trabalhadores em identificar e atuar de acordo com as necessidades da população, precariedade de vínculos empregatícios, baixo investimento em capacitação e educação continuada e permanente para as equipes, e insuficiente apoio por parte dos gestores no enfrentamento dos problemas (ANGERAMI *et al.*, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2004; GUGLIELMI, 2006).

O modelo assistencial, no qual a ESF se insere, apoia-se em trabalho multiprofissional e sua construção demanda uma série de desconstruções das premissas que informam a relação entre as pessoas e destas com o trabalho, saberes, afetos, interesses comuns e motivação (FORTUNA *et al.* 2006).

METODOLOGIA

Os estudos qualitativos prestam-se bem a investigar contextos e processos de mudança, em suas possíveis consequências para a vida das pessoas Maxwell (1996). O presente estudo tem caráter qualitativo, exploratório e descritivo e propõe-se a apreender o significado e a singularidade das experiências de enfermeiros que atuaram na ESF (e saíram), a respeito do trabalho no Município de Ipatinga.

Localizada no Vale do Aço, ao leste de Minas Gerais, Ipatinga tem população de cerca de 238.939 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2007) e conta com 36 equipes de saúde da família, cobrindo 62% da população e alocadas

em 14 unidades de saúde. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

O universo de pesquisa foi composto por 41 enfermeiros que trabalharam nas equipes da ESF, entre os anos de 2002 a 2007, e que haviam saído. A Secretaria Municipal de Saúde forneceu a lista dos enfermeiros que haviam trabalhado nas equipes da ESF desde sua implantação até o momento da pesquisa. Foi possível localizar 16 enfermeiros que se mantiveram atuando no município ou num raio de 200Km de distância, o que inclui a capital do estado. As entrevistas foram orientadas por roteiro semi-estruturado, abordando o perfil, fatores facilitadores e dificultadores do trabalho, e os motivos que levaram a não permanência do enfermeiro na ESF. A análise de conteúdo foi adotada como estratégia para a análise dos dados (BARDIN, 2006).

Foram garantidos o anonimato dos entrevistados e a utilização das informações apenas para fins científicos. Ao serem convidados a participarem do estudo, além de serem informados dos objetivos e das questões éticas que envolvem estudos com seres humanos, no ato da entrevista, foi apresentado e assinado um termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 0007 em 25 de maio de 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os enfermeiros entrevistados foram aqueles que atuaram e saíram da ESF do município de Ipatinga em diversos períodos, desde a implantação em 2002 até pouco antes das entrevistas serem realizadas em agosto de 2007. Desses, apenas três permaneceram na equipe por período mais longo, de 4 a 5 anos. A maioria (07) atuou por período bem curto (entre seis meses e um ano), conforme pode ser visualizado na TAB 1.

Tabela 1 - Tempo de permanência dos enfermeiros na ESF em Ipatinga entre os anos de 2002 e 2007.

Tempo de Permanência	Número	Porcentagem
Até 6 meses	02	12,50
De 7 meses a 1 ano	05	31,25
De 2 a 3 anos	06	37,50
De 4 a 5 anos	03	18,75
TOTAL	16	100,00

FONTE: Dados compilados pelas autoras.

Os enfermeiros demonstraram satisfação em participar do estudo por perceberem que seus depoimentos agregam valor e colaboram com o enfrentamento dos problemas advindos da rotatividade, possibilitando o aprimoramento

da política pública de saúde no país. Ao focar a riqueza das vivências e a variedade de experiências dos entrevistados, essa pesquisa trouxe à tona uma série de situações peculiares que a maioria desses enfermeiros mantinha em silêncio, à espera de alguém que eventualmente demonstrasse interesse em ouvi-los. A amostra é formada, em sua maioria, por enfermeiros do sexo feminino, na faixa etária de 24 a 56 anos, com tempo de formação variando entre um e vinte anos e com curso de especialização em Saúde da Família. A respeito do vínculo empregatício, alguns entrevistados eram servidores municipais concursados que se engajaram na ESF por se identificarem com a proposta de trabalho. A maioria (12), porém, era contratada. Apesar de certa dificuldade de especificar a que tipo de vínculo estiveram submetidos, apontaram a falta de estabilidade como característica do trabalho. Informaram ter tido direito a 13º salário e férias, porém sem fundo de garantia.

