

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SIMONE DE PINHO BARBOSA

**Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família
em Ipatinga - MG: motivações e adversidades**

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE DE PINHO BARBOSA

**Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família
em Ipatinga - MG: motivações e adversidades**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof.^a Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Rio de Janeiro
2008



Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

***PERMANÊNCIA DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
IPATINGA – MG: MOTIVAÇÕES E ADVERSIDADES***

elaborada por

SIMONE DE PINHO BARBOSA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 2008.

BANCA EXAMINADORA


Profª Drª Adriana Cavalcanti de Aguiar

Presidente
Universidade Estácio de Sá



Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro
Universidade Estácio de Sá


Profª Drª Elaine Franco dos Santos Araújo
Universidade Federal do Rio de Janeiro

*Dedico esse trabalho ao meu marido, **Francisco Simonini Filho**, pelo exemplo de luta e superação diante das adversidades da vida, pela cumplicidade, pelas idéias compartilhadas, e por compreender a importância desse projeto em minha vida.*

*Aos meus pais, **Alair e José Barbosa**, pela educação que me ofereceram, pela excelente criação que me deram, pelos exemplos de garra, dignidade e coragem para enfrentar os percalços da caminhada, e por me ensinarem a valorizar a vida, e aos meus irmãos **Zinha e Lela**, por me apoiarem sempre, exemplos de trabalho, fé e caráter.*

Dedico esse trabalho a vocês por fazerem parte da minha história...

Somos todos vencedores!!

AGRADECIMENTOS

*À **Profa. Dra. Adriana Cavalcanti** que tive a sorte de conhecer e de poder compartilhar de seus conhecimentos, demonstrando sensibilidade e uma imensa compreensão diante aos fatos e acontecimentos. Pelo comprometimento e companheirismo diante a problemática que envolve os trabalhadores do PSF. Com sua competência me ensinou e orientou na realização desta pesquisa,
Um obrigado todo especial;*

*Ao **Centro Universitário do Leste de Minas Gerais** que me apoiou na construção e conclusão deste trabalho;*

*Aos **professores** do Curso de Enfermagem do Unileste, pela força, compreensão e ajuda nos momentos que precisei me ausentar;*

*Às queridas **Fernanda, Sônia, Solange e Sandra**, sempre dispostas a me ajudar, se constituindo verdadeiramente meu porto seguro;*

*À **Aniely** companheira na busca de melhores condições de trabalho para os enfermeiros do PSF, colaborando com sua experiência;*

*Ao **Prof. Dr. Francisco Lana** que a princípio acreditou nessa proposta de trabalho, me incentivando a trilhar esse caminho;*

*Aos Professores **Dr. Hesio Cordeiro, Dra. Valéria Romano, Dra. Elaine Araújo**, pela gentileza de colaborar com a construção e aprimoramento desse estudo;*

*Ao meu querido **Tio Paulo** que me hospedou em sua casa, sempre me apoiando e conduzindo diante a imprevisibilidade do Rio;*

*A todos **os enfermeiros** que desse estudo fizeram parte, pela gentileza e prontidão em oferecer informações importantes para compor essa pesquisa, colaborando para a evolução da saúde pública no país e por sua vez para o PSF, e principalmente pela coragem de exporem suas singularidades;*

*À minha grande amiga, irmã, companheira e cúmplice, nessa empreitada e em tantas outras, **Shirlei**, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos;*

*Às minhas amigas do coração, **Petty, Nusa, Déb e Maria de Cruz** por me pegarem no colo, por me doarem carinho, pela compreensão incondicional, vocês fizeram toda a diferença;*

*Aos “meus amados” **alunos** que souberam compreender todos os acontecimentos e tiveram sabedoria para avançar e conduzir seus estudos;*

*Às minhas amigas do mestrado, **Isabela e Sandra** pelo carinho, acolhimento e companheirismo nas minhas idas e vindas, ao Rio de Janeiro;*

*Ao **meu marido** que sempre me incentivou em tudo, mas principalmente a estudar, mesmo com todos os contrapontos, se abdicou da minha presença ao seu lado em tantos momentos de intenso sofrimento, por acreditar que eu realmente fosse capaz;*

*Aos **meus pais e irmãos**, base estruturante dos meus princípios de vida, com quem aprendi a ser quem eu sou com muita honra e muito orgulho;*

*Às crianças mais lindas desse mundo, verdadeiro bálsamo em
minha vida, **Aline, Ana Paula, Lucas e Vinícius**, que esse caminho
trilhado por mim sirva de exemplo para o futuro de vocês,*

*A **Deus**, ao **Universo** e ao **Cosmos**,
que sem dúvida sempre conspiraram ao meu favor;*

*E a todos que torceram por mim, e me apoiaram de alguma forma,
o meu sincero muito obrigada e minha eterna gratidão.*

APRENDIZADO

“Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar a alma... E aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair meio em vão.

Depois de algum tempo, você aprende que o sol queima, se ficar a ele exposto por muito tempo. E aprende que, não importa o quanto você se importe, algumas pessoas simplesmente não se importam.... Aprende que falar pode aliviar dores emocionais. Descobre que leva-se anos para construir confiança e apenas segundos para destruí-la, e que você pode fazer coisas em um instante, das quais se arrependerá para o resto da vida. Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer, mesmo a longas distâncias. E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher. Percebe que seu melhor amigo e você podem fazer qualquer coisa, ou nada, e terem bons momentos juntos. Descobre que as pessoas com que você mais se importa na vida são tomadas de você muito depressa, por isso, devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas, pode ser a última vez que as vejamos.

Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm muita influência sobre nós, mas que nós somos responsáveis por nós mesmos. Aprende que, ou você controla seus atos ou eles o controlarão, e não importa quão delicada e frágil seja uma situação, sempre existem dois lados.

Aprende que a maturidade tem mais a ver com tipos de experiências que se teve e o que se aprendeu com elas, do que com quantos aniversários você celebrou, Aprende que quando está com raiva, tem direito de estar com raiva, mas isso não lhe dá o direito de ser cruel. Aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém, e que algumas vezes, você tem que aprender a perdoar a si mesmo.

Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára, para que você junte seus cacos. Aprende que o tempo não é algo que se possa voltar para trás. Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende realmente que pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir mais longe, depois de pensar que não pode mais. E que realmente a vida tem valor diante da vida!”

Willian Shakespeare

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa aborda o tema “A permanência dos enfermeiros no Programa Saúde da Família em Ipatinga”, elegendo essa condição como um dos enfrentamentos que a política pública vem decifrando para consolidar a saúde primária no país. Especificamente utilizo como cenário o município de Ipatinga, cidade localizada ao leste de Minas Gerais, onde o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 2002, e onde atuei como uma das enfermeiras que participou desta implantação e, por isso, me refiro a esse momento com certa propriedade.

Esse estudo busca revelar os motivos que levam o enfermeiro a não permanecer no PSF e os fatores que colaboram para essa rotatividade. As experiências desenvolvidas por cada um dos enfermeiros que atuaram no PSF em Ipatinga (MG) a singularidade e riqueza de suas práticas, demonstraram experiências sólidas, cumplicidade entre os membros da equipe, mas também revelaram o outro lado da história, o lado do desgaste, das cobranças e pouca valorização, situações compartilhadas por mim, mas que sinceramente não imaginava muito menos acreditava em tamanha unanimidade, considerando as diferenças pessoais e as realidades em que todos nós trabalhamos. O trabalhador deve enfrentar a gestão fazendo colocações pertinentes e próprias de sua realidade, que colaborem com uma mudança, no sentido de uma melhoria coletiva, para a instituição, os profissionais e a comunidade. A aplicabilidade dessa idéia, entretanto, não é nada fácil.

Envolvida com o PSF desde a conclusão de minha graduação em 1999, atuei como enfermeira de equipes do PSF em outros dois municípios que junto com Ipatinga (MG) compõem a Região Metropolitana do Vale do Aço. Na busca incessante de melhores condições de trabalho, mais autonomia e de realização e idealização profissional dei seqüência a minha carreira adentrando na área de saúde pública com ênfase em saúde da família, condição estruturante do meu conhecimento. Vivenciei experiências fantásticas e marcantes, com administrações realmente envolvidas, sensíveis à mudança da política pública de saúde no sentido da humanização do cuidado, tanto do atendimento às pessoas quanto na escuta e compreensão das fragilidades dos profissionais, valorizando a relação sujeito-sujeito em suas diversas nuances, sentia que dessa forma era possível pensar e por sua vez fazer diferente. Essa experiência só não se deu conta que a troca político-partidária tem o poder de continuar ou não os mesmos projetos, e que tudo vai depender dos interesses de cada gestão. Esse foi, na ocasião, o nosso “contraponto”. Talvez por isso tenha tido certa inquietude ao me deparar com novas condições de trabalho. Em outro momento, a situação era favorável e envolvida realmente com as causas das pessoas. Conseguimos avançar, mas me pergunto até que ponto. Em defesa de uma realidade desfavorecida e acreditando na potencialidade da nova política pública de saúde, apostei todas as minhas “cartas”, e acreditei que era possível fazer com que as pessoas tivessem mais acesso, dignidade e “respostas”, com aquela forma mais próxima de cuidar, onde o verdadeiro protagonista são todos os sujeitos envolvidos, seja qual papel ele ocupe no processo de construção de um trabalho. Realizei-me profissionalmente atuando no PSF, cultivei vínculos sólidos, tanto com a comunidade quanto com outros profissionais com quem atuei. Contudo os enfrentamentos foram muitos uns mais

desgastantes, outros menos, mas incessantes. Deparei-me com enfrentamentos de larga instância, clientelismo, consultismo, corporativismo, todos indo ao desencontro de um plano integral de assistência e trabalho, ao qual me propus a lutar. Em certo momento nada mais fazia sentido, e continuar já começava ser um sacrifício. As “pressões psicológicas” que meus entrevistados tanto falam, senti na pele, e posso afirmar com segurança que não é nada agradável, e que em larga escala se torna extremamente desafiador e insustentável.

Falar sobre uma experiência por mais que se tenha uma formação e um conhecimento *expert* de um determinado assunto não corresponde ao mesmo olhar de quando se sente na íntegra e se vive àquela realidade, e as abordagens por sua vez acabam por agregar certa singularidade.

Contudo procuro evidenciar com esse estudo as percepções dos atores do PSF por meio de suas experiências, assumindo realmente as peculiaridades vividas por cada um desses enfermeiros entrevistados, na busca de um trabalho mais elaborado, amenizando suas contradições, com o intuito acima de tudo de colaborar com a política pública de saúde.

Espero que a presente obra cumpra o objetivo de colocar em circulação o estímulo à pesquisa científica utilizando como laboratórios os cenários que envolvem cada serviço de saúde e cada realidade a que o mesmo está inserido, otimizando as trocas de informações entre todos os atores que fazem parte da construção da saúde brasileira, possibilitando dessa forma, soluções mais coerentes às adversidades encontradas. Considero ainda que o conteúdo aqui apresentado poderá servir para aquele leitor que busca respostas as suas indagações em relação ao PSF, e que acredita na possibilidade do aprimoramento coletivo dessa estratégia.

RESUMO

O foco central desse estudo é a (im)permanência do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF), baseado na força de trabalho e nos fatores extrínsecos e intrínsecos que levam a expansão desse fenômeno. Como objetivo geral propõe compreender do ponto de vista dos profissionais enfermeiros do município de Ipatinga (MG) fatores que facilitam e dificultam a sua permanência no PSF. A coleta de dados se realizou por meio de entrevistas gravadas com 16 enfermeiros que atuaram no PSF de Ipatinga durante os anos de 2002 a 2007 no intuito de revelar o que os levou a sair de fato. Os dados foram analisados de acordo com três categorias, quais são elas: perfil do enfermeiro do PSF; fatores que influenciam o trabalho do enfermeiro e sua permanência no PSF, e o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Os resultados encontrados foram enfermeiros com formação específica para atuar no PSF, com boas expectativas para a proposta de trabalho, optando atuar na área por identificação com o eixo temático e em desenvolver trabalhos voltados para comunidades. Os enfermeiros demonstraram total envolvimento com os trabalhos realizados, porém relataram que, se por um lado sentiam-se capazes de enfrentar os problemas, por outro, acabaram se deparando com realidades difíceis e com a limitação em oferecer respostas para os problemas trazidos pela comunidade. Os enfermeiros consideravam como principais fatores favoráveis ao PSF, 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. Consideraram que as responsabilidades assumidas pelo enfermeiro do PSF ultrapassaram as condições de sustentabilidade tornando pesado e cansativo o trabalho. Os fatores considerados desfavoráveis para o PSF foram: acesso restrito a exames laboratoriais, dificuldade de transporte e divisão territorial inapropriada. Consideraram que a remuneração e o vínculo empregatício eram insatisfatórios para mantê-los nas equipes do PSF, além das cobranças como exigências por produtividade e a mudanças político-partidária. Relataram desgaste físico, mental e até mesmo social, fomentando a evasão para outras opções de trabalho mais dignas e favoráveis. Dessa forma os enfermeiros elegeram salários mais compatíveis, vínculos empregatícios mais seguros e oferta de educação permanente, como condições necessárias para estímulo à permanência no PSF.

Palavras-chave: enfermeiros, rotatividade, trabalho, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The main focus of this study is (im)permanence of nurses on the Family Health Program (FHP) based on work power and on extrinsic and intrinsic factors which leads to the expansion of this phenomenon. The general goal is to understand, from the town of Ipatinga's professional nurses' point of view, the factors which facilitate or difficultate their permanence on FHP. The data gathering was made through interviews recorded with 16 nurses who worked on Ipatinga's FHP from 2002 to 2007 in order to reveal what lead them to quit the program. The data was analyzed according to three categories, which are: FHP nurse's profile; factors influencing their work and permanence on FHP; and the distance between prescript work and practical work. The results revealed that nurses have specific education to work on FHP with good expectations about the work proposal when they mentioned that they've chosen to act in such area because of identification with the theme axis and the perspective of developing a work focused on the community. Nurses demonstrated great engagement to the work done, but reported that, although capable of facing problems, they ended up dealing with a hard cold reality and the limitation in offering proper responses to the problems raised by the community. The professionals considered as main favorable factors to the job whenever FHP teamwork could be done efficiently by its members, physical infrastructure for a dignifying and private activity and community bonds, seen as a gesture of gratitude and recognition. They considered that nurse's responsibility exceeded the sustainable conditions thus making work heavy and tiresome. The main unfavorable factors considered were restricted laboratorial exams access, difficult transportation and inappropriate territorial division. They considered wage and work contract insufficient to keep them on FHP teams along with professional and productivity demands and political-party changes. They reported physical, mental and even social wasting contributing for evasion to other work options with more favorable factors. Thus, nurses elected compatible wages, secure work contracts, better work conditions and permanent education offering as necessary conditions to stimulate their permanence on FHP.

Keywords: nurses, turnover, work, Family Health Program.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Localização Geográfica de Ipatinga (MG).....	61
FIGURA 2 -	Mapa de Minas Gerais com destaque para a Mesorregião Rio Doce, Microrregião Região Vale do Aço e indicação do município de Ipatinga.....	62
FIGURA 3 -	Pirâmide por faixa etária e sexo, 2006, Ipatinga (MG), 2006.....	65
FIGURA 4 -	Unidade de Saúde da Família Bom Retiro, em Ipatinga (MG).....	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Indicadores sócio-econômicos do município de Ipatinga (MG), 2006-2007.....	64
QUADRO 2 -	Rede de estabelecimentos de saúde pública, em Ipatinga (MG), 2006.....	67
QUADRO 3 -	Unidades de Saúde da Família de Ipatinga e suas respectivas equipes e enfermeiros.	73
QUADRO 4 -	Fatores facilitadores e dificultadores do trabalho dos enfermeiros no município de Ipatinga de 2002 a 2007.	94
QUADRO 5 -	Fatores que foram considerados desejáveis à permanência dos enfermeiros no PSF de Ipatinga.....	113

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Relação entre força de trabalho por esfera governamental nos anos 1980 e 2003.	31
TABELA 2 -	Tempo de permanência dos profissionais das Equipes de Saúde da Família.....	38
TABELA 3 -	Modalidade contratual. Brasil, 2004.....	39
TABELA 4 -	Número de estabelecimentos de ensino por categoria administrativa, em Ipatinga (MG), 2006.	65
TABELA 5 -	Indicadores de saúde no município de Ipatinga comparados com o Brasil, 2004.	69
TABELA 6 -	Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária - CID10 (por local de residência), Ipatinga (MG), 2005.....	70
TABELA 7 -	Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas - CID10 em Ipatinga (MG), 2004.....	71
TABELA 8 -	Indicadores de Saúde da Atenção Básica.	72
TABELA 9 -	Alterações de enfermeiros nas equipes de PSF com mais de um ano de implantação no município de Ipatinga (MG) de 2002 a 2006.....	80
TABELA 10 -	Distribuição dos enfermeiros entrevistados, que trabalharam no PSF de Ipatinga nos anos de 2002 a 2007, por faixa etária.	85
TABELA 11 -	Distribuição dos enfermeiros entrevistados, que trabalharam no PSF de Ipatinga nos anos de 2002 a 2007, por gênero.....	86

TABELA 12 -	Distribuição dos enfermeiros entrevistados, que trabalharam no PSF de Ipatinga nos anos de 2002 a 2007, por tempo de formação.....	86
TABELA 13 -	Tempo de permanência dos enfermeiros no PSF em Ipatinga entre os anos de 2002 e 2007.	86

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Instituições de Graduação em Enfermagem, Brasil, 1970 a 2001.....	48
GRÁFICO 2 -	Vagas de graduação de enfermagem segundo natureza administrativa.....	50
GRÁFICO 3 -	Distribuição percentual de enfermeiros no setor privado por região.....	58
GRÁFICO 4 -	Distribuição percentual de enfermeiros no setor público por região.....	59

LISTA DE SIGLAS

ACD	auxiliar de consultório dentário
ACS	agentes comunitários de saúde
BIRD	Banco Internacional de Desenvolvimento
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CPOD	índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PND	Programa Nacional de Desestatização
PNI	Programa Nacional de Imunização
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROMED	Projeto de Reforma Curricular do Curso de Medicina
Pró-Saúde	Programa de Reorientação e Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Pronto Socorro Municipal
PT	Partido dos Trabalhadores
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sanitas	Sistema de Gestão de Informações
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIS Pré-Natal	Sistema de Informações de Pré-Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
UISA	Unidade Integrada de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
Usiminas	Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais S/A

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	23
2	RECURSOS HUMANOS PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DE UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE -----	28
2.1	Recursos humanos para SUS e estudos que caracterizam os profissionais das equipes de saúde da família -----	28
2.2	Condições de trabalho e vinculação ao setor saúde do SUS com ênfase no PSF: diversidades e precariedade-----	36
2.3	Formação profissional e o processo de trabalho do enfermeiro: avanços, desafios e perspectivas-----	44
2.4	Competências do enfermeiro com ênfase no Programa Saúde da Família-----	53
3	O SUS E O PSF NA REGIÃO DO VALE DO AÇO -----	61
3.1	Contexto histórico, social e político do município de Ipatinga -----	63
3.2	A saúde em Ipatinga: avanços e desafios -----	66
4	OBJETIVO DO ESTUDO -----	76
4.1	Geral -----	76
4.2	Específicos -----	76
5	METODOLOGIA -----	77
5.1	Tipo de pesquisa-----	77
5.2	Campo e população de estudo-----	78
5.3	Métodos e coleta de dados-----	81
5.4	Análise dos dados -----	82
6	RESULTADOS -----	85
6.1	O perfil do enfermeiro do Programa Saúde da Família -----	85

6.2	Fatores que influenciam o trabalho e a permanência do enfermeiro no PSF-----	94
6.3	O distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real do enfermeiro no PSF -----	107
7	DISCUSSÃO-----	114
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	122
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	125
10	BIBLIOGRAFIA -----	135
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA -----	138
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-----	141
	APÊNDICE C - SÍNTESE DAS ETAPAS PARA COLETA DE DADOS-----	142
	ANEXO A - PORTARIA Nº 2.527, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. -----	143
	ANEXO B - CONTEÚDOS MÍNIMOS DO CURSO INTRODUTÓRIO PARA PROFISSIONAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA -----	144
	ANEXO C - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA -----	146

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) propõe uma nova dinâmica para a atenção primária à saúde, com o intuito de reorganizar e reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi criado no país, na década de 90, baseado em experiências de países como Cuba, Canadá e Espanha, cuja saúde pública contribuiu para melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio do investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças (VIANA; DAL POZ, 2005). No Brasil, adquiriu características próprias, visando adaptar-se à realidade continental do país e suas diversificadas culturas. Para tal, demanda criatividade de seus profissionais e gestores para enfrentar sabiamente os problemas encontrados durante esses quatorze anos de implantação.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é concebida a partir do trabalho multiprofissional que prevê o enfermeiro como um dos integrantes. Oferece assistência a uma população máxima de 4.000 pessoas. Em 2001, a equipe de saúde bucal foi integrada à equipe básica; é composta por um odontólogo, um técnico de higiene dental (THD) e/ou um auxiliar de consultório dentário (ACD), com a meta de abranger o território de duas equipes de saúde da família. (BRASIL, 2006e).

O modelo assistencial tem como objetivo principal a humanização da assistência e a qualidade do atendimento, além de propor aos profissionais um desempenho resolutivo e integrado às características específicas das famílias e comunidades da área de abrangência. As condições de trabalho, todavia, são heterogêneas. São comuns os contratos temporários, gerando instabilidade profissional e estremecendo um dos princípios básicos do novo modelo assistencial: a criação de vínculo entre equipe e população adscrita.

A rotatividade dos profissionais é um dos problemas prevalentes da estratégia, comprometendo a operacionalização do trabalho. A literatura especializada aponta que a rotatividade dos profissionais no PSF 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 do cotidiano de trabalho. (ANGERAMI; GOMES; MENDES, 2000; ALMEIDA; SANTOS; BEINNER, 2004; GUGLIELMI, 2006).

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; VARELLA; FRANÇA, 2006).

No Brasil o conhecimento da missão do PSF determinou a identificação de possíveis aliados, como o planejamento de ações efetivas, a capacitação, e a estabilidade no trabalho, aspectos importantes para a fixação desses profissionais nas equipes onde atuam, neste sentido estimulando a continuidade no local de trabalho, amenizando a dificuldade de lidar com a mudança no contexto da saúde, na valorização e no comprometimento do profissional com sua clientela.

A necessidade de promover melhor qualidade de vida incentivando a diversificação das práticas de saúde e o desenvolvimento de ações integradas e contínuas junto à população requer uma permanência mais estável dos profissionais que compõe uma equipe saúde da família, e isso inclui o enfermeiro.

Esse profissional possui atribuições específicas de sua categoria tais como: supervisionar, coordenar e capacitar a equipe de enfermagem e os ACS; participar do gerenciamento dos insumos para o funcionamento da Unidade Saúde da Família; realizar consulta de enfermagem e assistência integral aos indivíduos e famílias na unidade e no domicílio; solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2006e). A rotatividade dos enfermeiros dificulta o desenvolvimento, minimiza o impacto da estratégia e a construção de laços de compromisso e co-responsabilidade intra-equipe e dessas com as famílias de sua área de abrangência, alimentando a insatisfação da população.

Caso a permanência seja baixa, os projetos pactuados com os indivíduos e suas famílias desenvolvidos por determinados enfermeiros, são descontinuados e reconstruídos por outros novos enfermeiros afetando a credibilidade, a continuidade e efetividade junto à comunidade. Que resultados e impacto essas ações terão sobre a população, e que mudanças de fato estabelecerão, são questões de grande interesse para a política de saúde.

Para alcançar os objetivos do PSF, é necessário fomentar satisfação profissional às equipes, por meio de apoio técnico, psicológico, e institucional; avaliação periódica dos trabalhos, salários justos, vínculos empregatícios estáveis, capacitação e supervisão adequada. A seleção de profissionais deveria priorizar perfil e competências para criar soluções e inventar caminhos para administrar os desafios e conflitos gerados no convívio íntimo com comunidades.

A capacitação e a educação permanente dos profissionais do PSF competem às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde (MS) articulado ao Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2006e). É

necessário investir mais na educação permanente desses profissionais, incentivando a troca de experiências e aquisição de novos conhecimentos e ferramentas, problematizando o processo de trabalho e proporcionando a integração entre profissionais, com outros setores, entre as unidades e a gestão, e destas com a comunidade.

