

FLAVIA REZENDE GOMES BORRELLI

A ROTATIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ZONA
RURAL DE SERGIPE: UM PROBLEMA A SER ENFRENTADO

ORIENTADORA: Dra. Elizabeth Artmann

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de
Planejamento e Gestão da Escola Nacional de Saúde
Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Borrelli, Flavia Rezende Gomes.

A rotatividade dos Profissionais de saúde na zona Rural de Sergipe: Um problema a ser Enfrentado / Flavia Rezende Gomes Borrelli.—Rio de Janeiro, 2004.

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública.
Departamento de Planejamento e Gestão.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Elizabeth Artmann.

Palavras chave: 1.Rotatividade 2.Atenção Básica em Saúde
3.Zona Rural e Saúde 4.Planejamento Estratégico Situacional

Dedicatória
Para Beth pela
liberdade, paciência e
apoio. Para Antonio,
pelo encorajamento e
amor que tornou tudo
possível.

SUMÁRIO	
RESUMO	i
ABSTRACT	ii
LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS.	iv
INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO I: ROTATIVIDADE E RETENÇÃO EM SAUDE PUBLICA.	
1.1. Rotatividade, Retenção.	12
1.2. Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família e vínculo.	14
1.3.O conceito de Situação do Planejamento Estratégico Situacional no contexto da saúde em zona rural	18
CAPÍTULO II: O RURAL E O REMOTO.	22
2.1. A controversa definição de Zona Rural.	22
CAPÍTULO III: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	28
3.1 Universo da Pesquisa	
3.2 Coleta e Análise dos Dados	
3.2.1 Utilização do Planejamento Estratégico Situacional Para Análise dos Dados e Desenho de uma Proposta de Intervenção.	
CAPÍTULO IV ROTATIVIDADE NO SERGIPE RURAL	
4.1 Antecedentes históricos e dados sócio econômicos.	28
4.2.1 Simão Dias: O PACS e a Rotatividade.	35
4.2.2. Tobias Barreto: Alongando As Fronteiras	37
4.2.3. Ilha Das Flores: Negativa Combinação de Fatores	40
4.2.4 Lagarto: Influência das Variáveis Externas	43
4.2.5 Estância: Benefícios e retenção	46
CAPÍTULO V: ROTATIVIDADE NA ZONA RURAL: PAPÉIS E OLHARES	49
5.1. Ilha das Flores	49
5.1.1 Simão Dias	51
5.1.2 Tobias Barreto	52
5.1.3 Lagarto	53
5.1.4 Estância	55
5.2Análise dos Resultados	59
CAPÍTULO VI: UMA ANÁLISE ESTRATÉGICA DA ALTA ROTATIVIDADE EM SERGIPE.	72
6.1 Explicação e Propostas de Ação para o problema Estudado.	72
6.2 A Rede Explicativa	75
6.3 Desenho da Proposta num Cenário Otimista (Momento Normativo)	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	95

RESUMO

O presente trabalho trata do tema da rotatividade de profissionais de saúde na zona rural de Sergipe. A pesquisa surgiu da experiência profissional da pesquisadora como enfermeira da zona rural da cidade de Tobias Barreto entre os anos de 2000 e 2001. O estudo da alta rotatividade percebida nessa localidade e em localidades vizinhas foi motivado pela hipótese de que a rotação constante de profissionais de saúde pudesse estar trazendo prejuízos diversos à comunidade.

O objetivo deste trabalho foi analisar o fenômeno da rotatividade em cinco municípios do estado. Aplicamos questionários com o objetivo de coletar as opiniões de todos os atores envolvidos no processo desde agentes de saúde a gestores municipais. Calculamos indicadores de rotatividade baseados no número de desligamentos e contratações num período de dois anos.

Foram encontradas como causas principais de descontentamento profissional e desligamento questões como: grande distância da capital, salário insuficiente, vínculo trabalhista precário e condições inadequadas de trabalho entre outras causas. As taxas de rotatividade encontradas variaram entre cidades, com uma média geral de permanência média no emprego de 15 meses para enfermeiras e 13,5 meses para médicos.

Com a utilização do Planejamento Estratégico Situacional foi construída uma rede explicativa através dos questionários aplicados aos profissionais de saúde e propostas ações para o enfrentamento do problema. O estudo aponta para a necessidade do aprofundamento da pesquisa sobre rotatividade em saúde na atenção básica rural e para a necessidade de uma política nacional voltada para essa questão.

ABSTRACT

This dissertation abords the theme of Turnover of Health Professionals in Rural areas of Sergipe State. The research came from the experience of the author as a nurse in the rural area of Tobias Barreto city during the years of 2000 and 2001. The high turnover that was perceived in this community and in other communities of the area lead the author to the hypothesis : Constant turnover came from volunteer decision of heath professional and was bringing several lost to the health care of the community.

The objective of this study was to analise the phenomena of turnover in five cities of Sergipe state. We invite all the actors involved in the issue to answer questionnaires from the communities health agents to the health authority of the city, in order to know their opinion and suggestions. We calculate the turnover taxes based on the numbers of professionals who was admitted or left the work post in a period of two years.

We found as maim causes of high turnover problems such as work post away from the capital, insufficient income, precarious work contract, inapropiate work conditions and others. The retention taxes vary among cities but the average was 15 months for nurses and 13,5 months for physicians.

Using Situational Strategic Planing we build a explanatory net though the questionnaire answered by the health professional. This study points to the need to further and deeper research about turnover of primary care professional in rural areas and to the need of a national policy for this issue in Brazil.

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS.

Tabela 1- Municípios Pesquisados Por Localização, População, Nascidos Vivos, Óbitos E Numero De Unidade de Saúde da Família.

Tabela 2 - Contratações, Desligamentos E Permanência Média Em Simão Dias.

Tabela 3 - Contratações, Desligamentos E Permanência Média Em Tobias Barreto.

Tabela 3.1- Taxa De Admissão, Desligamento, Taxa Bruta E Líquida De Rotatividade E Permanência Média Em Meses De Profissionais De Saúde Na Zona Rural De Tobias Barreto.

Tabela 4 -Contratações, Desligamentos E Permanência Média Em Ilha Das Flores.

Tabela 4.1 -Taxa De Admissão, Desligamento, Taxa Bruta E Líquida De Rotatividade E Permanência Média Em Meses De Profissionais De Saúde Na Zona Rural De Ilha Das Flores.

Tabela 5 -Contratações, Desligamentos E Permanência Média Em Lagarto.

Tabela 5.1 -Taxa De Admissão, Desligamento, Taxa Bruta E Líquida De Rotatividade E Permanência Média Em Meses De Profissionais De Saúde Na Zona Rural De Lagarto.

Tabela 6 -Contratações, Desligamentos E Permanência Média Em Estância.

Tabela 6.1 -Taxa De Admissão, Desligamento, Taxa Bruta E Líquida De Rotatividade E Permanência Média Em Meses De Profissionais De Saúde Na Zona Rural De Estância.

Tabela 7 - Municípios Estudados Por Taxa Líquida De Rotatividade, Percentual De Gestantes, Diabéticos E Hipertensos Acompanhados.

Mapa 1. - Mapa Das Micro-Regiões De Sergipe

Quadro 1 – Questionário Para Profissionais De Saúde Da Zona Rural.

Quadro 2 -Quadro Comparativo Entre As Taxas De Rotatividade Do Nivel Superior Nos Municípios, As Principais Causas De Desligamento Apontadas E A Distancia Da Capital.

Quadro 3 - Vetores De Descrição Do Problema

Quadro 4 –Causas

Quadro 5 -Nos Críticos

Quadro 6 -Análise Dos Nós Críticos

Quadro 7 - Desenho Da Proposta Cenário Otimista (Momento Normativo)

Quadro 8 - Cenários E Operações Estratégicas

INTRODUÇÃO

O grande dilema do estudante de enfermagem é a escolha entre o hospitalar e o ambulatorial, entre a prevenção e o cuidado. Feita a escolha uma série de outras opções surgem do fato de o hospital ser dividido em partes muitas vezes tão distintas.

Aparentemente ao optar pela saúde pública ambulatorial, pelo centro de saúde, o jovem enfermeiro não encontrará tantas bifurcações pelo caminho, uma vez que as políticas de saúde atuais exigem desse profissional, aptidão e preparo para atuar como um generalista.

Em meu caminho nessa profissão, segui a direção da saúde pública com a inocente segurança de que me havia preparado na academia para ser uma enfermeira da comunidade. No entanto a comunidade impõe uma escolha, um saber, uma abordagem especial. A comunidade constitui-se numa importante bifurcação para o profissional que opta pela saúde pública porque comunidade é diversidade. Diversidade interna e externa, em nosso caso a primeira diversidade foi a geográfica, estabelecida entre rural e urbano. Assim, sem mesmo perceber, fiz minha primeira escolha na área de concentração profissional ao aceitar o cargo de Enfermeira Supervisora do Programa de Saúde da Família (PSF) da Zona Rural da Cidade de Tobias Barreto, Sergipe.

Precisei de alguns meses para entender que estava atuando em uma comunidade diferente daquela periferia de Aracaju onde aprendi as atividades inerentes a uma enfermeira de saúde coletiva, mas precisei apenas de alguns dias para me surpreender com a constatação de que eu não estava preparada para aquelas pessoas, suas necessidades, seus desconhecimentos e sobretudo, seus saberes.

Na escola se aprende a calcular o desenvolvimento de uma gestação baseado no peso e altura de uma mulher, na roça se aprende que peso e altura não são medidas valorizadas e por isso, raramente conhecidas. Na escola se aprende que a idade é uma

informação vital para a anamnese de qualquer paciente com qualquer condição. Na roça se aprende que a idade em anos se perde na falta dos documentos de registro ou na classificação mais genérica entre menino, homem e velho. A roça ensina que o programa de planejamento familiar precisa considerar a estiagem, porque na seca, quando os homens vão para São Paulo, as esposas não “precisam” de pílulas. Ensina que os valores, as crenças, as necessidades, as moléstias de quem vive da terra exigem uma abordagem específica por parte dos profissionais de saúde que a eles se dedicam.

Esse estudo surge da constatação de muitos fatos como esses que nos forçaram a aprender, adaptar e criar para fornecer aos nossos parceiros na comunidade rural de samambaia uma assistência de saúde apropriada.

Dentre todos os problemas vivenciados, um nos chamou a atenção de maneira mais urgente. “Quanto tempo a senhora vai ficar?” Perguntavam os agentes de saúde, como que tentando fugir da surpresa de perder uma supervisora com todos os trabalhos pelo início ou pelo meio. “Não sei”, respondia, e logo recebia um olhar de desconfiança como resposta.

A rotatividade de profissionais naquela área, que eles popularmente chamavam de “entra e sai”, mais que qualquer outro problema, parecia incomodar agentes comunitários de saúde, gestores e comunidade. Elegemos esse tema como primeiro estudo sobre saúde em zona rural porque entendemos que é necessária uma certa retenção para que um profissional aprenda a lidar com uma comunidade.

De acordo com essas observações e esses relatos, constatamos que recepções e despedidas eram ocasiões tão numerosas entre membros das equipes de PSF rurais como treinamentos e campanhas de vacinação. Esse movimento de contratações e desligamentos voluntários criava situações negativas como a necessidade de recrutamento de novos profissionais, sua capacitação e a interação com a população e os

demais membros da equipe, processo este que era algumas vezes interrompido por um novo desligamento.

Nosso pressuposto é de que a rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de rural em Sergipe é alta, e como conseqüência está negativamente associada à qualidade da assistência. Pois como afirma STARFIELD (2002: 292) “As interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os médicos aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas dos pacientes e como os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Embora as interações entre pacientes e profissionais ocorram no decorrer da consulta e do encaminhamento, é a amplitude e profundidade do *contexto* que distingue as interações na atenção primária daquela de outros níveis de atenção”.

Apenas cinco por cento da população de zona rural no Brasil possui assistência suplementar de saúde, os demais, ou seja, 95% da população é usuária do SUS. Se esse serviço é de baixa qualidade eles estarão compartilhando a mesma precariedade, mas, se alcançarem níveis satisfatórios de acesso e equidade essas localidades rurais poderiam se tornar um exemplo de universalização.

Em virtude dos argumentos apresentados pretendemos contribuir para a compreensão e o enfrentamento dos problemas advindos do fenômeno da alta rotatividade de profissionais de saúde na zona rural do Estado de Sergipe. Acreditamos que a integração desse profissional nas comunidades da zona rural trará benefícios para ambas as partes e contribuirá para aumentar a qualidade do atendimento em saúde.

Este estudo está dividido em quatro capítulos. No primeiro fazemos uma exposição dos conceitos de rural, rotatividade, retenção, assim como o conceito de vínculo tão presente no Programa de Saúde da Família, estratégia de atenção presente

em quase todos os municípios sergipanos. Discutiremos o problema da rotatividade sob um ponto de vista situacional (Artmann, 2000; Matus, 1996).

No segundo capítulo abordamos a questão rural na saúde, através de uma discussão sobre a tão controversa classificação de rural e urbano no Brasil.

No terceiro apresentamos as principais características das cidades incluídas em nosso universo, a saber: Lagarto, Estância, Simão Dias, Ilha das Flores e Tobias Barreto. Apresentamos as taxas de rotatividade nas equipes da zona rural, descrevemos as condições de trabalho e as principais causas de desligamento a partir de entrevistas semi-estruturadas.

No quarto capítulo construímos uma rede explicativa a partir dos nós críticos e problemas levantados pelos profissionais e discutimos possíveis estratégias de enfrentamento do problema.

OBJETIVO GERAL

Analisar o fenômeno da rotatividade de profissionais de equipes de saúde rural em Sergipe e sugerir ações para enfrentar o problema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as principais causas de desligamento apontadas por esses profissionais.
- Construir uma rede explicativa das causas de desligamento apontando seus nós críticos e possíveis pontos de enfrentamento.
- Comparar os indicadores de rotatividade nos diferentes municípios
- Relacionar os motivos de desligamento com as taxas de rotatividade dos municípios
- Sugerir ações estratégicas para abordagem da questão da rotatividade.

CAPÍTULO I: ROTATIVIDADE, RETENÇÃO E VÍNCULO.

1.1 Rotatividade, Retenção no Trabalho em Saúde.

Rotatividade de profissionais é caracterizada por ANSEMI (1988:14) como “Desligamentos de um certo número de empregados e admissão de novos para preencher os claros deixados na organização, revelando a movimentação da força de trabalho entre o mercado de trabalho e a instituição”. Para a autora, a rotatividade não deve ser vista necessariamente como um mal, especialmente quando se refere à voluntária, expressão de uma busca do profissional por melhores condições de trabalho. Para a organização também não interessam níveis de rotatividade iguais a zero, pois poderiam significar uma instituição estagnada e não oxigenada. Porém, ainda segundo esta autora, é preciso uma avaliação criteriosa quando esta rotatividade aumenta significativamente.

Para WAKERMAN (1998) a chave da saúde rural está justamente na provisão de força de trabalho, incluindo treinamento apropriado e educação, transporte e acesso a serviços apropriados. Contudo, conforme afirma MACLSAAC (2000:32) “O recrutamento de profissionais de saúde para áreas rurais é problemático. A percepção urbana da prática rural é de um heróico médico lutando contra a natureza para servir uma população dispersa e primitiva, trabalhando muitas horas inclusive finais de semana e realizando vários procedimentos sem uma estrutura hospitalar adequada. Embora essa percepção seja imprecisa, ela causa impacto na habilidade das áreas rurais de atrair e reter profissionais de saúde”.

Dentro do ambiente rural estabelecido, investigamos o fenômeno da rotatividade de profissionais de saúde. Para tanto acreditamos na importância de se descrever alguns conceitos sobre rotatividade.

CHIAVENATO citado por ANSELMINI (1988:14) define rotação de recursos humanos como “O volume de pessoas que ingressam e saem da organização, estabelecendo intercâmbio entre ela e o ambiente”. Entretanto para entender rotatividade devemos também estabelecer um conceito de retenção uma vez que, estabelecidas às razões pelas quais um profissional se fixa por um período de tempo em uma comunidade rural, pode-se obter informações valiosas sobre aqueles que não o fazem e vice-versa. HAYS (1995) define retenção como um número arbitrário de anos de serviço. Para ALEXANDER (1998) retenção é um tempo de permanência indefinido ou desconhecido. HUMPHREYS (1998), entretanto fornece uma definição mais completa de retenção quando afirma que retenção não significa prática profissional indefinida em um local, mas um tempo mínimo de permanência em uma comunidade rural. O significado desse tempo “mínimo” não é claro e pode variar de acordo com o profissional, a comunidade e os gestores da saúde. Dessa forma, para o autor, retenção implica em um tempo de atividade que permita o retorno do investimento de treinamento, recrutamento e traga efeitos positivos no cuidado da comunidade. Vale lembrar que devido à diversidade das comunidades rurais o tempo ideal de retenção pode variar, mas a adoção de um padrão médio de permanência poderia facilitar a comparação entre comunidades rurais similares.