Alguns mencionaram que não se sentiam recompensados satisfatoriamente, nem em termos financeiros, nem do ponto de vista do reconhecimento pelas ações realizadas. Embora o salário (equivalente a cerca de dois mil dólares) fosse maior que a maioria daqueles oferecidos tanto no setor público quanto no privado, a remuneração referida foi caracterizada por vários como insatisfatória em função do volume de trabalho e da carga de responsabilidade que recai sobre o enfermeiro na ESF.

“Eu acho que na verdade, a gente era mal remunerado no sentido da quantidade de responsabilidade, da quantidade de trabalho que você tem na equipe que realizar. Eu me lembro que, que às vezes as pessoas falavam, ah, [...] porque você não trabalha em outro local, eu falava porque não tem condições de trabalhar em outro local, chego em casa tão cansada, mas tão cansada que não dá para trabalhar em outro local, é extremamente desgastante o trabalho.” (ENT4).

A maioria dos enfermeiros entrevistados identificou, como fatores facilitadores para o desenvolvimento do trabalho no Município de Ipatinga, a integração da equipe e a infra-estrutura das unidades de saúde da família. Peduzzi (1998) conceitua trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, sendo a comunicação, o meio de articular as ações e facilitar a cooperação na equipe. Fortuna *et al.* (2006) mencionam que a equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de

saúde. Precisa ser construída e entendida em seu processo de permanente desestruturação/re-estruturação. O efetivo trabalho em equipe se baseia na relação entre pessoas, com interesses comuns na construção diária de estratégias de enfrentamento dos problemas, como parece ter sido a experiência de alguns entrevistados:

“Acho que a integração da equipe, de certa forma, favoreceu a permanência das pessoas da equipe, de todos, o profissional médico, técnico e os agentes comunitários. Apesar de ter tido rotatividade dos agentes comunitários, a maioria permaneceu por esse período que eu estive” (ENT13).

“A motivação da equipe é o primeiro ponto que eu acho que motivava o trabalho, porque a equipe estava motivada para o novo, para uma coisa nova que ninguém conhecia. (...) A questão da equipe mesmo, do trabalho em equipe, também foi um facilitador, porque eu sempre trabalhei com médico e com auxiliares e os agentes que estavam com vontade de trabalhar” (ENT9).

Sobre a infra-estrutura das unidades de saúde da família, mencionaram de forma positiva os amplos espaços físicos e os consultórios de enfermagem o que possibilita um atendimento ambulatorial mais humanizado e de qualidade e facilita o fluxo diário de pessoas.

“Eu acredito que o espaço físico da unidade, foi a primeira vez que eu trabalhei com uma unidade com um espaço físico tão amplo, onde nós tínhamos a possibilidade de ter um consultório específico para a enfermagem, [...] não tinha aquele problema de você [não] ter um espaço para conversar com o usuário, com o cliente separadamente, então o espaço era muito amplo” (ENT 2).

Outro fator positivo emergente foi o vínculo com a comunidade. Os entrevistados que ficaram por mais tempo nas equipes valorizam este vínculo como instrumento para a efetivação do trabalho, numa convivência que envolve respeito e credibilidade de ambas as partes.

“Fui uma das que fiquei mais tempo nas equipes. Eu conhecia toda a minha comunidade, todo mundo, sabia quantas crianças eu tinha, quantas gestantes, quantos idosos, eu sabia tudo... de todo mundo. [...] Deu pra estabelecer um bom vínculo.” (ENT7).

A capacitação foi mencionada como um ponto forte da gestão, pelo suporte à aquisição e/ou atualização de

conhecimentos que são necessários para promover a saúde de uma comunidade. A alocação de recursos em educação continuada foi salientada por participantes em ambos os governos.

“A capacitação, eu acho que foi um investimento interessante que facilitou pra gente conhecer melhor o município, existia uma estrutura de preocupação em apresentar o município pra gente.” (ENT15).