O presente estudo aborda a permanência dos enfermeiros no PSF. Foi realizado no município de Ipatinga, localizado na região do Vale do Aço, leste de Minas Gerais. O cenário brasileiro possui atualmente 26,7 mil equipes de saúde da família (BRASIL, s/d), espalhadas em todo território nacional, sendo que só o estado de Minas Gerais possui 3.240 equipes distribuídas em 795 cidades, o que corresponde 93,2% dos municípios do estado. (MINAS GERAIS, 2006).

Esse estudo visa à identificação dos fatores que dificultaram a permanência dos profissionais enfermeiros nas equipes de saúde da família do município de Ipatinga (MG). Pretende contribuir para desvelar as razões para tal situação freqüente subsidiando políticas de recursos humanos que valorizem e estimulem os profissionais a acreditarem na construção coletiva de um modelo de atenção à saúde humanizado, sustentável e digno de se oferecer aos cidadãos brasileiros. A presente dissertação é composta por sete sessões. A Introdução que sintetiza o PSF no Brasil, seus avanços e desafios, situando a política de recursos humanos, as condições de trabalho e a criação de vínculo, e ainda localiza o cenário da pesquisa. O Capítulo 2 aborda a problemática dos recursos humanos no SUS e PSF, bem como a formação profissional e processo de trabalho em Enfermagem, e as competências do enfermeiro para atuar no PSF. O Capítulo 3 descreve características do SUS e do PSF no município de Ipatinga (MG), o contexto histórico, social e político da cidade. Os Capítulos 4 e 5 explicitam os objetivos do estudo

(geral e específicos), as opções metodológicas e os métodos utilizados, o cenário da pesquisa, a seleção da amostra, e dos preceitos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos. Os Capítulos 6 e 7 tratam respectivamente dos resultados encontrados e da discussão com a literatura especializada. Finalizando o estudo o Capítulo 8 apresenta as considerações finais, visando uma síntese clara e a explicitação das contribuições do estudo.

2 RECURSOS HUMANOS PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DE UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE

Para situar a problemática da rotatividade do enfermeiro no PSF será abordada neste capítulo a literatura sobre os recursos humanos no SUS, sua trajetória, expansão, principais enfrentamentos e a caracterização dos profissionais de saúde com ênfase no PSF. Em seguida, serão enfocadas as condições de trabalho e tipos de vínculos, tanto empregatícios quanto com a população, e a formação profissional com ênfase no processo de trabalho do enfermeiro, competências necessárias, seus desafios, e perspectivas.

2.1 Recursos humanos para SUS e estudos que caracterizam os profissionais das equipes de saúde da família

As políticas públicas de saúde no Brasil traçaram uma história importante, de luta e de vitórias, que merece espaço neste debate para contextualizar a emergência do PSF.

Até a década de 70, a população brasileira tinha acesso restrito à rede de saúde, e as classes mais favorecidas adotavam a prestação de serviços privados de saúde como solução de seus possíveis acometimentos. Os trabalhadores com vínculo empregatício e que possuíam carteira assinada, tinham direito à assistência à saúde por meio da rede do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que compunha o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). As ações de saúde se baseavam em intervenções curativas e pouco preventivas, gerando um alto custo, com duvidosa resolubilidade. A crise econômica brasileira da década de 80 foi fator crucial para a promoção de

mudanças no sistema de saúde e pelo fortalecimento da democratização do país. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

Na década de 80, o INAMPS entrou em dificuldades financeiras decorrente de um lado, da gradual ampliação de números de seus beneficiários que levava ao aumento das despesas, e de outro lado, da estagnação de suas receitas em função da estagnação econômica iniciada em 1980. (RODRIGUES, 2006, p. 60).

A partir de então, vários movimentos sociais, dentre eles o dos profissionais de saúde, junto a lideranças populares, sindicalistas e autoridades, se mobilizaram na busca da consolidação da tão consagrada Reforma Sanitária. Essa reforma teve na VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, o seu grande marco histórico, pois reuniu mais de 4.000 participantes, sendo destes, mil delegados, com direito a voto. Os temas principais foram a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde, o financiamento do setor e, como presidente do evento, Sergio Arouca fomentando discussões acerca da situação sanitária do país (CORDEIRO, 2005). Seu relatório final influenciou a elaboração do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005a). Nesta, a saúde é definida como sendo direito de todos e dever do Estado, o que inclui ações organizadas para prevenção de doenças, recuperação, proteção e promoção da saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A partir daí cria-se o SUS, o Sistema Único de Saúde em 1990, que se organiza a partir de princípios básicos: a universalidade, igualdade, integralidade dos serviços de saúde. Os municípios passaram então a ter maior responsabilidade pela saúde em nível local, aumentando o número de unidades instaladas, trazendo a

saúde para mais perto da população e aumentando significativamente o quadro dos recursos humanos. Para regulamentar o funcionamento do SUS, foram homologadas as Leis Orgânicas de Saúde, a Lei n. 8.080/90 e a Lei n. 8.142/90. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e enfatiza a descentralização, com redistribuição de poder e competências e recursos em direção aos municípios, e a segunda dispõe sobre a participação da comunidade por meio dos conselhos e conferências de saúde e sobre as transferências de recursos financeiros. (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Machado (2006) estudou a dinâmica dos recursos humanos e retrata que, em 1976 o setor público contava com 11% dos empregos na área de saúde com a esfera federal sendo o maior empregador. Contrasta esses valores com os do ano de 2002, onde a proporção de empregos do setor público aumentou significativamente para 65%, sendo o nível municipal o maior empregador dentre as três esferas de governo. Isso aconteceu por conta do processo de municipalização, diretamente ligado à descentralização. Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p. 441) relatam que *“o processo de municipalização [...], implica na constituição de sistemas municipais de saúde, nos quais se pode identificar o modelo de gestão e de atenção à saúde ou modelo assistencial”*. Além disso, os municípios tinham serviços de saúde, porém não tinham capacidade de gestão do conjunto das instituições e unidades de prestação de serviços de saúde localizadas em seus territórios.

A municipalização foi uma forma de aproximação dos cidadãos com o sistema de saúde, bem como, uma forma de ampliar o mercado de trabalho desta área. A expansão se deu principalmente em termos de quantidade, não necessariamente na qualidade dos serviços prestados ou das condições de trabalho

aos quais os profissionais estão submetidos, acarretando uma série de problemas que abordarei adiante.

Brasil (2006b) demonstra que a esfera municipal é responsável por 66% da força de trabalho no eixo do Sistema Único de Saúde no país, por conta da descentralização, processo que promoveu uma expansão significativa acerca da ampliação dos serviços públicos de saúde e conseqüentemente ao aumento das contratações dos profissionais pela esfera municipal, com forte retratação da contratação por parte da união, além disso, essa mudança fez com que grande parte dos municípios arcasse com o limite financeiro de gastos com pessoal em função da Lei de Responsabilidade Fiscal, como verificado na Tabela 1.

TABELA 1 - Relação entre força de trabalho por esfera governamental nos anos 1980 e 2003.

	1980		2003	
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual
Municipal	43.086	16,2	791.397	66,3
Estadual	109.573	41,2	306.042	25,6
Federal	113.297	42,6	96.064	8,1

FONTE: BRASIL, 2006e.

Em 1991 foi criado no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) fruto de uma experiência bem sucedida no Nordeste, denominada Programa de Agentes de Saúde (PAS). Este tinha o objetivo de ampliar a cobertura do sistema de saúde para lugares distantes e pobres a partir de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, com o intuito de reduzir a mortalidade infantil e materna (VIANA; DAL POZ, 2005). Andrade, Barreto e Bezerra (2006) argumentam que, nesta época, um estudo realizado no Ceará demonstrou que ações básicas de orientação e prevenção de doenças são capazes de mudar a realidade sanitária de uma população, referindo-se que após a implantação do PACS o índice de mortalidade infantil teve queda significativa, seguido do de óbitos por diarreia em

menores de um ano, dentre outros indicadores de saúde, impactando visivelmente a qualidade de saúde dessas pessoas, fazendo valer uma proposta de trabalho que justifica e valoriza o investimento na atenção primária à saúde.

O PSF incorporou a necessidade de agregar novos profissionais para que os ACS não mais trabalhassem de forma isolada, viabilizou a supervisão dos agentes comunitários pelo enfermeiro e também a experiência do Programa Médico de Família implantado em Niterói/RJ desde 1992, como primeiros passos para a incorporação de uma equipe multiprofissional. Em 1994, o MS publicou o primeiro documento orientador dos princípios e diretrizes denominado Saúde Dentro de Casa, como uma proposta de trabalho mais comprometida e qualificada. (BRASIL, 1994).

Apesar de ser criado como programa foi posteriormente catalogado como estratégia buscando diferenciar-se de outros projetos do MS. A segunda versão do modelo saúde da família em 1997, caracterizou-se fortemente como estratégia de reorientação¹ da atenção básica a saúde. Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta como um eixo norteador estabelecido, com objetivos, metas e passos definidos, de outro lado, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível na condução das práticas desenvolvidas, respeitando as diversidades regionais, e culturais que abarcam o país, com o intuito de atingir as comunidades mais distantes baseado nos objetivos do SUS. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Para se compreender o modelo de atenção à saúde primária inaugurado pelo PSF no Brasil deve-se inicialmente estar consciente de que essa estratégia é

¹ Apesar da nomenclatura oficial adotada pelo Ministério da Saúde ser “Estratégia Saúde da Família” a autora optou em utilizar a denominação antecessora “Programa Saúde da Família” por entender ser a mais comumente utilizada e por se tratar de uma obra de acesso público.

distinta e específica para cada comunidade, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Isso tudo resulta no processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar, essa diversidade de experiências nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade de tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de apoderamento comunitário. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Em 1996, o MS publicou o primeiro edital para convocação de instituições de ensino e serviços, a apresentarem projetos tendo em vista a capacitação e a formação de profissionais para atuarem no PSF nas diferentes regiões do país. Dos 21 projetos apresentados, 10 foram aprovados para comporem os Pólos de Capacitação em Saúde da Família. Dois anos após, ocorreu a institucionalização desses pólos como espaços de capacitação, formação e educação permanente para os recursos humanos do PSF. Em 1999 o número de pólos foi ampliado, com 21 sedes, ligados a 100 Instituições de Ensino Superior (IES), estabelecendo parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (SOUZA, 2003).

Em 2003 esses pólos foram substituídos por uma nova proposta que incluía todos os trabalhadores do SUS, os usuários da rede de serviços, a rede formadora e os estudantes, denominada Pólos de Educação Permanente, para os trabalhadores do SUS [...]. Uma nova conjuntura institucional determinou a suspensão das experiências dos Pólos do PSF e de ampliação delas para o restante do SUS. (SOUZA, 2007, p. 172).

O PSF, atualmente denominado ESF, adotou como diretrizes operacionais a qualidade da assistência e o impacto das ações a serem desenvolvidas, a intersetorialidade, a participação comunitária, o planejamento e programação local, a adstrição da clientela com área de atuação delimitada, a co-

responsabilidade e o estabelecimento de vínculos de compromisso com indivíduos e suas famílias, além da visita domiciliar. (BRASIL, 2006e).

A proposta é que as equipes atuem com carga horária de 40 horas semanais e que desenvolvam ações de acordo com o diagnóstico comunitário, realizado a partir do cadastramento da área a ser trabalhada. Essas equipes teriam supervisão periódica e avaliações, e uma dinâmica de trabalho diferente, com qualidade, mais resolutiva, resultando melhoria dos indicadores sociais e de saúde, possibilitando que as ações sócio-sanitárias chegassem aos lugares mais distantes do território nacional.

De acordo com MS (BRASIL, 2006e), o modelo saúde da família busca intervir sobre os fatores de risco que a população está exposta, proporcionando e estabelecendo parcerias, humanizando as práticas de saúde por meio do estabelecimento de uma relação mais estreita entre profissionais e população. Visa contribuir para o melhor conhecimento do processo saúde/doença e para organização local dos serviços. Propõe trabalhar com uma equipe multiprofissional básica composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e até 12 ACS, dando cobertura a uma população de no máximo 4.000 habitantes, dividida em micro-áreas de até 750 pessoas. Mais recentemente incorporada, a equipe de saúde bucal é composta por um cirurgião dentista, um THD e um ACD.

O PSF ampliou sua cobertura ao final de 2007 para cerca de 27 mil equipes, implantadas em 5.124 municípios em todo país, o que significa 87,7 milhões de cidadãos brasileiros atendidos nas mais diferentes localidades (CORBO, 2005?; BRASIL, s/d). A meta pressupõe um grande número de profissionais trabalhando no PSF, com expectativa do crescimento da cobertura para 2008, demandando uma expansão qualitativa no âmbito dos recursos humanos. A

expansão do PSF está prevista também no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), lançado em 5 de dezembro de 2007, incluindo a ampliação de 40 mil equipes para 2011. Para isso o governo aumentará os repasses para o programa de R\$ 5.400,00 por equipe para R\$ 7.520,00. Além disso prevê a capacitação de 52 mil profissionais de nível superior do PSF. (BRASIL, 2008c).

Em 2002, o governo federal, juntamente com o Banco Internacional de Desenvolvimento (BIRD), criou um incentivo para os municípios com mais de 100.000 habitantes, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), que propõe a conversão do modelo de atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos para o PSF entendido como eixo de estruturação da porta de entrada do sistema e viabilização de rede de serviços de suporte.

Dividido em três componentes, o PROESF tem vigência de 2002 a 2009, sendo o componente II direcionado ao desenvolvimento dos recursos humanos (BRASIL, s/d), no sentido de colaborar com os municípios brasileiros ao se depararem com problemas relacionados à insuficiência de profissionais preparados para o desempenho das atividades do PSF e também a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores nos diferentes territórios. O incentivo do PROESF por meio do componente II busca adequar o perfil profissional, quanto ao desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores, avanço na estruturação de processos educativos que assegurem novas práticas sanitárias, possui linhas de investimento previstas para capacitação e educação permanente, formação específica em Saúde da Família e apoio e monitoramento das atividades de desenvolvimento de recursos humanos. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003).

Uma curta estadia ou mesmo a não permanência dos profissionais de saúde nas equipes de saúde da família compromete o desenvolvimento do trabalho

e a criação de vínculo com a comunidade. As publicações sobre o assunto recomendam condições dignas de trabalho para fortalecimento da fixação do profissional médico e enfermeiro no âmbito do PSF. (GUGLIELMI, 2006; PIERANTONI, 2001; BRASIL, 2004; DAL POZ, 2005).

O MS propõe, em 2006, uma nova organização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006e) pelo “Pacto pela Saúde”, que prevê a consolidação do SUS por meio dos Pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que incluem a experiência acumulada nas esferas estaduais, municipais, e no próprio MS. Dessa forma, o Pacto pela Vida definiu como prioridade a consolidação e qualificação do PSF como modelo de atenção primária à saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS e definiu alguns objetivos específicos no que tange os recursos humanos: desenvolver ações de qualificação dos profissionais da Atenção Básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina de família; garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços; garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2006c).

2.2 Condições de trabalho e vinculação ao setor saúde do SUS com ênfase no PSF: diversidades e precariedade

O trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas também o homem que o executa. O homem se reconhece no seu trabalho e se orgulha daquilo que constrói, se orgulha do fruto do seu trabalho e

também se transforma nesse processo. Modifica seus hábitos, seus gostos, seu jeito de se vestir, seu comportamento. O trabalho enriquece o homem e não estamos aqui falando em dinheiro, estamos falando em conhecimento, experiência, habilidades, enfim, em desenvolvimento humano. (CODO; VAZQUES-MENEZES, 1999).

É interessante salientar que desde a VIII Conferencia Nacional de Saúde, a ênfase nos direitos dos profissionais de saúde, tais como, condições mais dignas de trabalho e salários, formas contratuais seguras e reconhecimento social das categorias que compõem este setor são mencionadas:

[...] As condições de trabalho devem ser tratadas de acordo com o registrado no Tema dois do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde: remuneração condigna, isonomia salarial, estabelecimento de cargos e salários, criando-se carreiras não só para médicos, mas também para os demais profissionais, admissão através de concurso público e estabilidade no emprego, composição multiprofissional das equipes e compromissos dos servidores com os usuários. (ANGERAMI; GOMES; MENDES, 2000, p. 5).

O PSF se configura por meio de um trabalho multiprofissional e para tanto Fortuna *et al.* (2005) mencionam que a equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/re-estruturação. Portanto, o trabalho em equipe se baseia na relação entre pessoas, saberes, afetos, interesses comuns e na motivação dos membros.

Sobre as condições de trabalho no PSF, o MS conduziu um estudo de caráter censitário gerando o “Relatório de avaliação das equipes de saúde da família”, que foi realizado em todas as unidades da federação com equipes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2004). Foram visitadas 13.501 equipes de saúde da família e 2.558 de Saúde Bucal, em

3.778 (67,9%) municípios brasileiros, no período de junho de 2001 a agosto de 2002. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário aplicado preferencialmente ao(à) médico(a) e/ou enfermeiro(a), no seu local de trabalho. Dentre os vários enfoques da pesquisa, destacam-se os indicadores referentes aos profissionais das equipes, como tempo médio de permanência e a forma de contratação.

Sobre o tempo de permanência, a maioria das categorias profissionais exerce uma estadia na equipe menor que um ano, com resultados superiores a 60%, com exceção dos auxiliares de enfermagem conforme registrado na Tabela 2. Aproximadamente dois terços dos enfermeiros entrevistados (65,3%), tiveram permanência menor que um ano, fato que pode ser considerado complicador para o desenvolvimento das práticas e efetivação dos resultados no PSF. O enfermeiro exerce papel fundamental em várias nuances da dinâmica de trabalho do modelo saúde da família, como na assistência, nas consultas de enfermagem, como educador atuando em atividades de educação em saúde com a comunidade, e na supervisão e treinamento da equipe de enfermagem e dos ACS, afetando de forma direta a integração com a equipe, com as famílias e com a comunidade.

TABELA 2 - Tempo de permanência dos profissionais das Equipes de Saúde da Família.

Tempo de permanência menor que um ano	%
Médico	76,8
Enfermeiro	65,3
Auxiliar de enfermagem	52,9
Cirurgião dentista	84,5
Técnico de higiene dental	80,4
Auxiliar de consultório dentário	84,8

FONTE: BRASIL, 2004.

A Tabela 3 refere-se aos contratos de trabalho dos profissionais no PSF, sendo significativamente presente os contratos precários² com uma média de 23% na maioria das categorias. Cerca de 26% dos enfermeiros tiveram formas contratuais precárias, resultado expressivo se considerarmos a proposta do modelo saúde da família, que requer estabilidade do profissional no serviço, sendo que a legalidade dos contratos de trabalho e uma forma segura de vínculo empregatício contribuem para uma maior estabilidade e conseqüente permanência do enfermeiro.

TABELA 3 - Modalidade contratual. Brasil, 2004.

Profissional com contratos precários de trabalho no PSF	%
Médicos	18,1
Enfermeiros	25,7
Auxiliar de enfermagem	18,6
Cirurgião dentista	29,2
Técnico de higiene dental	8,5
Auxiliar de consultório dentário	19,1

FONTE: BRASIL, 2004.

O princípio da descentralização provocou uma mudança nas formas de contratação e estruturação da força de trabalho no SUS, além disso, houve a expansão dos programas de saúde – PAS, PACS, PSF –, ocasionando um aumento significativo de contratos de trabalhos no setor da saúde pelos municípios. Muitas cidades passaram a utilizar diferentes formas de contratação como ONGs, cooperativas OSCIPs³. Vale ressaltar que até pouco tempo atrás, no governo anterior, a orientação era para os municípios utilizarem a contratação indireta como

² Contrato precário é definido no estudo como sendo do tipo, prestação de serviço, contrato informal, bolsa, contrato verbal.

³ Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) são Organizações Não Governamentais (ONGs), que obtêm um certificado emitido pelo poder público federal ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, e é uma qualificação decorrente da Lei n. 9.790, de 23/03/99, que garante o reconhecimento legal e oficial das ONGS, principalmente pela transparência administrativa que a legislação exige. (SEBRAE-MG. OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. **O que é?** 200-?. Disponível em: <<http://www.sebraeminas.com.br/culturadacooperacao/oscip/02.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2007.)

forma de contrato para os trabalhadores do PSF. Por isso o processo de regularização de vínculos empregatícios, onde for necessário, não pode ficar a cargo apenas dos municípios. É preciso encontrar alternativas que possam garantir a colaboração das três esferas do governo para que não ocorra a retração ou a impossibilidade de expansão de serviços prejudicando a população. (BRASIL, 2006c).

O estudo de Gil (2005) em parte demonstra que a maioria dos profissionais possui vínculos empregatícios informais, precários e observa que o problema decorrente de fragilidade desses vínculos influencia o desenvolvimento profissional, pois maior estabilidade significa aos profissionais poder aumentar a possibilidade de acúmulo de conhecimento e habilidades influenciando indiretamente na formação dos trabalhadores de saúde.

Dal Poz (2002), em seu estudo sobre tipos de vínculo no PSF, menciona 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 são os concursos públicos, contrato por cooperativas, convênios com ONGs, e cargos comissionados. Referente à remuneração, os dados demonstraram valores duas ou três vezes maiores do que os equivalentes ao setor público ou privado, para os celetistas, de ambas as categorias. Para enfermeiros, a média salarial encontrada foi de U\$ 1.250, por 40 horas semanais de trabalho, o que corresponde a R\$ 2.666,25⁴ no Brasil. Cotta *et al.* (2006), em seu estudo denominado “Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção em saúde”, mostram que a

⁴ Dólar cotado em R\$ 2,133 até 16h14, do dia 2 de março de 2007. (BANCO DO BRASIL. **Dólar**. Disponível em: <<http://cotacoes.agronegocios-e.com.br/investimentos/conteudoi.asp?option=dolar&title=%20Dólar>>. Acesso em: 2 mar. 2007.)

maioria dos profissionais do PSF não se sente satisfeito com suas remunerações e, especificamente no caso do enfermeiro, 67% dos entrevistados a consideram razoável.

Os municípios brasileiros vêm se deparando com problemas de diversos ângulos relacionados aos recursos humanos, dentre esses se destacam a insuficiência de profissionais preparados e qualificados para o desempenho das atividades do PSF e também a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores nos diferentes territórios. O enfrentamento desses problemas exige estratégias tanto de adequação do perfil profissional, quanto de desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores da área da saúde. (BRASIL, s/d).

Guglielmi (2006) aponta a rotatividade dos profissionais como um fator complicador que o modelo saúde da família vem enfrentando, e relaciona aspectos ligados à própria formação dos profissionais de saúde no sentido de atuarem em uma política pública que formula a percepção do indivíduo para além da doença, que busca não somente o tratamento, mas a humanização das ações dispensadas ao outro e a sua família. Menciona a existência de um hiato entre o PSF, seja no aspecto de como o profissional agirá diante as necessidades reais de uma população e de acordo com uma série de requisitos determinantes para a efetiva operacionalização dessa modelagem.

Um estudo realizado por Almeida, Santos e Beininger (2004) aborda a evasão dos enfermeiros das equipes de saúde da família em uma dada região do estado de Minas Gerais. A principal dificuldade mencionada pelos profissionais foi o desamparo da gestão, denominado no estudo como “problemas de ordem político-administrativa”, além da deficiência de recursos materiais e de qualificação de recursos humanos. Outros problemas identificados são: deficiência na formação

específica, a sobrecarga de funções, isolamento profissional, e a falta de vínculo empregatício mais estável. A pesquisa demonstra ainda que os enfermeiros entrevistados pretendem continuar atuando no modelo Saúde da Família, porém insinuaram mudar de local, confirmando a rotatividade. Os autores concluíram que, para a maior convivência com as populações das áreas de abrangência são necessários condições de trabalho mais dignas para que os enfermeiros permaneçam em suas equipes.

As conseqüências do baixo investimento podem ser aferidas pela pouca profissionalização e conseqüente estabelecimento de baixa valorização do trabalho realizado. Essas condições se agravam pela ausência de perspectivas de melhor remuneração, transformando o vínculo público em fonte de renda "adicional". (PIERANTONI, 2001, p. 5).

A enfermagem constitui uma parcela significativa do contingente de recursos humanos do setor saúde e sobre ele recai a responsabilidade pela realização da maior parte das atividades de saúde prestadas à população, apesar das condições adversas de trabalho do pessoal de enfermagem, tais como pouca valorização e reconhecimento profissional, carga horária de trabalho na maioria dos casos inflexível, e insatisfação salarial. (ALMEIDA, 1986).