A decisão de trabalhar em uma comunidade e a decisão de permanecer ou partir são influenciadas por diferentes fatores. CUTCHIM (1997) define esta situação afirmando que a decisão de ir trabalhar em zona rural ocorre geralmente bem longe deste ambiente. A decisão de permanecer começa a ser tomada dentro da comunidade e amadurece no curso da experiência ali vivida.

Os fatores que influenciam a rotatividade e a retenção rural foram classificados por HAYS e KAMIEN (2000) em três categorias:

- Fatores Profissionais - relacionados com a natureza do trabalho, satisfação profissional, condições de trabalho, remuneração, oportunidades de crescimento profissional, acomodações físicas etc.
- Fatores Sociais - relacionados a características pessoais e familiares
- Fatores Externos - Relacionados com a comunidade e sua localização geográfica

1.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família e a Questão do Vínculo.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representou uma reforma no modelo assistencial de saúde no Brasil que segundo VIANA (1998:22) é definida por três características principais: “A criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).”

A Partir da constituição de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080/90 e 8142/90), o Decreto n. 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996. COSEMS/RJ (2001).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde/ SUS NOAS 01/2001 no seu capítulo primeiro estabelece o processo de regionalização como uma estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Ela estabelece que o processo de regionalização deve compreender as noções de território não exclusivamente restrito à abrangência municipal mas que seja capaz de assegurar

assistência adequada às comunidades otimizando os recursos disponíveis na região. MS (2001).

Os princípios citados acima, assim como a universalidade e o controle social encontraram no programa de Agentes Comunitários de Saúde e posteriormente no Programa de Saúde da Família um modelo de assistência que os viabilizou consideravelmente, apesar dos vários obstáculos existentes para o fornecimento de uma saúde de qualidade à população.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) formulado em 1991 pelo Ministério da Saúde, teve origem em políticas estaduais que utilizavam o agente comunitário como forma de diminuição da mortalidade infantil principalmente no norte e nordeste. Dentro deste contexto VIANA (1998) afirma que o PACS longe de ser apenas uma ação vertical do governo Federal teria sido um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde pois, para que os municípios pudessem aderir ao programa, deveriam dar conta de certos requisitos como existência de uma unidade básica de saúde, do Conselho Municipal, de um profissional (enfermeiro) de nível superior além de um fundo municipal para receber as verbas do programa, tornando-se assim, um instrumento de reorganização dos modelos locais de saúde.

Dessa forma, com o surgimento do PACS rural as comunidades por ele assistidas teriam recrutado, destas mesmas comunidades, além de agentes de saúde, uma enfermeira trabalhando em tempo integral durante a semana. Pode-se dizer que o PACS foi o precursor do Programa de Saúde da Família- PSF. Uma das propostas apresentadas em reunião de dezembro de 1993 no Ministério da Saúde sobre o tema Saúde e Família foi expandir o PACS para a entrada de outros profissionais de Saúde. A proposta da criação do PSF foi efetivada em 1994 e a prioridade na implantação do

Programa foi definida de acordo com as áreas de risco assinaladas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). (VIANA: 1998)

Assim com no caso do PACS foram criados também PSF rurais em Sergipe constituindo-se unidades de saúde da família compostas por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente de saúde nessas regiões. Entretanto, o fato de terem sido estabelecidas unidades de saúde da família em áreas rurais não garantiu a fixação prolongada dos profissionais nessa região e nas demais.

Apresentando os resultados de uma avaliação do processo de implantação do programa de saúde da família VIANA (1998) destaca o contraste na produção ambulatorial entre dois municípios pesquisados; Cocal do Sul (SC) e Baturité (PE). O primeiro mantinha a mesma equipe desde seu início há três anos, e com apenas uma equipe de PSF conseguia cobrir 13% de toda a produção ambulatorial do município de 12.486 habitantes. Já no programa de saúde da família em Baturité a produção ambulatorial apresentou um declínio de 50 para 20% da produção ambulatorial total do município, esse declínio ocorreu paralelamente à dissolução das equipes e sua recomposição alguns meses depois. Essa situação leva a autora a constatar a necessidade de superação de várias dificuldades, como a composição e manutenção das equipes profissionais, na consolidação do programa, o que traz impactos para a produção.

A questão da consolidação do vínculo entre diferentes segmentos sociais e o SUS aparece na NOB SUS 96 como propósito essencial à concretização dos ideais constitucionais. A norma dita que o conjunto dos elementos de descentralização propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não somente nas instâncias colegiadas formais - conferências e conselhos, mas em outros espaços constituídos por atividades

sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento. Cada sistema municipal deve materializar de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Entendemos assim que o vínculo entre a equipe e a comunidade está sendo estimulado por essa norma e deve ser formatado municipalmente com criatividade e informação pertinente sobre a realidade local. Nesse contexto, entender processos que afetam a questão do vínculo constitui-se numa maneira de alcançá-lo com maior êxito.

Um dos objetivos específicos do PSF estabelecido pelo Ministério da Saúde é “Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.” BRASIL/MS (1999)

Na formulação das Diretrizes Operacionais do Programa de Saúde da Família consta que os profissionais das equipes de saúde devem se responsabilizar por sua população adscrita, residindo no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para assegurar a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os agentes comunitários de saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação.

O vínculo entre o profissional de saúde e a comunidade como objetivo e diretriz organizacional do PSF tem sido uma característica marcante do PSF mas não está estabelecido uniformemente nos municípios onde o programa atua. Diferentes realidades locais refletem-se em vínculos mais ou menos fortes e prolongados.

Acreditamos que os fatores socioculturais, geográficos e econômicos da zona rural e semi-árida sergipana apresentam variáveis que interferem com a duração e a forma do vínculo e que um estudo dessas variáveis e do modo como este elo se estabelece atualmente pode contribuir inclusive para um aprofundamento do entendimento desta questão como lógica de atendimento do PSF, uma vez que a exigência de que os profissionais de saúde atuem em tempo integral no município,

trabalhando com população adscrita parece ser insuficiente para criação de um vínculo efetivamente positivo.

No ano de 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) que visa recrutar médicos e enfermeiros para zonas rurais e remotas do Norte e Nordeste, Centro Oeste e norte de Minas Gerais. De acordo com o Ministério da Saúde o programa tem como objetivo “ Fortalecer o Programa de saúde da Família em regiões que não conseguiram atrair profissionais por intermédio da prefeitura.” (BRASIL/MS:2002) Atualmente o programa conta com aproximadamente 1200 profissionais de nível superior.

1.3 O conceito de Situação do Planejamento Estratégico Situacional no contexto da saúde rural

Não pretendemos aqui estabelecer um tempo ideal de permanência em zona rural. Acreditamos que esse tempo pode variar de grupo para grupo (profissionais, comunidade, gestores) e de comunidade para comunidade, não apenas com relação aos resultados relacionados à qualidade da saúde da população mas sob vários outros aspectos que vão do profissional ao político, ou seja, um profissional pode acreditar que já trabalhou tempo suficiente em uma comunidade enquanto esta mesma população considera o contrário, ou vice versa.

Temos motivos para crer que a alta rotatividade contribui negativamente na qualidade e nos indicadores da saúde como demonstra VIANA(1998). Contudo desejamos analisar o fenômeno e estabelecer comparações dentro do território delimitado permitindo que os dados encontrados falem por si, sem estabelecer um número ideal de meses e anos retirado de uma realidade externa à da região estudada ou da visão de apenas uma das partes interessadas no fenômeno. De acordo com esse ponto

de vista acreditamos que o conceito de situação do planejamento estratégico situacional (PES) nos oferece uma forte base teórica dando suporte ao tipo de abordagem que desejamos desenvolver ao longo do estudo.

O Planejamento Estratégico Situacional idealizado por Carlos Matus se constitui em uma das vertentes do planejamento estratégico que surgiu na América Latina nos anos 70. ARTMANN (2000), relata que o PES foi idealizado por Matus, autor chileno que a partir de sua vivência como ministro da economia do governo Allende, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados.

O enfoque do PES surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo constantemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Esse enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total nas variáveis que estão envolvidas na situação. E justamente a partir dessa falta de controle e conhecimento objetivo sobre as variáveis da situação que se estrutura o conceito de situação no PES. Para MATUS (1996), somos forçados a entender a realidade sob vários pontos de vista pelo simples fato de os processos sociais apresentarem conflitos. Entender um fenômeno, longe de se resumir em uma somatória de dados é entender o modo como os dados adquirem significado segundo a minha visão e os meus preconceitos e por que não dizer segundo meus próprios interesses, e o de outros atores envolvidos.

MATUS (1996), afirma que para cada ator envolvido a situação assume um contorno diferente. Baseando-se em Ortega e Gasset, Gramsci e Gadamer estabelece que:

- Não há significado objetivo, completo, fora da situação, 'O significado não existe fora da situação' A situação complementa os discursos verbais e a linguagem complementa a situação conferindo a ela significado. Nenhum discurso pode ser apreendido fora de um contexto concreto.

- As idéias de cada ator são formadas a partir das circunstâncias que o envolvem. As opiniões não são neutras mas contaminadas pelo contexto, assim, se eu tento impor minhas idéias como corretas, estabeleço um monólogo desconsiderando a existência de outros atores e suas respectivas circunstâncias e idéias. Se, contudo, admito outros relatos da realidade estou dialogando no contexto Situacional. Um diagnóstico tradicional é sempre um monólogo.

MATUS (1996), afirma que uma explicação depende de quem a explica, para que explica, a partir de qual posição explica e em face de quais outros explica.

Por fim, o autor demonstra que por mais que tentemos prever o ponto de vista dos outros atores envolvidos na situação estaremos sempre nos deparando com o fato de que cada um atribui valor diferenciado aos assuntos enfocados. Minha previsão da sua atitude estará quase sempre baseada no valor que eu atribuo ao objeto de discussão, quando, por inúmeros motivos o valor que o outro atribui pode ser de grandeza e natureza totalmente diversa.

Transportando esse conceito para a nossa situação de interesse, concluímos que

- Conceitos de rotatividade só passam a ter valor no nosso estudo quando confrontados com a situação da zona rural sergipana estudada.

- Faz-se necessária uma análise das circunstâncias relacionadas aos profissionais de saúde, comunidade e gestores para compreendermos o fenômeno da rotatividade de acordo com os principais atores envolvidos e não apenas como um diagnóstico normativo baseado em taxas.

- O fenômeno da rotatividade possui um valor diferente para os diversos atores envolvidos e compreender esses valores se constitui em importante ferramenta para se construir uma explicação situacional e se sugerir ações estratégicas para conciliar interesses em torno do assunto.

CAPÍTULO II: O RURAL E O REMOTO.

2.1 A controversa definição de Zona Rural.

A definição de zona rural utilizada pelo IBGE é a seguinte: “A classificação da situação do domicílio é urbana ou rural, segundo a área de localização do domicílio e tem por base a legislação vigente por ocasião da realização do Censo Demográfico de 1991. Como situação urbana consideram-se as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites. Este critério é, também, utilizado na classificação da população urbana e rural”. IBGE (1999)

Podemos entender a partir dessa definição que nosso país, como poucos outros no mundo, classifica como urbana toda sede de município ou distrito (vila) independente de característica populacional, geográfica, econômica, etc. “Essa anômala divisão territorial surgiu em 2 de março de 1938, no ápice do Estado Novo, quando o Decreto-Lei 311 determinou que”, A sede do município tem a categoria de cidade”. VEIGA (2003: 57)

Essa definição é foco de uma discussão sobre qual seria a melhor maneira de classificar zona rural. Segundo VEIGA (2002) a classificação é tão questionável que chega ao extremo de definir como urbana a sede do município gaúcho, União da Serra com apenas 18 habitantes. Para o autor o fato de o Brasil ter alcançado um grau de urbanização de 81,2% em 2000 se deve em grande parte a essa classificação oficial imprecisa.

VEIGA questiona a definição baseado, sobretudo, nos malefícios que ela pode trazer aos investimentos em políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida nessas áreas, uma vez que, a partir desse conceito, acredita-se que a população rural

brasileira terá desaparecido até 2030. Para o autor é necessário um plano federal que promova a articulação intermunicipal microrregional de pequeno porte populacional com o objetivo de estimular o desenvolvimento sustentável do Brasil rural, Brasil este que subestimado, acaba desestimulando estudos e investimento na área.

Apenas alguns países como El Salvador, Equador, Guatemala e República Dominicana adotam classificação semelhante à brasileira. Uma alternativa à essa classificação adotada por muitos estudiosos para efeitos analíticos é não considerar urbanas aglomerações com menos de 20 mil habitantes. Embora essa alternativa não seja a ideal, considerando a densidade demográfica alta de muitos municípios com menos de 20 mil habitantes situados em regiões metropolitanas, seu emprego já diminuiria o grau de urbanização do Brasil dos atuais 81% para 70%. Esse tipo de divisão de município foi utilizada no vigésimo Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Natal entre 17 e 20 de Março de 2004.

“Pela primeira vez na história dos congressos do setor, os municípios foram divididos por porte: pequeno (até 20 mil habitantes), médio (de 20 mil a 100 mil), grande (de 100 mil a 500 mil), o grupo de municípios que concentraram mais de 500 mil habitantes e outro apenas com as capitais dos estados”.XAVIER (2004:8)

Para os participantes a divisão por porte, além de dar mais força aos que tinham pouca voz no CONASEMS e ser um pleito antigo dos secretários, refletiu-se nas oficinas de trabalho, pois os secretários puderam debater melhor os problemas específicos de cidades com o mesmo porte. Esse exemplo demonstra como a aplicação de uma classificação mais inteligente, mesmo não sendo a mais adequada, já produz bons resultados práticos na condução da saúde nos municípios.

Para uma análise mais realista que supere a ilusão proveniente da norma oficial é necessário, contudo, a adição de no mínimo dois fatores à variável número de

habitantes. São eles: densidade demográfica e localização. A pesquisa do IBGE, Ipea e Unicamp: *Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil* (1999) utilizou essas variáveis para concluir que em 2000, 57% da população brasileira era urbana. Essa população faz parte de um grupo de 455 municípios residentes em 12 aglomerações metropolitanas, 37 demais aglomerações e 77 centros urbanos. IBGE/Ipea/Unicamp (1999).

Considerando de pequeno porte municípios com menos de 50 mil habitantes e menos de 80hab/km², e de médio porte, população entre 50 e 100 mil habitantes, ou cuja densidade supere 80hab/k², chegou-se à conclusão que o Brasil essencialmente rural é formado por 80% dos municípios, nos quais residem 30% dos habitantes.

Acreditamos que uma definição mais racional do território rural brasileiro traria efeitos positivos também no campo da saúde. A questão do território no SUS deve ser discutida também sobre esse ponto de vista. A adscrição da clientela em zona rural apresenta desafios diferentes da feita em zona urbana, mas se não houver uma diferenciação real desses dois territórios o planejamento e a prática das ações de saúde serão no mínimo incompletas.

Um morador rural é um cliente rural e necessita de um atendimento adequado às suas necessidades. As necessidades de uma pessoa que reside em um ambiente com um grau menor de artificialização dos meios naturais, que divide seu território com menos de 50 hab/km² e que trabalha, quase sempre, em atividades agrícolas, devem ser consideradas para o planejamento das ações de saúde destinadas a essa comunidade.

Países de dimensões continentais como o Brasil, Estados Unidos, Canadá e Austrália, adotam o termo Saúde Rural (Rural Health) para se referir a todas as ações destinadas ao provimento de saúde as áreas rurais e remotas. Muitas universidades desses países possuem departamentos destinados ao ensino e à pesquisa na área da

Saúde Rural. Em centros como estes as questões de rotatividade, retenção, telemedicina, educação à distância e outros assuntos referentes à permanência de recursos humanos e tecnologia em zona rural estão sendo discutidos.