Sobre os fatores dificultadores, os mais apontados foram a atuação da gerência local, por vezes citada como autoritária ou negligente, e o “fator político”, entendido pelos entrevistados como influência partidária em decisões relativas à ESF. Isso ocorreu em diversas situações relacionadas ao trabalho tais como admissões e demissões de pessoal.

“Eu acho que um fator que dificulta muito chama, fator político. [...], desde uma contratação de funcionário ou desde uma pressão por interesses, que muitas vezes a equipe sofre [...]. Período político [eleitoral], eu acho que ainda é mais pesado, sabe, mais a rotatividade acontece, uma mudança de gestão. Por exemplo, você tem uma equipe de agente comunitário que começou do zero e não sabia nem qual era a função dele como agente, aí você capacita todo aquele pessoal, na hora que eles estão trabalhando, aí tem uma mudança” (ENT 3).

Inúmeros fatores comprometeriam a qualidade do trabalho, em especial, os inúmeros problemas sociais da população, a insuficiência de transporte para realização das visitas domiciliares, conflitos internos e salários insatisfatórios. O quadro 1 sumariza os fatores apontados como facilitadores e dificultantes pelos entrevistados. É interessante notar que um mesmo fator foi colocado, por alguns, como facilitador e, por outros, como dificultante.

Assim, outros fatores identificados como dificultantes da construção do trabalho foram: área de abrangência com populações maiores que o limite preconizado pelo Ministério da Saúde, rotatividade dos profissionais, a falta de esclarecimento da comunidade acerca da proposta de trabalho, insuficiências da rede de referência para consultas com especialistas e a pressão por produtividade. Sabe-se que, para um atendimento mais qualificado, um território delimitado de até 4000 pessoas e as visitas ao domicílio são diretrizes operacionais da ESF. Em alguns locais, ao que tudo indica, por vezes, ocorria um somatório de dificuldades:

QUADRO 1 - Fatores facilitadores e dificultantes do trabalho dos enfermeiros no município de Ipatinga de 2002 a 2007.

Integração da equipe	Interferência política
Estrutura física adequada/ampla	Insuficiência de transporte
Disponibilidade de recursos materiais	Excesso de pessoas adscritas por equipe
Vínculo com a comunidade	Autoritarismo da gerência local
Equipes completas/Recursos humanos	Falta de comunicação/apoio com o nível central
Disponibilidade de exames laboratoriais	Atitude amadorista da gestão
Permanência dos profissionais	Rotatividade dos profissionais
Equipamentos	Rotatividade do gestor municipal
Treinamento/ capacitação	Cobranças pela comunidade
Sistema de informatização(Sanitas)	Falta de oportunidades de educação permanente
Programação e planejamento do trabalho	Insuficiência de recursos humanos
Protocolo de enfermagem revisado e aprovado	Falta de perfil profissional do ACS
Reuniões de equipe	Insuficiência de rede de referência para especialidades

FONTE: Dados compilados pelas autoras.

“[Tínhamos que lidar com] ausência de transporte, muita gente em num lugar só, [...] comunidade muito grande, ACS com pouca instrução, mal sabia ler e escrever, rotatividade do médico, muito alta, o médico não ficava na equipe [...], comunidade muito, muito agressiva, pessoal revoltoso, que brigava com muita facilidade” (ENT 7).

A maioria dos enfermeiros considerou insatisfatório o amparo da Secretaria de Saúde em relação aos enfrentamentos dos problemas. Além disso, relatam pouca comunicação entre o nível central e local, interpretado como restrito interesse pelas ações realizadas e desvalorização dos profissionais.

“Eles começaram a pressionar a gente em termos de produção, então nós tínhamos que ter número de consultas por mês para dar conta, era número de preventivo, número de consulta, e não importava se meu ESF era diferente do ESF do outro. Eles queriam que eu desse conta da cota [...] e a pressão política era grande, no sentido de, sempre a constante ameaça de uma demissão (ENT11).

“Tinba um grande [...] buraco entre a gerência e a ponta, [...] nos últimos dois, três anos, não teve feedback, [Nós] apresentava[mos] os problemas e dificuldades, e ela [a gestora] poderia me falar que momentaneamente não podia resolver mas estava ciente dos problemas, [porém] não tinha nem essa satisfação” (ENT5).