Um trabalho feito por Vieira (2002) mostra que o mercado de trabalho é favorável ao enfermeiro, mostrando seu crescimento positivo ao longo das últimas décadas, entre 1977 e 1987 os postos de trabalho se multiplicaram e até 1992 o registro é de um taxa de crescimento de 41,3%, a taxa de absorção em 22 anos, considerando 1977 até 1999, é de 479%, e para 2002 essa taxa ficou em torno de 92,4%. Isso quer dizer que os enfermeiros são profissionais requeridos no mercado de trabalho, cuja empregabilidade vem aumentando ao longo das décadas. Em 1999

o quantitativo de enfermeiros era de 70 mil no país, o que correspondia a 10,7% de toda a classe de enfermagem. (PIERANTONI; VARELLA, 2002).

Alguns trabalhadores não se sentem remunerados satisfatoriamente, tanto em termos financeiros, como de reconhecimento simbólico pelas ações realizadas. Matumoto *et al.* (2005) assinalam que muitos esperam dos usuários alguma forma de reconhecimento e quando isto não ocorre os consideram como devedores.

Outro aspecto da vinculação é o de ordem interpessoal, praticando a aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade em que atuam, possibilitando o estreitamento das relações, melhorando a qualidade da assistência, atitude esta que acaba por serem terapêuticas aos olhos dos usuários que muitas das vezes se sentem distantes da equipe de saúde. A longitudinalidade é um dos princípios do trabalho do PSF sendo definida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde de modo consistente ao longo do tempo (MENDES, 2002). A essência da longitudinalidade é o estabelecimento de uma relação pessoal, independente do tipo de problema de saúde. Para tanto, faz-se necessário que a população identifique a pessoa que é a fonte da atenção como referência na busca de cuidados de saúde. A construção de vínculos entre a população e a equipe de saúde é intrínseca a este processo. (STARFIELD, 2002).

[...] Um verdadeiro encontro entre as famílias e comunidades e o poder público municipal. Não se trata de uma ligação meramente formal, mas de real comprometimento, uma co-responsabilização, uma relação efetiva de troca e aprendizagem, de ambas as partes. (SOUSA; MENDONÇA; SANTANA, 2004, p. 90).

É possível potencializar a capacidade de produzir mudanças, especialmente se elas são edificadas com base no saber compartilhado. É urgente a

necessidade de avançar na formação dos profissionais para o modelo saúde da família em busca de uma nova ordem: a de cuidar de quem cuida. (SOUZA, 2003).

Criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. [...] E ter relação, e integrar-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo. (MERHY, 2006, p. 138).

Desse modo Vieira *et al.* (2008) relacionam que o sujeito da transformação do desequilíbrio não poderá ser apenas o profissional da saúde, mas ambos (profissional e usuário), ao estabelecerem um horizonte comum entre eles. Neste contexto a intervenção sobre um estado de desequilíbrio saúde-doença passa a requerer ações que transcendam à simplicidade da lógica técnica processual e passa a exigir um trânsito pelos campos das relações e dos comportamentos. O determinante dos resultados é o diálogo entre a necessidade sentida pelo usuário, interpretada e validada pelo profissional da saúde e os horizontes de ambos. Dessa forma diversas possibilidades tenderão a definir os processos de trabalho, o uso das ferramentas e tecnologias em saúde e mais que isso, fomentar a criação de vínculo entre pessoas com suas demandas diversas com o legitimador da demanda, o profissional de saúde.

2.3 Formação profissional e o processo de trabalho do enfermeiro: avanços, desafios e perspectivas

A formação do enfermeiro no Brasil tem em seu marco histórico na criação e organização de uma escola profissional de enfermeiros na cidade do Rio de Janeiro, em 1890, no Hospital de Alienados. O curso tinha duração de dois anos

e contava com disciplinas como: prática clínica, noções gerais de anatomia e fisiologia, higiene hospitalar, curativos e pequenas cirurgias, todas voltadas para a atuação na saúde mental, além disso, as alunas deveriam ser aprovadas em administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico de um hospital. Durante a primeira Guerra Mundial, se fez necessário à criação de novas escolas de enfermagem, criadas então pela Cruz Vermelha no início do século XX, uma no Rio e outra em São Paulo. O Exército também criou novas escolas, desta vez a formação veio com um enfoque mais socorrista e direcionada a situações de calamidade, e as enfermeiras que concluíssem seus cursos passavam então a serem oficiais das forças armadas. Uma terceira modalidade formadora deu origem logo após o período de guerra, e era baseada no conceito mais preventista e disciplinador da saúde. Os intelectuais daquela época estavam convencidos de que para transformar o Brasil em uma nação, a única estratégia viável seria a melhoria das condições de saúde da população. Carlos Chagas em 1918, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, incentivou a criação de cursos e escolas de enfermagem, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, criada com apoio da Fundação Rockefeller em 1923. O aparecimento das enfermeiras visitadoras é marcado com o objetivo principal de prevenção. (PEREIRA NETO, 1997).

Em 1962 com o parecer do CEF n. 271/62⁵ o currículo mínimo do curso de enfermagem passou por profundas modificações passando o caráter curativo a ser priorizado, considerando os hospitais como centros hegemônicos da assistência a saúde [...]. Já não se enfatizava a saúde pública como antes [...]. (DILLY; JESUS, 1995, p. 72).

⁵ Conselho Federal de Enfermagem Parecer 271/62, de 19 de outubro de 1962, dispõe sobre o currículo mínimo do curso de enfermagem.

Segundo Almeida (1986), a base teórica de conhecimentos que dá sustentação à prática da enfermagem, implica uma formação que assegure ao enfermeiro uma alta competência na assistência de enfermagem, no âmbito técnico-científico, administrativo e político. Assim, o objeto de trabalho do enfermeiro passa pela assistência de enfermagem no processo saúde-doença e se estende à organização do processo de trabalho em enfermagem, incluindo aqui um papel administrativo que possibilite o bom gerenciamento da assistência prestada e ainda, uma ação conjunta com os outros profissionais da área da saúde.

Na busca de valores e reconhecimento social, a enfermagem consegue no ano 1986 regulamentar o exercício profissional e garante além das funções privativas do enfermeiro, como consulta e diagnóstico de enfermagem, supervisão e coordenação da equipe de enfermagem, propõe funções ao enfermeiro quando integrado a uma equipe de saúde, que constam no Art. 11, da Lei n. 7.498/86, que regulamenta o exercício da profissão:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe: II - como integrante da equipe de saúde: a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distorcia; j) educação visando à melhoria de saúde da população. (BRASIL, 1986).

Vale a pena ressaltar Lana e Rezende (2004) a respeito do efeito da constituição sobre a profissão do enfermeiro, mencionando o seguinte: A Constituição de 1988 possibilitou uma revolução na saúde o que trouxe

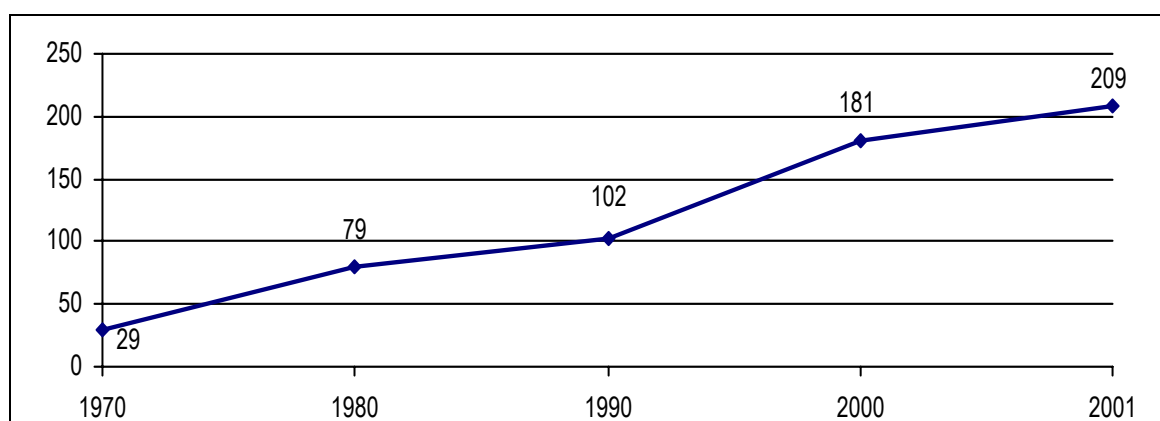
repercussões importantes para o enfermeiro principalmente na expansão do mercado de trabalho. Porém, estudos mencionam que apesar dos enfermeiros gostarem da profissão muitos não conseguem se manter em seus empregos por uma série de fatores: condições precárias e longos períodos de trabalho, desgaste físico e mental, salários defasados, e pouco flexibilidade de horários de trabalho. Todos os condicionantes levantados no estudo são compartilhados pelos enfermeiros do PSF. Além desses é possível que outros agravantes sejam factíveis, em especial a abordagem incipiente da temática da saúde da família nos cursos de graduação. Tal insuficiência contribui para o despreparo ao enfrentamento da realidade epidemiológica, social, e características específicas de cada comunidade. Neste estudo 24,21% dos enfermeiros exerce sua atividade na área da saúde pública. Aponta ainda a forte influência dos fatores históricos da profissão como o baixo reconhecimento e valorização profissional, que acarretam dificuldade na permanência dos enfermeiros em seus cargos, e insatisfação no desenvolver de seus serviços. (ANGERAMI; GOMES; MENDES, 2000; ARAÚJO, 2005).

A profissão do enfermeiro vem sendo repensada e estudada em diferentes níveis, envolvendo conquistas e mudanças em ato contínuo, no eixo das políticas de organização institucional de saúde dos próprios enfermeiros e também dos responsáveis pelo ensino da profissão, compreendendo a formação de recursos humanos e passando por transformações paradigmáticas, pois o processo de aprendizagem é produzir um tipo de enfermagem baseada em condições de risco, porém hoje a metodologia da assistência enfoca o trabalho para as reações e necessidades do ser humano. (MENDES e BASTOS, 2005).

Estudo realizado por Varella e Pierantoni (2007) resgata a tendência expansionista de cursos e instituições do ensino de enfermagem no Brasil. O

crescimento de escolas era a solução apontada pelas entidades de enfermagem, para suprir a necessidade do mercado de trabalho por meio da absorção de enfermeiros no país. Somado a isso havia uma política governamental de expansão de vagas e de acesso da classe média ao ensino superior. Entre as décadas de 70 e 80 houve um crescimento expressivo de 210% no quantitativo de instituições de graduação em enfermagem. Em 1990, o número de escolas no país era de 102, alcançando 181 em 2000 (GRÁF. 1). Segundo o INEP, o número de escolas superiores de enfermagem, considerando públicas e privadas, aumentou para 672 em todo Brasil, sendo a região Sudeste com 336, e somente o estado de Minas Gerais com 112. (BRASIL, 2008a).

GRÁFICO 1 - Instituições de Graduação em Enfermagem, Brasil, 1970 a 2001

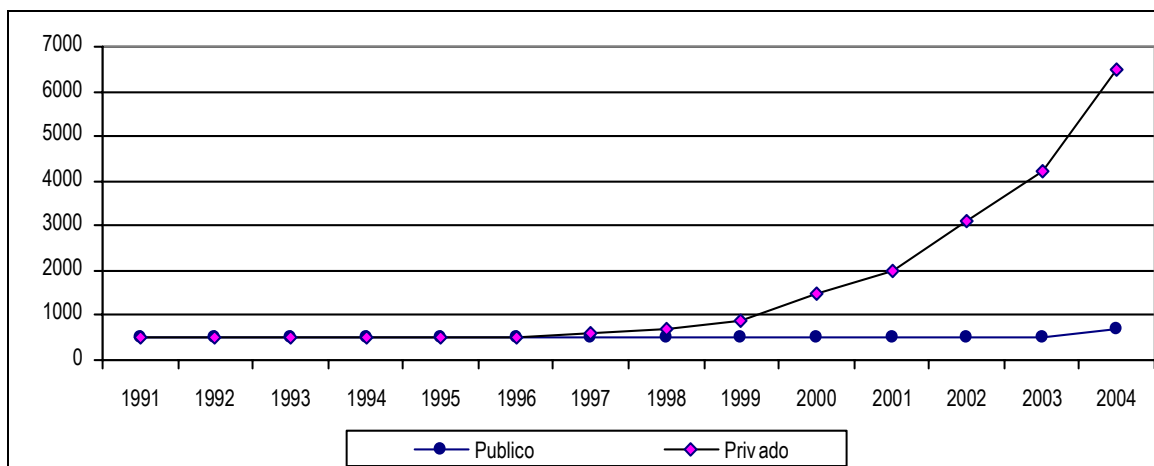


FONTE: VARELLA; PIERANTONI, 2007.

Note-se que, na primeira metade dessa década, predominavam cursos de instituições públicas, sendo este percentual em 1991 de 57,5%. Este quadro começa a se inverter em 2000, onde 59,01% dos cursos são oferecidos em instituições de natureza privada. O aumento do número de vagas neste período foi atrelado à expansão do setor privado. 51,4% das vagas ofertadas estavam no setor público de ensino. Já em 1994, o setor público, apesar de deter o maior número de escolas, oferece 41,9% das vagas. Em 1999, 68,8% das vagas oferecidas são de instituições

privadas (Gráfico 2). Ressalte-se ainda que esse crescimento não foi equitativamente distribuído pelas regiões do país. A concentração da oferta de vagas se deu nas regiões Sudeste com 62,4% e Sul com 16,9%. Essa guinada pode estar atrelada à implementação do SUS, com expansão de postos de trabalho, principalmente na esfera municipal, e à implantação do PSF, que se tornou uma perspectiva atraente no mercado de trabalho dos enfermeiros. De forma geral, devido à Constituição Federal e a municipalização, houve um aumento de postos de trabalho em todo o setor saúde na década de 90, na qual o patamar de empregabilidade dos enfermeiros atingiu 92,4% de absorção em 1999. Com a implantação do PSF no Brasil o enfermeiro passou a ter uma nova dinâmica de trabalho, pois o MS incluiu a obrigatoriedade do enfermeiro na composição da equipe básica do programa, valorizando a profissão e potencialmente revelando à sociedade um enfermeiro com múltiplas habilidades, além das burocráticas, e assim interferindo no mercado de trabalho (VARELLA; PIERANTONI, 2007). Para Araújo (2005), no trabalho que o PSF se propõe a desenvolver, o enfermeiro exerce um papel preponderante, pois abrange desde o planejamento das ações até a assistência, o que torna sua ação diferente daquela que ocorre em instituições estruturadas no modelo tradicional.

GRÁFICO 2 - Vagas de graduação de enfermagem segundo natureza administrativa.



FONTE: VARELLA; PIERANTONI, 2007.

O papel desempenhado pelo enfermeiro no PSF contrasta com a identidade estudada em alguns espaços de trabalho, com o exercício de diferentes atividades, nem sempre compatíveis com a formação. A indefinição de papéis, a falta de prestígio social e de autonomia assim como a acomodação e a apatia desse profissional diante de tal situação ainda são marcas da trajetória profissional desses trabalhadores. (ARAÚJO, 2005).

A pesquisa e o ensino em enfermagem têm pela frente o desafio de simultaneamente construir a prática de enfermagem dentro do PSF e possibilitar conhecimentos para capacitar as enfermeiras para atuarem segundo essa prática, ou seja, desenvolver tecnologias que possibilitem a constituição de sujeito “do” e “no” trabalho, os quais se constituam em críticos de sua própria prática e capazes de interpretar e construir as mudanças necessárias. (COSTA, FRACOLLI; CHIESA, 2007, p. 144).

Uma pesquisa conduzida em 2001, sobre o perfil dos alunos dos cursos de pós-graduação em PSF no Brasil, foi realizada com 873 alunos de 25 cursos; desses 16 de Especialização *Latu-Sensu* e nove de Residência Multiprofissional. Como resultado, a maioria dos alunos se enquadrava na faixa etária de 20 a 30 anos, era do sexo feminino, e predominantemente enfermeiros. Quanto ao tempo de

formação, no curso de residência destacavam-se os recém-formados (máximo de cinco anos de graduação), com 56,4% dos inscritos, e na especialização predominavam alunos com mais de 15 anos de formados. A grande maioria estava atuando em alguma equipe de saúde da família, mas somente 24,1% tiveram como primeira experiência profissional o PSF. Os dados remetem à reflexão sobre a efetividade das capacitações para o desempenho das funções cotidianas de trabalho na atenção primária à saúde. Conclui que conhecer os arranjos, as alternativas e os resultados que os cursos estão obtendo no atendimento às necessidades de formação dos recursos humanos em saúde da família é fundamental para os avanços rumo às novas práticas dos profissionais de saúde. (GIL, 2005).

Como formas de capacitação e qualificação profissional, observam-se a educação continuada e a educação permanente. A primeira trata de atividades de ensino após a graduação, por meio de metodologias tradicionais, de duração definida com deslocamento do local de trabalho, e centrada no desenvolvimento de grupos de profissionais. A segunda propõe a transformação do processo de trabalho, buscando a melhoria da qualidade do serviço, por meio da reflexão do que realmente acontece no cotidiano do trabalho, buscando no coletivo o que é possível ser melhorado. O local de trabalho se torna um centro privilegiado de aprendizagem. (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para profissionais do PSF foram criados em 1996 e institucionalizados em 1998, tiveram como missão desenvolver ações de capacitação e incentivo a educação permanente, contribuindo para a implantação desse modelo. Visaram paralelamente fomentar reações no aparelho formador, voltadas para a adequação da formação dos profissionais de saúde (SOUZA, 2003). Implantados em todo o país, são

espaços articulados para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculados às universidades ou instituições de educação superior. Entre suas atribuições, propõem ofertar treinamento introdutório para equipes de saúde da família, apoiar o processo de acompanhamento e avaliação das equipes; implantar programas de educação permanente destinados aos profissionais do PSF, implantar cursos de especialização em saúde da família e introduzir conteúdos sobre o tema, propondo iniciativas para inovar as grades curriculares dos cursos de graduação. (NASCIMENTO; PINHEIRO, 2002).

Em nível de graduação, uma forma de incentivo à formação adequada dos profissionais da saúde é o Programa de Reorientação e Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), uma parceria entre o MEC e o MS. Busca induzir a reorientação da formação dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina e estabelecer mecanismos de cooperação entre gestores do SUS e as IES. Pretende fomentar a melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção; promover a integração da rede pública de serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde e na educação permanente incorporando uma abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2006c). O Pró-Saúde foi lançado em 2005, pelo MS e pelo MEC, este programa se inspira na avaliação do Projeto de Reforma Curricular do Curso de Medicina (PROMED), que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras. Tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pelas IES, que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em

todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS. Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pelo PSF. (BRASIL, 2005b). As Diretrizes Curriculares, homologadas pelo MEC em 2001, resolveu que o Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil formar profissionais capazes de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes. (BRASIL, 2001). Além disso, os enfermeiros com licenciatura em enfermagem estão capacitados para atuar na educação básica e na educação profissional em enfermagem.

O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do SUS colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social; o que quer dizer escolas capazes de formar profissionais de qualidade conectadas às necessidades de saúde; escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas, ativas participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde e prestadoras de serviços relevantes e de boa qualidade. (CECCIM; FUERWERKER, 2004, p. 1404).

2.4 Competências do enfermeiro com ênfase no Programa Saúde da Família

O conceito de competência vem recebendo diferentes significados, às vezes contraditórios. Entende-se por competência profissional a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. O conhecimento é entendido como o que muitos denominam simplesmente saber. A habilidade refere-se ao saber fazer relacionado com a prática do trabalho, transcendendo a mera ação motora. O valor se expressa no saber ser, na atitude relacionada com o julgamento da pertinência da ação, como a qualidade

do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outros atributos humanos, tais como a iniciativa e a criatividade. (BRASIL, 2006b).

Na área da saúde, este tema tem ocupado um espaço significativo e relevante levando-se em conta o aumento da cobrança da sociedade por uma maior responsabilidade social, por parte das instituições formadoras e dos próprios profissionais, sendo a fragilidade do processo de formação ao nível da graduação, podendo ser revelada pela ocorrência de vários insucessos da prática profissional atribuídos à desqualificação da formação profissional ou à presença de valores pessoais incompatíveis com uma postura ética e de compromisso social no exercício da profissão. (LIMA, 2005).

Podem-se verificar três relevantes abordagens conceituais sobre competência segundo Lima (2005) e Hipólito (2002): uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados. O conceito de competência deixa de ser visto apenas como o acúmulo de conhecimentos, habilidades, ou atitudes individuais e passa a observar a entrega, a contribuição resultante da mobilização desse conjunto de conhecimentos e habilidades.

Já no âmbito da Reforma Sanitária, a partir da homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 2001, foram estabelecidas Diretrizes Curriculares Nacionais para as profissões da área de saúde. Nestas, certas competências gerais devem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde. Destacam-se: a atenção à saúde, a aptidão para o desenvolvimento de ações

integrals e ainda a capacidade de pensar criticamente os problemas da sociedade e como buscar condições de saná-los, a tomada de decisão usando de forma apropriada as evidências científicas, o saber comunicar-se de forma adequada tanto com a comunidade quanto com os outros profissionais, e o exercício da liderança. Porém esses belos princípios ainda não se traduzem plenamente em novas práticas educativas. Enfocar o ensino e a avaliação de competências enseja questionar a relação entre teoria e prática. Uma atividade profissional ética e comprometida demanda experiências concretas de cooperação ao longo da formação, oportunidades de trabalhar em espaços diversos de prática profissional, e avaliações coerentes. (AGUIAR; LUGARINHO, 2006).

As Diretrizes Curriculares para Cursos de Enfermagem (BRASIL, 2001) objetivam dotar o profissional enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Deve ser qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação. Precisa ser capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Antes mesmo da homologação das Diretrizes Curriculares para Cursos de Enfermagem, Almeida (1986) salientava que, em relação ao enfermeiro, sua competência técnico-científica e administrativa deve agregar a competência política, o que permitirá ao aluno o desenvolvimento de consciência crítica. Lembra que a função do enfermeiro não é só assistencial, podendo incluir componentes de ação transformadora da realidade em que atua. Competência política inclui a possibilidade de participar, com as outras categorias de enfermagem e outros profissionais de

saúde em programas de educação permanente e propor mudanças voltadas para garantir a qualidade da assistência. Para o desenvolvimento de tais competências o ensino de enfermagem deve investir na parceria entre ensino, serviços e comunidade. (ALMEIDA, 1986).

O modelo saúde da família está presente em outros países do mundo como Espanha, Canadá, Reino Unido, e a inserção do enfermeiro nas equipes de saúde da família é fato regular tanto em outros países quanto no Brasil: o enfermeiro pela especificidade de sua atuação, participa em inúmeros momentos do processo de trabalho em saúde, contribuindo sobremaneira para as discussões que envolvem o setor saúde (COSTA; FRACOLLI; CHIESA, 2007). As atribuições específicas do enfermeiro que compõe a equipe de saúde da família, conforme dispõe a PNAB (BRASIL, 2006e), ilustram a complexidade do processo de trabalho do enfermeiro no PSF:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006e, p. 44).

O PSF exige uma aproximação do profissional com a população em seu cotidiano, requerendo conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, menos

demandadas em outros ambientes de trabalho. Ao enfermeiro é dada a oportunidade de avançar em áreas que vão desde o planejamento das ações até a consulta de enfermagem, até então pouco reconhecida ou valorizada. (ARAÚJO, 2005).

Cotta *et al.* (2006) pesquisaram a distância entre o trabalho presumível (baseado nas atribuições específicas) do enfermeiro e aquele realizado de fato, no cotidiano do trabalho. Como atividades realizadas encontraram: atendimento ambulatorial, orientações aos agentes, palestras, trabalhos em grupos como “hiperdia” e gestantes, e visitas domiciliares. As demais atribuições prescritas nas normas não são regularmente realizadas.