JONES (2004: 2) reforça essa constatação quando afirma que: “Problemas associados com recrutamento e retenção de profissionais de saúde em regiões não metropolitanas têm sido reconhecidos por governantes na Austrália, Estados Unidos, Canadá e em outros países como uma preocupação contínua. Desde o início da década de 90 o governo australiano tem introduzido uma série de iniciativas destinadas a melhorar o suprimento de profissionais de saúde e seu acesso às áreas rurais. Por exemplo, a Estratégia Regional de Saúde, anunciada pela Agencia para a Atenção da Saúde e Envelhecimento em 2000 destinou AU\$ 562 milhões para financiar a força de trabalho rural. O Programa de Retenção Rural que efetua pagamentos aos profissionais de saúde baseado no tempo de serviço e na distancia/isolamento da localidade onde desenvolvem seu trabalho possui um orçamento de AU\$ 81,6 milhões para o período de 2003-2007”.

O termo saúde rural não existe no Brasil e não há, atualmente uma política de saúde exclusiva para essas comunidades, a não ser o PITS destinado ao preenchimento de vagas de médicos e enfermeiras em localidades onde a gestão municipal sozinha é incapaz de atrair mão de obra. O programa, contudo, atende a uma parcela muito reduzida do Brasil rural, mesmo aquele que aparece nas estatísticas oficiais. Não pretendemos assumir que as soluções encontradas por países desenvolvidos e de realidade rural bastante diversa da brasileira devem ser copiadas ou importadas. Contudo consideramos de suma importância que se assuma um compromisso similar de se dedicar recursos humanos e materiais para o suprimento das necessidades de saúde

de comunidades comprovadamente afetadas pela alta rotatividade de profissionais de saúde devido à sua localização e porte.

O debate sobre definição de rural e urbano revela a importância da zona rural no país e deve ser estimulado sem esquecer as questões da saúde, do território e da equidade para que o usuário rural não receba um atendimento planejado para as necessidades urbanas.

A dicotomia cidade/campo como descreve VEIGA (2003) quando diz: “As relações entre os espaços mais urbanizados e os espaços em que os ecossistemas permanecem menos artificializados – isto é, as relações urbano/rurais – não mais correspondem a antiquada dicotomia entre a cidade e o campo (ou entre as” cidades e as serras”, como preferiu Eça de Queiroz).Durante o século 20 o processo de desenvolvimento tornou simplista essa dicotomia, substituindo por uma geometria variável”. VEIGA (2003:38).

Não se pode generalizar zona rural em um país de latifúndios e agricultura familiar onde metade das cinquenta primeiras colocações do ranking do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é ocupada por municípios rurais e desconhecidos do Rio Grande do Sul e Santa Catarina e a maior parte dos municípios que ocupam as últimas colocações dessa lista são também rurais nordestinos. (ONU 1998)

No caso da zona sergipana explorada, embora a definição local de rural e urbano esteja de acordo com a classificação oficial, as equipes de saúde rural estão localizadas nas sedes dos distritos que compõe os municípios (classificadas como urbanas) e a atividade dos profissionais se estende às zonas classificadas como rurais através das visitas domiciliares de todos os membros das equipes, de campanhas e de atividade educativas preventivas.

Não é possível o atendimento na zona rural propriamente dita, pois esta não oferece estrutura física para o desenvolvimento das atividades da equipe de saúde. Na maioria das vezes a população rural se desloca para o povoado mais próximo e recebe atendimento nos centros de saúde, que na área pesquisada, é quase sempre uma antiga unidade da fundação SESP. Cada área rural possui um agente comunitário de Saúde que se encarrega de guiar a equipe nas visitas domiciliares. As campanhas de vacinação também ocorrem na zona rural, uma vez que as vacinas podem ser transportadas e escolas rurais servem de ponto de apoio para as atividades.

Segundo os critérios de densidade populacional e número de habitantes apenas as sedes das cidades de Lagarto e Estância poderiam ser classificadas como zona urbana, enquanto que Ilha das Flores, Simão Dias e Tobias Barreto possuem menos de 50 mil habitantes e 80Hab/km². O que acontece na realidade, entretanto é que a zona rural sergipana é dividida por critérios próprios pelos gestores municipais de saúde, critérios esses que fogem as classificações oficiais e analíticas.

Via de regra, a comunidade que está fora da sede do município recebe uma unidade de saúde denominada rural ou PSF rural. Em todas as cidades visitadas constatamos que essas unidades se localizam no povoado ou vila mais importante da área e as pequenas comunidades vizinhas usualmente fazem dessa sede de povoado um centro de convergência para comércio, transporte, lazer e saúde.

Anteriormente ao PSF a unidade de saúde existente na zona rural da maioria dos municípios de Sergipe era visitada uma ou duas vezes por semana por um médico e uma auxiliar de enfermagem. Assim como na zona urbana, cada equipe abrange aproximadamente 1000 famílias e a baixa densidade demográfica aumenta o tamanho do território para as equipes rurais, resultando em maior deslocamento das equipes para

visitas e, sobretudo dos Agentes de Saúde que cobrem grandes áreas e necessitam deslocar-se muito mais intensamente que os agentes que atuam em zona urbana.

CAPÍTULO III: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.

3.1 Universo da Pesquisa.

O universo da pesquisa foi constituído pelos cinco maiores municípios do Estado de Sergipe (excluídos os municípios da região metropolitana), a saber: Lagarto, Ilha das Flores, Estância, Tobias Barreto e Simão Dias. Esses municípios foram escolhidos por serem representantes das quatro macro regiões geoeconomicas do estado (Semi Árido, litoral, Baixo São Francisco e Agreste) sedes de Micro-regiões e de distritos sanitários, por serem os mais populosos do estado e porque possuem equipes de saúde em zona rural, com exceção do município de Ilha das Flores.

Este último, embora não seja sede de uma Micro-região, foi incluído para que houvesse ao menos um município representante da região do baixo São Francisco, pela importância na região e por possuir equipe de saúde na zona rural. Juntos representam 20% da população do estado.

Tabela 1

Universo Total de Profissionais de Saúde que Atuam no Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde nos Municípios Pesquisados.

Município	Enfermeiro	Médico	Auxiliar de Enfermagem	Agente Comunitário de Saúde
Estância	09	09	10	66
Lagarto	11	11	12	168
Simão Dias	02	00	00	50
Tobias Barreto	05	05	05	42
Ilha das Flores	03	03	03	11
Total	30	28	30	337

Fonte: Atenção Básica SES SE 2004.

A amostra é composta de 14 enfermeiros, 14 médicos, 15 auxiliares de enfermagem (correspondentes a todos os profissionais de nível superior e médio das 15 equipes de saúde existentes nas zonas rurais dos municípios escolhidos) 15 agentes

comunitários de saúde (um em cada equipe escolhido aleatoriamente através de sorteio com números correspondentes as micro-áreas).

Os cinco gestores de saúde dos municípios também integraram esse universo. Os atores envolvidos receberam um termo de livre consentimento (em anexo) e puderam optar pela participação ou não na pesquisa.

Na escolha dessa amostra foi considerada também a disponibilidade de tempo e recursos do pesquisador. O quadro abaixo apresenta algumas características dos municípios citados:

Tabela 2

Municípios Pesquisados Por Localização, População, Nascidos Vivos, óbitos e numero de Equipes de Saúde da Família.

	Localização	População	Nascidos Vivos*	Óbitos menores de um ano	Taxa de Mortalidade Infantil	Equipes de saúde em zona rural
Estância	Sede Micro-região 08	59.02	511	33	64,5	4
Lagarto*	Sede Micro-região 02	83.334	971	52	53,5	4
Ilha das Flores	Micro-região 11	8637	209	15	71,7	2
Simão Dias	Micro-região 13	36.813	379	24	63,3	2
Tobias Barreto	Sede Micro-região 13	43.172	517	24	46,4	3

*Nascidos vivos - ocorridos e registrados no ano - por lugar de residência da mãe

**O coeficiente de Mortalidade Infantil só pode ser utilizado em cidades com mais de 80 mil habitantes (em nosso caso apenas Lagarto) Nos demais municípios essa taxa deve vir acompanhada do número total de óbitos em menores de um ano para auxiliar a interpretação do dado. Em cidades com população muito pequena (Ilha das Flores) essa taxa pode demonstrar uma mortalidade exacerbada e o número total de óbitos no período pesquisado deve ser considerado. BRASIL MS (2003)

Fonte: IBGE, Estatística do Registro Civil de 1998; Malha municipal digital do Brasil: situação em 1997. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 1997

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 1998-2000; Malha municipal digital do Brasil: situação em 1997. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

Mapa 1.

Mapa das Micro-regiões de Sergipe

3.2 Coleta e Análise dos Dados.

Para caracterizar o fenômeno da alta rotatividade dos profissionais de saúde na região estudada, utilizamos análise documental dos registros de contratações e desligamentos das Secretarias Municipais de Saúde, para levantamento das taxas adiante descritas. Utilizamos entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais de saúde de nível superior e médio atuando em zona rural, para obtenção de dados relativos à opinião e sugestões dos atores envolvidos. As entrevistas foram realizadas

com uso do questionário apresentado em anexo, aplicados pela pesquisadora. Os nomes dos profissionais não constaram no texto da pesquisa nem do questionário uma vez que os participantes foram identificados através de números. A listagem de participantes e seus respectivos números de identificação são de conhecimento apenas da pesquisadora.

Os dados de identificação levantados nas entrevistas (vide questionário em anexo) foram totalizados por categoria profissional ou cargo com o objetivo de se obter um perfil dos entrevistados e considerados individualmente para fins de associação e interpretação das entrevistas como um todo.

O presente trabalho considera os quatro referenciais básicos da (bio) ética, expressos na resolução número 196/96 do conselho Nacional de Saúde: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Assumimos o compromisso de que os dados e informações coletados serão utilizados unicamente no âmbito da Pesquisa e divulgados, após consentimento dos entrevistados com garantia do sigilo necessário à suas identidades, através de relatórios ou artigos científicos de responsabilidade dos pesquisadores envolvidos, exclusivamente no intuito de contribuir para o debate e avanço do conhecimento/operacionalização das questões alvo desta investigação.

Para o cálculo da rotatividade utilizamos as seguintes medidas extraídas de ALSEMI (1988)

1 - Taxas de Admissão Taxa de desligamento e Taxa bruta de rotatividade.

Descrevem a movimentação de trabalhadores para dentro e para fora da organização. Representam o volume de rotatividade. Recomenda-se estabelecer o período mínimo de um ano como base de cálculo.

Taxa de Admissão (Ta) e Desligamento (Td)

$Ta = 100 \cdot A/M$

$$Td = 100. D/M$$

Onde: A = número de admissões no período

D = número de desligamentos no período

$$M = \frac{1}{2} (M1 + M2)$$

Sendo: M1 = números de empregados no começo do período

M2 = números de empregados no final do período

Taxa bruta de rotatividade (Tbr)

$$Tbr = 100. DM$$

Onde: D = número de desligamentos no período

$$M = \frac{1}{2} (M1 + M2)$$

Sendo: M1 = números de empregados no começo do período

M2 = números de empregados no final do período

2 - Taxa Líquida de Substituição

Representa a substituição média de pessoal no período e devem ser utilizadas de forma complementar às anteriores uma vez que estas consideram demissão como sinônimo de rotatividade.

$$Tlt = 100 . (L1 / Lf)$$

Tlt = L1 = número de empregados com menos de um ano de serviço no final do ano considerado;

Lf = número total de empregados no final do ano considerado

3 - Permanência Média no emprego.

Representa o tempo médio de permanência em meses dos profissionais no período mínimo de um ano. Para o cálculo dessa medida é necessário um processo cuidadoso de coleta.

3.2.1 Utilização do Planejamento Estratégico Situacional Para Análise dos Dados e Desenho de uma Proposta de Intervenção.

Para interpretar os problemas, as opiniões e demais informações fornecidas pelos entrevistados, assim como para o desenho da proposta de intervenção, utilizamos ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional, mais especificamente uma rede explicativa objetivando uma redução da variedade de dados encontrados, buscando selecionar os descritores e causas mais importantes da situação problemática. As especificações sobre a metodologia do PES em nossa pesquisa encontram-se na página XX juntamente com a rede explicativa e a proposta de ação.

CAPÍTULO IV: ROTATIVIDADE NO SERGIPE RURAL

4.1 Antecedentes Históricos e dados Sócio-Econômicos.

Estudar a rotatividade de profissionais de saúde na zona rural de Sergipe é no mínimo peculiar, como o próprio Estado. A menor unidade da federação sofreu sua primeira tentativa de colonização em 1575 por iniciativa dos jesuítas Gaspar Lourenço e João Salonio, como relata SANTOS (1998). O objetivo, então, segundo o autor, era estabelecer comunicação entre as duas capitais mais importantes do Brasil colonial, Recife e Salvador. Em 1590 foi criada a primeira cidade, a então capital São Cristóvão. Desenvolveram--se atividades de pecuária e relacionadas à cana de açúcar. O estado sofreu uma invasão holandesa em 1637. “ A terra e o homem sofreram com a destruição espalhadas pelos colonizadores Bagnolo e Segismundo Schhoppe. Os que conseguiram escapar tangeram seus rebanhos para as matas de Itabaiana e Simão Dias, dilatando, povoando e valorizando a área colonizada”. SANTOS (1998: 23).

Até 1820 a capitania conhecida como Sergipe d’el Rei era parte da capitania da Bahia. Depois da separação foi promovida à província em 1823 e em 17 de Março de 1855 houve a transferência da capital São Cristóvão para a Vila de Santo Antonio do Aracaju. O objetivo era facilitar a exportação do açúcar, uma vez que São Cristóvão estava afastada do litoral. SANTOS (1998)

O crescimento populacional no Estado é bastante acentuado. Entre 1940 e 2000 Sergipe passou de 542.326 habitantes para 1.734.175 habitantes. A distribuição é desigual sendo a maior densidade no litoral, onde está localizada Aracaju e as cidades que fazem parte da região metropolitana. A concentração populacional na área rural se deu até o ano de 1970. A partir dessa data a migração para os centros urbanos inverte esse quadro, quando em 1992 a população urbana duplica em relação a rural.

O estado de Sergipe possui atualmente 1.784.000 habitantes dos quais 511mil vivem na zona rural. De seus 75 municípios 15 localizam-se no semi-árido. A densidade populacional do estado é de 81,1 habitantes/km² . O crescimento

demográfico é de 2% ao ano. O padrão de vida medido pelo índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,7314, o 17ª entre os 27 estados brasileiros.

O acesso à água é de 78,7% e o acesso à rede de esgoto 45%. A mortalidade infantil é de 44,5 possuindo uma média de leitos hospitalares de 2,3 por mil hab. As atividades econômicas mais importantes são, respectivamente: Serviços, indústria e agropecuária. A participação no PIB nacional é de 0,5%, e a renda per-cápita: US\$: 1.498. IBGE (1997)

Na agricultura os principais produtos no estado de Sergipe são respectivamente: cana-de-açúcar, mandioca, milho, laranja e coco-da-baía. IBGE (1997)

Atualmente existem 170 equipes de saúde nas regiões rurais, todas essas unidades de saúde atuam nos programas PACS e PSF. SES SE (2004)

Enquanto o Brasil possui apenas 18,8% de população em zona rural, o nordeste possui 30%, o estado de Sergipe mantém a mesma porcentagem e a cidade de Tobias Barreto, por exemplo, 36,7 por cento. Esse percentual, quase duas vezes maior que a média nacional se repete nas principais cidades do Estado de Sergipe denotando que qualquer atividade de pesquisa que vise melhorar a assistência de saúde à população rural da região estará voltada para uma parcela populacional significativa uma vez que apenas 5,8% dos moradores de zona rural no Brasil possuem planos de saúde privado, restando assim um contingente de 94,2 por cento da população potencialmente usuária do SUS. (IBGE 1998).

4.2 A Rotatividade Nos Municípios Sergipanos

4.2.1 SIMÃO DIAS: O PACS E A ROTATIVIDADE.

A cidade de Simão Dias localiza-se na região do Semi-árido sergipano, possui 36.813 habitantes. Está localizado a 100 km de Aracaju e suas principais atividades econômicas são a agricultura e a pecuária.

A Secretaria de Saúde de Simão Dias administra duas unidades hospitalares na zona urbana e duas equipes do PACS na zona rural. Em nossa primeira visita ao município tivemos a oportunidade de presenciar uma comemoração pelos três anos de trabalho de um grupo de agentes de saúde. Os demais exercem a função desde 1998. A celebração dos agentes, contudo, não reflete um quadro de estabilidade da equipe como um todo, pois nos últimos oito anos do programa nenhuma enfermeira supervisora chegou permanecer por mais de três anos no município.