Esta relação político-administrativa entre o nível central da gestão municipal e as unidades da ESF emergiu em vários momentos nas entrevistas. Cabe discuti-la e problematizar

a influência da gestão no processo e nos resultados do trabalho. A cobrança e a pressão para o cumprimento de metas e de produção aparecem repetidas vezes. Alguns enfermeiros foram demitidos ou pediram demissão, por motivos denominados por eles como “questões políticas”. Essa expressão foi definida por vários entrevistados como significando, entre outras, a colocação ou retirada de profissionais por indicação partidária. É provável que a mudança político-partidária tenha colocado obstáculos adicionais na implantação da ESF, o que provavelmente não é exclusividade deste município ou estado. Relatos sobre insuficiente apoio da gestão também não se referem a uma mesma administração: foram feitas menções a ambos contextos administrativos que perpassaram a ESF em Ipatinga.

O trabalho e a integração da equipe foram citados pela maioria dos entrevistados como a melhor forma para viabilizar o trabalho, compartilhando ideias e ideais que amenizam os percalços do dia-dia, colaborando no enfrentamento dos imprevistos do cotidiano da prática assistencial. Uma equipe sintonizada conseguiria avançar na efetivação de seus projetos e pactuar objetivos comuns. Os resultados reiteram que é importante cultivar a integração do conhecimento, fomentando o envolvimento com a proposta de trabalho, na busca de criar condições e ambientes propícios, assegurando uma programação que agregue todos os profissionais.

O fato de os enfermeiros na ESF poderem atuar planejando e se inserindo mais próximo da realidade social tem assegurado amadurecimento e agregado prestígio à profissão (ARAÚJO, 2005). Lamentavelmente, porém, ao discutir sua saída da ESF, a maioria apontou que as condições foram tornando-se insustentáveis, agravadas

em alguns casos pela mudança político-partidária e que ela foi responsabilizada por desconstruir o que havia sido construído ao longo do tempo. Tais discontinuidades, ao transmitirem uma mensagem negativa do serviço para a comunidade, geram desmotivação adicional.

“Bom, o principal motivo [da saída] foi mesmo desmotivação. Eu fiquei extremamente desmotivada, e isso aconteceu justamente um pouquinho depois da troca de gestão, que foi o período que o profissional foi extremamente desvalorizado.” (ENT4).

Quando perguntados o que seria desejável para aumentar a permanência do enfermeiro na ESF, os entrevistados mencionaram: capacitação, educação permanente, salários mais justos e vínculos empregatícios mais seguros. Consideraram a proposta bem elaborada, porém precisaria ser melhor implementada.

“Acho que são dois pontos principais. A questão do vínculo empregatício, isso é muito importante para dar segurança, um salário melhor e a questão da educação permanente. É lógico que [também] as condições de trabalho.” (ENT6).

QUADRO 2 - Fatores que foram considerados desejáveis à permanência dos enfermeiros na ESF de Ipatinga.

Melhor comunicação e proximidade entre nível local e gestão
Estabilidade de vínculo empregatício por meio de concurso público
Fixação dos recursos humanos
Salários justos
Flexibilidade do horário de trabalho
Capacitação e treinamento para todos os profissionais
Número adequado de usuários por equipe, divisão correta da área de atuação da equipe
Coibir interferência político-partidária na contratação de profissionais
Selecionar perfil e promover a identificação dos outros profissionais com a proposta de trabalho
Valorização profissional
Recursos materiais suficientes
Educação permanente
Autonomia do enfermeiro nas condutas
Diminuir a cobrança e a pressão por produtividade/atingir cotas estabelecidas pela SMS
Avaliação profissional por desempenho

FONTE: Dados compilados pelas autoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas também os homens e mulheres que o executam. Estes necessitam reconhecer-se em seu espaço, se gratificarem com o fruto do seu trabalho, e também se transformarem nesse processo. O trabalho enriquece não apenas pelo dinheiro, mas também pela experiência, habilidades, enfim, pelo desenvolvimento pessoal e coletivo que propicia. (CODD; VASQUEZ-MENEZES, 1999).