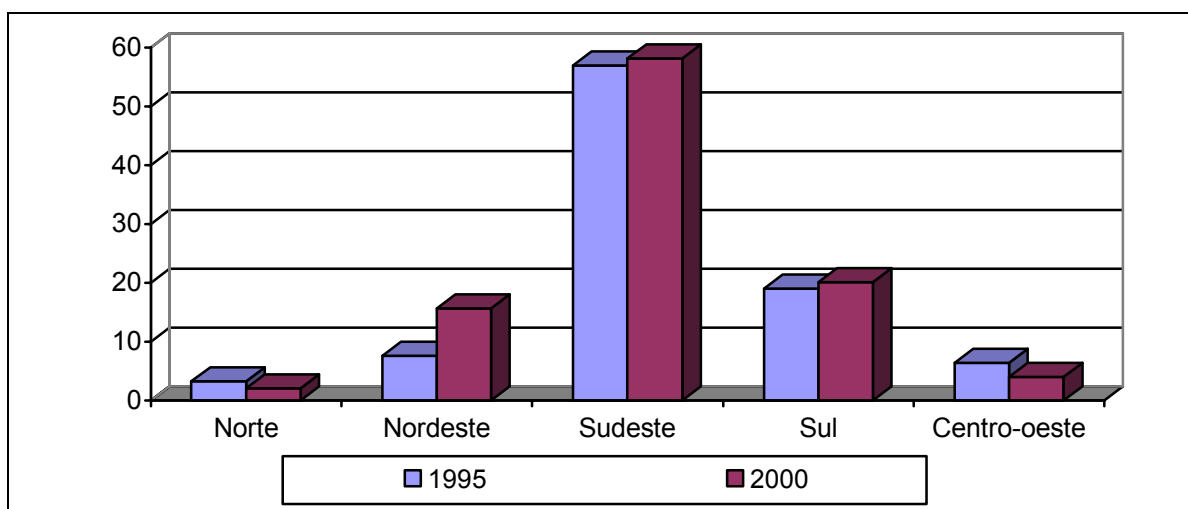
Ao analisar a prática profissional e a construção da identidade do enfermeiro no PSF, Araújo (2005) menciona que esses profissionais percebem o PSF como incentivador na integração dos membros da equipe, permitindo maior autonomia sobre o seu objeto de trabalho e melhor definição de seu papel.

A enfermagem destaca-se pela sua composição e representatividade numérica no conjunto dos trabalhadores da área da Saúde. É composta verticalmente pelas categorias: de enfermeiro, formado em graduação de nível superior; de técnico de enfermagem, formado em cursos profissionalizantes com exigência de escolarização formal de nível médio; de auxiliares de enfermagem formados em cursos profissionalizantes com exigência de escolarização formal de ensino fundamental ou médio, e de parteiras, de acordo com a Lei n. 7.498, de 26 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional. (PIERANTONI; VARELLA, 2002).

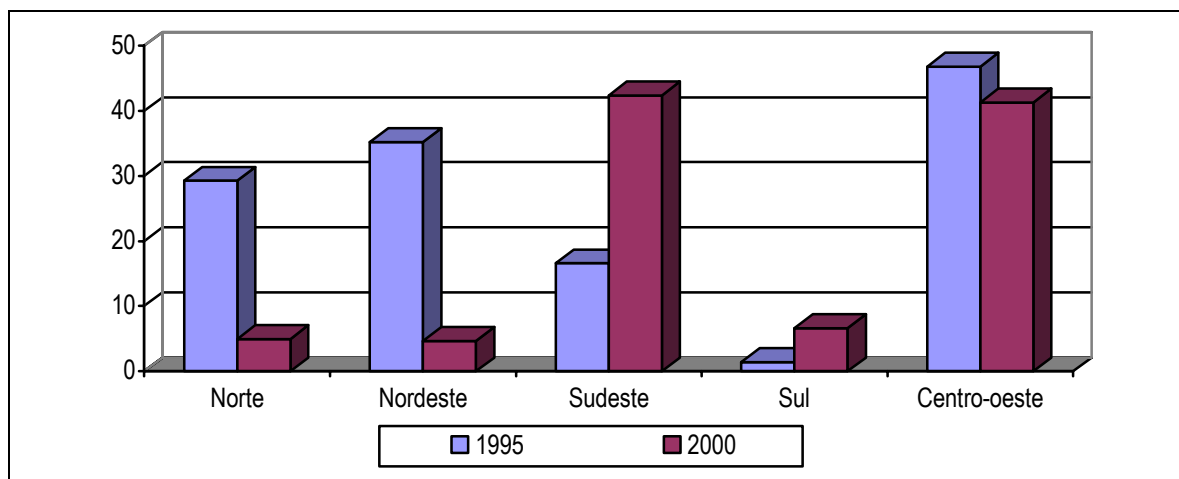
Um estudo sobre o trabalho da enfermagem no Brasil, realizado por Meneleu Neto *et al.* (2002) nos anos de 1995 e 2000, focalizou inicialmente a

categoria de enfermeiro, observando que a participação regional dos empregos no setor público corresponde à principal alteração no período, ou seja, a criação do SUS. Por outro lado, a participação do emprego privado de enfermeiro praticamente se mantém entre as diferentes regiões, apenas com pequenas variações. A participação do emprego público dos enfermeiros, no Norte e no Nordeste, acompanhou a tendência de declínio dos empregos de saúde nessas regiões. Em 1995, os empregos de enfermeiro no Norte correspondiam a 29,28% do total do país; em 2000, essa participação encolheu para 4,96% do total. O mesmo fenômeno ocorreu no Nordeste, cuja participação dos empregos de enfermeiro continuou caindo de 35,21% para 4,65% do total do País. O Centro-Oeste, por sua vez, apresentou pequeno declínio dos empregos públicos de enfermeiro, de 46,83% para 41,32% ao mesmo tempo em que o setor privado também foi reduzido de 6,38% para 4,01%. As regiões que apresentaram melhores resultados foram o Sudeste e o Sul. A expansão dos empregos públicos nas duas regiões, juntamente com a elevação da participação dos empregos gerados no setor privado, foi responsável pelo aumento da concentração dos empregos de enfermeiro nas duas regiões.

GRÁFICO 3 - Distribuição percentual de enfermeiros no setor privado por região.



FONTE: MENELEU NETO *et al.*, 2002.

GRÁFICO 4 - Distribuição percentual de enfermeiros no setor público por região.

FONTE: MENELEU NETO *et al.*, 2002.

Na esfera municipal, por exemplo, na qual se insere o PSF, produz-se uma situação típica de precarização do trabalho. Ao lado da ampliação da contratação de trabalhadores de enfermagem, pratica-se a informalidade desde os enfermeiros até os agentes de saúde. Essa tendência é especialmente importante no Nordeste, onde o PSF tem se expandido de forma expressiva.

Para Costa, Fracoli e Chiesa (2007), a enfermagem no PSF precisa resgatar o projeto político-social de sua prática, pois só assim será possível incorporar, operar, e instruir modalidades tecnológicas que busquem o “cuidado” no seu sentido mais amplo. Mendes e Bastos (2005) propõem que o enfermeiro supere a simples execução de tarefas ou normas ditadas por outros profissionais e assuma a autodeterminação de suas funções, ajustando princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos de sua competência. As atividades específicas do enfermeiro adquirem enfoque distinto, com planejamento independente e tendo como base de ação o cuidado no atendimento das necessidades individualizadas do paciente.

Com o PSF o enfermeiro passa a assumir um leque de atividades com base menos empírica e mais científica, potencialmente aplicando uma visão crítica dos casos e do contexto sócio-epidemiológico que envolve uma comunidade. Um dos instrumentos que permeia a prática cotidiana dos enfermeiros é o protocolo de enfermagem que garante autonomia na assistência prestada e regulamenta e amplia a parte clínica e ambulatorial do atendimento. Esses protocolos funcionam como facilitadores no levantamento do histórico, da anamnese, do diagnóstico, da conduta, e possibilita a prescrição medicamentosa dentro de suas competências. (ATAKA; OLIVEIRA, 2007).

A partir destas bases teóricas sobre o PSF, observam-se impasses e alguns avanços no debate sobre recursos humanos, com algumas abordagens específicas do profissional de enfermagem. Visando explicitar o contexto no qual os enfermeiros do estudo atuam, no próximo capítulo será realizada uma contextualização histórica sobre o SUS, e discutidos indicadores socioeconômicos do município de Ipatinga (MG), com ênfase no PSF no município sede do estudo. Uma das subseções enfoca a situação de saúde no município sede do estudo.

3 O SUS E O PSF NA REGIÃO DO VALE DO AÇO

Minas Gerais ocupa 6,9% do território brasileiro e 63,5% da Região Sudeste, sendo o maior em extensão e mais industrializado estado desta região (INDI, 2006). Com cerca de 600 mil km², é o estado com maior número de municípios do país (853) e divide-se em dez Regiões de Planejamento, dentre essas se inclui a Região do Rio Doce onde está localizada a Microrregião do Vale do Aço e o município de Ipatinga. Desde 1995, o estado de Minas Gerais investe na implantação no PSF, possuindo 93,2% (795) de seus municípios com esse modelo de assistência à saúde. (MINAS GERAIS, 2006).

FIGURA 1 - Localização geográfica de Ipatinga (MG).



FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006.

A Região Metropolitana do Vale do Aço de Minas Gerais é composta por quatro municípios: Coronel Fabriciano, Ipatinga, Santana do Paraíso e Timóteo. Concentra algumas das mais importantes empresas siderúrgicas do país: a Usiminas (produtora de aço), a Acesita (aço inoxidável) e a Cenibra (celulose).

O processo de integração regional foi iniciado nos anos 1940, com a instalação da Acesita em Timóteo, dando início à criação de um parque siderúrgico de expressão nacional. (AMARAL; CHEIN; LEMOS, 2006). A atividade industrial induziu crescimento demográfico e desenvolvimento regional.

FIGURA 2 - Mapa de Minas Gerais com destaque para a Mesorregião Rio Doce, Microrregião Região Vale do Aço e indicação do município de Ipatinga.



FONTE: MINAS GERAIS, 2001.

3.1 Contexto histórico, social e político do município de Ipatinga

Embora as expedições portuguesas na área, visando o descobrimento de jazidas de pedras preciosas, tenham ocorrido entre 1553 e 1573, as primeiras tentativas de expansão portuguesa no Vale do Rio Doce foram frustradas, o que postergou em muito o povoamento da região. O povoado que deu origem à cidade de Ipatinga (MG) surgiu em função de uma estação intermediária da estrada de ferro que ligava o município de Itabira ao porto de Vitória, capital do estado de Espírito Santo. A navegação do Rio Doce apresentava obstáculos dificultando ainda mais o acesso à região. Doenças tropicais como malária e outras febres eram freqüentes no caminho dos exploradores destas matas (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2008).

Em 12 de dezembro de 1953, foi criado o distrito de Ipatinga. Até 1958 manteve-se como uma pequena vila, com cerca de 300 habitantes e 60 casas, mas em breve aquele lugarejo começaria a crescer, pois ali seria construída uma grande usina de aço. Em abril de 1956, foi fundada a Usiminas, e em meados de 1958 chegaram as primeiras máquinas acompanhadas de levadas de homens que viriam a construir a siderúrgica. A Usina fica próxima a uma das maiores reservas de minério de ferro do mundo, o Quadrilátero Ferrífero de Minas Gerais. (CÂMARA MUNICIPAL DE IPATINGA, s/d). O município de Ipatinga, criado em 1964, tem população de 238.939 habitantes (IBGE, 2007) e está situado a 209 quilômetros (BR 381) da capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2007).

Foi nos últimos trinta anos que esse município saiu de pequeno núcleo urbano-rural para a situação de pólo da região do Vale do Aço. Isso se deve à implantação de unidades siderúrgicas na região, particularmente a USIMINAS como consequência da política de governo destas décadas passadas. (MERHY, 2006, p. 126).

No início dos anos 80 o Brasil se deparou com importante recessão econômica, enfrentou dívidas, inflação galopante, desemprego e queda do Produto Interno Bruto (PIB), obrigando as indústrias do vale do Aço, em especial a Usiminas, a ajustarem-se ao conturbado quadro conjuntural. Quando o período crítico chegou ao fim, a Usiminas havia desenvolvido agilidade e capacidade de planejamento, incluindo a busca por tecnologias mais avançadas e maior grau de automação de suas unidades produtivas. Em outubro de 1991, com o Programa Nacional de Desestatização (PND), foi realizado o leilão de privatização da Usiminas. Escolhida dentre várias empresas para dar início ao processo de privatização, a Usiminas inaugurava um novo ciclo em sua história. (USIMINAS, [2006?]).

O Quadro 1 apresenta os indicadores de renda e sócio-econômicos de Ipatinga (MG), que por sua vez, possui uma receita significativa se comparada a outros municípios de seu porte populacional. Em relação aos estabelecimentos de ensino possui 127 escolas de Educação Básica e cinco Instituições de Ensino Superior (IES) (Tabela 4).

QUADRO 1 - Indicadores sócio-econômicos do município de Ipatinga (MG), 2006-2007.

PIB ⁽¹⁾	R\$ 6,36 bilhões
PIB Per capita ⁽¹⁾	R\$ 22.109,00
PIB por setor ⁽¹⁾	Indústria - 82%
	Outros serviços - 18%
População economicamente ativa ⁽¹⁾	36,4%
Abastecimento de água ⁽¹⁾	100%
Coleta e tratamento de esgoto ⁽¹⁾	100%
Taxa de analfabetismo ⁽²⁾	De 10 a 15 anos - 1,5%
	Acima de 15 anos - 7,1%
IDH ⁽³⁾	0,81
Número de domicílios ⁽¹⁾	63.725
Média de habitantes por domicílio ⁽¹⁾	3,8
Área verde por habitante ⁽¹⁾	127 m ²

FONTES: (1) PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006; (2) BRASIL, 2003; (3) BRASIL, 2006a.

TABELA 4 - Número de estabelecimentos de ensino por categoria administrativa, em Ipatinga (MG), 2006.

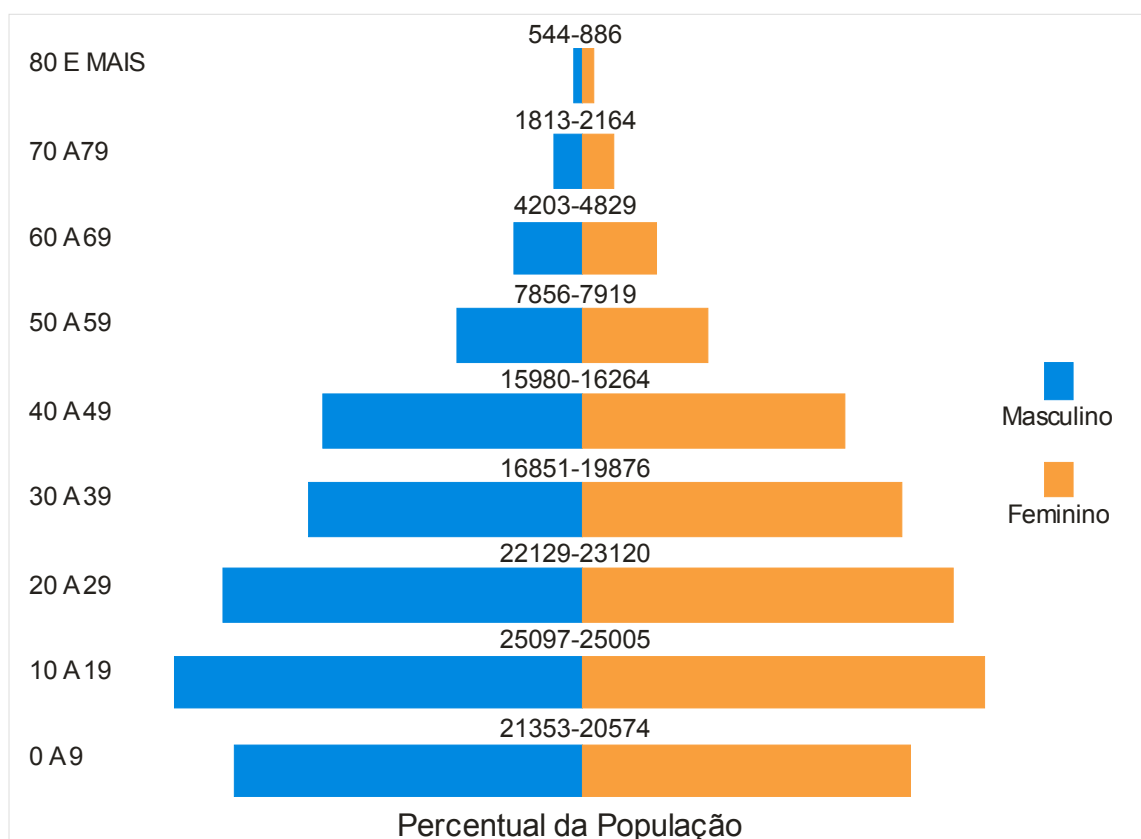
Número de Escolas - Educação Básica										Número de IES			
Privadas		Federais		Municipais		Estaduais		Total		Total Geral	Pública	Privada	Total
U	R	U	R	U	R	U	R	U	R				
67	0	0	0	35	0	25	0	127	0	127	0	5	5

LEGENDA: U - Zona Urbana; R - Zona Rural; IES - Instituições de Ensino Superior.

FONTE: BRASIL, 2006a.

Sobre os dados demográficos do município percebe-se um equilíbrio entre as populações de homens e mulheres e a incidência maior das faixas etárias entre 10 e 49 anos, configurando-se predominância de adolescentes e adultos jovens, como demonstrado na pirâmide apresentada na Figura 3.

FIGURA 3 - Pirâmide por faixa etária e sexo, 2006, Ipatinga (MG), 2006.



FONTE: BRASIL, 2008b.

3.2 A saúde em Ipatinga: avanços e desafios

Em 1989 a Prefeitura de Ipatinga (MG) foi assumida por um ex-operário, eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que havia sido demitido por integrar chapa de oposição à diretoria da Usiminas. Ao assumir, o novo governo definiu a autonomia executiva como diferencial da sua gestão. Apesar dos conflitos com a gestão da siderúrgica, o governo municipal foi conquistando o apoio da população e passou a investir no sistema de saúde, tanto na estrutura física quanto na contratação de profissionais (MERHY, 2006). O PT administrou o município de 1989 a 2004, durante quatro mandatos consecutivos, tendo tido tempo de implementar mudanças perceptíveis na rede municipal de saúde. Contabilizava anteriormente cerca de 30 mil consultas por ano, passando então a produzir 250 mil atendimentos anuais no início da década de 90. Em 1992, o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas (UNICAMP) foi procurado para ajudar a organizar o processo de trabalho em saúde do município, que, a partir daí, adotou um conjunto de diretrizes que visavam à construção de uma nova forma de se trabalhar em saúde. (MERHY, 2006).

A competitividade entre duas tendências internas, no entanto, gerou desgastes, e a oposição que durante anos não conseguia obter consenso sobre candidaturas, definiu candidato único que venceu as eleições municipais de 2004. Em 2005 a administração da frente partidária Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) assumiu a Prefeitura com mandato previsto até 2008. Desde então houve a expansão do Pronto Socorro Municipal denominado então Hospital Municipal com a aquisição de setenta leitos pelo SUS e a realização de concurso público (que na área da saúde não ocorria há 12 anos), mediante demanda do

Ministério Público. Foram oferecidas 31 vagas para enfermeiros, sendo que aos profissionais da área de saúde da família nenhuma vaga foi disponibilizada.

O município de Ipatinga possui Gestão Plena do Sistema e vem implantando o PSF de forma gradativa desde 2002. A rede de saúde é composta por uma policlínica, um unidade especializada em infectologia, um pronto socorro com 70 leitos para internação, e dois hospitais privados, sendo um deles conveniado ao SUS oferecendo 322 leitos, totalizando 392 leitos de enfermaria para todo o município. (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006).

QUADRO 2 - Rede de estabelecimentos de saúde pública, em Ipatinga (MG), 2006.

Estabelecimentos de saúde pública	Número
Hospital privado	02
Pronto Socorro	01
Unidades Básicas de Saúde	04
Unidades de Saúde da Família	14
Policlínica	01
Unidade Integrada de Saúde	01
Gabinetes Odontológicos	54
Centro de Controle de Zoonoses	01
Laboratório de Fitoterapia	01

FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006.

Em relação aos níveis de complexidade secundário e terciário, o município de Ipatinga dispõe de duas unidades secundárias à Unidade Integrada de Saúde (UISA), uma das primeiras construídas em Ipatinga, que conta atualmente com um quadro de 58 funcionários e realiza mais de 200 consultas por dia. Pela manhã, a unidade presta serviços básicos de clínica geral, pediatria, enfermagem, bem como desenvolve programas de controle e acompanhamento de diabetes, hipertensão, carência nutricional e outros de atenção à saúde da mulher. A partir desse horário, a unidade direciona seu atendimento aos portadores de doenças infectológicas, como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, além disso agrega o serviço para ostomizados. Possui uma Policlínica, que oferece consultas com

especialistas, e uma unidade terciária, o Pronto Socorro Municipal (PSM) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Foram contratados mais de 100 funcionários entre médicos, enfermeiros e atendentes, para incrementar o quadro de pessoal do PSM. (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006).

A atenção primária conta com quatro unidades de saúde, e 14 unidades de saúde da família que concentram 37 equipes (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2008). O orçamento previsto para a área de saúde no exercício 2005/2008 é de R\$ 110 milhões por ano, o mais alto na história da cidade. São unidades básicas de saúde convencionais do município:

- Unidade de Saúde Veneza,
- Unidade de Saúde Canaã,
- Unidade de Saúde Jardim Panorama,
- Unidade de Saúde da Cidade Nobre.

Segundo Relatório da Controladoria Geral do município de Ipatinga (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2003), o PSF tem o objetivo de consolidar as conquistas de Ipatinga na área da saúde cobrindo aproximadamente 62% da população do município até o ano de 2007. Ipatinga é uma das cidades com melhor índice de saúde bucal do país. Cerca de 20 profissionais, entre técnicos em higiene bucal e atendentes de consultórios dentários, estão envolvidos no projeto.

Sobre os indicadores de saúde a taxa de mortalidade infantil passou de 40 mortes por mil nascimentos em 1989, para 14,4 em 2003 e para 11 por mil em 2005. Se compararmos o ano de 2003 a taxa é inferior aos valores do estado de Minas Gerais de 17,55 e Brasil de 18,93. Como apresentado na Tabela 5, em 2004, a taxa de natalidade girava em torno de 14,92 por mil habitantes, de mortalidade 4,5 e a expectativa de vida era de 75 anos. No mesmo ano, a cidade atingiu o índice de

dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) de 0,44, o melhor do país, estando bem abaixo da meta estabelecida pela OMS para 2010 que é de 1.0. (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006).

TABELA 5 - Indicadores de saúde no município de Ipatinga comparados com o Brasil, 2004.

Indicador	Valores Ipatinga⁽¹⁾	Valores Brasil⁽²⁾
Taxa de mortalidade	4,5	6,01
Taxa de mortalidade infantil	14,8/1000	22,58/1000
Taxa de natalidade	14,92/1000	18,11/1000
Expectativa de vida	75 anos	72 anos
CPOD	0,44	2,8 ^(*)

(*) Dado referente ao ano de 2003.

FONTE: (1) PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006; (2) BRASIL, 2007.

A respeito das morbidades e mortalidades por causas específicas no município de Ipatinga (MG), os casos de internação no ano de 2005, por doenças circulatórias, respiratórias e digestivas foram predominantes, seguido das parasitoses e neoplasias, complicações que poderiam ser evitadas na atenção básica por meio de ações mais efetivas. A Tabela 6 apresenta os dados sobre a mortalidade no ano de 2005 agrupados pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), indicando a prevalência de neoplasias e agravos do aparelho circulatório.

TABELA 6 - Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária - CID10 (por local de residência), Ipatinga (MG), 2005.

Grupo de causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,5	26,4	14,6	11,1	2,4	3,0	5,1	5,6	5,7
II. Neoplasias (tumores)	0,3	2,9	4,3	1,9	2,0	3,6	10,7	7,9	5,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,0	1,9	2,3	1,9	0,9	0,7	0,5	1,0	0,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,5	7,0	7,3	8,5	1,8	1,9	4,9	5,9	3,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	0,6	0,8	2,6	1,2	0,3	1,6
VI. Doenças do sistema nervoso	3,0	3,2	4,3	7,3	1,3	1,7	1,8	1,7	2,0
VII. Doenças do olho e anexos	-	0,3	0,8	0,6	0,3	-	0,2	0,2	0,1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,8	0,3	0,9	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,3	0,3	1,0	1,6	0,8	7,7	22,9	26,6	11,9
X. Doenças do aparelho respiratório	29,4	27,0	15,3	9,5	1,7	3,4	9,1	19,7	9,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,7	11,0	18,6	13,3	6,1	8,7	16,4	11,5	10,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,3	2,0	2,8	0,3	0,4	0,6	0,8	1,0	0,8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	1,4	2,8	4,1	2,7	3,8	4,4	3,5	3,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,3	4,6	6,5	9,2	6,1	11,0	11,9	7,9	9,4
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	4,1	57,6	38,0	0,1	-	21,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	35,1	0,2	-	-	-	-	-	-	1,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5,4	4,2	5,0	3,2	0,7	0,2	0,1	0,1	0,8
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,7	0,6	2,8	3,2	0,7	0,9	1,3	1,3	1,1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,2	5,9	11,3	18,0	12,8	11,4	7,9	5,4	9,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	0,3	0,3	0,6	0,6	0,7	0,4	0,1	0,5
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: BRASIL, 2008b.