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os profissionais do PACS são prestadores de serviço e seu contrato não prevê nenhum benefício além do salário e contribuição ao INSS.

As unidades de saúde possuem uma estrutura simples mas eficiente para a execução das atividades ali realizadas a saber: Imunização, programa de saúde da mulher e da criança, programas de tuberculose hanseníase, diabetes, DST, planejamento familiar entre outras atividades esporádicas como campanhas, emergências e encaminhamentos. A exceção ocorre por ocasião dos atendimentos em alguns povoados onde as condições nas unidades, utilizadas apenas duas ou três vezes ao mês, são mais precárias. As enfermeiras trabalham de 08:00 as 13:00 durante quatro dias na semana.

O município não oferece transporte ou alimentação aos profissionais de saúde na zona rural. O Salário dos agentes comunitários de saúde é R\$260,00 (duzentos e sessenta reais) e o da enfermeira é R\$1900,00 (Mil e novecentos reais). Não existe auxiliar de enfermagem na equipe, essa atribuição é delegada informalmente aos

agentes comunitários de saúde, uma vez que, na grande maioria estes profissionais possuem formação como auxiliar ou técnico de enfermagem. Por ocasião de nossa visita uma das equipes de PACS rural se encontrava sem enfermeira supervisora, pois a mesma havia pedido demissão para assumir um PSF na cidade de Lagarto, SE.

O CÁLCULO DA ROTATIVIDADE EM SIMÃO DIAS

Nas duas equipes de saúde em zona rural de Simão foram obtidos dados sobre contratações e desligamentos nos últimos dois anos, contados retroativamente a momento da coleta de dados. Segundo ANSEMI (1998) O período de dois anos para se calcular a rotatividade de trabalhadores é o mais utilizado pelos pesquisadores.

Tabela 2 - Contratações, desligamentos e Permanência Média em Simão Dias.

	N. de Profissionais admitidos.	N. de profissionais desligados.	Permanência Média no Emprego
Enfermeiros	01	02	15,3 meses
Agente Comunitário de Saúde	00	00	24 meses

Fonte: SMS Simão Dias /2002-2004

Baseados nesses números obtivemos as seguintes taxas de rotatividade:

Taxa de Admissão: $T_a = 66\%$

Taxa de Desligamento: $T_d = 133\%$

Taxa Bruta de Rotatividade: $T_{bt} = 33\%$

No período a enfermeira de uma das equipes permaneceu. Na segunda equipe houve um desligamento, seguido de uma admissão e de um novo desligamento depois de dois meses por parte da nova enfermeira contratada. Dessa forma as taxas globais acima se apresentam bastante elevadas. Devemos contudo considerar que o número de profissionais existentes nessa categoria é bastante reduzido, o que impõe a cada

admissão e desligamento um peso muito grande. Para entender melhor os números de Simão Dias devemos utilizar taxas específicas como a taxa líquida de substituição e a permanência média no emprego.

Taxa Líquida de Substituição: Tlt = 50%

Permanência Média no emprego: 15,3 meses

Através dessas taxas podemos constatar que metade da força de trabalho nas equipes de Simão Dias foi substituída uma vez no período de dois anos (Tlt=50%) e que a média de permanência foi de um ano e três meses, aproximadamente. Vale lembrar que essa média foi puxada para baixo devido ao fato de um profissional ter permanecido apenas dois meses no município.

4.2.2 TOBIAS BARRETO: ALONGANDO AS FRONTEIRAS

Nenhum profissional de nível superior que atua na zona rural de Tobias Barreto é natural do Estado de Sergipe. Dos 3 médicos, 01 é pernambucano e dois são baianos, o mesmo acontecendo com as 03 enfermeiras. A situação se repete nas demais equipes da zona urbana, onde predominam profissionais provenientes da Bahia. A situação não surpreende, uma vez que a cidade faz fronteira com Itapicuru na Bahia e dista apenas duas horas de Feira de Santana e três horas de Salvador.

Tobias Barreto está localizada entre o agreste e o semiárido sergipano e possui 43.172 mil habitantes. Está localizada a 136 Km de Aracaju.

Existem seis equipes de saúde da família no município sendo 03 em zona urbana e 03 em zona rural. Os primeiros profissionais a trabalhar no município eram provenientes de Aracaju, mas estes, segundo a coordenadora do PSF, logo desistiam de permanecer na cidade alegando demasiada distância da capital. Assim que surgia uma oportunidade em um município mais próximo eles migravam. Nos últimos dois anos a

secretaria de saúde começou a anunciar as vagas de trabalho na internet e a receber profissionais de outros estados. Segundo a coordenadora, esses trabalhadores sentem menos necessidade de mudar para um município mais próximo a Aracaju, uma vez que, sua cidade natal é Salvador ou Recife. Esses profissionais tendem a permanecer no município durante boa parte do mês, o que para a coordenadora é positivo se comparado aos aracajuanos que “Ficam na cidade só durante os 04 dias de trabalho, quando não iam e voltavam todos os dias para Aracaju”.

A vinda desses profissionais realmente diminuiu a rotatividade, contudo, não foi suficiente para acabar com o problema da baixa permanência de profissionais de saúde na zona rural da cidade. Como veremos a seguir através dos dados coletados sobre os últimos dois anos.

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os profissionais de PSF de Tobias Barreto são prestadores de serviço e seu contrato não prevê nenhum benefício além do salário e contribuição ao INSS.

O salário para auxiliar de enfermagem é R\$300,00 (trezentos reais), R\$260,00 (duzentos e sessenta reais) para o ACS, R\$2000,00 (dois mil reais) para a enfermeira e R\$3500,00 (três mil e quinhentos reais) para o médico. A carga horária é de 06 horas diárias e os profissionais trabalham quatro dias na semana. O município não fornece transporte, mas fornece alimentação para quem trabalha na zona rural. O atendimento na zona rural é feito em uma unidade principal, geralmente localizada no maior povoado da área. Os demais atendimentos são realizados em pequenos postos de saúde ou escolas em fazendas ou vilarejos sem estrutura para procedimentos como exame de papanicolau ou realização de um exame físico de pré-natal.

O CÁLCULO DA ROTATIVIDADE EM TOBIAS BARRETO

Nas três equipes de saúde em zona rural de Tobias Barreto foram obtidos dados sobre contratações e desligamentos nos últimos dois anos, contados retroativamente ao momento da coleta de dados.

Tabela 3 - Contratações, desligamentos e Permanência Média em Tobias Barreto.

	Admissões	Desligamentos	Permanência Média no emprego
Médico	0	0	24
Enfermeiro	02	02	13,6
Agente de saúde	02	03	<u>24*</u>
Auxiliar de Enfermagem	0	0	24

*Houve um remanejamento dos agentes de saúde por mudança de endereço mas os mesmos permanecem em suas funções.

Fonte: SMS Tobias Barreto/ /2002-2004

Baseados nesses números obtivemos as seguintes taxas de rotatividade:

Tabela 3.1- Taxa de Admissão, desligamento, taxa bruta e líquida de rotatividade e Permanência média em meses de Profissionais de Saúde na Zona rural de Tobias Barreto.

	Ta	Td	Tbt	Tlt	Pme
Medico	0	0	0	0	24 meses
Enfermeiro	66%	66%	16,6%	33%	13,6 meses
Auxiliar	0	0	0	0	24 meses
ACS (agente de saúde)	0,28%	4,31%	10,7%	2,8%	24 meses

No período estudado constatamos que não houve rotatividade de médicos no município. A explicação para o fato é que apesar de serem provenientes da Bahia e de Pernambuco, os médicos da zona rural de Tobias Barreto são residentes no município por um período médio de 10 anos. Além disso dois deles são funcionários da antiga fundação SESP e prestam serviço à Secretaria Municipal de Saúde. O terceiro é aposentado pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Esta constatação nos leva a crer que as duas variáveis que aparecem no caso dos médicos de Tobias Barreto, vínculo trabalhista e

residência na cidade de atuação, parecem estar diretamente relacionadas a uma maior permanência dos profissionais junto à zona rural.

No caso das enfermeiras as mudanças ocorreram em duas das três unidades, permanecendo o PSF da vila Capitoa com a mesma profissional nos últimos três anos. Nos últimos 11 meses não houve novos desligamentos, o que leva as autoridades sanitárias do município afirmarem que a alta rotatividade está diminuindo.

4.2.3 ILHA DAS FLORES: NEGATIVA COMBINAÇÃO DE FATORES.

A cidade de Ilha das Flores possui 8.264 habitantes e está localizada na região norte do Baixo São Francisco há 135 km de Aracaju. As atividades econômicas mais importantes são agricultura e piscicultura com destaque para a rizicultura, coco e banana.

Ilha das Flores possui duas equipes de PSF em zona rural. A distância de 135 Km e o acesso precário faz com que maioria dos profissionais considere o município um dos mais distantes. A característica que mais chama a atenção com relação à assistência de saúde na zona rural é a alta rotatividade de profissionais médicos e enfermeiros, que emerge mesmo antes da obtenção de qualquer taxa, através de uma simples conversa com funcionários ou usuários dos centros de saúde.

Embora o ritmo tenha sofrido uma desaceleração nos últimos dois anos, desde a sua implantação em 2000 o PSF rural do povoado Serrão, por exemplo, já recebeu 06 médicos e 07 enfermeiras diferentes. Vale ressaltar que nos períodos entre um desligamento e uma nova contratação a unidade funciona sem a presença de médico ou enfermeiro, ou dos dois profissionais simultaneamente. Comparativamente aos demais municípios estudados, Ilha das Flores parece ser o que mais apresenta fatores vistos como desestimulantes à permanência pelos entrevistados, é o mais distante da capital, tem maior carga horária e não oferece vínculo empregatício ou benefícios.

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os profissionais de PSF de Ilha das Flores são prestadores de serviço e seu contrato não prevê nenhum benefício além do salário e contribuição ao INSS.

O salário para auxiliar de enfermagem é R\$300,00 (trezentos reais), R\$260,00 (duzentos e sessenta reais) para o Agente Comunitário de Saúde, R\$2000,00 (dois mil reais) para a enfermeira e R\$4500,00 (quatro mil e quinhentos reais) para o médico. A carga horária é de 08 horas diárias na cidade e quatro em trânsito para os residentes em Aracaju.

Os profissionais trabalham cinco dias na semana. A município fornece transporte para os profissionais que moram em Aracaju e em Penedo, Alagoas. Os que saem de Aracaju viajam 04 horas diárias para ir e voltar do município, partindo da capital às seis da manhã e retornando às dezoito horas. Essa rotina, segundo os profissionais entrevistados, é uma das principais razões para a busca de trabalho em localidades mais próximas a Aracaju.

Outro ponto a ser considerado em Ilha das Flores é a decisão do gestor municipal de exigir o cumprimento da carga horária semanal de 40 horas, o que eleva os dias de trabalho de quatro (como ocorre na maioria das cidades do interior sergipano) para cinco. Médicos e enfermeiros se opõem a essa jornada, alegando incompatibilidade com outros vínculos de trabalho e muitos já se afastaram do município devido a essa imposição que foi iniciada em Janeiro de 2004. O município fornece alimentação. As unidades de saúde são bem equipadas e oferecem boas condições de trabalho tanto para enfermeiros quanto para médicos.

CÁLCULO DA ROTATIVIDADE EM ILHA DAS FLORES

Nas duas equipes de saúde em zona rural de Ilha das Flores foram obtidos dados sobre contratações e desligamentos nos últimos dois anos, contados retroativamente ao momento da coleta de dados.

Tabela 4 -Contratações, desligamentos e Permanência Média em Ilha das Flores.

	Admissões	Desligamentos	Permanência Média no emprego
Médico	09	07	7,3 meses
Enfermeiro	04	04	7,5 meses
Agente de saúde	02	02	23.4 meses
Auxiliar de Enfermagem	0	0	24 meses

Fonte: SMS Ilha das Flores/ /2002-2004

Baseados nesses números obtivemos as seguintes taxas de rotatividade:

Tabela 4.1 -Taxa de Admissão, desligamento, taxa bruta e líquida de rotatividade e Permanência média em meses de Profissionais de Saúde na Zona rural de Ilha das Flores.

	Ta	Td	Tbt	Tlt	Pme
Medico	450%	350%	112,5%	350%	7,3 meses
Enfermeiro	200%	200%	50%	250%	7,5 meses
Auxiliar	0	0	0	0	24meses
ACS	20%	20%	5%	10%	23,4 meses

No período estudado constatamos que a única enfermeira que permaneceu por um período de 24 meses havia contraído matrimônio com um profissional de saúde natural e radicado em Ilha das Flores. Não houve rotatividade de auxiliar de enfermagem no município nos últimos dois anos. Após a adesão do município ao projeto do Governo Estadual, que exige a permanência de profissionais de nível superior no município nos cinco dias úteis da semana, todos os profissionais de nível superior se desligaram do município, inclusive a enfermeira da unidade de saúde do povoado Bongue e um médico

do povoado Serrao que já atuavam há mais de 12 e 9 meses no município respectivamente. Atualmente não há profissionais de nível superior provenientes de Sergipe. Os dois médicos e os dois enfermeiros são oriundos de Alagoas, Estado que faz divisa com Ilha das Flores através do Rio São Francisco.

4.2.4 LAGARTO: A INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS EXTERNAS.

O município de Lagarto está localizado há 78 km de Aracaju, na região centro sul do Estado e possui 83.334 mil habitantes. A cidade possui 16 equipes de saúde sendo 12 em zona rural. A maioria das equipes foi formada há menos de dois anos e as equipes selecionadas para este estudos foram as quatro que já existiam no início do período por nós abrangido.

Para diminuir o problema da rotatividade e regularizar a situação dos funcionários de toda a administração municipal, a prefeitura de Lagarto realizou em 2002 um concurso público. A realidade desse município nos pareceu muito ilustrativa de como algumas variáveis podem influenciar a questão da rotatividade por mais que se tente diminuí-la. A condição de servidor que os médicos e enfermeiros passaram a ter realmente diminuiu a rotatividade nos últimos dois anos, contudo essa tendência teve uma alteração em Abril de 2004 quando a Prefeitura Municipal de Aracaju convocou médicos e enfermeiras aprovados no concurso público realizado no final de 2003.

O município de Lagarto foi o que mais perdeu profissionais para Aracaju. Se considerarmos que esses profissionais eram dos poucos do Estado que haviam passado por uma concorrida seleção para adentrar em uma equipe de Saúde da Família, não é de se espantar que tenham tido o melhor desempenho no processo seletivo de Aracaju. Dessa forma o fator habitação pesou mais diante de duas cidades que oferecem vínculo empregatício.

O concurso de Lagarto, realizado com a intenção de fixar profissionais de saúde no município acabou não sendo capaz de fazê-lo completamente pois muitos servidores migraram para Aracaju e como o concurso já prescreveu os suplentes não puderam ser convocados.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde está recrutando profissionais através de anúncios na mídia, mas já não oferece a condição de servidor aos novos contratados.

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os profissionais de PSF de Lagarto que atuam na zona rural são servidores do município com exceção dos contratados após Abril de 2004.

O salário para auxiliar de enfermagem é 300 reais, 260 para o ACS, 2000 para a enfermeira e 4500 para o médico. A carga horária é de 08 horas diárias e os profissionais trabalham quatro dias por semana. A município fornece transporte para os profissionais que moram em Aracaju. O município não fornece alimentação ou moradia. As unidades de saúde são bem equipadas e oferecem boas condições de trabalho tanto para enfermeiros quanto para médicos e profissionais de nível médio.

CÁLCULO DA ROTATIVIDADE EM LAGARTO

Nas quatro equipes de saúde em zona rural de Lagarto foram obtidos dados sobre contratações e desligamentos nos últimos dois anos, contados retroativamente ao momento da coleta de dados.

Tabela 5 -Contratações, desligamentos e Permanência Média em Lagarto.

	Admissões	Desligamentos	Permanência Média no emprego
--	-----------	---------------	------------------------------

Médico	02	03	16,3 meses
Enfermeiro	02	02	18,1 meses
Agente de saúde	02	02	23,6 meses
Auxiliar de Enfermagem	0	0	24 meses

Fonte: SMS Lagarto/ /2002-2004

Baseados nesses números obtivemos as seguintes taxas de rotatividade:

Tabela 5.1 -Taxa de Admissão, desligamento, taxa bruta e líquida de rotatividade e Permanência média em meses de Profissionais de Saúde na Zona rural de Lagarto.