Sobre a rotatividade dos enfermeiros nas equipes da ESF em Ipatinga, o estudo reitera a seriedade do fenômeno, uma vez que apenas a minoria dos entrevistados permaneceu por períodos longos, supostamente capazes de construir vínculo com a comunidade. Reforça que fatores como trabalho em equipe e vínculo com a comunidade são

fontes de gratificação e colaboram para a permanência dos profissionais na estratégia. A ESF corrobora a conquista de uma identidade e um reconhecimento expressivo do enfermeiro na sociedade, no sentido da autonomia de conduta até então pouco disponível para a categoria. Estabelecer vínculo com suas respectivas comunidades e construir processo de trabalho consistentes e resolutivos são desafios interessantes, porém árduos. Demandam tamanho envolvimento físico, mental e social do enfermeiro que, por vezes, levam-no a procurar novas oportunidades de trabalho mais sustentáveis. No caso da amostra entrevistada, porém, a saída mostrou-se muito desgastante, uma vez que seu engajamento foi, na maioria das vezes, decorrente de identificação com a proposta. Porém, manter o entusiasmo só é possível quando o volume de tensões e contradições não extrapola o limite do razoável.

A ESF corre o risco de ser descaracterizada pela rota-

tividade dos profissionais. Lacunas a respeito da prática e do processo de trabalho ocultam este risco e não facilitam o entendimento dos gestores acerca de possíveis iniciativas de apoio à operacionalização da ESF. Medidas de impacto que garantam a permanência dos profissionais na ESF precisam ser tomadas, a partir do diagnóstico oriundo de outras investigações análogas a que foi realizada em Ipatinga, alimentando as três esferas de governo com subsídios para a sustentabilidade da ESF.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, D. L. S.; MENDES, I. J. M. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 52-57, out. 2000.
- ALMEIDA, M. A. V. ; SANTOS, A. S.; BEINNER, R. P. C. Fixação de enfermeiros no Vale do Jequitinhonha/MG: considerando a satisfação profissional. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 470-474, out.-dez. 2004.
- ARAÚJO, M. F. S. **O enfermeiro no Programa Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade**. 2005. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. João Pessoa, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Indicadores demográficos e educacionais**. Brasília: Ministério da Educação, 2006a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content &task=view&id=8866&Itemid=&sistemas=1>. Acesso em: 09 jan. 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnologia. **Princípios norteadores e objetivos da educação profissional de nível tecnológico**. Brasília: MEC, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. ESF: balanço da estratégia e da formação dos profissionais. **RET-SUS**, v.3, n. 34, jan./fev. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- CODO, W.; VAZQUES-MENEZES, I. O que é burnout? In: CODO, W. (Coord.). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes; Brasília: CNTE; UnB, 1999. p. 237-54.
- DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 82-88, Feb. 2002.
- FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2006.
- GUGLIELMI, M. C. **A política pública “Saúde da Família” e a permanência - fixação do profissional de medicina**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Universidade, Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidade@. População e Domicílios**. Censo 2000 com Divisão Territorial 2001. Brasília: IBGE, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidade-sat/default.php>>. Acesso em: 10 jul. 2006
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n.1, p. 13-28, 2006.
- MAXWEL, J. A. **Qualitative research design: an interactive approach**. London: Sage Publications; 1996.
- MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos Em Saúde. **Distribuição das categorias profissionais do**

modelo PSF por intervalos de remuneração e tempo no município. Distribuição das categorias profissionais do modelo PSF por intervalos de remuneração e vínculo. Minas Gerais, 2006.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1999. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

PIERANTONI, C. R. As Reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 002, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T. C. **Classificação Brasileira de Ocupações – 2000: perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na enfermagem.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Mercado de trabalho em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: teoria para a prática. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 29-40, 2006.

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

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A D.S.. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.

1487-1494, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.sp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2006.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2007.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VIEIRA, A. M. *et al.* Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, R. X. S. **Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva do sujeito.** São Paulo: Matinari, 2008.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

Submissão: maio de 2008

Aprovação: agosto de 2008