TABELA 7 - Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas - CID10 em Ipatinga (MG), 2004.

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,6	16,7	-	-	-	3,9	6,6	2,7	3,7
II. Neoplasias (tumores)	-	16,7	-	-	-	15,5	29,1	19,5	18,8
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	16,7	50,0	-	5,3	12,2	30,5	38,2	27,5
X. Doenças do aparelho respiratório	5,1	33,3	-	20,0	5,3	3,9	6,0	15,0	10,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	69,2	-	-	-	-	-	-	-	3,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	60,0	57,9	44,2	8,6	1,9	14,7
Demais causas definidas	23,1	16,7	50,0	20,0	31,6	20,4	19,2	22,7	21,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: BRASIL, 2008b.

Em Ipatinga, cada equipe de PSF inclui um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde, alocados em unidades de saúde com estrutura física bem planejada (Figura 4), além disso os agentes foram selecionados entre os moradores da região, como prescrito pelo MS, atuando conforme suas atribuições específicas devendo visitar todas as casas da micro-área sob sua responsabilidade. As equipes são responsáveis não apenas pelo primeiro atendimento, mas também por um acompanhamento constante da situação de saúde da população. A divisão territorial foi feita pelo nível central e passada a cada grupo de profissionais (nível local), seguindo os preceitos da divisão espacial de áreas contíguas, englobando uma população de até 4.000 pessoas. Ipatinga foi dividida em 43 áreas de abrangência.

Os indicadores da atenção básica, específicos do PSF, produzidos nos anos de 2002 a 2005 no município de Ipatinga (MG) demonstram uma ampla cobertura do pré-natal e do esquema vacinal básico (Tabela 8).

TABELA 8 - Indicadores de Saúde da Atenção Básica.

Modelo de Atenção	2002			2003			2004			2005		
	PACS/Outros	PSF	Total	PACS/Outros	PSF	Total	PACS/Outros	PSF	Total	PACS/Outros	PSF	Total
População coberta ⁽¹⁾	-	55.528	55.528	-	76.612	76.612	-	94.283	94.283	-	96.439	96.439
% população coberta pelo programa	-	25,3	25,3	-	34,4	34,4	-	41,8	41,8	-	41,4	41,4
Média mensal de visitas por família ⁽²⁾	-	0,07	0,07	-	0,08	0,08	-	0,08	0,08	-	0,07	0,07
% de crianças c/ esq. vacinal básico em dia ⁽²⁾	-	95,2	95,2	-	96,7	96,7	-	97,5	97,5	-	97,3	97,3
% de crianças com aleitamento materno exclusivo ⁽²⁾	-	41,5	41,5	-	56	56	-	55,8	55,8	-	59,8	59,8
% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽²⁾	-	90,5	90,5	-	91,5	91,5	-	93,8	93,8	-	94,1	94,1
Taxa mortalidade infantil por diarreia ⁽³⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevalência de desnutrição ⁽⁴⁾	-	7,7	7,7	-	4,8	4,8	-	2,8	2,8	-	1,7	1,7
Taxa hospitalar por pneumonia ⁽⁵⁾	-	11,5	11,5	-	22	22	-	6,3	6,3	-	8,9	8,9
Taxa hospitalar por desidratação ⁽⁵⁾	-	5,3	5,3	-	6,3	6,3	-	2,3	2,3	-	1,5	1,5

NOTAS: (1) Situação no final do ano; (2) como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos; (3) por 1.000 nascidos vivos; (4) em menores de dois anos, por 100; (5) em menores de cinco anos, por 1000; menores de cinco anos na situação do final do ano.

FONTE: BRASIL, 2008b.

FIGURA 4 - Unidade de Saúde da Família Bom Retiro, em Ipatinga (MG).

FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2003.

O investimento, no valor de R\$ 2,1 milhões destinados ao Programa Saúde da Família, faz parte do PROESF, do Governo Federal. Ipatinga foi classificada entre as 100 primeiras cidades que receberam este investimento. A verba tem sido repassada ao município pelo Governo Federal, em parcelas trimestrais durante seis anos, período em que ocorrerá um acompanhamento por parte do MS, das intervenções na área de saúde na cidade. (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2003).

Ao todo são 37 equipes de Saúde e Família no município, distribuídas em 14 unidades, que levam o nome dos respectivos bairros, listados no Quadro 3 e a Figura 3 ilustra essa cobertura.

QUADRO 3 - Unidades de Saúde da Família de Ipatinga e suas respectivas equipes e enfermeiros.

Unidades de Saúde da Família	Quantidade de equipes de PSF	Número de enfermeiros por unidade
1. Barra Alegre	01	01
2. Bethânia	03	03
3. Bethânia II	03	03
4. Bom Jardim	03	03
5. Bom Jardim II	01	01
6. Bom Retiro	02	02
7. Esperança	03	03
8. Esperança II	03	03
9. Iguaçu	04	04
10. Limoeiro	03	03
11. Nova esperança	01	01
12. Vale do Sol	02	02
13. Vila Militar	04	04
14. Vila Celeste	03	03
Total	37	37

FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2008.

De um modo geral as Unidades de Saúde da Família possuem a mesma estrutura física, porém de acordo com o número de equipes, contam com consultórios bem equipados, salas de vacina, curativos e nebulização, dentre outros serviços. Inicialmente, oferece atendimento de clínico geral para adultos e crianças,

atendimento ginecológico e de enfermagem, assistência odontológica a gestantes e nutrízes, bem como acompanhamento de grupos de diabéticos, hipertensos e idosos. Como se pode observar existem unidades de saúde da família com mais de três equipes instaladas na mesma estrutura física, acarretando um grande número de pessoas circulando (podendo chegar a 16 mil, baseado no número de pessoas por equipe), dificultando a organização do trabalho e interferindo na qualidade, na efetividade do atendimento e da assistência oferecidos à clientela adstrita. Cabe lembrar que o MS não recomenda que trabalhem numa mesma Unidade Básica de Saúde mais de três equipes de saúde da família, devido às dificuldades de organização da agenda e dos fluxos operacionais comprometendo as mudanças de práticas de saúde, necessárias ao modelo de atenção proposta pelo PSF. (BRASIL, 2006f).

FIGURA 3 - Mapa dos bairros cobertos pelo PSF em Ipatinga (MG), 2006.



FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2006.

O Sistema de Gestão de Informações (Sanitas)⁶ criado para a área de saúde do município de Ipatinga, foi implantado em 2000. Trata-se de um banco de dados utilizado para subsidiar a tomada de decisões e projetos das diversas áreas. As áreas e serviços cobertos pelo Sanitas são as seguintes: cadastro do usuário; informações adicionais do usuário; agendamento de consulta; indicadores estatísticos; PSF; produção ambulatorial e auditoria; clínica médica; acompanhamento do usuário em programas (atividades programáticas); vacina; farmácia; laboratório de análises clínicas; Programa de Tratamento Fora do Domicílio; serviços ambulatoriais; Pronto-socorro Municipal; central de marcação de consultas e odontologia. É composto de vários programas específicos e atualizados visando a melhoria da qualidade na assistência médica, redução de gastos com a desburocratização do serviço, controle de recursos escassos como medicamentos, exames, vacinas e consultas e maior integração com as diversas bases de dados nacionais, como PNI, SIS Pré-Natal e Hiperdia. (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2003).

Após localizar a problemática dos recursos humanos em geral e dos desafios aos profissionais de enfermagem, e introduzir as características do município de Ipatinga, serão apresentados os objetivos e a metodologia do estudo.

⁶ O Sanitas foi desenvolvido por técnicos da Prefeitura e interliga todas as unidades de saúde. O sistema disponibiliza todas as informações sobre os pacientes, além de modernizar o gerenciamento dos serviços.

4 OBJETIVO DO ESTUDO

4.1 Geral

Compreender do ponto de vista dos profissionais enfermeiros do município de Ipatinga (MG) quais os fatores que facilitam e dificultam a sua permanência na Estratégia Saúde da Família.

4.2 Específicos

- Identificar os motivos que levaram o enfermeiro a ingressar e a sair da Equipe Saúde da Família.
- Analisar, frente a situação de saída, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e a criação de vínculo com a comunidade.
- Relacionar os mecanismos de apoio oferecidos às equipes, acerca da gestão, recursos materiais, vínculo empregatício, oportunidades de educação permanente e continuada.

5 METODOLOGIA

5.1 *Tipo de pesquisa*

No campo da saúde, mediante tantas transformações nas políticas públicas no país, a análise dos fenômenos que envolvem os recursos humanos tem ganhado relevante espaço, o que é bastante desejável dada à heterogeneidade do trabalho e suas diferentes problemáticas e realidades loco-regionais. O presente estudo tem caráter qualitativo e exploratório, e aborda as percepções de enfermeiros a respeito de sua experiência, durante o tempo em que atuaram nas equipes de saúde da família do município de Ipatinga.

Na metodologia qualitativa aplicada à saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado individual ou coletivo que esse fenômeno tem para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Maxwell (1996)⁷ observa que, em um estudo qualitativo, seria interessante *a priori* que o pesquisador tenha uma relação com o tema, podendo inclusive fazer parte do fenômeno estudado, desde que as conseqüências de tal fato estejam contempladas na análise. O estudo qualitativo parte da descrição para a interpretação e daí para a teorização, (MAXWELL, 1996), e presta-se bem a investigar processos de mudança e suas possíveis conseqüências para a vida das pessoas.

Por sua vez, o estudo exploratório enfoca áreas e problemas sobre os quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. Interessa-se pelo cotidiano em espaços e tempo concretos, na busca de compreender o significado de um fenômeno, mais do que levantar a quantidade e a freqüência do mesmo (TOBAR, 2001).

⁷ Tradução nossa documento original em inglês.

As pesquisas qualitativas são em sua maior parte, voltadas para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicações. Buscam o significado e a intencionalidade das relações sociais e das estruturas sociais (SANTOS, 1999, p. 402).

A pesquisa qualitativa não se baseia no tamanho da amostra e sim na abrangência do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1993). Seu principal interesse é o cotidiano dos fatos, descobrimento e a exposição dos objetivos; os significados são mais importantes neste tipo de abordagem que, além disso, propõe captar as informações de maneira mais flexível (TOBAR, 2001).

O modelo semi-estruturado é uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão, permite ao entrevistado um discurso mais livre e, em geral, as perguntas são abertas (MARCONI; LAKATOS, 2005).

São baseadas no uso de um guia de entrevistas que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitem ser abordados durante as mesmas. A ordem exata e a redação das perguntas podem variar [...] (TOBAR, 2001, p. 101).

O método de coleta de dados no presente estudo foi o de entrevistas com roteiro semi-estruturado, realizadas com enfermeiros que trabalharam no PSF em Ipatinga. Em seguida são apresentadas suas características, bem como o detalhamento do trabalho de campo.

5.2 Campo e população de estudo

O cenário da pesquisa é o município de Ipatinga onde, em 2002 iniciou-se a implantação do PSF. A cidade foi considerada adequada para o desenvolvimento da pesquisa, pois já acumulou experiência importante com o PSF ao longo dos últimos cinco anos e conta com um número significativo de equipes de saúde da família implantadas, e ainda apresenta uma expressiva rotatividade de profissionais,

como demonstrado na Tabela 9. Segundo informações da Prefeitura Municipal de Ipatinga (2006) o município possui 37 equipes de saúde da família totalizando 37 enfermeiros em atuação no momento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga dispõe de informações que compõem o cadastro de profissionais do PSF na categoria de enfermeiros e o banco de dados do setor de Recursos Humanos do município (que contém informações desde a implantação do programa, em 2002), necessários para estabelecer o número de enfermeiros que já passou pelas equipes de saúde da família do município. Cabe lembrar que as unidades, em sua maioria, possuem em torno de três a quatro equipes.

Os dados contidos na Tabela 9 se referem ao número de enfermeiros inicialmente recrutados, quantos permaneceram, quantos desistiram e número de novos contratados entre 2002 e 2006. Para fins da pesquisa foi considerado como tempo de permanência mínimo em um PSF o período de um ano, segundo parâmetros estabelecidos pela pesquisa “Avaliação das equipes de PSF no Brasil” realizada em 2004, pelo MS.

Com os dados fornecidos pelos setores responsáveis da Prefeitura de Ipatinga, na data de fevereiro de 2007, foi elaborada uma tabela com nove unidades de saúde da família, totalizando 26 equipes, considerando aquelas com mais de um ano de implantação (até o final do ano de 2006), presumivelmente com condições e com tempo de trabalho mais estáveis, totalizando 26 equipes.

TABELA 9 - Alterações de enfermeiros nas equipes de PSF com mais de um ano de implantação no município de Ipatinga (MG) de 2002 a 2006.

Bairro	Ano	Nº. de enfermeiros	Permanência	Desistência	Novos	Alterações por ano
USF Limoeiro 03 equipes	2002	03	02	01	01	02
	2003	03	02	01	01	01
	2004	03	02	01	01	01
	2005	03	0	03	03	03
	2006	03	03	-	-	-
USF Barra Alegre 01 EQ	2002	01	-	02	03	03
	2003	01	01	-	-	-
	2004	01	-	01	01	01
	2005	01	01	-	01	-
	2006	01	01	-	01	-
USF Vila Celeste 4 equipes	2002	03	02	02	02	02
	2003	04	03	01	01	01
	2004	04	03	-	01	-
	2005	04	01	03	03	03
	2006	04	03	01	01	01
USF Esperança I 03 equipes	2003	03	01	02	02	02
	2004	03	01	02	02	02
	2005	03	02	01	01	01
	2006	03	02	01	01	01
USF Bom Jardim 04 equipes	2002	03	01	02	02	02
	2003	04	-	01	01	01
	2004	04	01	02	02	02
	2005	04	03	-	-	-
	2006	04	04	-	-	-
USF Bom Retiro 03 equipes	2003	03	02	01	01	01
	2004	03	02	01	01	01
	2005	03	02	01	01	01
	2006	03	03	-	-	-
USF Iguaçu 04 equipes	2004	03	03	-	-	-
	2005	04	04	-	-	-
	2006	04	04	-	-	-
USF Vale do Sol 01 equipes	2002	01	01	-	-	-
	2003	01	-	01	01	01
	2004	01	01	-	-	-
	2005	01	-	01	01	01
	2006	01	01	-	-	-
USF Esperança II 03 equipes	2002	03	01	02	02	02
	2003	03	01	02	02	02
	2004	03	-	03	03	03
	2005	03	03	-	-	-
	2006	04	04	-	-	-
TOTAL	2002 a 2006	26	-	-	-	41

FONTE: Dados compilados pelo autor.

Segundo a Tabela 9, houve evasão de 41 enfermeiros das 26 equipes de PSF do município no período de 2002 a 2006. Todas as unidades apresentaram significativa rotatividade desse profissional. Em uma unidade (Barra Alegre), que conta com uma equipe de PSF, houve troca de três enfermeiros no mesmo ano (permanência média de quatro meses).

Dos 41 profissionais que saíram, 21 enfermeiros foram localizados por meio de contatos com outros enfermeiros que porventura trabalham juntos, facilitando a aproximação do pesquisador aos entrevistados, conseguindo efetuar contato com 16 profissionais. Assim, a população do estudo foi composta por 16 enfermeiros que trabalharam no PSF de Ipatinga entre os anos de 2002 e 2007, que foram localizados no próprio município, na capital e em outros municípios do estado de Minas Gerais.

5.3 Métodos e coleta de dados

Após a pesquisa documental de dados secundários sobre os recursos humanos para o PSF, foi realizada a coleta de dados primários, na forma de uma entrevista com os enfermeiros que já atuaram nas equipes de saúde da família utilizando-se um roteiro semi-estruturado contendo 22 questões (APÊNDICE A) abordando a formação, ingresso na área, fatores facilitadores e dificultadores do trabalho, aportes de insumos materiais, laboratoriais, estrutura física, transporte, motivos que levaram a não permanência do enfermeiro no PSF e condições favoráveis a permanência desse profissional no PSF. No caso, foi efetuado um pré-teste com um enfermeiro, que apesar de não ter trabalhado em Ipatinga, possuía as mesmas características daqueles que compunham a população da pesquisa. Esse enfermeiro não foi considerado como amostra do estudo. Alguns ajustes foram feitos

a partir do pré-teste para melhorar o entendimento das perguntas por parte dos entrevistados. Marconi e Lakatos (2005) orientam a elaboração de pré-teste dos instrumentos de coleta de dados para verificar se o roteiro a ser utilizado apresenta três importantes características: fidedignidade, validade e operatividade.

As entrevistas foram realizadas em local e data previamente agendados com cada entrevistado, totalizando 600 minutos de gravação. Após o término de cada entrevista foi feita a transcrição, seguida da análise das informações coletadas. Foram levados em consideração os consensos e diferenças a partir dos depoimentos de cada entrevistado e de acordo com a literatura especializada. O quadro apresentado no ANEXO C oferece uma síntese das etapas da coleta de dados realizada.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2007, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Os dados foram coletados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), contemplado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos), preservando o anonimato dos participantes. (BRASIL, 1996).

5.4 Análise dos dados

A partir da transcrição das entrevistas, a análise buscou a identificação de consensos e diferenças, selecionando pontos chaves das entrevistas, temas comuns e padrões de significados. Para tal foi utilizada análise de conteúdo e classificação dos elementos por categorias de análise. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise da comunicação, seja oral, escrita, icônica ou até mesmo por

outros códigos que sejam capazes de registrar algum significado. Bardin (2006) propõe a utilização de procedimentos sistemáticos para descrever e inferir o significado das mensagens, no caso emitidas durante as entrevistas.

À mediação entre a ação de descrever e a de interpretar se dá o nome de inferência, raciocínio lógico em que o fenômeno se desdobra em elementos passíveis de serem deduzidos avançando na percepção das condições de produção dos enunciados pelos participantes (BARDIN, 2006).

A técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir uma certa ordem na confusão inicial. É evidente que tudo depende, no momento da escolha dos critérios de classificação, daquilo que se procura ou que se espera encontrar. (BARDIN, 2006, p. 32).

A partir dos vestígios e condições manifestadas com certa frequência nas literaturas consultadas e pela própria capacidade de dedução do pesquisador optou-se por dividir esses elementos de significação em categoriais e subcategorias facilitando desta forma a interpretação e conseqüentemente a emissão dos resultados. Os elementos são: idade, ano de formação, pós-graduação na área específica ou em áreas afins, acesso à capacitação e treinamento para o PSF, contato com conteúdos sobre o tema na graduação, escolha pela área, tempo de permanência no PSF de Ipatinga, atuação em outras equipes de PSF fora de município, tipo de vínculo empregatício, construção de vínculo com a comunidade, fatores que facilitavam o serviço, fatores que dificultavam o serviço, apoio da gestão no serviço, o suporte de exames laboratoriais, recursos materiais, estrutura física, remuneração, apoio às visitas domiciliares, motivos da saída, fatores desejáveis para permanência do enfermeiro no PSF, trajetória profissional após a saída do PSF de Ipatinga.

As entrevistas foram identificadas pela sigla ENT e numeradas de 1 a 16. Conforme descrito no Quadro 2, os resultados foram classificados e divididos em três categorias de análise: perfil profissional, fatores que influenciam o trabalho e a permanência no PSF e distância entre trabalho prescrito e trabalho real.

QUADRO 2 - Categorias de análise e temas correlacionados.

Temas	Categorias de Análise
Idade e gênero	O perfil profissional.
Tempo de formação	
Especialização	
Capacitação específica na área	
Conteúdos sobre o tema durante a formação	
Vínculo empregatício	
Trajetória profissional após saída do PSF	
Vínculo com a comunidade	Fatores que influenciam o trabalho do enfermeiro e a permanência no PSF.
Fatores que facilitam o serviço	
Fatores que dificultam o serviço	
Transporte para visitas domiciliares	
Aporte de recursos materiais exames laboratoriais	
Apoio da gestão de saúde	
Condição da estrutura física	
Remuneração	A distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real.
Escolha pela área de saúde da família	
Motivos da saída do PSF	
Condições para permanência do enfermeiro no PSF	

FONTE: Dados compilados pelo autor.

6 RESULTADOS

Os dados primários obtidos nas entrevistas foram organizados em três categorias: perfil do enfermeiro do PSF, fatores que influenciam o trabalho do enfermeiro e sua permanência no PSF e o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

6.1 O perfil do enfermeiro do Programa Saúde da Família

Os entrevistados têm entre 24 e 54 anos (Tabela 10) e a grande maioria é do sexo feminino (Tabela 11), com tempo de graduação entre seis e dez anos (Tabela 12). Aqueles que permanecem na equipe mais tempo fizeram-no por quatro a cinco anos que foi o caso de quatro entrevistados e outros permaneceram por períodos bem pequenos de cerca de seis meses. Os enfermeiros demonstraram satisfação em participar do estudo por entenderem que seus depoimentos podem colaborar para o enfrentamento das dificuldades do PSF e para o aprimoramento da política pública de saúde no país. Percebe-se, diante da riqueza das vivências e variedade de experiências dos entrevistados, que esta pesquisa trouxe à tona uma série de situações peculiares que a maioria dos enfermeiros mantinha em silêncio à espera de alguém que eventualmente demonstrasse interesse em ouvi-los. A partir dessa escuta foi possível avançar na elaboração de seu significado.

TABELA 10 - Distribuição dos enfermeiros entrevistados, que trabalharam no PSF de Ipatinga nos anos de 2002 a 2007, por faixa etária.

Faixa etária	Número	Porcentagem
24 a 34 anos	10	62,50
35 a 45 anos	05	31,25
46 a 56 anos	01	6,25

FONTE: Dados compilados pelo autor.

TABELA 11 - Distribuição dos enfermeiros entrevistados, que trabalharam no PSF de Ipatinga nos anos de 2002 a 2007, por gênero.

Gênero	Número	Porcentagem
Feminino	14	87,5
Masculino	02	12,5

FONTE: Dados compilados pelo autor.

TABELA 12 - Distribuição dos enfermeiros entrevistados, que trabalharam no PSF de Ipatinga nos anos de 2002 a 2007, por tempo de formação.

Tempo formação	Número	Porcentagem
1 a 5 anos	03	18,75
6 a 10 anos	07	43,75
11 a 15 anos	04	25,0
16 a 20 anos	02	12,5

FONTE: Dados compilados pelo autor.

A maioria dos entrevistados (13) atuou somente em uma equipe durante o período que trabalhou no município, sendo a média de permanência igual a dois anos (Tabela 13).

TABELA 13 - Tempo de permanência dos enfermeiros no PSF em Ipatinga entre os anos de 2002 e 2007.

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

FONTE: Dados compilados pelo autor.