	Ta	Td	Tbt	Tlt	Pme
Medico	66%	85,7%	21,4%	66,6%	16,3 meses
Enfermeiro	25%	25%	12,5%	50%	18,1 meses
Auxiliar	0	0	0	0	24 meses
ACS	3,5%	3,5%	0,87%	3,5%	23,6 meses

Todas as equipes perderam médicos e enfermeiros após o concurso de Aracaju.

Apenas uma equipe permanecia sem um novo médico contratado até o fechamento da coleta de dados desse estudo. Atualmente existem duas novas enfermeiras na condição de prestadoras de serviço e dois novos médicos nesta mesma condição. Duas enfermeiras e um médico permanecem na condição de servidores concursados em 2002. Os agentes comunitários de saúde que deixaram as equipes rurais se afastaram por remanejamento devido à mudança de endereço para a zona urbana, mas permanecem na administração municipal.

4.2.5 ESTÂNCIA: BENEFÍCIOS E RETENÇÃO

O município de Estância está localizado há 90 km de Aracaju, na região centro sul do Estado e possui 59.02 mil habitantes. A cidade possui 10 equipes de saúde sendo 05 em zona rural, dessas apenas quatro funcionam há mais de 02 anos.

Para diminuir o problema da rotatividade a Secretaria Municipal de Saúde oferece alguns benefícios como férias, décimo terceiro salário e transporte além de três dias de folgas semanais e salários de R\$3950,00(três mil novecentos e cinquenta reais) para médicos e R\$1912,00 (Mil novecentos e doze reais) para enfermeiros. Por conta desses benefícios a rotatividade (sempre considerada um problema no município) nos últimos dois anos foi zero nas equipes de zona rural, situação alterada em Abril de 2004 com a convocação de alguns profissionais que atuavam nessas equipes para atuarem em equipes de saúde da família em Aracaju.

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os profissionais de PSF de Estância que atuam na zona rural são prestadores de serviços do município com direito a férias, décimo terceiro salário e transporte.

O salário para auxiliar de enfermagem é R\$300,00 (trezentos reais), R\$280,00 (duzentos e oitenta reais) para o ACS, R\$1912,00 (Mil novecentos e doze reais) para a enfermeira e R\$3950,00 (Três mil novecentos e cinquenta reais) para o médico. A carga horária é de 08 horas diárias e os profissionais trabalham quatro dias por semana. A município fornece transporte para os profissionais que moram em Aracaju. O município não fornece alimentação ou moradia. As unidades de saúde são bem equipadas e oferecem boas condições de trabalho tanto para enfermeiros quanto para médicos e profissionais de nível médio.

CÁLCULO DA ROTATIVIDADE EM ESTÂNCIA

Nas quatro equipes de saúde em zona rural de Estância foram obtidos dados sobre contratações e desligamentos nos últimos dois anos, contados retroativamente ao momento da coleta de dados.

Tabela 6 -Contratações, desligamentos e Permanência Média em Estância.

	Admissões	Desligamentos	Permanência Média no emprego
Médico	0	01	20 meses
Enfermeiro	0	01	21 meses
Agente de saúde	0	0	24 meses
Auxiliar de Enfermagem	0	0	24 meses

Fonte: SMS Estância/ /2002-2004

Baseados nesses números obtivemos as seguintes taxas de rotatividade:

Tabela 6.1 -Taxa de Admissão, desligamento, taxa bruta e líquida de rotatividade e Permanência média em meses de Profissionais de Saúde na Zona rural de Estância. .

	Ta	Td	Tbt	Tlt	Pme
Medico	0%	28,5%	7,1%	0%	20 meses
Enfermeiro	0%	28,5%	7,1%	0%	21 meses
Auxiliar	0%	0%	0%	0%	24 meses
ACS	0%	0%	0%	0%	24 meses

Até o fechamento dos dados o médico e a enfermeira que se desligaram para atuar em Aracaju, ainda não haviam sido substituídos o que gerou uma rotatividade líquida de zero, uma vez que os demais profissionais das equipes rurais atuam há mais de dois anos.

Após o fechamento dos dados todos os Agentes comunitários de saúde foram desligados devido a uma decisão judicial, uma vez que o concurso realizado em Junho de 2004 foi anulado por irregularidades denunciadas pelo Ministério Público. Essa situação ocorreu após o desligamento dos antigos agentes e impediu a continuidade do

trabalho dos novos contratados. Atualmente a cidade encontra-se sem agentes aguardando a resolução do problema.

CAPÍTULO V: ROTATIVIDADE NA ZONA RURAL: PAPEIS E OLHARES

Nos cinco municípios estudados, além dos dados relativos a desligamento e contratação de profissionais, foram conduzidas entrevistas com os gestores municipais da saúde, médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem das 15 equipes de saúde na área rural visitadas.

A seguir exporemos os resultados desses questionários por município. Mais adiante veremos como a junção dos problemas apresentados em todas as localidades constitui uma rede explicativa para uma análise estratégica da rotatividade de profissionais de saúde na zona rural de Sergipe.

5.1 Ilha das Flores

Segundo a Secretária Municipal de Saúde de Ilha das Flores uma quarentena entre dois municípios ajudaria a diminuir a rotatividade. Ela sugere que um profissional fique impedido de trabalhar durante 3 meses entre um desligamento e uma contratação, pois, como afirma, já houve casos, em suas equipes rurais, de médicos que passaram um mês no município para aproveitar o período de férias de outra equipe de saúde da família.

O recrutamento é feito através de indicações e por anúncios em sites especializados. A Secretária se declara satisfeita com os profissionais que possui atualmente e diz que as estratégias usadas para fixar os profissionais constituem-se de bons salários, transporte, alimentação e abertura para o diálogo. Na opinião da secretária os desligamentos são devido à retirada da folga durante a semana que obriga os profissionais a trabalharem durante cinco dias. As condições de trabalho, nem sempre ideais, o atraso no pagamento e a distância das capitais, tanto Aracaju como Maceió também contribuem, segundo a secretária. Ela acredita que a alta rotatividade reflete negativamente nos indicadores de saúde da população e que a secretaria Municipal de Saúde de Ilha das Flores não pode fazer muito para mudar o quadro atual de alta rotatividade no município, mas gostaria de realizar um concurso público para efetivar os profissionais de saúde do município.

Sugere, como citamos, a assinatura de um convenio estadual que regulamente a quarentena entre um desligamento e uma contratação para a mesma função em equipes de saúde de cidades diferentes. Ela propõe um período mínimo de um ano antes que o profissional esteja livre para trocar de município, se houver uma quebra de contrato antes disso, esse profissional ficaria sujeito a um intervalo de 3 meses antes de uma nova contratação.

Para os profissionais de saúde das duas equipes rurais de Ilha das Flores os principais problemas capazes de fazê-los abandonar o município são a distância das capitais, remoção da folga semanal e o atraso no pagamento. Como as equipes foram todas renovadas nos últimos 3 meses, alguns problemas que foram cruciais para o desligamento dos profissionais anteriores não são citados agora como prioritários. As equipes antigas tiveram sua folga retirada, as novas foram contratadas para trabalhar sem essa folga semanal mas embora não se sintam lesados, confessam o interesse de trocar de município caso encontrem uma oferta de 4 dias de trabalho em outro município que pague o mesmo salário que recebem atualmente.

A secretaria de Saúde do Estado de Sergipe está estimulando os municípios a cumprir a carga horária semanal de 40 horas para os programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, por acreditar que a carga horária praticada atualmente é irregular e prejudicial à população.

5.1.1 Simão Dias

A secretária de saúde do município de Simão Dias não inclui a alta rotatividade em sua lista de preocupações. Com duas equipes de PACS em zona rural o município não tem apresentado maiores problemas de rotatividade nos últimos dois anos.

O recente concurso público para a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju acabou afetando essa estabilidade, pois uma das enfermeiras assumiu uma vaga em Lagarto, devido ao deslocamento da enfermeira desse município para Aracaju. Contudo essa mudança não foi suficiente para caracterizar um problema, segundo a secretária. Ela afirma que não existe rotina de recrutamento, uma vez que os próprios profissionais de saúde procuram o município em busca de trabalho.

A secretária declara-se parcialmente satisfeita com os profissionais que possui em zona rural devido à falta de capacitação para algumas atividades. Não há estratégias para fixar profissionais. O salário é o praticado na maioria dos municípios e Simão Dias não oferece transporte ou alimentação, contudo a jornada semanal é de 4 dias e o período de trabalho de seis horas diárias.

Na opinião da secretária o segredo do sucesso é a proximidade com as equipes e o fato do PACS não trabalhar com médicos na equipe, o que gera problemas por outro lado, uma vez que muitas enfermeiras já se desligaram do município nos últimos anos alegando a necessidade de expandir sua prática trabalhando numa unidade de PSF.

A secretária afirma ainda que a alta rotatividade só afeta realmente a população quando ocorre com os agentes de saúde, pois estes profissionais possuem um vínculo mais forte com a população e sua quebra causa muito mais danos que a saída de um enfermeiro.

A secretária de saúde de Simão Dias não sugere ações para lidar com o problema da rotatividade.

As enfermeiras do município possuem uma vasta experiência em PSF e PACS de outros municípios em equipes rurais e urbanas. As causas apontadas como as principais para um possível desligamento são a distancia da capital, falta de vínculo trabalhista e desejo de atuar em uma equipe de PSF.

Os agentes comunitários de saúde atuam no município há quatro anos em média e embora não estejam satisfeitos com o salário que recebem, não relataram o desejo de desligamento da a atividade que desenvolvem.

5.1.2 Tobias Barreto

O recrutamento na cidade de Tobias Barreto, segundo a coordenadora da atenção básica, é feito por indicações dos profissionais, seleção, no caso dos agentes de saúde e por divulgação das vagas, principalmente na internet.

A coordenadora se declara parcialmente satisfeita com os profissionais que atuam nas unidades da zona rural, alegando falta de capacitação para a função, especialmente por parte dos médicos.

Não há estratégia definida para aumentar a retenção e diminuir a rotatividade dos profissionais. Relata que nos últimos anos a rotatividade diminuiu, devido a contratação de profissionais de outros estados, o que ocorreu não como estratégia da prefeitura mas por iniciativa dos próprios profissionais. Os desligamentos que ocorreram nos últimos meses não constituem problema, segundo a coordenadora, pois os funcionários que se desligaram o fizeram por razões pessoais e não por descontentamento com o município.

A coordenadora acredita que a maior fonte de descontentamento que leva a alta rotatividade é a falta de comunicação com os gestores municipais e de perfil para atuar em saúde coletiva. Ela elege o descontentamento salarial como a segunda causa mais importante de desligamentos.

A coordenadora acredita que a falta de credibilidade e a queda dos indicadores de saúde são as conseqüências mais fortes de um desligamento precipitado e sugere a diminuição da carga horária diária de 8 para 6 horas, a isonomia salarial entre médicos e enfermeiros e a valorização do enfermeiro como formas de diminuir os índices de rotatividades nos municípios do interior sergipano.

As opiniões dos funcionários são divididas, já que os médicos possuem vínculo trabalhista com o governo federal e estadual e os enfermeiros apenas contrato de prestação de serviço.

Para os enfermeiros a principal causa de desligamento é a falta de vínculo empregatício. Para os médicos a questão salarial e a carga horária são relatadas como causas importantes. A distância da cidade natal aparece como uma causa de descontentamento e de possível desligamento caso lhes fosse oferecido um posto de trabalho nessas localidades. As auxiliares de enfermagem e os agentes de saúde não declaram intenção de abandonar seus postos de trabalho, mas expressam descontentamento com sua formação profissional deficitária e com os baixos salários recebidos.

5.1.3 Lagarto

O recrutamento na cidade de Lagarto segundo a coordenadora da atenção básica, é feito atualmente por indicação e pela divulgação das vagas em aberto na mídia. O concurso realizado em 2002 efetivou a maioria dos profissionais de saúde como servidores municipais, mas a aprovação de muitos profissionais no concurso público de Aracaju obrigou o município a contratar novos profissionais como prestadores de serviço.

A coordenadora se declara satisfeita com os profissionais que atuam nas unidades da zona rural.

A estratégia escolhida para aumentar a retenção e diminuir a rotatividade dos profissionais foi a regularização do vínculo empregatício através de concurso, o que fez com que a rotatividade diminuísse muito nos últimos anos.

A coordenadora acredita que a maior fonte de descontentamento que leva a alta rotatividade é o desejo de trabalhar em Aracaju, seguido pela questão salarial e a falta de vínculo de trabalho dos novos profissionais.

Segundo a coordenadora, a alta rotatividade interfere negativamente na saúde da comunidade mas declara que a população já está acostumada com esse processo e acaba se adaptando bem. Ela acredita que o município deverá realizar um novo concurso público e gostaria de poder contar com mais profissionais oriundos do município nas suas equipes de saúde.

Para os servidores concursados que atuam na zona rural a maior razão para um desligamento seria a possibilidade de viver e trabalhar em Aracaju. Para os novos contratados, a falta de vínculo empregatício incomoda e a maioria declara que a instabilidade gerada pela iminência de um novo concurso e o seu possível desligamento em caso de não aprovação gera ansiedade e os motiva a considerar uma antecipação da mudança de município. A questão salarial é citada como causa de descontentamento pois o salário em Lagarto está um pouco abaixo da média por se tratar de um município relativamente próximo da capital.

5.1.4 Estância

O recrutamento na cidade de Estância, segundo a coordenadora da atenção básica, é feito por indicações dos profissionais, seleção, no caso dos agentes de saúde e por divulgação das vagas na mídia e na Secretaria Estadual de Saúde.

A Secretaria de Saúde através de sua coordenadora de PSF se declara satisfeita com as equipes de saúde em zona rural, apesar de duas das cinco equipes estarem desfalcadas.

A estratégia para retenção como relatado anteriormente é a garantia de alguns benefícios embora não haja vínculo trabalhista. A coordenadora acredita que a maior

fonte de descontentamento que leva a alta rotatividade é à vontade dos profissionais de trabalhar em Aracaju. Outro motivo apontado é a concorrência dos municípios vizinhos que chegam a oferecer uma jornada semanal de três dias de trabalho para médicos e enfermeiras.

Segundo a coordenadora, a alta rotatividade diminui a confiança da população nas equipes de saúde e espera que a adoção de medidas como fornecimento de alimentação, moradia e a realização de concurso público possam manter a rotatividade baixa em 2005.

Médicos e enfermeiros são unânimes em afirmar que as condições de trabalho e o contato com a comunidade, assim como os salários são satisfatórios. O principal motivo de desligamento seria a aprovação em um concurso público em Aracaju ou em uma cidade da região metropolitana.

Quadro 1 – Questionário para Profissionais de Saúde da Zona Rural.

Categoria Prof.	Tempo médio de trabalho	Vínculo e recrutamento	Motivações para aceitar o trabalho	Planos de recolocação	Experiência anterior na mesma função	Principais causas de desligamento	Satisfação com a zona rural	Satisfação com o trabalho	Satisfação com o salário	Satisfação com a vida social	Satisfação com a formação profissional	Sugestões
Enfermeiro	13,7	28% concurso/servidor 72% indicação/prestador de serviço	28% vínculo 22% Localização 7% Desocupação 43% Salário	79% Sim 21% Não	28% Não 72% Sim	1. Distância da capital 2. Condições de trabalho 3. Salário abaixo da média	72% Satisfeito 14% Parcialmente Satisfeito 14% Insatisfeito	50% Satisfeito 14% Parcialmente Satisfeito 36% Insatisfeito	22% Satisfeito 64% Parcialmente Satisfeito 14% Insatisfeito	86% Satisfeito 14% Parcialmente Satisfeito	14% Satisfeito 14% Parcialmente Satisfeito 72% insatisfeito	1. concurso publico 2. qualificação profissional 3. Melhoria salarial 4. Proximidade e dialogo com gestor
Medico	12,4	28% Concurso/servidor 22% remanejamento/servidor 50% indicação/prestador de serviço	72% Salário 14% Aptidão 14% vínculo	74% Sim 36% Não	22% Não 78% Sim	1. Salário abaixo da média 2. Condições de trabalho 3. Distância da Capital	57% Satisfeito 14% Parcialmente Satisfeito 29% Insatisfeito	64%. Satisfeito 14%. Parcialmente Satisfeito 21%. Insatisfeito	22% Satisfeito 50% Parcialmente Satisfeito 28% Insatisfeito	22%. Satisfeito 50%. Parcialmente Satisfeito 28%. Insatisfeito	50% Satisfeito 22% Parcialmente Satisfeito 28% Insatisfeito	1. Melhoria Salarial 2. Diminuição da carga horária 3. concurso publico 4. melhores condições de trabalho
Aux. Enf.f.	23,3	26% concurso/servidor 34% remanejamento/servidor 40% indicação/prestador de serviço	26% vínculo 74% desocupação	86% Não 14% Sim	80% Não 20% Sim	1. Salário 2. condições de trabalho 3. Interferência política	80% Satisfeito 14% Parcialmente satisfeito 06% Insatisfeito	66%. Satisfeito 20%. Parcialmente satisfeito 14% Insatisfeito	14% Satisfeito 20% Parcialmente satisfeito 66% Insatisfeito	54% Satisfeito 26% Parcialmente satisfeito 20% Insatisfeito	34% Satisfeito 26% Parcialmente Satisfeito 40% Insatisfeito	1. Salário 2. condições de trabalho 3. Vínculo, 4. participação da comunidade
Agente de Saúde	4,5 anos	80% Processo seletivo /prestador de serviço ou concurso 20% indicação /prestador de serviço	94% Desocupação 06% Aptidão	80% Não 20% Sim	94% Não 6% Sim	1. Salário 2. condições de trabalho 3. distância da capital	86% satisfeito 14% Parcialmente satisfeito	84% Satisfeito 10% Parcialmente satisfeito 6% insatisfeito	14% Satisfeito 40% Parcialmente satisfeito 46% Insatisfeito	60% Satisfeito 15% Parcialmente satisfeito 25% Insatisfeito	60% Satisfeito 14% Parcialmente Satisfeito 26% Insatisfeito	1. concurso 2. Melhoria Salarial 3. Condições de trabalho 4. capacitação de recursos humanos locais

5.2 Análise dos Resultados

Á partir das entrevistas conduzidas com 15 agentes de saúde, 14 médicos, 14 enfermeiros e 15 auxiliares de enfermagem das equipes pesquisadas obtivemos os resultados expostos no quadro acima. A seguir faremos uma análise dos pontos mais relevantes obtidos nas entrevistas e adiante utilizaremos os problemas e sugestões levantadas para construir uma rede explicativa segundo o método do PES.

Tempo Médio de Trabalho

Das quatro categorias profissionais pesquisadas os agentes comunitários de saúde são os que apresentam mais tempo de trabalho nas equipes, seguidos pelos auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Não é por acaso que essa ordem corresponde a ordem salarial do menor para o maior. Observamos aqui que a motivação para a mudança esta mais associada ao poder de barganha com o empregador e capacitação do profissional que as condições de trabalho que possui.

Os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem são, dessa forma os profissionais fixos da equipe, que conferem a mesma uma característica mais estável e se encarregam de manter uma certa continuidade na assistência através da transmissão de seu saber aos novos membros e por executarem as ações de sua competência dentro da equipe. Outro ponto importante a ressaltar é que os agentes de saúde são os únicos membros da equipe contratados por critérios de moradia na micro área de trabalho.

Pode-se dizer, em muitos casos, onde a rotatividade descaracteriza o ideal de equipe, que os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem são o núcleo, a base da unidade de saúde, auxiliando o alcance das metas, transmitindo informações e provando a importância da retenção.

Motivação Para Aceitar o Trabalho na equipe da Zona Rural.

Segundo a tendência acima exposta, agentes de saúde e auxiliares de enfermagem elegem a necessidade de emprego como principal motivação para buscar um lugar na equipe. Para os enfermeiros o salário superior ao praticado nos hospitais e clínicas de Aracaju é a principal motivação para trabalhar numa unidade rural. Como alguns desses profissionais tiveram seu vínculo trabalhista regularizado por concurso essa estabilidade aparece como segundo fator motivante.

A distância da capital, quando considerada pequena, surge como terceiro fator desencadeador de interesse pelo trabalho na equipe de saúde da Família na zona rural. Os entrevistados que atuam em municípios mais próximos a Aracaju como Lagarto e Estância e já trabalharam em locais mais distantes afirmam que escolheram essas novas localidades por serem mais próximas a Aracaju e possibilitar sua residência na capital sergipana e afirmam estar dispostos a fazer uma nova troca caso surja uma possibilidade de trabalho mais próxima ou dentro da capital.

Por fim encontramos enfermeiros oriundos de Estados onde o mercado de trabalho para estes profissionais é mais saturado que o de Sergipe, que afirmam ter escolhido a localidade atual por motivo de anterior desocupação.

Para os médicos a questão salarial aparece em primeiro lugar (salário médio R\$4000,00 reais líquido). Uma vez que 50% dos médicos entrevistados possuem algum vínculo trabalhista (municipal, federal, aposentadoria) o fato de estarem trabalhando em uma unidade de saúde na zona rural é uma opção. Muitos foram remanejados de outras funções na rede municipal, e estadual e aceitaram o trabalho pois representava um ganho salarial, especialmente para os que residem no município, como ocorre em Tobias Barreto com todos os médicos de zona rural.

Outro fator importante é que médicos aposentados, motivados pela possibilidade de maior renda aderiram ao programa. A maioria dos médicos que não possuem vínculo são recém formados e afirmam que o salário oferecido pelo PSF é uma boa forma de recuperar os investimentos feitos nos anos de faculdade e se preparar financeiramente para uma futura residência médica em outros Estados. A questão da aptidão aparece em segundo lugar, citada por profissionais que afirmam preferir o ambiente da comunidade ao hospitalar e por fim, como fator de atração para o posto de trabalho aparece o vínculo, citado por recém concursados da cidade de Lagarto.

Planos de recolocação

Setenta e nove por cento dos enfermeiros possuem planos de deixar o posto de trabalho atual. O Eldorado de todos é a cidade natal, seja Aracaju, Salvador ou Recife. Alguns entrevistados afirmam estar esperando um concurso público, uma vaga em uma das cidades da região metropolitana ou planejando uma especialização ou mestrado. Os que afirmam não possuírem planos de recolocação residem nas cidades onde trabalham ou constituíram família e residência no local.

Entre os médicos a tendência se mantém, mas os planos de permanecer são um pouco mais elevados devido aos profissionais que residem nos municípios serem mais números nessa categoria profissional, no universo pesquisado. Contudo, dos 75% que desejam mudar de emprego, a maioria deseja atuar em um grande centro ou em uma unidade hospitalar onde possua maiores recursos de desenvolver uma especialidade médica.

Entre os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem a tendência é inversa, a grande maioria pretende ficar e os que manifestam desejo de mudança, expressam a vontade de obter uma promoção dentro do sistema municipal de saúde através de uma melhor qualificação profissional.

Experiência anterior na mesma função.

Nesse item, consideramos a experiência anterior em equipe de saúde da família independente da localização rural ou urbana, com o intuito de obter informações sobre o histórico profissional dos entrevistados relativo à rotatividade geral e não sobre a rotatividade em zona rural, o que já foi pesquisado em loco.

Os médicos são os profissionais que mais vezes trabalharam em equipes de saúde similares às que atuam no momento. Foram seguidos de perto pelos enfermeiros. Tantos estes como aqueles afirmam que a falta de vínculo, o precário contrato de prestação de serviços e as más condições de trabalho juntamente com tensões vivenciadas com os gestores e supervisores são os fatores que mais influenciaram nas mudanças ocorridas. Na maioria dos casos o desligamento foi voluntário, mas houveram relatos de demissões motivadas por mudanças políticas e apadrinhamentos. Contudo o desejo de melhores condições de vida e trabalho levou alguns de nossos entrevistados a vagar por mais de oito unidades de PSF do interior do Estado num período inferior a 3 anos.

Os agentes de saúde, em geral, foram admitidos por processo seletivo simplificado e não possuíam capacitação ou experiência anterior na área de saúde . Alguns contudo foram remanejados no mesmo município para unidades diferentes por motivo de mudança de endereço. Os auxiliares de enfermagem entrevistados, em sua maioria possuem experiência anterior na área hospitalar mas não na ambulatorial.

Principais Causas de desligamento

Os enfermeiros ou mais especificamente, as enfermeiras (13 mulheres e 1 homem) afirmam que em sua opinião a principal razão para os desligamentos, anteriores e possíveis desligamentos futuros, é a distancia da capital. As entrevistadas reclamam da distancia dos familiares e amigos. Algumas são mães e os filhos e maridos permanecem em Aracaju. Em segundo lugar elas elegem as condições de trabalho inadequadas às novas atribuições do enfermeiro em saúde publica. Muitas dessas profissionais ressentem-se da falta de um local de trabalho na unidade de saúde que, construída segundo uma lógica centrada na figura do médico, não prevê espaço para um enfermeiro que conduz consultas de pré-natal, exames de colo de útero e aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Isso obriga as enfermeiras a atender os pacientes em salas de almoxfado, pátios e escolas ou a utilizar o consultório medico quando estes não estão presentes na unidade. Algumas das entrevistadas relatam que trocaram municípios que pagavam mais por outros que ofereciam um consultório de enfermagem com maca ginecológica.

A falta de vínculo aparece como terceira causa de abandono do posto de trabalho. As enfermeiras relatam que estariam dispostas a ter os salários reduzidos caso pudessem ter um vinculo formal de trabalho e que estão atuando no sentido de obter futuramente um trabalho com vinculo empregatício regular.

Outro aspecto apresentado pelas enfermeiras é o salário que aparece em quarto lugar na motivação para deixar um município. O motivo, na maioria dos casos não é o valor, que varia pouco entre um município e outro sendo esse aumento diretamente proporcional a distancia de Aracaju. O que realmente as incomoda são os atrasos no pagamento, que em alguns casos pode chegar a mais de 20 dias e a diferença salarial em relação ao medico. As enfermeiras entrevistadas tendem a valorizar assim, as cidades

próximas a Aracaju, que ofereçam um consultório de enfermagem na unidade de saúde, vínculo empregatício e que efetuem os pagamentos com regularidade.

As razões dos médicos são as mesmas das enfermeiras em ordem diferente. Para eles o salário pago não condiz com as responsabilidades e a dedicação que o cargo demanda. Muitos dos entrevistados alegam que as despesas de um médico são maiores que as despesas de outros profissionais e que os impostos diminuem seu ganho real. Aliado a esses fatores os médicos relatam que a atividade em zona rural os impede de atender em consultório, como fazem seus colegas da capital e aumenta suas despesas com transporte, pois, ao contrário das enfermeiras, a maioria dispensa o transporte oferecido pelo município e costuma fazer o trajeto entre Aracaju e a cidade onde trabalha de carro.

As condições inadequadas de trabalho aparecem em segundo lugar. Eles reclamam do número excessivo de atendimentos e da falta de medicamentos e dificuldade de transporte por parte da rede municipal de saúde. Por fim, aparece a distância de Aracaju, que, para a maioria dos médicos que citaram esse fator como causa de abandono dos antigos postos, aumenta os gastos e dificulta a manutenção de outros empregos.

A questão da carga horária de 8 horas diárias foi citada como um problema apenas para os profissionais de um município, não como causa de desligamento, mas como causa de insatisfação. Os demais profissionais não citaram esse fator pois nos municípios visitados, assim como na maioria dos municípios do Estado, a carga horária de 8 horas, na prática, não é cumprida. Para tentar aumentar a retenção dos médicos muitos municípios abrem mão das 40 horas semanais o que pode se traduzir em menos horas trabalhadas por dia ou menos dias trabalhados por semana.

Em Sergipe os quatro dias de trabalho semanais para as equipes de PACS e PSF do interior já é uma prática oficial, no caso dos médicos esses dias trabalhados podem, informalmente, cair para três em algumas localidades, para que esses médicos possam exercer atividades paralelas, muitas vezes no mesmo município. Esse arranjo dá mais tempo e renda aos profissionais médicos e impede que certos municípios sejam descredenciados por apresentar equipe de PSF incompleta.

Auxiliares de enfermagem e agentes de saúde acreditam que a causa mais importante para um desligamento é a questão salarial seguida das inadequadas condições de trabalho. Os auxiliares citam ainda as questões políticas, pois seus cargos são muito vulneráveis a mudanças de poder no município.

Satisfação com a Zona rural

A satisfação em trabalhar e viver em zona rural foi declarada pela grande maioria dos entrevistados em todas as categorias profissionais. Auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos afirmam que atuar em zona rural é menos complexo que na zona urbana de Aracaju e na zona urbana do próprio município.

Eles alegam que a população é mais acolhedora e acessível. É bom lembrar que a maioria dos médicos e enfermeiras entrevistados residem em Aracaju e se deslocam para seu local de trabalho diariamente. Os auxiliares de enfermagem residem na sede do município e se deslocam para a zona rural diariamente. Esses profissionais declaram que por estarem distantes da sede da cidade, possuem mais liberdade para desenvolver suas atividades sem tanta interferência dos supervisores da secretaria municipal de saúde.

Outro fator de contentamento citado foi a amabilidade dos moradores das áreas rurais que se manifesta na forma de presentes, geralmente derivados de suas atividades rurais. Os agentes de saúde são os únicos que residem efetivamente na área onde

trabalham. Eles também se declaram satisfeitos mas por motivos diferentes, alegam que trabalhar na mesma vila onde moram ou nas adjacências é um grande incentivo e acreditam estar em vantagem em relação aos seus colegas da zona urbana, que segundo eles, precisam lidar com uma clientela menos afável. Os descontentes em todas as categorias profissionais reclamam da dificuldade de acesso à sede do município e aos hospitais da região e da dificuldade de transporte para a equipe chegar e, principalmente, deixar a unidade no final do expediente, o que às vezes ocorre, devido à sobrecarga dos motoristas da secretaria de saúde.

Satisfação com o trabalho

Os médicos apresentam o maior índice de insatisfação, seguido pelos enfermeiros. A maioria porém, se declara satisfeito e parcialmente satisfeito. Os motivos de insatisfação ou restrições são os apresentados nos itens acima. Muitos médicos e enfermeiros se declaram decepcionados com o rumo que o PSF tomou, pois segundo eles, o programa não funciona de acordo com seus princípios básicos. Além dos problemas anteriormente citados, os profissionais de nível superior apontam as interferências políticas como um dos fatores que mais afeta a satisfação com o trabalho.

Os agentes comunitários demonstram um alto grau de satisfação. Quase todos os entrevistados relatam que a atividade que desenvolvem é muito apreciada na comunidade e demonstram muita satisfação em exercer uma profissão que os coloca como interlocutores entre a comunidade e os profissionais de saúde. As queixas sobre os baixos salários estão presente em todas as entrevistas mas o problema não parece afetar a satisfação com o trabalho da maioria. O mesmo acontece com os auxiliares de enfermagem. A maioria relata que o trabalho do auxiliar de enfermagem na comunidade é mais leve que em outras áreas como a hospitalar ou o cuidado domiciliar de pacientes.

Satisfação com o salário

Em todas as categorias profissionais a satisfação plena com o salário é um sentimento da minoria. A maioria dos enfermeiros se sente insatisfeito ou parcialmente satisfeito pois acreditam que trabalham mais que o médico e recebem a metade. Os enfermeiros não reclamam da remuneração propriamente dita, mas da falta de isonomia salarial.

Os médicos declaram que o salário é insuficiente devido à exclusividade exigida pelo programa, a distância da capital e a dificuldade em manter outros vínculos empregatícios.

Os agentes de saúde e os auxiliares de enfermagem relatam que o salário recebido é injusto e não é suficiente para o suprimento de suas necessidades, mas o aceitam por falta de opções de trabalho nas comunidades onde moram ou fora delas.

Satisfação com a vida social

A satisfação com a vida social em face à situação de moradia rural é um cenário vivenciado apenas pelos agentes comunitários, uma vez que os médicos e enfermeiras entrevistados moram, em sua maioria em Aracaju, e quando residem no município de trabalho, habitam na sede do mesmo.

Os profissionais que se deslocam do interior para a capital diariamente declaram sentir-se muito ausentes do ambiente familiar. Contudo a maioria dos profissionais de nível superior interage diariamente com familiares e amigos e desfrutam das opções de lazer oferecidas pela capital do Estado.

Os que são de outros estados e não possuem residência fixa na cidade onde trabalham relatam que apenas uma futura aprovação em concurso público no município onde atuam, poderia dissuadi-los da idéia de retornar a sua terra natal. Auxiliares de

enfermagem e agentes de saúde focaram suas respostas na questão do lazer. A maioria se declara satisfeita com as opções oferecidas pelo município, os insatisfeitos argumentam que não há muito que fazer para jovens nas áreas estudadas.