Percebe-se evasão expressiva, representada por metade da amostra (8), entre 2006 e 2007. Cabe ressaltar que, do ponto de vista administrativo e político, o PSF em Ipatinga se constitui de dois momentos, um relacionado à implantação em 2002 vigorando até 2004, e outro posterior à mudança de governo, de 2005 até 2008. Essa mudança da gestão se mostrou significativa no que se refere à experiência dos enfermeiros sendo uma situação mencionada em vários depoimentos. Outro momento onde ocorreu uma rotatividade relevante do ponto de

vista de adaptação dos enfermeiros no programa foi o ano de 2003, logo após a implantação. Cabe comentar que as saídas nesta época foram dos enfermeiros que permaneceram por menos tempo nas equipes. Motivos para tal evasão incluem o fato dos enfermeiros não se encaixarem à dinâmica de trabalho exigida no PSF, ou talvez pelo fato do programa não atender as expectativas do profissional em termos de resultados em curto prazo, como menciona esse entrevistado:

“Eu acho que eu criei uma expectativa muito grande do PSF como se fosse algo que ia, que iria resolver todos os problemas, embora eu, observei que em algumas situações melhorou o atendimento que a gente prestava aos usuários daquele lugar, eh... mas num, num alcançou a minha expectativa, **foi bem inferior a minha expectativa [...]. No período que eu trabalhei [seis meses], é como se a gente tivesse pequenos baldes de água pra apagar um fogo e que você apagava pequenos fogos no meio do caminho, pequenos incêndios e a gente não conseguia chegar na fonte**, então, a gente, em muitas situações a gente conseguia atender aquela pessoa quando a, a situação dela estava muito pior que a inicial da primeira vez que ele nos procurou, então a gente não conseguia, não estava ainda, não estava conseguindo alcançar o objetivo mesmo do Programa Saúde Família.” (ENT8)

Os enfermeiros em sua maioria já haviam trabalhado em outras equipes, em outros municípios, acumulando certa experiência sobre a forma de trabalho e conduta dentro do PSF. Porém confirmam ter permanecido por pouco tempo nas equipes, cerca de máximo um ano em cada, o que vai em desencontro à criação de vínculo com a comunidade, ponto que faz toda a diferença na construção de um

processo de trabalho mais consistente, humanizado, “próximo” das pessoas, como o proposto para o PSF. O depoimento desse entrevistado revela:

“Atuei em vários [municípios]. Eu atuei no município X, [fora do Estado de MG], [...] Depois eu vim pra Minas trabalhei em [Y], depois eu recebi um convite para trabalhar em [Z], implantei o Saúde da Família lá em [Z], fui pra [A], [B], e de [B] para Ipatinga. **Eu fiquei em média um ano, aproximadamente, o tempo que eu ficava nas equipes.**” (ENT15)

A respeito do vínculo empregatício foi observado que a maioria dos enfermeiros (12) era contratado pela Prefeitura por meio de contratos estatutários⁸. Apesar da insegurança de alguns entrevistados ao tentarem descrever o tipo de vínculo ao qual estiveram submetidos, tinham convicção de que essa prática não lhes garantia estabilidade no emprego. Quatro enfermeiros relataram serem concursados, tendo sido absorvidos pelo PSF por ocasião de sua implantação. Os demais mencionaram que se tratava de contrato temporário, que nos primeiros anos foi por tempo indeterminado e com a mudança de gestão passou a ter renovação anual. Assumem, com propriedade, que possuíam direitos como 13º salário, férias, porém sem fundo de garantia, direito esse agregado ao regime celetista.

“[Era] um contrato que tinha algumas leis trabalhistas que eles cumpriam.

Pagamento de férias, 13º, mas não incluía o fundo de garantia e

⁸ O contrato estatutário se trata de vínculo por tempo determinado. O inciso II do art. 37 da Constituição Federal, é bastante preciso ao admitir a contratação por prazo determinado somente na seguinte condição: “**para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público**”, de forma que a contratação por prazo determinado somente deve ser permitida quando for para suprir a ausência de servidor concursado, em casos de licenças e férias, tão somente, ou quando houver necessidade da ampliação na prestação do serviço público, e não houver servidor concursado para o cargo. Mesmo assim, o contrato não poderá ser de prazo longo, pois a Administração Pública estará obrigada a abrir concurso público.

quando entrou a nova gestão eles colocaram no âmbito de renovação anual, entendeu? Temporário.” (ENT5)

A remuneração foi definida de forma clara e incisiva como insatisfatória se comparada à carga de trabalho e à responsabilidade que o enfermeiro assume em uma equipe de saúde da família, pois as atribuições específicas dos enfermeiros determinadas pelo MS são inúmeras e, além dessas, surgem outras demandas relativas à realidade local seguidas de imprevistos, tornando o trabalho árduo e muito maior do que o esperado. O descontentamento aumentava pela comparação da remuneração dos enfermeiros com a dos médicos. Os estudos de Cotta *et al.* (2006), Dal Poz (2002) e Pierantoni e Varella (2002) mencionam sobre a remuneração dos profissionais do PSF e demonstram que os enfermeiros a consideram razoável, porém que o diferencial no valor salarial não tem sido suficiente para manter os profissionais nas equipes e proporcionar a mudança na saúde, como expressado pelos entrevistados:

“Eu acho que na verdade, a gente era mal remunerado no sentido da quantidade de responsabilidade, da quantidade de trabalho que você tinha na equipe que realizar. Eu me lembro que, que às vezes as pessoas falavam, ah, [...] porque você não trabalha em [mais um] 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. Então eu acho que, nesse sentido, o salário isolado, você poderia até considerar como um bom salário, um salário legal, mas quando você avalia o que você tem que estar fazendo, a quantidade de responsabilidade que você tem, você vê

que o seu salário, na verdade, não responde ao trabalho que você realiza, na minha opinião.” (ENT4)

Continuando sobre a remuneração, Dal Poz (2002) ainda alega que a remuneração do enfermeiro do PSF gira em torno de US\$ 1.250,00, porém deve-se refletir que, nesses casos, as intervenções realizadas devem ser pensadas para além da área da saúde: a adesão e a fixação de recursos humanos dependem de outros fatores relacionados com a inserção do profissional e de seu ideal de trabalho. Ou seja, embora os entrevistados considerem o salário compatível com a realidade do mercado de trabalho da categoria (remuneração equivalente a dois mil dólares ou 10 salários mínimos), as atividades que o enfermeiro realiza no PSF são muitas, com uma carga horária semanal de oficialmente 40 horas, mas que se extrapola na realidade. Como a responsabilidade concomitante ao vínculo criado com a comunidade é algo crescente, isso deveria ser compartilhado por toda a equipe. Na percepção dos entrevistados, quando isso não acontece a sobrecarga de trabalho recai sobre o enfermeiro, como mencionado:

“A minha remuneração era baixa em relação à carga horária. As possibilidades em relação à equipe, **às atividades que o enfermeiro desenvolvia que era uma sobrecarga muito maior**, era o profissional que tinha a maior sobrecarga de trabalho dentro da equipe, então o salário para mim era um salário que, num, num era satisfatório [...]. **A questão do vínculo empregatício, isso é muito importante para dar segurança, um salário.” (ENT6)**

Sobre os vínculos empregatícios no PSF, Dal Poz (2002) e Cotta *et al.* (2006) avaliaram que a maioria dos contratos de trabalho era do tipo prestação de

serviços ou contrato temporário, no caso dos profissionais médicos e enfermeiros. Outros mecanismos seriam os concursos públicos, contrato por cooperativas, convênios com ONGs, e cargos comissionados. Ao que tudo indica, os profissionais de enfermagem enfrentam uma pressão para lutarem pela valorização de sua categoria, como trabalhadores da saúde capazes de contribuir substancialmente para transformar uma realidade repleta de responsabilidades, e lutar por condições salariais justas.

Do ponto de vista educacional, ao ingressarem no PSF a maioria realizou um treinamento denominado “Curso Introdutório” com conteúdos específicos da área, antes mesmo de assumirem as equipes para as quais estavam sendo contratados. Mencionaram que tais cursos normalmente eram ministrados para todos os membros da equipe, incluindo gerência, com carga horária de 40 horas, sendo ofertados pela Prefeitura Municipal de Ipatinga ou por outros municípios que porventura tenham trabalhado anteriormente.

O Curso Introdutório para profissionais do PSF é regulamentado pela Portaria n. 2.527, de 19 de outubro de 2006, que define seus conteúdos e estabelece carga horária mínima de 40 horas, preconizando o início do mesmo concomitante ao início das atividades da equipe (BRASIL, 2006d) (ANEXO A). Oficialmente, os conteúdos a serem abordados incluem a atenção básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial; o processo de trabalho das equipes; e atuação interdisciplinar e participação popular (ANEXO B). Um entrevistado menciona:

“Teve aquela capacitação inicial. **O introdutório, antes de iniciar as atividades do PSF, teve uma capacitação geral** que nós demoramos

mais ou menos.... uma semana... teve uma equipe, da, UFMG, que, que, participou que foi, a, o responsável por essa capacitação, **em parceria com a Prefeitura Municipal, com profissionais, médicos, as pessoas envolvidas no pólo de capacitação da UFMG**. Foi toda a equipe. Enfermeiros, médicos, agentes comunitários, lá foi iniciado a divisão das áreas e das micro-áreas.” (ENT3)

A respeito dos conteúdos referentes à temática Saúde da Família no decorrer do curso de graduação, a metade dos enfermeiros mencionou ter tido algum tipo de contato, relacionando momentos teóricos nas disciplinas de Política Públicas de Saúde e Saúde Coletiva, e prática em estágios curriculares realizados na modalidade de internato rural. Cabe ressaltar que alguns dos entrevistados concluíram sua formação antes mesmo da criação do PSF, em 1994, e por esse motivo tiveram contato com o tema somente no momento da atuação, ou seja, por meio do “Curso Introdutório”.

“Eu participei também de um pólo que teve em Belo Horizonte quando começou internato rural na UFMG, então a discussão estava toda em cima do PSF. Desde daquele estágio do oitavo e nono período que eram 450 horas e 400 horas, 50 horas na, no hospitalar, então na saúde pública já iniciou esse contato com PSF, a discussão, foi junto com o pólo da universidade.” (ENT3)

Ao que tudo indica os currículos de enfermagem apresentam certa permeabilidade à temática da Saúde da família no estado de Minas Gerais e São Paulo. Foi o caso de outro entrevistado:

“Foi através, a nossa faculdade ela é toda voltada para Saúde Pública, o último estágio a gente fazia obrigatoriamente PSF, apesar de [na época] estarem bem no início, e a gente só ter três unidades em São Paulo [cidade], **os profissionais, os enfermeiros, os graduandos eram colocados nas, nos postos que ofereciam PSF e a gente lá permanência pela, pelo estágio de saúde coletiva**, que chamava na época, e depois a gente escolhia se queria continuar pro estágio curricular, onde a gente desenvolveria a monografia, continuar ou não.”
(ENT11)

Como já mencionado na fundamentação teórica o Pró-Saúde projeto do MS fomenta a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Além disso, é colocado como desafio para expandir e qualificar a atenção básica no contexto brasileiro ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção. (BRASIL, s/d).

A respeito da especialização a maioria dos entrevistados (13) afirmou ter concluído pós-graduação em Saúde da Família. No final do ano de 2003, a Prefeitura Municipal de Ipatinga ofereceu, aos enfermeiros e médicos do PSF, um curso de pós-graduação em Saúde da Família em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, sendo exigida a adesão daqueles que ainda não possuíam o título de especialista na área. Isso demonstra preocupação, por parte da gestão vigente no período, em capacitar os profissionais investindo na qualidade da

assistência, por meio de uma compreensão mais ampla de conhecimentos específicos referentes à proposta de trabalho no PSF.

6.2 Fatores que influenciam o trabalho e a permanência do enfermeiro no PSF

As entrevistas abordaram fatores facilitadores e dificultadores para o exercício da prática profissional, que podem interferir na permanência dos enfermeiros no PSF. Alguns fatores foram eleitos de forma unânime como facilitadores: a integração da equipe auxiliando responder aos imprevistos do dia-dia e a estrutura física com espaços amplos e próprios para realizar um atendimento digno. Já os fatores dificultadores mais prevalentes foram os “fatores políticos”, citados por muitos como interferindo no trabalho, as cobranças da gerência local e a insuficiência do transporte. Os principais fatores mencionados pelos entrevistados são apresentados no Quadro 4.

QUADRO 4 - Fatores facilitadores e dificultadores do trabalho dos enfermeiros no município de Ipatinga de 2002 a 2007.

Fatores facilitadores	Fatores dificultadores
Integração da equipe	Fatores/ interferência política
Estrutura física adequada/ampla	Falta/insuficiência de transporte
Recursos materiais	Demanda populacional muito grande por equipe
Vínculo com a comunidade	Autoritarismo da gerência local
Equipes completas/Recursos humanos	Falta de comunicação/apoio com o nível central
Quantidade de exames laboratoriais	Visão amadorista da gestão
Permanência dos profissionais	Rotatividade dos profissionais
Equipamentos	Rotatividade do gestor municipal
Treinamento	Cobrança da comunidade
Sistema de informatização	Falta de educação permanente
Programação e planejamento do trabalho	Falta de recursos humanos
Protocolo de enfermagem	Falta de perfil profissional do ACS
Reuniões de equipe	Insuficiência de rede de referencia para consulta com especialistas

FONTE: Dados compilados pelo autor.

A integração da equipe, ou melhor, o esforço diário da construção do trabalho em equipe, foi mencionado pela maioria dos entrevistados como fator facilitador para o desenvolvimento do trabalho no município de Ipatinga. A integração, a interlocução, e a identificação entre esses profissionais se configuram como força capaz de superar barreiras e enfrentamentos que surgem no decorrer da prática.

“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... É se for para escolher o que mais favoreceu seria a integração da equipe e a abertura da comunidade.” (ENT13)

Em outro depoimento, a integração, foi associada com a motivação, proporcionando condições mais amenas e favorecendo o ambiente de trabalho, que diante das muitas dificuldades encontradas, apóia o desempenho e obtenção de melhores resultados.

“A equipe estava motivada para o novo, para uma coisa nova que ninguém conhecia. Eu acho que a motivação da equipe foi interessante. 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)

Outro facilitador destacado pelos enfermeiros foi a infra-estrutura das unidades de saúde da família, com consultórios próprios para o atendimento

individual, garantindo mais privacidade, qualificando dessa forma a assistência prestada, e contribuindo para um atendimento mais humanizado.

“Eu acredito pelo 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.” (ENT2)

O vínculo que se estabelece com a comunidade por meio da permanência dos profissionais na equipe, quando ocorre, foi outro ponto emergente, sendo que a maioria dos entrevistados afirmou ter tido a oportunidade de estabelecê-lo. Idealmente o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, de modo a identificar e atender demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde (SCHIMITH; LIMA, 2004). Sobre a construção do vínculo, um participante afirmou:

“Eu fiquei bastante tempo. 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. **Sabia tudo de todo mundo.** Eu acho que foi. Deu pra estabelecer um bom vínculo.” (ENT7)

Os entrevistados mencionaram a oferta de treinamentos sobre temas relacionados à prática cotidiana de trabalho. Esta alocação de recursos foi salientada por participantes em ambos os governos, ponto positivo para aprimorar

conhecimentos necessários para operacionalizar a saúde de uma comunidade. Como relatado por um enfermeiro que atuou em 2006 e outro 2002:

“Eu só fiz [treinamento] **em relação aos programas** que são trabalhados no PSF, **hanseníase, tuberculose**, [...]” (ENT10).

“**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).

No que tange o incentivo mediado pela Educação Permanente, o investimento era baixo ou inexistente, pelo que se infere dos relatos. A problematização do trabalho e a construção coletiva e sistemática de soluções, no ambiente de trabalho é incipiente no município.

“O tempo que eu fiquei lá, [aproximadamente dois anos], tinha capacitação constante [...] E eu que era recém-formada e ainda não tinha experiência, isso ajudou demais. Porque tinha que trabalhar o programa mas [...] a gente sabia que o programa funcionava, **só que a gente sabia que o programa era só na teoria [referindo-se a contatos somente teóricos]**, então as capacitações junto ao Ministério da Saúde que a Prefeitura organizou para os enfermeiros isso ajudou [...]” (ENT10)

Por outro lado, entre os fatores dificultadores mais prevalentes aparece a interferência da gerência local, considerada “repressora”, “autoritária”, dificultando a realização das atividades diárias, pressionando os enfermeiros a atuarem diante as vontades e decisões tomadas pelo gerente sem sequer “coletivizar” qualquer definição frente ao serviço, desrespeitando a conduta e o posicionamento do profissional, o que é entendido por esse entrevistado como uma ingerência:

“Entrei de férias, quando eu retornei, tinha tirado [o gerente], mudado o meu dia de visita, aí eu já falava, não, eu quero o programa a tarde, eu quero o programa de manhã, a gente marcava o grupo de diabéticos de manhã, eu quero pra, pra tarde, **ela queria tudo do jeito dela. Ah, se não tem quem vai fazer visita não faz, então isso tudo atrapalhava, e a questão mesmo de passar por cima até mesmo de conduta, a gente fala uma coisa, a gerente vai lá e fala outra, também eu acho que isso atrapalha bastante o enfermeiro de desenvolver o trabalho [...]** e a pressão política era grande, no sentido de, sempre a constante ameaça de uma demissão, o tempo todo, a ameaça que eles faziam, tudo que eles iam falar com você era demissão.” (ENT10)

Fazer do seu local de trabalho um território próprio, traduz em uma ação prepotente e possessiva, tornando difícil o ambiente prático, ainda mais na saúde coletiva, onde os problemas sócio-sanitários se estendem para além do que se pode imaginar. O profissional, no caso o enfermeiro, precisa ter autonomia e respeito e ser ouvido. De acordo com as considerações feitas por Souza (2007), o que se aprende com fatos dessa natureza é que sujeitos públicos ocupando cargos governamentais podem perder a racionalidade na formulação das políticas públicas de saúde, tratando-se como uma ação conjuntural em vez de estruturante de um estado-nação. Nessa condição o tempo e o cuidado com os sujeitos envolvidos nas políticas em curso, são elementos essenciais para a consolidação das estratégias que implicam mudanças concretas como mencionado no seguinte depoimento:

“O primeiro gerente que eu tive logo que eu entrei na rede não deixava a gente nem olhar pro lado. A gente tinha que viver em função do que ele queria. Ele queria mexer na agenda da gente, ele, às

vezes a gente não tinha condição de fazer visita domiciliar porque ele estava com o carro, eh..., às vezes ele marcava reuniões intermináveis, ficava repetindo a mesma coisa o tempo inteiro, fazia eh..., ele resolvia que ele tinha que ter uma reunião com a gente, a gente tinha que tá lá na hora que ele queria, desmarcar a agenda que a gente tivesse, num importava com o serviço, ele importava com ele. A gente vivia em função dele. Isso era muito, dificultava muito. Eu acho assim, **a gente trabalha aqui muito sob pressão, uma pressão psicológica muito forte.**” (ENT12)

Outro problema citado foi o “fator” político, descrito pelos entrevistados principalmente como influência da política partidária nas decisões relativas ao PSF. Isso teria ocorrido diversas vezes, em situações relacionadas ao trabalho tais como admissões, demissões e alocação de recursos públicos, influenciando diretamente a rotatividade de profissionais:

“Eu acho que um fator que dificulta muito chama fator político. O dia que o PSF conseguir se desvincular da política e da politicagem... desde uma contratação de funcionário ou desde uma pressão por interesses, que muitas vezes a equipe sofre, eu acho que melhora. 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, então eu brigava [com os responsáveis pela troca].” (ENT3)

A influência política partidária na indicação de funcionários parece ter sido especialmente danosa num programa com peculiaridades tão sensíveis. Tendo o enfermeiro historicamente desempenhado a função de supervisão e capacitação do pessoal técnico-auxiliar, é possível que o desgaste seja decorrente do desenvolvimento dessas atividades, como no seguinte depoimento:

“Eu acho que um dos **fatores que dificultava muito era a forma de contratação dos demais membros da equipe**. Eu acho que isso era assim, visível, você ter que trabalhar com um agente comunitário de saúde totalmente sem perfil, que era indicado, então isso era um nó crítico mesmo. **E você não tinha autonomia para falar, ‘olha, esse agente não serve’**. **Se ele é caso político, ele entrou, você que dê um jeito nele**. E ele vai permanecer no serviço. Muitas vezes você não tinha como fazer com que essa pessoa tenha perfil. Não tinha, não gostava do trabalho não tinha condições de fazer visitas.” (ENT4)

O PSF possui diretrizes básicas para sua operacionalização e uma delas se dirige ao número de pessoas por equipe que é denominado territorialização por áreas de abrangência. Essa divisão se constitui em localidades de até 4.000 pessoas por equipe, esse valor pode ser flexível dependendo da realidade de uma determinada região e/ou comunidade. Porém como resolver 85% dos problemas de saúde pública na atenção primária via PSF, como colocado pelo MS, com um valor populacional superior ao preconizado? Seria uma sobrecarga de trabalho para a equipe que tem metas a serem cumpridas para toda a população coberta, como por exemplo, diminuir a mortalidade infantil tarefa que requer desempenho da equipe e conseqüentemente da comunidade; se aumenta o número da clientela aumenta o trabalho, e isso trará algum tipo de perda.

“Fator dificultador foi, a equipe, ela tinha 8.000, **a população era de 8.000 pessoas [...] E o acesso da equipe a essa população toda também era muito [complicado].** Na verdade eu tinha nove agentes comunitários, e assim, um agente com trezentas famílias.” (ENT 16)

Além disso, os entrevistados apontam que o serviço de referência e contra-referência não é suficiente para atender a demanda do município, configurando as diretrizes da integralidade e universalidade, postulados pelo SUS, como pouco eficaz. Vários municípios no Brasil têm enfrentado esse tipo de problema, como Neópolis (SE), Goiânia (GO), Planaltina de Goiás (GO), localidades pioneiras na implantação do PSF, dispendo de um sistema de referência e contra-referência insuficiente, capaz de assegurar a continuidade da atenção à saúde das famílias de forma integral. (SOUZA, 2007).

“A gente tinha a questão, no começo da **demanda muito grande, a gente tinha uma demanda reprimida para especialistas,** o que deixava o público insatisfeito com a gente, porque era feito o encaminhamento e eles aguardavam três meses, quatro meses, cinco meses, e **não conseguiam o encaminhamento para o especialista e a gente é que respondia por eles, que éramos a porta de entrada.**” (ENT11)

Outro recurso necessário para o adequado desenvolvimento do trabalho é o transporte. Mesmo sendo um insumo fundamental para a realização das visitas domiciliares, que são um diferencial das práticas assistenciais desenvolvidas no PSF, a maioria dos entrevistados refere-se ao mesmo como insuficiente ou mesmo inexistente. Ou seja, em algumas unidades o transporte não existia, em outras um carro era dividido por até sete equipes, além da gerência, que usava o mesmo

veículo para seus afazeres, ficando o mesmo disponível em apenas um turno (manhã ou tarde) para o médico e/ou enfermeiro fazerem as visitas, no caso somente as programadas.

“O carro, ele era da, da unidade, a gente dividia o carro, cada quatro equipes tinha um carro para visita. Eh, a gente fazia o rodízio das visitas, um dia ficava com uma equipe, outro dia ficava com outra. [...] **Se o gerente precisava ir na Prefeitura, o carro pegava o gerente ia, buscava o gerente levava e voltava.** Então às vezes a gente precisava do carro, ele não estava. Várias vezes eu saí para fazer visita com o meu carro, o médico saiu no carro dele.” (ENT11)

As dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho no PSF são variadas, mesmo porque o modelo cria uma expectativa grande tanto por parte da gestão quanto por parte dos profissionais para resolver os problemas daquela comunidade e das próprias pessoas, porém traçar um plano de cuidado seja ele na unidade seja ele no domicílio requer recursos mínimos para a atuação dos profissionais, quando isso não é providenciado pela gestão, o alcance fica limitado, e para que isso não aconteça, os enfermeiros acabam por realizar as visitas por conta própria, até mesmo em locais mais distantes, o que acaba provocando desgaste físico, que, ao longo do tempo, pode se revelar como uma carga pesada a ser suportada:

“Na verdade nós não tínhamos suporte de transporte, **nós fazíamos as visitas por nossa conta, cada um da equipe fazia, ideologia mesmo. Um desgaste físico,** ela não deixava de acontecer talvez se tivéssemos um suporte teríamos condições de fazer além do que fizemos, mas o desgaste era da equipe mesmo.” (ENT13)

Cabe lembrar a topografia montanhosa de certas localidades do município e a extensão territorial das áreas de abrangência que contribuem para desincentivar a realização das visitas domiciliares:

“Solicitamos o carro porque a **gente estava fazendo todas as visitas a pé, foi uma época inclusive que eu estava grávida fazendo visita com o maior barrigão subindo morro e tudo mais, mas tava fazendo.** Aí eles pediram **o carro de outra unidade** aí nós passamos a dividir o carro com **outra** unidade o que dificultou um pouquinho... porque **lá também eram três equipes, nos éramos quatro, um carro por semana pra sete equipes,** com médico, enfermeiro e ainda com outros profissionais da unidade que eventualmente precisavam fazer uma visita, a assistente social, psicólogo, isso dificultava [a visita].” (ENT1)

A rotatividade dos gestores e de outros profissionais, também foi um fator citado, dificultando o planejamento da equipe, a efetivação das ações, e propiciando a desconstrução de trabalhos já validados pela comunidade, como relatado por esses entrevistados:

“[Tínhamos que lidar com] comunidade muito grande, agente comunitário com pouca instrução, que mal sabia ler e escrever, **rotatividade do médico muito alta. O médico não ficava na equipe, ficava e logo depois já estava saindo.** Comunidade muito, muito agressiva, pessoal revoltoso, que brigava com muita facilidade.” (ENT7)

“Quando você vai para um município tão rico, que nem Ipatinga, onde infelizmente de quatro em quatro anos pode-se mudar todo o painel em relação à implementação de uma Secretaria de Saúde e você vê uma

visão amadorista que aconteceu com o município atualmente, você fica muito triste, um projeto que tinha tudo pra crescer e tava crescendo. **Dos cargos gerenciais a nível de Secretaria de Saúde, você, em dois, três anos, passa três, quatro responsáveis na Secretaria, num vai nem ter tempo da pessoa absorver informações, estabelecer metas, sabe?**”
(ENT5)

A respeito da pressão por cumprimento de produção formas totalmente quantitativas e curativas de produzir o trabalho, ao qual não se deveria ter tamanho valor na proposta assistencial do PSF, que enfatiza a promoção da saúde, prevenção de doenças, ações educativas para comunidade, visitas domiciliares. Como o país irá conseguir a mudança na saúde pública e a melhoria dos indicadores sócio-sanitários, se a prática está cada vez mais distante da teoria; se a postura da própria gestão fomenta e valoriza o modelo curativo “consultista” por meio de cobranças e imposições ao trabalhador, a ter que pactuar com idéias obsoletas, e com condições estanques de produção. Se não se permite ao profissional ser criativo, pensar diferente, como fazer diferente? Já se sabe que o maior quantitativo de atendimentos ambulatoriais não transforma o modelo assistencial. Ao contrário, a qualidade de um atendimento, de uma escuta, com ações mais humanizadas a serem ofertadas ao cidadão brasileiro, podem significar um bom começo. Os entrevistados relatam a respeito:

“Quando mudou a gerência, quando mudou a política, a gente mudou muito, mudou muito a forma de trabalhar. **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 PSF era diferente do**

PSF do outro. Eles queriam que eu desse conta da cota que eles achavam que era interessante para eu cumprir e a pressão política era grande, no sentido de, sempre a constante ameaça de uma demissão.” (ENT11)

A pressão por produção de atendimentos não é necessariamente acompanhada da adequada retaguarda da rede. Por exemplo, sobre os exames laboratoriais, as dificuldades apontadas foram tanto na marcação quanto na realização dos mesmos. Além disso, a maioria dos enfermeiros considerou insatisfatório o amparo da Secretaria de Saúde em relação aos enfrentamentos dos problemas. Relatam pouca comunicação entre os níveis central e local, baixa resposta e/ou pouco interesse nas ações realizadas e desvalorização dos profissionais.

A respeito da comunicação e relação de apoio, entre o nível local e o central, vários depoimentos apontaram um distanciamento entre os níveis de atenção, o que significa uma forma menos propulsora para os avanços e consolidação do trabalho promovido pelo PSF no município como assume esses enfermeiros em seus depoimentos:

“Tinha 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 poderia me falar que momentaneamente não podia resolver mas estava ciente dos problemas, [porém] não tinha nem essa satisfação.” (ENT5)

Houve quem associasse esta dificuldade de diálogo à mudança de governo, mas não é possível, pelo estudo realizado, tecer considerações definitivas sobre o tema:

“Na administração onde foi implantado o PSF foi muito bom, o suporte era tranqüilo [para exames]. Depois que mudou, eu não sei porque cargas d’água, mas mudou tudo [...]. Ah... a gente perdeu o trabalho todo. O trabalho que a gente fez ficou todo perdido. **O exemplo disso é hoje as pessoas chegam e viram para mim e dizem, você está fazendo muita falta lá.** [Porque?] A gente não consegue mais ser atendido, ninguém mais, não tem mais grupo, as crianças não estão mais sendo atendidas, a gente não consegue fazer mais a puericultura, a gente não consegue mais o controle de peso, [...] não tem mais reunião de hipertensos e diabéticos.” (ENT7)

Cabe enfatizar que estes relatos referentes ao precário apoio da gestão não se referem apenas a uma administração municipal, ou seja, temos menções de ambos os governos envolvidos com o PSF em Ipatinga (e que exercem oposição entre si). As narrativas referem-se às experiências de enfermeiros que trabalharam em momentos diversos, desde a implantação do programa até momentos mais atuais, sem identificação partidária. O que emerge são histórias de muitos desafios e certos avanços na forma de se conceber saúde. Ao que os dados indicam, a ideologia subjacente ao processo criativo e de transformação se faz necessária e desejável, mas por si só não é suficiente, independente da identidade administrativa vigente.

É valioso ressaltar a existência de momentos de plena satisfação acerca do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros durante o tempo que permaneceram nas

equipes, inclusive da qualidade desses trabalhos, da forma como foram construídos e operacionalizados, e dos vínculos que foram estabelecidos. Sobressai a satisfação de colaborar com o avanço do PSF e, portanto, com a reorientação da política de saúde no país.

“Teve a semana do hipertenso no ano passado e que bateu assim em cima de um projeto nosso, assim, “Está hipertenso, vem pescar”. A gente conseguiu o clube, alugamos 150 varas de pescar, ganhamos dez quilos de salsicha, o clube foi aberto, piscina, lagoa, tudo, tudo. Arrumamos quatro ônibus. **A gente fez 400 camisas, a gente ganhou lanche da padaria para todos os 400 [hipertensos]**, tinha dois monitores do clube que ligaram as cachoeiras do clube, as piscinas artificiais, depois todo mundo em volta do lago, playground, balanço, todo mundo brincando...” (ENT5)

O envolvimento dos entrevistados com a comunidade e com a qualidade da assistência ofertada fica claro em vários exemplos da execução da prática, confirmando a satisfação e o comprometimento do enfermeiro com seu trabalho.

6.3 O distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real do enfermeiro no PSF

Essa categoria se refere à diferença entre a concepção dos enfermeiros que se propõe a trabalhar nessa área, e a execução real da prática de trabalho enfrentada no cotidiano de um serviço de saúde, revelando os motivos que levam à entrada e saída do PSF. Quando questionados acerca do motivo que os levou a atuar na Saúde da Família a maioria dos enfermeiros referiu-se à identificação com a área, considerou seu perfil compatível com a atuação, bem como uma oportunidade

para a carreira. O fato de terem escolhido trabalhar no PSF decorreu, de modo geral, pela identificação com a proposta de trabalho, e pela autonomia para agir e definir suas próprias condutas, que os enfermeiros adquirem com mais fervor no PSF, o que é extremamente importante para dar início a uma nova experiência que possui objetivos desafiadores.

“A Universidade estava muito voltada para [a atuação no hospital], então eu tive uma oportunidade de conhecer melhor o Programa Saúde da Família. **Eu ainda acredito que [o PSF] é uma área de grande atuação do enfermeiro** e com um papel às vezes até mais bem definido, dependendo do hospital que a gente trabalha, **de mais autonomia no seu trabalho**, de você ter mais condições de desenvolver atividades da enfermagem, então eu acho que a, eu sempre me senti mais realizada no PSF do que na área hospitalar eu tive essa idéia quando eu formei, que eu queria trabalhar no PSF, e isso realmente foi validado com a minha prática [...] depois de formada.” (ENT3)

Um dos problemas identificados na implantação do PSF pelos gestores tem sido a carência de profissionais com perfil adequado para implementarem os princípios organizativos e operacionais do modelo (SOUZA, 2007). Outros depoimentos menos consensuais, mas relevantes, destacaram as questões salariais e por se tratar da única oferta de trabalho. Esses entrevistados acabam por contribuir com a rotatividade dos profissionais, pois ficam por pouco tempo a espera de oportunidades melhores de trabalho ou na área que realmente gostariam de seguir:

“Foi a **oportunidade que eu tive assim que eu [me] formei**, eu até tinha muita vontade de ir para área hospitalar mas como primeiro emprego a oportunidade que eu tive foi PSF.” (ENT10)

“Bom, **em termos salariais, Saúde da Família é o melhor hoje**; e eu gosto de, de saúde, saúde pública, mas, assim, se for para olhar, assim, o que eu prefiro mais eu preferia hospital, eu já trabalhei em hospital, aí, depois que eu trabalhei com Saúde da Família eu tive realmente certeza que eu prefiro hospital.” (ENT12)

A respeito da (im)permanência dos enfermeiros no PSF em Ipatinga, a maioria (14) optou por sair e dois foram demitidos (por coincidência ou não, os dois que buscaram atuar na área por motivos salariais e falta de outra oportunidade). As causas mais relatadas dos que se evadiram, foram: a falta de valorização profissional, pressão psicológica, entendida pelo autor como "perseguição", falta de motivação, como emerge das duas falas:

“**Eu me senti muito pressionada**, e aí foi ah, quer saber, realmente se eles não estão a fim de me preservar aqui dentro, falando que posso sair a qualquer hora, que está cheio de gente querendo entrar, eu vou procurar outro lugar que me queira e que eu possa trabalhar sem essa pressão? **Acho que a gente trabalhar sobre pressão a gente não rende nada, profissionalmente, nem pra comunidade nem pra gente mesmo.**” (ENT2)

“**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. Porque eu acho **que na gestão anterior, o que o profissional falava tinha um determinado peso, e depois, o profissional era assim, meramente mais um**, que, eh, qual que é o outro que poderia ser colocado no local, então não tinha a menor valorização com o profissional e não tinha a menor valorização com quem trabalhava na equipe com você.” (ENT4)

Sobre o motivo que levou a uma das demissões, segundo o entrevistado, aconteceu uma ruptura política entre indicado e indicante, criando um certo “efeito cascata” comprometendo o trabalho construído, e rompendo mais um laço com a população, ultrapassando todos os preceitos éticos firmados *a priori*, como mencionado pelo entrevistado:

“É um pouco complicado falar, mas na verdade... aconteceu um problema; **na época que eu entrei, a gente tinha que entrar apadrinhado por um vereador e aí aconteceu um problema com o vereador que me colocou, me parece que teve alguma complicação com o prefeito ou com o secretário, [...] que tirou todo mundo que estava lá que ele colocou, todas as pessoas.**” (ENT10)

Demandas historicamente reprimidas da clientela apóiam uma separação cada vez mais evidente entre a concepção e a execução do trabalho proporcionando a perda do entusiasmo seguido de desgaste físico e psíquico, como afirmam os relatos a seguir:

“PSF é cansativo e exige muito, né, ah... a saúde pública é um trabalho que tem que ter muito amor, se você não tem amor pelo que você faz, eh... você não fica, então acredito até um pouco dessa rotatividade,

porque é um trabalho muito pesado, **a população te cobra muito, muitas vezes o tanto que você faz, faz, faz, parece que ainda é pouco, porque a gente não está só suprimindo a necessidade de saúde, mas a gente está envolvendo com, com tudo que envolve a vida daquela comunidade, desde um problema financeiro, todas as dificuldades que o ser humano encontra e quando a gente está numa região, numa área carente, tem a questão financeira que pesa também, então a carência é muito grande e muitas vezes eles querem suprir toda essa carência em cima do profissional de saúde,** então a gente sente sugado, tem dia que a gente saía da, da unidade parece que sugado, sugou toda a sua força, porque num era só a necessidade de um medicamento, porque tava com uma amigdalite, num era isso, era isso e todos os problemas que envolvem aquela família ou aquela comunidade.” (ENT3)

“Chega um momento que você num tá nem com saúde mais para poder atender saudavelmente essa população. **Então, aí você vê uma outra, uma enfermeira deprimia, outra deprimia, outra enfermeira estafar.** Então eu tenho cinco anos de PSF, e eu nunca tinha pedido um atestado, então você se submeter a ficar 50, 60 dias adoentado mediante a, a... a cobrança que você se faz, mediante os objetivos que você quer sempre continuar tendo, chegou o momento que você não está agüentando mais, você tem que parar, e eu como profissional vou te dizer, é uma pena, eu saí triste, muito triste, eu tinha vínculo, a gente ama a comunidade.” (ENT5)

Quando perguntado o que seria desejável para aumentar a permanência do enfermeiro no PSF os entrevistados mencionaram: capacitação, educação permanente, salários mais justos, e vínculos empregatícios mais seguros. Consideram a proposta bem elaborada, porém precisaria ser melhor implementada.

“Porque **eu acho que esse profissional [enfermeiro] ele precisa dessa valorização**, quando ele está num município que trabalha com isso, nessa perspectiva, eu acho que ele se sente mais motivado a ficar, esse é um ponto, **as capacitação, da residência, o salário, com, que seja um salário atraente, que seja um salário digno para uma carga horária extensa como é essa de 40 horas**, eh, que seja também, ele seja respeitado enquanto profissional.” (ENT15).

“Acho que são dois pontos principais. **A questão do vínculo empregatício**, isso é muito importante para dar segurança pra ele, um salário melhor **e a questão da educação permanente**, é lógico que as condições de trabalho, né, porque nem todo mundo em Ipatinga tinha a realidade que eu trabalhei. Tem várias unidades em Ipatinga que não tem a realidade que eu trabalhei.” (ENT6)

O Quadro 5 mostra os fatores que os entrevistados consideram favorável para garantir a permanência dos enfermeiros no PSF de Ipatinga.

QUADRO 5 - Fatores que foram considerados desejáveis à permanência dos enfermeiros no PSF de Ipatinga.

Comunicação/Proximidade entre nível local e gestão, salários justos
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
Estabilidade de vínculo empregatício
Número adequado de pessoas por equipe, divisão correta da área de atuação da equipe
Vetar a interferência político partidária na contratação profissional
Perfil e identificação dos outros profissionais pela proposta de trabalho
Valorização profissional
Recursos materiais suficientes
Ambiente de trabalho menos hostil
Educação permanente
Apoio da gestão “Secretaria Municipal de Saúde”
Igualdade de cobranças e responsabilidades do trabalho
Autonomia nas condutas
Coordenação específica que compreenda e compartilhe as dificuldades dos profissionais
Diminuir a cobrança e a pressão para produtividade/atingir cotas estabelecidas pela SMS
Avaliação profissional por desempenho
Condições dignas de trabalho

FONTE: Dados compilados pelo autor.

Sobre o destino dos enfermeiros entrevistados após a saída do PSF, em sua maioria, mencionaram que estão trabalhando como professores universitários, e outros foram tentar concurso público para enfermeiro do PSF em outra cidade, sendo aprovados, todos se encontram empregados até o dia em que foram entrevistados.

7 DISCUSSÃO

Os resultados apontam várias características das condições reais de trabalho que enfermeiros do PSF enfrentam, e destaca alguns motivos que os induzem a não permanecer na função. Os motivos que os levaram a sair do PSF são variados, o que é compatível com a natureza diversificada da amostra, cujos participantes atuaram em ambas administrações municipais (há enfermeiros que trabalharam somente na administração anterior, outros que trabalharam somente na atual, e ainda alguns que trabalharam em ambos momentos), porém a pressão por parte da gestão, sem o apoio necessário, e a instabilidade do vínculo empregatício foram unanimemente citados como fatores comprometedores do trabalho.

A relação político-administrativa entre o nível central da gestão municipal e as unidades do PSF emergiu em vários momentos nas entrevistas. Cabe discuti-la e problematizar a influência da gestão no processo e 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”⁹. É provável que a mudança político-partidária tenha sido um obstáculo considerável na implantação do PSF, comprometendo diretamente a gestão e a estabilidade dos recursos humanos.

Seria desejável que os depoimentos de todos, em todos os níveis hierárquicos, fosse disposto em uma relação mais equânime entre aqueles que definem a organização do trabalho. Ou seja, equipes de saúde da família e gestores se beneficiariam da criação de espaços seguros, onde o dissenso seja possível. A

⁹ Essa expressão foi definida por vários dos entrevistados como sendo colocação ou retirada de profissionais por indicação de parlamentares simpatizantes com a administração municipal vigente.

coragem de manifestar sua perspectiva e arriscar pode tornar visíveis e inteligíveis componentes do trabalho até então ignorados (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

O PSF corrobora a conquista de uma identidade e um reconhecimento expressivo do enfermeiro na sociedade, no sentido da sustentabilidade de uma autonomia de conduta até então pouco palpável na categoria. O fato destes profissionais não se encontrarem mais fechados em suas salas nas instituições, e de agora estarem planejando e atuando mais próximo da realidade social, tem assegurado um amadurecimento, um prestígio e uma satisfação profissional talvez nunca vista antes. (ARAÚJO, 2005).

O trabalho e a integração da equipe foram citados pela maioria dos entrevistados como a melhor forma para viabilizar o trabalho, compartilhando idéias e ideais que amenizam os percalços do dia-dia, colaborando no enfrentamento dos imprevistos do cotidiano da prática assistencial. Uma equipe sintonizada consegue avançar mais em 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.

Compartilhar saberes e experiências para alcançar um objetivo comum é fundamental para o avanço de uma equipe de PSF. Peduzzi (1999) 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. A equipe não se estrutura apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser entendida em sua permanente desestruturação/re-estruturação

(FORTUNA *et al.* 2005). Portanto, o trabalho em equipe se baseia na relação entre pessoas, saberes, afetos, interesses comuns e na motivação dos membros. Os resultados sugerem que, apesar dos inúmeros desafios do contexto institucional, tanto os decorrentes da interface com os gestores, quanto os inerentes ao trabalho com as comunidades, foi possível, na experiência dos entrevistados, construir pontes no caminho da integração da equipe e construção de um projeto coletivo.

O vínculo com a comunidade foi mencionado várias vezes pelos enfermeiros, no sentido de ser possível estabelecê-lo e de ser um dos fatores mais facilitadores para a construção do trabalho. Sentir-se junto à comunidade e perceber que seus membros compartilham do trabalho da equipe apareceu, sem dúvida, como um fator de gratificação para os enfermeiros. Essa relação é de suma importância: trata-se do *feedback* (eventualmente o único) que os profissionais necessitam para crer que estão no caminho certo no sentido do planejamento e execução do serviço.

O PSF exige uma aproximação do profissional com a população em seu cotidiano, requerendo conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, quase sempre não exigidas em outras experiências de trabalho. Ao enfermeiro é dada a oportunidade de avançar em áreas que vão desde o planejamento das ações até a consulta de enfermagem, até então pouco reconhecida. (ARAÚJO, 2005, p. 42).

A maioria dos profissionais procura instituições que ofereçam boas condições de trabalho, salários adequados, segurança, estabilidade, possibilidade de crescimento profissional, progressão na carreira, e uma recompensa apropriada para seu esforço e reconhecimento social. Nem sempre, em função das condições do mercado e do valor que o trabalhador conseguiu agregar à sua força de trabalho, o mesmo pode alcançar tudo que almeja, mas pode, ao menos, evitar as piores condições (CODD; VASQUEZ-MENEZES, 1999).

A respeito das condições necessárias para a permanência dos enfermeiros no PSF, a valorização profissional, a autonomia, e condições estáveis de vínculo empregatício foram os mais citados. Outros pontos mencionados foram, o investimento em capacitações, salários mais justos e compatíveis com o trabalho desenvolvido, e o apoio dos governantes. São resultados que convergem com os achados de Souza e Carvalho (2003), sobre fatores que afetam a produção da equipe e comprometem a qualidade do trabalho, como: problemas sociais da população, condições inadequadas de trabalho, conflitos internos e baixos salários. Acrescento que, além desses fatores o trabalho que os profissionais do PSF desenvolvem, e aí destaco o enfermeiro, é dinâmico e muitas vezes demanda uma performance além do que o trabalhador é capaz de sustentar. Extensa carga horária de trabalho, com programações frenéticas, faz da produção cotidiana do cuidado, um desafio diário e cansativo. Insatisfação salarial, condições de trabalho pouco propícias para a qualidade do cuidado, e áreas de abrangência com populações acima do estabelecido aparecem nos relatos dos enfermeiros entrevistados.

A capacitação e os treinamentos foram reconhecidos pelos entrevistados como sendo um bom investimento feito pela gestão em ambas administrações, porém a educação permanente tem sido incipiente no município. Para Souza (2007), capacitação e educação permanente para o pessoal do PSF continua sendo uma lacuna a que se deve atentar; responsabilidade esta que envolve todas as instâncias do SUS, inclusive o MS, que deve fazer cumprir a Constituição de 1988, em seu o Art. 200, inciso III: *“ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”* (BRASIL, 1988), que mais recentemente tem feito investimentos em fomentar estados e municípios neste sentido, bem como as IES.

Além desses pontos, a permanência de outros profissionais como médicos, agentes comunitários, técnicos da enfermagem e os próprios gestores foram destacados por vários dos entrevistados, algumas vezes referindo-se como um fator que colaborou para o desenvolvimento do trabalho, e outras como fator essencial para reforçar a sustentabilidade do trabalho. Dal Poz (2002), Pierantoni (2001) e Guglielmi (2006) enfatizam a rotatividade dos profissionais do PSF como um dos principais problemas a serem sanados para a consolidação do modelo. A rotatividade da gestão tem sido outro problema substancial, Cecílio e Andrezza (2007) observaram uma grande diversidade entre os gestores, predominando aqueles sem formação ou experiência prévia na gestão pública, além de escassa compreensão do SUS. Nestas condições, é muito difícil a boa gestão e a sustentabilidade das políticas públicas.

A sensação explícita de sofrimento e impotência mediante as reais necessidades das comunidades foi referida pelos enfermeiros durante a pesquisa. Cabe perguntar até quando um profissional de saúde consegue manter sua motivação diante de tantos esforços, dúvidas e frustrações. Ao extrapolar o limiar do que o ser humano pode sustentar, passa-se então ao plano do desgaste crescente. Avançar sem apoio é trabalhar sem perspectiva, é expectativa sem resposta, é frustração, desesperança, é ir de encontro ao arsenal de problemas que envolvem uma comunidade desde questões culturais até o estilo de vida de uma pessoa, de uma família, de uma comunidade. As necessidades de uma população são tantas que é fácil perder-se neste emaranhado, denominado “vida real”, e, ao dar-se conta de tantas desigualdades sociais, de tanta impugnação, vetos, empecilhos e indeferimentos, o limite do suportável acaba sendo ultrapassado.

A força de trabalho no PSF enfrenta desafios diários, e contradições que devem ser partilhados por todos da equipe e, sem dúvida, pela gestão. Os dados apontam que quando o trabalho e as responsabilidades não são divididos, quando falta entendimento entre o nível local e o central sobre onde e como se quer chegar, o desfecho é previsível: profissionais estressados, desmotivados, frustrados e sem perspectiva, sendo que inúmeros acabam saindo. É possível que, com tempo, os enfermeiros no PSF acumulem responsabilidades que seriam do conjunto de profissionais, ficando imprensados entre as necessidades demandadas da comunidade e as cobranças da gestão por resultados e produção.

A pressão e as cobranças são tantas que podem ocasionar a “síndrome de *burn out*”, que é um sofrimento intenso produzido a partir de condições intoleráveis de trabalho. Essa condição é definida por Maslach e Jackson¹⁰ (1996 apud CODO; VAZQUES-MENEZES, 1999) como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. O cuidar em saúde em condições desfavoráveis gera tensão emocional constante e atenção perene: Sérias conseqüências espreitam o profissional a cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com os seus clientes, se desgasta e, num extremo, “*burn out*”. Não é intenção deste estudo discutir a prevalência do “*burn out*” em enfermeiros do PSF, mas atentar para sua possibilidade, pois se o país pretende avançar na mudança do modelo assistencial, os gestores de todos os níveis do SUS precisam compreender que situações hostis de trabalho comprometem o rendimento e a saúde física e mental dos profissionais no PSF. Caberia então, para garantir o

¹⁰ MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. (Ed.) **The Maslach burnout inventory manual**. 3. ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.

impacto desta estratégia que pretende reordenar a política pública de saúde, conferir de perto as condições que envolvem a dinâmica de vivências do PSF.

O trabalho, 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. (CODO; VASQUEZ-MENEZES, 1999).