Satisfação com a formação profissional

A grande maioria dos enfermeiros entrevistada não teve a oportunidade de avançar nos estudos após concluir a graduação. O estado de Sergipe possui poucas opções de especialização na área de saúde e todas concentradas em Aracaju. Há apenas uma turma de mestrado na Universidade Federal de Sergipe que oferece pouco mais de 15 vagas por ano. Por conta disso 80% dos enfermeiros entrevistados se declaram insatisfeitos com sua formação profissional especialmente no que se refere à pós-graduação.

Eles relatam ter acesso a cursos de atualização fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, mas essas oportunidades não são frequentes pois os cursos são oferecidos durante a semana e as secretarias municipais de saúde nem sempre estão dispostas a liberar seus profissionais para essas capacitações. Todos os enfermeiros insatisfeitos com sua formação profissional alegam que trabalhar todos os dias em uma cidade do interior interfere na possibilidade de um curso de especialização ou atualização.

Cinquenta por cento dos médicos entrevistados se declaram satisfeitos ou parcialmente satisfeitos com sua formação profissional. Este grupo é formado por especialistas que migraram para o PSF e puderam, portanto, avançar em suas áreas de conhecimento. Os que se declaram insatisfeitos são os recém formados que ainda não tiveram a oportunidade de ingressar em uma pós-graduação e médicos que não possuem

experiência em saúde pública e declaram necessitar de mais cursos de capacitação para a execução de atividades com as quais não estavam habituados anteriormente.

Os agentes comunitários de saúde, em sua maioria se declaram satisfeitos com sua formação profissional. Esses profissionais possuem nível fundamental de instrução e são treinados pela equipe de médicos e enfermeiras para desenvolver suas atividades. Os entrevistados satisfeitos declaram que a capacitação fornecida pelas equipes é suficiente para a execução de suas atividades. Os insatisfeitos com a formação relatam que alguns profissionais de nível superior não priorizam a capacitação de agentes de saúde.

Sugestões

As sugestões apresentadas por categoria profissional foram:

Enfermeiros:

- 1 – Concurso Público
- 2 – Melhoria Salarial
- 3 – Programa de Qualificação Profissional
- 4 – Melhores Condições de Trabalho
- 5 – Maior proximidade e diálogo com o gestor municipal

Médicos

- 1 – Melhoria Salarial
- 2 – Melhores condições de trabalho
- 3 – Concurso público

Auxiliares de enfermagem

- 1 – Aumento Salarial

2 – Concurso Publico

3 – Participação da Comunidade no processo contratação, desligamento.

Agentes Comunitários de Saúde

1 – Concurso Publico

2 – Aumento Salarial

3 – Melhores condições de trabalho

4 – Capacitação de mão de obra local para formação de médicos e enfermeiros.

Essas foram todas as sugestões citadas pelos profissionais entrevistados, consideramos das que se repetiram com frequência às que foram citadas apenas uma vez no intuito de recolher informações para uma rede explicativa do problema em apreciação.

Quadro2 -QUADRO COMPARATIVO ENTRE AS TAXAS DE ROTATIVIDADE DO NIVEL SUPERIOR NOS MUNICIPIOS, AS PRINCIPAIS CAUSAS DE DESLIGAMENTO APONTADAS E A DISTANCIA DA CAPITAL.

Município	Distância da Capital	Taxa Líquida de Rotatividade*	Principais Motivos de Desligamento
Estância	75	0%**	1-Distancia da capital 2 -Falta de Vinculo Empregatício
Tobias Barreto	136	16,5%	1-Falta de vinculo empregatício 2-Salário 3-Distancia da capital
Simão Dias	130	50%	1-Falta de vinculo empregatício 2-Distancia da capital 3-Desejo de atuar em uma equipe de PSF.
Lagarto	77	58%	1-Distancia da Capital 2 – Falta de incentivos (transporte, alimentação, moradia).
Ilha das Flores	135	300%	1-Distancia das capitais 2 -Falta de Vinculo Empregatício 3-Atraso no pagamento 4-Carga horária

* Média de rotatividade dos profissionais de nível superior

** Houve dois desligamentos no período sem substituição até o fechamento da coleta de dados.

CAPÍTULO VI: UMA ANÁLISE ESTRATÉGICA DA ALTA ROTATIVIDADE EM SERGIPE

6.1 Explicação e Propostas de Ação para o problema Estudado

ARTMANN (2000) ao apresentar a proposta do PES de Matus, caracteriza o momento explicativo como momento de análise e seleção dos problemas consensualmente importantes para os atores envolvidos e sobre os quais deseja-se intervir. Sugere que neste momento sejam listados os problemas que devem ser depois agrupados por afinidade. A seguir se submetem os problemas a um protocolo que inclui o valor do problema para o ator principal os demais atores e a população, custo econômico e político das ações, eficácia etc. "Selecionados os problemas, passa-se à descrição dos mesmos através de indicadores ou descritores que os definam com clareza. Os descritores quantitativos ou qualitativos devem ser necessários e suficientes para expressar o problema sem confundi-lo com outros ou com suas próprias causas e conseqüências." (op.cit: 105)

Para análise dos problemas recorreremos à proposta de ARTMANN (2000) de simplificação do método do PES para o uso local com as devidas adaptações e o cuidado para não torná-lo simples a ponto de perda na abordagem global e estratégica dos problemas.

Em nosso caso, os problemas, seus descritores, causas e nós críticos (pontos de enfrentamento) foram levantados e construídos a partir dos dados, entrevistas e nossa própria experiência. De qualquer modo é importante ressaltar que escolhemos o ponto de vista do gestor municipal, ou seja, do secretário municipal de saúde, tanto para problematizar a situação como para a busca de propostas de intervenção.

Após a descrição do problema procedemos a uma análise através de uma rede de causalidade simplificada. Vale ressaltar que cada uma dessas causas deve estar alocada dentro ou fora do espaço de governabilidade do ator, considerando que dentro do espaço de governabilidade se situam as causas que estão sob seu controle. As causas que servirão de base para o enfrentamento do problema são chamadas de nós críticos e as propostas de ação estarão baseadas neles. ARTMANN (2000) baseada nos critérios para definição dos nós críticos de MATUS sugere a submissão das causas do problema às seguintes perguntas para definição dos nós críticos:

a) A intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre o problema, no sentido de modificá-lo positivamente?

b) A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre esse nó causal (mesmo que não seja pelo ator que explica)?

c) É oportuno politicamente intervir?

Quando todas as três questões são respondidas afirmativamente, o nó deve ser selecionado como crítico, ou seja, como ponto de enfrentamento.

A partir desse momento procederemos a uma análise dos nós críticos, semelhante a que se realiza com o problema principal, através da busca de seus respectivos descritores e buscando definir os atores que os controlam para afinal definir o grau de governabilidade e a viabilidade das ações de enfrentamento do problema pelo ator de referência, ou seja, os secretários municipais de saúde.

Uma vez trabalhado o problema, os descritores e os nós críticos, passamos à fase do desenho das propostas de intervenção (o momento normativo) que se constitui na elaboração de propostas de ação considerando diferentes cenários. Cada operação resulta em produtos e resultados, está relacionada ao ator responsável e considera

diferentes cenários através da previsão do comportamento de cada variável nas possibilidades de cenários pessimista, central ou intermediária e otimista.

Uma vez que sempre existirá um cenário mais provável, este deve ser identificado. A situação objetivo deve ser repensada de acordo com os demais cenários e os recursos necessários para viabilização do plano devem ser determinados com base no cenário mais provável.

Os descritores do problema são denominados de VDP (vetores de descrição do problema) e cada descritor será transformado num resultado esperado, através de intervenções para transformar o problema positivamente surgindo assim o VDR (vetor de descrição de resultado) correspondendo aos resultados que a proposta deverá atingir como um todo.

"Para cada nó crítico deverão ser elaboradas uma ou mais operações que correspondem às propostas de intervenção sobre os mesmo. As operações deverão ser enunciadas de forma sintética e deverão expressar uma proposta de intervenção, através de verbos que expressem ações concretas". ARTMANN (2002:109)

6.2 A REDE EXPLICATIVA

Descrição do Problema

Nome do Problema: A alta rotatividade dos profissionais de Saúde na zona rural de Sergipe.

Ator que Explica: Secretário Municipal de Saúde

Espaço do Problema: Secretaria Municipal de Saúde

Quadro 3 - Vetores de Descrição do Problema

Descritores do Problema	Indicadores
Numero elevado de desligamento e contratações nos últimos dois anos nos municípios estudados	Media de 84,9% de rotatividade entre profissionais de nível superior.
Media de permanência baixa entre profissionais de nível superior	Media de 14 meses de trabalho nos últimos dois anos.

Quadro 4 -Causas

Descritores do Problema	
Numero elevado de desligamento e contratações nos últimos dois anos nos municípios estudados.	C1 – Falta de vinculo trabalhista C2 – Salários abaixo das prevenções dos profissionais de saúde C3 - Distancia da Capital C4 – Dificuldade de acesso à pós-graduação C5 – Poucos incentivos (transporte, alimentação, moradia). C6 – Condições de trabalho abaixo do necessário C7 – Dialogo insuficiente com o gestor municipal C8 – Ausência de dispositivo de regulamentação para situações especiais de desligamento C9 – Falta de mediação da secretaria Estadual de Saúde C10 – não participação da comunidade nos processos de recrutamento, admissão e desligamento dos profissionais de saúde. C11 – Falta de profissionais de nível superior oriundos das comunidades estudadas
Media de permanência baixa entre profissionais de nível superior	

Quadro 5 -Nos Críticos

Causas	Nos Críticos
<p>C1 – Falta de vínculo trabalhista</p> <p>C2 – Salários abaixo das pretensões dos profissionais de saúde</p> <p>C3 - Distância da Capital</p> <p>C4 – Dificuldade de acesso à pós-graduação</p> <p>C5 – Poucos incentivos (transporte, alimentação, moradia).</p> <p>C6 – Condições de trabalho abaixo do necessário</p> <p>C7 – Dialogo insuficiente com o gestor municipal</p> <p>C8 – Ausência de dispositivo de regulamentação para situações especiais de desligamento</p> <p>C9 – Falta de mediação da secretaria Estadual de Saúde</p> <p>C10 – não participação da comunidade nos processos de recrutamento, admissão e desligamento dos profissionais de saúde.</p> <p>C11 – Falta de profissionais de nível superior oriundos das comunidades estudadas</p>	<p>NC1 – Falta de vínculo trabalhista</p> <p>NC2 – Dificuldade de acesso à pós-graduação</p> <p>NC3 – Poucos incentivos (transporte, alimentação, moradia).</p> <p>NC4 – Condições de trabalho abaixo do necessário</p> <p>NC5 – Dialogo insuficiente com o gestor municipal</p> <p>NC6 – Falta de mediação da secretaria Estadual de Saúde</p> <p>NC7 – Não participação da comunidade nos processos de recrutamento, admissão e desligamento dos profissionais de saúde.</p> <p>NC8 – Falta de profissionais de nível superior oriundos das comunidades estudadas</p>

Nos Críticos	VDNC (vetor de descrição do nó crítico)	Atores que Controlam	Governabilidade	Recursos Críticos	Motivação
NC1	80% dos municípios não oferecem vínculo trabalhista	PMA	Fora	Financeiro Político	Neutra
NC2	80% enfermeiros 50% dos médicos atribue não acesso à pós-graduação a condição de trabalho na z. rural	PMA/SES	Dentro	Financeiro Político	Neutra
NC3	Nenhum município fornece transporte, alimentação e moradia.	PMA	Dentro	Financeiro	Negativa
NC4	Ausência de consultório de enfermagem, dificuldade de transporte e acesso, falta de medicamentos e material de consumo, atrasos no pagamento do salário, carga horária inflexível.	PMA	Dentro	Financeiro	Neutra
NC5	Inexistência de fórum formal de discussão entre os técnicos e os gestores sobre sua condição de trabalho, problemas e sugestões.	PMA	Dentro	Cognitivo	Positiva
NC6	Inexistência de fórum formal de discussão entre os gestores estaduais e os gestores municipais sobre o problema da rotatividade intermunicipal, regras e sugestões.	PMA/SES	Dentro	Político Cognitivo	Positiva
NC7	Inexistência de fórum formal de discussão os gestores e a comunidade sobre recrutamento, seleção e desligamento de profissionais de saúde.	PMA	Dentro	Cognitivo	Positiva
NC8	Apenas 17% dos profissionais de nível superior são oriundos ou possuem residência fixa no município.	PMA/SES	Fora	Financeiro Político	Positiva

Quadro 7 - Desenho da Proposta Cenário Otimista (Momento Normativo)

VDP	Nó Crítico	Operação	VDR
<p>VDP1-Numero elevado de desligamento e contratações nos últimos dois anos nos municípios estudados.</p> <p>VDP2-Media de permanência baixa entre profissionais de nível superior.</p>	<p>NC1 – Falta de vinculo empregatício.</p> <p>NC2 – Dificuldade de acesso à pós-graduação</p> <p>NC3 – Poucos incentivos (transporte, alimentação, moradia).</p> <p>NC4 – Condições de trabalho abaixo do necessário</p> <p>NC5 – Dialogo insuficiente com o gestor municipal</p> <p>NC6 – Falta de mediação da secretaria Estadual de Saúde</p> <p>NC7 – Não participação da comunidade nos processos de recrutamento, admissão e desligamento dos profissionais de saúde.</p> <p>NC8 – Falta de profissionais de nível superior oriundos das comunidades estudadas</p>	<p>OP1- Regulamentação da situação trabalhista dos profissionais de saúde do município.</p> <p>OP2- Estabelecimento de projetos de educação a distancia e presencial em convenio com a SES e Universidade Federal de Sergipe e universidades privadas destinado a profissionais com mais de um ano de atuação no município e para profissionais de nível médio residentes na zona rural que desejem obter graduação para compor a equipe de saúde em suas áreas de residência.</p> <p>OP3- Criação de fundo com participação de iniciativa privada e SMS para financiamento e subsídios de custeios para profissionais residentes e não residentes.</p> <p>OP4- Construção de consultórios nas unidades de saúde para execução de consulta de enfermagem.</p> <p>OP5- Regularização da data do pagamento dos salários.</p> <p>OP6- Priorização do transporte para profissionais da zona rural e regularidades nos horários de chegada e saída.</p> <p>OP7- Fornecimento regular de medicamento e materiais de consumo e</p>	<p>VDR1-Profissionais atuando com vinculo trabalhista definido</p> <p>VDR2-Acessibilidade a programas de pós-graduação adequado e flexíveis para profissionais que atuam em localidades rurais.</p> <p>VDR3-Incentivos de custeio para os profissionais residentes e parcerias para transporte dos não residentes.</p> <p>VDR4-Consultórios de enfermagem nas unidades de saúde. Pagamento com data regular, medicamentos e material de consumo suficiente, transporte disponível para as necessidades da equipe rural.</p> <p>VDR5- Existência e funcionamento do fórum de discussão entre os técnicos e os gestores sobre sua condição de trabalho, problemas e sugestões.</p> <p>VDR6- Existência e funcionamento de fórum de discussão entre os gestores estaduais e os gestores municipais sobre o problema da rotatividade intermunicipal, criação de estatuto de condutas intermunicipal.</p> <p>VDR7- Existência e funcionamento de fórum de discussão os gestores e a comunidade sobre recrutamento, seleção e</p>

	<p>instituição da farmácia viva nas unidades rurais.</p> <p>OP8- Criação de fórum de discussão entre os técnicos e os gestores sobre sua condição de trabalho, problemas e sugestões com reuniões mensais.</p> <p>OP9- Criação de fórum de discussão entre os gestores estaduais e os gestores municipais sobre o problema da rotatividade, criação de estatuto de condutas intermunicipal.</p> <p>OP10- Criação de fórum de discussão entre os gestores, os profissionais de saúde e a comunidade sobre recrutamento, seleção e desligamento de profissionais de saúde.</p>	<p>desligamento de profissionais de saúde.</p> <p>VDR8- Existência de incentivo para a capacitação superior de mão de obra local.</p>
--	---	--

Quadro 8 - Cenários e Operações Estratégicas

Operações	Operações Estratégicas
------------------	-------------------------------