Acontece que, para o trabalhador da área da saúde, não é possível investir somente a energia física em seu trabalho; a relação não é, e nem pode ser meramente objetiva. Ali estão também depositadas suas alegrias, suas insatisfações, suas aflições, enfim, alto grau de subjetividade que envolve a atenção a seres humanos. Quando não há espaço para vazão dessas sensações, quando não é possível o reconhecimento do próprio esforço no produto final, nem tempo para elaborar os conflitos, o trabalhador sofre e se frustra. A relação de gratificação com o produto do trabalho só é possível caso o trabalho não seja fragmentado, e o grau de autonomia e controle sejam compatíveis com as expectativas individuais e coletivas.

Em seu famoso estudo, Marx (1999) analisa a alienação no trabalho, como tendo duas características principais: 1) a relação do trabalhador com o produto do trabalho, do qual não se apropria em sua forma final, e que assume a feição de um objeto estranho. Essa relação seria análoga àquela que se estabelece com o mundo exterior sensorial, com os objetos naturais, como um mundo estranho e hostil; 2) a alienação do trabalho como ato de produção de si mesmo dentro do

trabalho. Seria um estranhamento do trabalhador com sua própria atividade humana, percebida como não pertencente a ele mesmo, atividade confundida com sofrimento e marcada pela passividade, vigor transformado em impotência, como se a atividade laboral fosse independente dele e não pertencente a ele, num processo de auto-alienação.

A análise realizada por Marx é ainda atual e permite vislumbrar os riscos de ignorar a alienação potencial dos trabalhadores de saúde. Assim, é urgente avançar na formação e desenvolvimento dos profissionais para o modelo saúde da família, em busca de uma nova ordem que inclua substancialmente cuidar daqueles que cuidam. (SOUZA, 2003).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível, mediante o presente estudo, identificar e compreender vários motivos que levam os enfermeiros a deixarem o PSF: a abordagem pouco expressiva de conteúdos importantes durante sua formação, que o faz traçar um caminho desconhecido e às vezes equivocado ao assumir as funções inerentes ao PSF; a incerteza sobre a pertinência de tal escolha, que requer intenso comprometimento e respeito ao próximo, o restrito investimento em educação permanente, e principalmente a diferença entre a teoria e prática. Se deparar com condições de trabalho pouco favoráveis para lidar com os problemas de saúde de uma comunidade pode parecer pouco atraente e desanimador.

No caso do profissional enfermeiro, as atribuições reais excedem em muito as prescritas, e sobrecarregam o profissional, que é pressionado a oferecer respostas à comunidade que nem sempre está apto a fazer. Na prática cotidiana, a demanda reprimida não suporta mais se manter em tal situação. Exige, principalmente de quem atua no nível local, um retorno imediato, o qual depende em boa parte do apoio de outras instâncias além da Unidade de Saúde da Família. O distanciamento entre os níveis local e central, a falta de canais de comunicação, entre profissionais e governantes, deve ser entendida como uma ameaça à construção coletiva do trabalho. Para ultrapassar a barreira do mero diagnóstico dos problemas e avançar rumo ao seu enfrentamento é necessária a elaboração compartilhada de planos e programações, um tipo de força tarefa diante as mudanças radicais no modelo assistencial proposto pelo PSF.

O momento atual é instigante no sentido de uma percepção mais aguçada em relação à problemática dos recursos humanos em saúde, inclusive no cenário internacional. Esse estudo reitera que é preciso investir nos profissionais de saúde

se realmente se almeja uma saúde diferente, baseada na qualidade de vida. Investimentos em apoio, seja ele na capacitação, seja por meio da pesquisa ou em relação a condições laborais mais dignas são indispensáveis para melhorar a qualidade de saúde prestada à população.

Se o trabalho no PSF é empolgante, instigante, por vezes parece insano, crivado pelas contradições, pelo descontentamento e sofrimento gerais. Estabelecer vínculo com suas respectivas comunidades e construir processos de trabalho apropriados para o desenvolvimento social e de saúde dessas populações historicamente desassistidas, requer criatividade, habilidade, envolvimento físico, mental e social da equipe.

Apesar das turbulências causadas por realidades imprevisíveis e recursos escassos, e das mudanças administrativas que impactam o PSF, em Ipatinga e em tantos outros lugares que o tem implantado, é possível avançar em nível regional e nacional. O PSF não merece continuar a mercê de “rotatividades”, ele não pode ser desmontado, em parte ou no geral, a cada mudança de governo.

Mediante a saída de tantos profissionais que nitidamente não resistem a uma série de circunstâncias, medidas de impacto que garantam a permanência dos trabalhadores no PSF, devem ser tomadas. É muito desgastante o momento da saída para um enfermeiro do Programa Saúde da Família, por se ver obrigado a largar um trabalho que na maioria das vezes foi eleito por escolha própria, mediante o desejo de oferecer uma saúde diferente às pessoas, que até então não se passavam de meros “usuários” do SUS. Esta área de atuação se configura como uma grande oportunidade de inserção ao mercado de trabalho para novos enfermeiros, requerendo atenção especial por parte também do aparelho formador. As diretrizes para a formação, para a prestação de serviços e para a assistência já

estão traçadas. Agora, o momento é de avaliá-las mediante incremento da capacidade reflexiva dos profissionais, com ampla atenção por parte dos governos para mantê-los estáveis e seguros nas equipes, assegurando a construção de um trabalho sustentável que traga benefícios para comunidade, para a gestão do sistema e para os próprios profissionais.

Para a gestão, instância crucial na luta pela saúde de todos, também é necessário oferecer oportunidades de profissionalização, conhecimentos e reflexão, num processo de problematização do trabalho do gestor análogo ao que pode ser desenvolvido com as equipes por meio da educação permanente.

Considero que a abordagem dessa problemática tenha conseguido contribuir para o avanço do eixo teórico e prático no que diz respeito ao trabalho do enfermeiro no PSF, mas restam inúmeras lacunas no conhecimento sobre novas práticas de atenção e formação em saúde. O PSF é um “mega” laboratório para pesquisas, que podem e devem colaborar com a lucidez de sua expansão, abrindo caminhos para a exploração de outras novas problemáticas, com intuito de contribuir para a efetivação da forte intenção de mudanças na saúde do país.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; LUGARINHO, Regina. A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da área da saúde e a avaliação da formação no contexto de implantação das diretrizes curriculares nacionais para a graduação em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação, e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPECS, 2006.

ALMEIDA, Márcia Aparecida Vieira de; SANTOS, Antônio Sousa; BEINNER, Rosana Passos Cambraia. Fixação de enfermeiros no Vale do Jequitinhonha/MG: considerando a satisfação profissional. **REME**, v. 8, n. 4, p. 470-474, out.-dez. 2004.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 505-510, out./dez. 1986.

AMARAL, Pedro; LEMOS Mauro Borges; CHEIN, Flávia. Desenvolvimento desigual em Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA: Dimensões do Desenvolvimento Regional em Minas Gerais. 12. 2006, Diamantina. **Anais...** Diamantina: CEDEPLAR/UFMG, 2006. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A062.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2007.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti; GOMES, Daisy Leslie Steagall; MENDES, Iranilde José Messias. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 52-57, out. 2000.

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, 2005.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2004.

ATAKA, Tatiana; OLIVEIRA, Lavinia Santos de Souza. Utilização dos Protocolos de Enfermagem no Programa Saúde da Família no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 13, jan./fev. 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm>. Acesso em: 04 fev. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 04 fev. 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 04 fev. 2007.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 04 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de Casa: Programa Saúde da Família**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44p. (Caderno I. Cadernos da Atenção Básica - Programa Saúde da Família).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3/2001, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo,

Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP. **Mapa de Analfabetismo no Brasil**. Brasília: MEC, 2003. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/estatisticas/analfabetismo/>>. Acesso em: 10 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005a. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 04 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde**. Brasília: MS, 2005b. Disponível em: <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848>. Acesso em: 28 dez. 2007.

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, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SUS**. Elaboração Elizabete Vieira Matheus da Silva, Rose Marie Inojosa, Márcia e Margarete Hora Batista Meneses. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de outubro de 2006d. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **IDB 2006 Brasil - Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP. **Cadastro das Instituições de Educação Superior: Educação Superior; Cursos e Instituições**. Brasília: MEC, 2008a. Disponível em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp>. Acesso em: 22 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores Municipais de Saúde**. Município: Ipatinga/MG. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em: 30 jan. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **PSF: balanço da estratégia e da formação dos profissionais**. RET-SUS, ano III, n. 34, jan./fev. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF. **Desenvolvimento de recursos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, s/d. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/Componentell.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2007.

CÂMARA MUNICIPAL DE IPATINGA. **Cidade Ipatinga**. Ipatinga: s/d. Disponível em: <http://www.camaraipatinga.mg.gov.br/cmi_v4/cidade.php>. Acesso em: 09 fev. 2007.

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; ANDREAZZA, Rosimarie. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, jul./dez. 2007.

CODO, Wanderley; VAZQUES-MENEZES, Iône. O que é burnout? In: CODO, Wanderley (Coord.). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes; Brasília, DF: CNTE; UnB, 1999. p. 237-54.

CORBO, A. D'A. **Políticas e Programas de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro; Fundação Getúlio Vargas, Management - MBA em Saúde Pública, [2005?], 102 p.

CORDEIRO, Hésio. **SUS - Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2005.

COSTA, Cristina Rodrigues da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CHIESA, Anna Maria. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF/PACS nas grandes metrópoles: análise da gerência. In: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. serv. saúde**; v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gac Sanit.**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 82-88, Feb. 2002.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. de. **Processo educativo em enfermagem**: das concepções pedagógicas a prática profissional. São Paulo: Robe, 1995.

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. 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.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Projeto Descentralização On Line. **O projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família - PROESF**. Informe da Atenção Básica n. 18, ano IV, set./out. 2003. Disponível em: <[http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20\(Programa\)_Outubro_2003.doc](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20(Programa)_Outubro_2003.doc)>. Acesso em: 02 mar. 2007.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GUGLIELMI, Maria Cristina. **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.

HIPOLITO, José Antonio Monteiro. Remuneração por competência: recompensando o desenvolvimento e a contribuição do profissional. **Rev. FAE BUSINESS**, Curitiba, n. 3, p. 28-31, set. 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade@. População e Domicílios - Censo 2000 com Divisão Territorial 2001. Brasília: IBGE, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 10 jul. 2006

INDI. Perfil Municipal de Ipatinga. Disponível em: <http://indi.redirectme.net:8080/sistema_integrado/cake_1.1.15.5144/index.php/mon/mon_perfis/view/450>. Acesso em: 10 jul. 2006.

LANA, Francisco Carlos Félix; REZENDE, Edna Maria. Pela valorização, promoção, regulação e defesa da enfermagem (Editorial). **Reme**, v. 8, n. 3, p. 347, jul./set. 2004.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Tradução Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n.1, p. 13-28, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

MARX, Karl. **Trabalhador alienado** (Primeiro manuscrito - 1844). Tradução Biblioteca Virtual Revolucionária. Rio de Janeiro: BVR, 1999. Disponível em: <<http://www.geocities.com/autonomiabvr/man2.html>>. Acesso em: 01 jan. 2008.

MATUMOTO, Silvia *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, set./fev. 2005.

MAXWEL, J. A. **Qualitative research design**: an interactive approach. Sage Publications: London, 1996.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Transformando a prática do enfermeiro. **Nursing**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 8, p. 30-37, 2005.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços e modelo porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p.117-160.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Instituto de Geociências Aplicadas - IGA. **Cartografia**. Belo Horizonte: IGA, 2001. Disponível em: <http://licht.io.inf.br/mg_mapas/mapa/cgi/iga_comeco1024.htm>. Acesso em: 10 jan. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - SESMG. **Programa Saúde Família**. Minas Gerais, 2006.

MINAS GERAIS. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC Minas; Secretaria de Estado de Turismo - Setur-MG. **Ipatinga**: atrativos mais procurados. Belo Horizonte: Setur, s/d. Disponível em: <http://www.descubraminas.com.br/DestinosTuristicos/hpg_municipio.asp?id_municipio=152>. Acesso em: 09 fev. 2007.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MENELEU NETO, José *et al.* Características regionais do emprego em Enfermagem no Brasil: 1995-2000. 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.

NASCIMENTO, C. M. M.; PINHEIRO, R. A. Comunicação e pedagogia: a experiência interdisciplinar no Pólo de Capacitação em Saúde da Família em São

Luis - MA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 25., 2002, Salvador. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2002.

PEDUZZI, Marina. **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.

PEREIRA NETO, André de Faria. Os médicos e as enfermeiras visitadoras. In: PEREIRA NETO, André de Faria. **Palavras, gestos e intenções. Os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922)**. 1997. 332p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997. p. 145-157.

PIERANTONI, Célia Regina. 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, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tânia. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: teoria para a prática. **Cadernos Rh Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 29-40, 2006.

PIERANTONI, Célia; VARELLA, Thereza Cristina. 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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA. Assessoria de Comunicação Social. **A saúde em Ipatinga vai bem, obrigado**. Disponível em: <http://www.ipatinga.mg.gov.br/inst_vis.asp?cd=7>. Acesso em: 15 jan. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA. **Perfil município de Ipatinga**. Ipatinga: PMI, 2006. Disponível em: <http://perfil.ipatinga.mg.gov.br/perf_down.asp>. Acesso em: 08 jan. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA. Controladoria Geral do Município de Ipatinga. **Relatório da Controladoria Geral do Município**: relatório anual de controle interno. Ipatinga: PMI, 2003. Disponível em: <<http://cg.ipatinga.mg.gov.br/contas/%7BFE7B5425-0ECA-4E99-8C07-A15FBBBAE6DA%7DRCIIpatinga2003.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; MOTTA, Jose Inácio Jardim. Educação Permanente como Estratégia de Reorganização dos Serviços de Saúde. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 39-44, 1996.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RODRIGUES, P. H. **Saúde e Cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro, 2006. No prelo.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **J Ped.**, v. 75, n. 6, p. 401-406, 1999.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2006.

SOUSA, Maria Fátima; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SANTANA, Paulo (Org.) **Dez anos do PSF em Camaragibe**: eis as nossas riquezas. 1. ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

SOUZA, Maria Fátima. **A cor-agem do PSF**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUZA, Maria Fátima. **Programa Saúde da Família no Brasil**: análise das desigualdades no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. (Série Tempus na Saúde Coletiva, 1).

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. 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.

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

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. epidemiol. SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, abr./jun. 1998.

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. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VARELLA, Thereza Cristina; PIERANTONI, Célia. A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 199-211, abr./jun. 2007.

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

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Empregabilidade dos Enfermeiros no Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 6 (supl. 1), p. 65-74, dez. 2002.

VIEIRA, Adilson Mota *et al.* Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva do sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

USIMINAS. **A Empresa**: História, anos 80. Ipatinga, Belo Horizonte: Usiminas, [2006?]. Disponível em: <<http://www.usiminas.com.br/Secao/0,3381,1-1627,00.html>>. Acesso em: 15 fev. 2007.

10 BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Gustavo de Oliveira; SILVA, Ângela Maria Monteiro da; SANTOS, Denise Michael dos. Faculdades Três de Maio Justiça Organizacional: relações com a ineficácia profissional, comprometimento afetivo e auto-percepção de saúde geral. In: SEMEAD - Seminários em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. 9. 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA-USP, 2006. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/9semead/resultado_semead/trabalhosPDF/341.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2008.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. Cortez: São Paulo, 1997.

BATISTA, A. A. V. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Enfermagem, legislação e assuntos correlatos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Artes Gráficas da FSESP, v. 2, p. 249-53, 1974.

CAMPOS, G. W. **Reforma da Reforma**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. **Saúde e Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre formal e conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão. Preto, v. 6, n. 2, p. 89-104, abr. 1998.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

FONTINELE, K. Jr. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. Goiânia: AB, 2003.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI M. R. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**. In: IDS; USP; MS. (Org.). Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria Rita. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: IDS; USP; MS. (Org.). **Manual de Enfermagem**. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FRANÇA, J. L. Manual para normalização de publicações técnico-científicas. 7. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PATACO, Vera L. P.; VENTURA, Magda Maria; RESENDE, Érica dos S. **Metodologia para trabalhos acadêmicos e normas de apresentação gráfica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rio, 2006.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2007.

SANTANA, José Paranaguá de. (Org.) **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde. Ministério da Saúde, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000. 80 p.

SAUPE, Rosita *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536, set./dez. 2005.

SENA-CHOMPRÉ, R. R. C. de; EGRY, E. Y. **A enfermagem no Projeto UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** São Paulo: Vozes, 2004.

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Entrevistado nº: Data:

2. Idade: Ano de graduação:

3. Você possui especialização? Se sim, em que área?

4. Você fez algum curso ou capacitação ou treinamento para atuar no PSF? [Se sim, por favor informe a carga horária, quem participou, e quem ofereceu o curso]

5. Na graduação você teve contato com conteúdos relacionados à Saúde da família? [Se sim, como foi esse contato? (incluiu algum componente prático)?]

6. Porque você escolheu atuar na Saúde da Família?

7. Por quanto tempo você atuou no PSF de Ipatinga? Em que período?

8. Você atuou em mais de uma equipe de PSF em Ipatinga? Se sim qual o tempo que ficou em cada uma.

9. Você atuou no PSF em algum outro município que não Ipatinga? [Em qual (is) município(s)? Por quanto tempo?]

10. Qual era o seu vínculo empregatício quando trabalhava no PSF de Ipatinga?

11. Você considera que o tempo em que esteve na(s) equipe(s) de PSF em Ipatinga foi suficiente para estabelecer vínculo com a comunidade?
12. Em relação ao serviço, qual(is) fatores facilitavam a sua prática de trabalho quando atuava no PSF de Ipatinga? [Você poderia dar exemplos?]
13. Em relação ao serviço qual(is) fatores dificultaram sua prática de trabalho quando atuava no PSF de Ipatinga? [Você poderia dar exemplos?]
14. Como você avalia o suporte oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento do trabalho e solução dos problemas enfrentados? [Qual (is) a(s) consequência(s) disso no resultado do trabalho?]
15. Como você avalia o aporte dos recursos materiais, quando atuava no PSF de Ipatinga? [Qual (is) a(s) consequência(s) disso no desenvolvimento do seu trabalho?]
16. Como você avalia o acesso a exames laboratoriais em Ipatinga? [Qual (is) a(s) consequência(s) disso no desenvolvimento do seu trabalho?]
17. Como você analisa a estrutura física da(s) unidade(s) de SF em que atuou em Ipatinga? [Qual (is) a(s) consequência(s) disso no desenvolvimento do seu trabalho?]
18. Como você avalia o suporte para realização de visitas domiciliares? [Qual(is) a(s) consequência(s) disso no desenvolvimento do seu trabalho?]
19. Como você considerava a sua remuneração?
20. Qual(is) motivo(s) levaram você a sair do PSF de Ipatinga?

21. O que você considera desejável para estimular a maior permanência dos enfermeiros no Programa Saúde da Família em Ipatinga?

22. Qual foi a sua trajetória profissional após sair do PSF de Ipatinga? [Que atividade profissional esta exercendo no momento?].

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa sobre a atuação dos enfermeiros na **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** em **IPATINGA-MG**, conduzida pela mestrande Simone de Pinho Barbosa, da Universidade Estácio de Sá. Entendo que tenho a liberdade de interromper minha participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Estou ciente que a entrevista, que deverá durar cerca de 40 minutos, será gravada e posteriormente transcrita e analisada e concordo com a publicação e divulgação dos resultados desta pesquisa, nos quais a minha identidade e a da instituição à qual me filio serão omitidas.

Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos junto à orientadora do trabalho, Prof.^a Adriana Cavalcanti de Aguiar pelo telefone (021) 3231-6135, ou pelo e-mail adriana.aguiar@estacio.br.

Assinatura:

Data:

APÊNDICE C

SÍNTESE DAS ETAPAS PARA COLETA DE DADOS

Procedimento	Operacionalização
1. Coleta de dados na secretaria municipal de saúde do município de Ipatinga.	1. Visita ao secretario municipal para esclarecimento acerca da proposta de pesquisa e liberação do acesso ao banco de dados referente aos recursos humanos, no caso o enfermeiro, para comprovação de que o cenário seria factível de ser realizar o estudo.
2. Instrumento para coleta de dados.	2. Após comprovação do fenômeno no município, partiu-se para elaboração do roteiro piloto a ser aplicado aos enfermeiros egresso das equipes de saúde da família do referido município.
3. Aplicação do pré-teste.	3. Selecionado o enfermeiro (garantindo as mesmas características da amostra) a ser submetido a entrevista com o instrumento piloto.
4. Localização da amostra.	4. Relacionado os enfermeiros passíveis de serem localizados partindo-se para busca da amostra através da busca de endereço e telefone dos mesmos. Dos 21 relacionados 16 foram contatados e encontrados para agendamento do encontro.
5. Agendamento das entrevistas, seleção do local e material necessário.	5. Realizado contato com a amostra piloto e programado previamente um horário e local reservado para realização da mesma.
6. Esclarecimentos e explanação sobre o termo de consentimento seguido da coleta de dados.	6. Antes de iniciar a entrevista falar os objetivos da pesquisa e realizar a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, em seguida iniciar a entrevista realizada individual, sem consulta e na presença do pesquisador.
7. Arranjos das questões do roteiro	7. De acordo com o resultado do pré teste, efetivar os ajustes necessários e adequar o instrumento definitivo.
8. Agendamento e execução da coleta de dados com os enfermeiros componentes da amostra (gravação das entrevistas).	8. Fazer contato prévio com cada um dos 16 enfermeiros verificando data, horário e local mais conveniente a ele para realização da entrevista.
9. Disponibilização do pesquisador pós entrevista.	13. Colocar-se disponível aos entrevistados após a realização da entrevista para quaisquer esclarecimentos.

FONTE: Dados compilados pelo autor.

ANEXO A**PORTARIA Nº 2.527, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.**

Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando o preconizado na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde em estabelecer diretrizes nacionais e pedagógicas que facilitem o processo de capacitação dos profissionais da Saúde da Família; e Considerando que o processo de capacitação dos profissionais da Saúde da Família deve iniciar-se concomitantemente ao início dos trabalhos das equipes,

R E S O L V E:

Art. 1º Definir, na forma do anexo a esta Portaria, os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família, agrupados por temas afins.

Art. 2º Definir a carga horária de 40 horas como mínima para certificação do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO B

**CONTEÚDOS MÍNIMOS DO CURSO INTRODUTÓRIO PARA PROFISSIONAL DA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

1. A Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação:

- a) políticas de seguridade social e saúde como direito;
- b) evolução das políticas públicas de saúde no Brasil;
- c) sistemas de Saúde e Atenção Primária em Saúde;
- d) princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; e
- e) Marcos Legais: Normas Operativas, Pacto de Gestão, Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

2. A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base em territorial:

- a) organização de sistemas locais de saúde;
- b) caracterização dos serviços componentes e redes de apoio;
- c) recursos disponíveis e fluxos estabelecidos;
- d) análise da Situação de Saúde; e
- e) Marcos da Programação e da Avaliação: Sistema de informações em Atenção Básica; e Ações Programáticas Estratégicas; e Vigilância em Saúde.

3. O processo de trabalho das equipes:

- a) território: mapeamento e dinâmicas da organização social;

- b) cadastramento e visita domiciliar;
- c) acolhimento e Humanização;
- d) ciclo vital individual e familiar;
- e) atribuições e responsabilidades dos atores envolvidos no processo de trabalho;
- f) Marcos Operativos: coleta e análise de dados; ações educativas, preventivas e assistenciais; e
- g) instrumentos e ferramentas para o trabalho com famílias.

4. Atuação interdisciplinar e participação popular:

- a) ferramentas para atuação interdisciplinar;
- b) participação popular e controle social;
- c) promoção da saúde;
- d) ações intersetoriais e áreas transversais; e
- e) gestão por resultados dos serviços, equipes e profissionais.

ANEXO C

PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM

PESQUISA

Andamento do projeto - CAAE - 0007.0.308.000-07				
Título do Projeto de Pesquisa				
A permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família no município de Ipatinga-MG: motivações e adversidades.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	19/05/2007 11:30:02	25/05/2007 13:10:47		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	07/05/2007 15:51:03	Folha de Rosto	FR135095	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	19/05/2007 11:30:02	Folha de Rosto	0007.0.308.000-07	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	25/05/2007 13:10:47	Folha de Rosto	0007	CEP

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B238p	<p>Barbosa, Simone de Pinho. Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga - MG / Simone de Pinho Barbosa – Rio de Janeiro, 2008.</p> <p>148 f.: il.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, 2008.</p> <p>1. Enfermeiros. 2. Programa Saúde da Família. I. Título.</p>
CDD 610.73	

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)