	Cenários	
	Pessimista	Intermediário
<p>OP1- Regulamentação da situação trabalhista dos profissionais de saúde do município através de concurso publico.</p> <p>OP2- Estabelecimento de projetos de educação a distancia e presencial em convenio com a SES e Universidade Federal de Sergipe e universidades privadas destinado a profissionais com mais de um ano de atuação no município e para profissionais de nível médio residentes na zona rural que desejem obter graduação para-compor a equipe de saúde em suas áreas de residência.</p> <p>OP3- Criação de fundo com participação de iniciativa privada e SMS para financiamento e subsídios de custeios para profissionais residentes e não residentes.</p> <p>OP4- Construção de consultórios nas unidades de saúde para execução de consulta de enfermagem.</p> <p>OP5- Regularização da data do pagamento dos salários.</p> <p>OP6- Priorização do transporte para profissionais da zona rural e regularidades nos horários de chegada e saída.</p> <p>OP7- Fornecimento regular de medicamento e materiais de consumo e instituição da farmácia viva nas unidades rurais.</p> <p>OP8-Criação de fórum de discussão entre os técnicos e os gestores sobre sua condição de trabalho, problemas e sugestões com reuniões mensais.</p>	<p>OPE1-Criação de cooperativa dos servidores de saúde do município em parceria com a SMS para regularização do vinculo trabalhista.</p> <p>OPE2-Instituição de plano de incentivo salarial para profissionais que adquirem títulos.</p> <p>OPE3- Criação de fundo com participação de iniciativa privada, SMS e dos profissionais de saúde beneficiados para financiamento e subsídios de custeios para profissionais residentes.</p> <p>OPE4- Adaptação das unidades de saúde existentes para execução de consulta de enfermagem</p> <p>OPE5- Estabelecimento de calendário quadrimestral com data provável de pagamento</p> <p>OPE6- Priorização do cumprimento dos horários de chegadas e saídas, salvo situações especiais, previamente estabelecidas entre a equipe e os gestores.</p> <p>OPE7- Fornecimento regular de medicamento e materiais de consumo.</p> <p>OPE8- Criação de fórum de discussão entre os técnicos e os gestores sobre sua condição de trabalho, problemas e sugestões com reuniões trimestrais.</p> <p>OPE9- Abertura de diálogo, através de reunião entre os gestores estaduais e os gestores municipais sobre o problema da rotatividade,</p>	<p>OPE1- Contratação temporária através de processo seletivo simplificado assegurando os benefícios trabalhistas dos profissionais de saúde.</p> <p>OPE2- Flexibilização dos horários e dias de trabalho para os funcionários de nível superior para cursarem pós-graduação e concessão de licença remunerada para profissionais de nível médio cursarem graduação.</p> <p>OPE3- Criação de fundo com participação de iniciativa privada e SMS para financiamento e subsídios de custeios para profissionais residentes e não residentes.</p> <p>OPE4- Compartilhamento do consultório médico entre este profissional e a enfermeira estabelecido e intermediado pela SMS.</p> <p>OPE5- Estabelecimento da semana do mês na qual será feito o pagamento (1, 2,3 ou 4)</p> <p>OPE6- Priorização do transporte para profissionais da zona rural e regularidades nos horários de saída.</p> <p>OPE7- Fornecimento regular de medicamento e materiais de consumo.</p> <p>OPE8- Criação de fórum de discussão entre os técnicos e os gestores sobre sua condição de trabalho, problemas e sugestões com reuniões bimensais.</p> <p>OPE9- Criação de fórum de discussão entre os gestores estaduais e os gestores municipais</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado do diagnóstico situacional e das proposições apresentadas no plano acima nos leva a considerar os seguintes aspectos:

Vínculo Empregatício Precário

A falta de vínculo empregatício com o município leva os profissionais de saúde a considerar seu trabalho como transitório, independente da satisfação que essa prática possa lhe proporcionar. Este aspecto parece ser o mais danoso e desestabilizante para a prática da saúde em zona rural, pois, embora a falta de vínculo também seja indesejável na zona urbana, nesse ambiente os profissionais possuem mais chances de estabelecer outros vínculos de trabalho.

Falta de Uma Política Nacional para o Problema da Rotatividade

A complexidade do problema ultrapassa os limites do município e requer parcerias e políticas nos três níveis de governo. Embora algumas iniciativas como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) tentem auxiliar municípios que sozinhos não conseguem atrair e fixar profissionais de saúde, ainda falta uma política nacional que busque amenizar/corrigir distorções como o precário vínculo empregatício existente na maioria dos municípios situados na chamada zona rural, especialmente nas regiões precárias como o estado de Sergipe.

Os municípios encontram-se isolados na luta contra a evasão dos profissionais de saúde. Não há articulação intermunicipal, ou com a Secretaria Estadual de Saúde, nem tampouco com o governo Federal e as universidades. A sensação de atraso vivenciada é relatada por muitos profissionais como resultante da dificuldade de continuar obtendo educação formal, pode ser muito amenizada e até mesmo extinta, sem a necessidade de um desligamento, se os gestores estaduais e federais colaborarem com o município no esforço para garantir a capacitação em serviço desses profissionais.

Algumas das propostas apresentadas em nosso estudo, embora oriundas dos atores envolvidos no problema, estão fora da governabilidade dos mesmos. Estabelecer um programa de educação à distância, por exemplo, é uma ação que necessita de parcerias com as universidades e deve ser estimulado e desenvolvido, preferencialmente, em conjunto com o governo federal, embora gestores municipais possam e devam buscar construir estas parcerias. Observa-se em países de dimensão semelhante ao Brasil como Canadá, Estados Unidos da América, Austrália e Índia, uma preocupação do governo central em estabelecer políticas de apoio à saúde em áreas rurais e remotas. Como exemplos podemos citar um estudo recente conduzido pelo Centro para Saúde Rural e Remota do Sul da Austrália, Whyalla, AS, Austrália. Organização ligada à Universidade de Adelaide que em parceria com o governo australiano está fazendo um levantamento sobre o perfil das mulheres que atuam em comunidades rurais na especialidade clínica geral. A pesquisa intitulada “ Keeping Women doctors in the Country” (OZOLINS, IG, Grennwood, G & Beilby, J., 2004:2)entre outras questões, conclui que:

“Recentes trabalhos oriundos de Queensland, Austrália, confirmam a importância de um apoio clínico e social para homens e mulheres que praticam medicina em áreas rurais. As mulheres, contudo, através dos anos têm se tornado uma parte crescente da força de trabalho”.

Os desafios de combinar seus papéis sociais e profissionais têm sido descritos por acadêmicos com pouco sucesso em prover soluções práticas. As comunidades estudadas (geralmente responsáveis pela formação e manutenção de suas estruturas de saúde) e suas médicas têm assumido a responsabilidade de encontrar soluções locais, com pouca oportunidade de investigar e descobrir como outras mulheres e comunidades lidam com problemas semelhantes. Com base nos achados desse estudo os autores

encaminharam para o Departamento de Saúde do Governo uma proposta de alocação de recursos financeiros e humanos na formação de um grupo de trabalho e na elaboração de novos estudos e guias para direcionar os futuros esforços no sentido de atender às necessidades das médicas rurais. Em particular, esse grupo deverá trabalhar para identificar soluções potenciais locais, estaduais e nacionais. Apoiar um serviço médico feminino irá também beneficiar a comunidade porque mulheres que vivem e trabalham no campo estão muito alertas para o potencial de suas comunidades quando adequadamente assessoradas e financiadas.

Importância da Ação Municipal

Embora considerando a necessidade de apoio ao município pelas demais esferas do governo, devemos também ressaltar que o papel do município como gestor pleno de atenção básica é essencial para o bem estar da comunidade e dos profissionais de saúde tanto nos aspectos materiais como humanos.

Especialmente no que se refere ao diálogo entre os gestores de saúde e as equipes, ausente, conforme alguns relatos e muitas vezes parte dos motivos de desligamento. A provisão de condições de permanência no município (moradia, alimentação e transporte), outra fonte de descontentamento por grande parte dos profissionais entrevistados é um problema que pode ser resolvido localmente, uma vez que os profissionais vivem e trabalham na cidade.

Os municípios podem e devem fazer mais pelos funcionários. Apenas realizar o pagamento dos salários, muitas vezes em atraso, não é suficiente para convencer um jovem profissional de saúde a permanecer por um período significativo longe de casa. Os gestores municipais devem ter a consciência de que as condições de habitação, alimentação, transporte entre outras, como receptividade/acolhimento têm um peso muito grande na decisão de um profissional de permanecer em uma comunidade.

Observamos situações nas quais os profissionais recebiam alimentação, mas de baixa qualidade, habitação em uma casa velha, insegura e sem móveis e transporte sem regularidade e com pouco conforto. Pudemos perceber que os profissionais que recebem esse tratamento se queixam de descaso e sentem-se desprestigiados. Essa atmosfera não parece propícia a um período prolongado de parceria.

Fóruns de Discussão Comunitário e Intermunicipal

Nenhum município pratica o diálogo com a comunidade no processo de contratação de pessoal. Uma articulação entre essas esferas é necessária para regularizar o trânsito de profissionais entre os municípios estabelecendo regras e até punições para ambas as partes. Através do diálogo entre gestores, usuários e profissionais poderá surgir o processo de transição, para que um servidor não deixe o município sem antes transmitir seu conhecimento ao seu substituto.

A participação da comunidade no recrutamento, seleção e nas atividades profissionais das equipes de saúde é um importante fator de retenção. A migração indiscriminada de profissionais de um município para outro poderá ser amenizada através do diálogo intermunicipal e intermediação estadual. Os fóruns intramunicipais, intermunicipais e nacionais já existem. Os Conselhos Municipais de Saúde, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde podem e devem inserir as discussões e impasses gerados pela rotatividade nos municípios e gerar regras para lidar com os problemas mais recorrentes.

Distância da Capital e Jornada de Trabalho

Embora mencionados como problemas por parte de médicos e enfermeiras a distância da capital parece apresentar valores diferentes para cada um desses profissionais. A prática de múltiplos vínculos médicos ainda representa um grande

conflito com o modelo assistencial representado pelo Programa de Saúde da Família e a atividade fora dos grandes centros. No caso das enfermeiras, estar fora da capital se caracteriza em um prejuízo mais social e familiar que financeiro, uma vez que as melhores oportunidades de trabalho para essa categoria em nosso estado se encontram no interior.

O agente comunitário de saúde e o auxiliar de enfermagem, por sua vez, residem na área de trabalho e o peso de estarem em um município afastado da capital se reflete no fato de serem esses membros da equipe os que mais sofrem o impacto da rotatividade alta. O estresse da mudança, externamente, na comunidade e internamente, no serviço é em grande parte absorvido por esses profissionais. Não há como tornar um município mais próximo de um grande centro. Essa é uma questão ligada à cultura, às condições de trabalho e as soluções devem considerar os diversos olhares sobre o problema. É preciso levar em conta, por exemplo, que a comunidade acaba arcando com a maior parte da conta quando se trata de reduzir a jornada de trabalho dos médicos e enfermeiro.., Neste contexto as soluções apresentadas devem considerar a possibilidade de alguns ganhos e perdas para todos os lados.

- **Condições de Trabalho**

- Embora a maioria dos profissionais em todas as categorias tenha demonstrado algum grau de insatisfação com as condições de trabalho em especial as enfermeiras por não possuírem, em muitos casos, uma estrutura física adequada na unidade de saúde. Esta mesma categoria ofereceu pouca contribuição nas sugestões referentes à melhoria das condições de trabalho. Durante nossa interação com os profissionais de enfermagem entrevistados constatamos que existe uma descrença na capacidade do município de efetuar essas mudanças. Os profissionais parecem mais dispostos a procurar

um município mais estruturado para o desenvolvimento de suas atividades do que pleitear uma mudança junto ao gestor municipal. O médico por sua vez, devido a seu maior poder de barganha e da melhoria em suas condições de trabalho não passam pela reestruturação física da unidade de saúde, parecem mais dispostos a solicitar melhorias e sugerir mudanças.

A Rotatividade Na Zona Rural de Sergipe é Alta e Voluntária e Reflete Negativamente nas Condições de Saúde da População.

A media geral alcançada nos cinco municípios estudados foi de de 84,9%, contudo, as diferenças (quadro 2, p. 74), entre eles são tão significativas, variando de 0 a 300 que não podemos deixar de contextualizá-los. De acordo com os dados apresentados pudemos confirmar que a rotatividade é alta. A iniciativa dos desligamentos partiu quase sempre dos profissionais, alguns motivados por aprovação em concurso público em Aracaju o que gerou uma realocação de mão de obra em grande parte dos municípios do estado. Outros fatores como salariais, geográficos e familiares também aparecem como motivos de desligamento voluntário.

Os profissionais de saúde dos municípios visitados são unânimes em afirmar que a alta rotatividade reflete negativamente na condição de saúde da população. Embora as limitações de tempo e recurso tenham nos impedido de aprofundar a pesquisa no sentido de colher os indicadores de saúde antes e depois do desligamento de um profissional na área, dados colhidos junto a Secretaria de Saúde do Estado demonstram que:

O número de gestantes com pré-natal em dia, hipertensos e diabéticos acompanhados nos município pesquisados é proporcionalmente inverso às taxas de rotatividade. Ou seja, quanto maior a rotatividade menor a cobertura de saúde nas modalidades pesquisadas, embora as variações não sejam tão significativas, merecendo maior investigação, incluindo outros agravos e outros indicadores

Tabela 7 - Municípios Estudados por Taxa Líquida de Rotatividade, Percentual de Gestantes, Diabéticos e Hipertensos Acompanhados.

Município	Taxa Líquida de Rotatividade*	Gestante Acompanhada	Hipertenso Acompanhado	Diabético Acompanhado
Estância	0%**	99,4%	100%	100%
Tobias Barreto	16,5%	98%	95,2%	97,3%
Simão Dias***	50%	95%	90,1%	92%
Lagarto	58%	98,7%	93,4%	93,6%
Ilha das Flores	300%	93,6%	83%	95%

* Média das taxas líquidas de rotatividade de profissionais de nível superior

** Houve dois desligamentos no município mas não houve contratação o que levou a uma rotatividade igual a zero..

*** Rotatividade relativa às enfermeiras do PACS.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB Jan-Abr 2004.

Sabemos que os indicadores refletem um contexto muito mais abrangente que a simples mudança de profissionais de saúde no município. Outros indicadores merecem ser avaliados para se chegar a uma relação mais precisa entre rotatividade e qualidade de assistência. Os escolhidos aqui, foram selecionados por se tratarem de ações de saúde diretamente ligadas à presença de um profissional de nível superior, categoria que apresenta o problema da alta rotatividade.

Ressaltamos, contudo, que nem todos os inconvenientes de uma rotação elevada podem ser mensurados por indicadores.

“Fatores ligados ao treinamento e capacitação de profissionais, entrosamento da equipe, confiança por parte da população, conhecimento da situação epidemiológica,

social, cultural e econômica da área, entre outros são itens de difícil avaliação e não menos importantes na manutenção de altos níveis de assistência”. (WORLEY 2004:2)

Limites e Desafios.

Nosso objetivo nessa aproximação do problema da rotatividade em Sergipe não foi o de apontar todas as soluções do problema. Sabemos que muito pouco pode ser feito sem uma tomada de decisão por parte dos gestores o que sempre aparece como ponto crucial em qualquer problematização a [partir do método do Planejamento Estratégico Situacional. Para Matus, se um ator com governabilidade não declara e assume a situação como problema, ela não se constitui como problema (Matus, 1994).

Procuramos sugerir alguns caminhos e acreditamos que esta é nossa maior contribuição, ou seja, apontar a relevância da discussão sobre este problema tão importante e presente em muitas das cidades do Brasil. Há de se pesquisar mais profundamente a relação entre indicadores de saúde e rotatividade, assim como o fenômeno da rotatividade em diferentes contextos no estado de Sergipe e fora dele. Devido aos limites que o tempo e os demais recursos necessários nos impuseram, este foi um ponto não aprofundado.

O perfil do profissional de saúde rural em Sergipe é similar entre os diferentes níveis educacionais, ou seja, entre os de nível superior que trabalham na roça e dormem na cidade e entre os de nível médio e elementar que vivem e trabalham na roça. São estes últimos que compõem a base mais fixa da equipe, pois permanecem por mais tempo.

Os profissionais de saúde com os quais mantivemos contato e a maioria dos profissionais de saúde do Estado de Sergipe que atuam em zonas rurais e microrregiões rurais transitam entre diferentes ecossistemas, culturas e modos de vida diariamente. O desafio dos gestores não é fixá-los na zona rural mas nos postos de trabalho rurais tempo suficiente para devolverem à comunidade grande parte do investimento feito na contratação desses profissionais e passarem adiante seu conhecimento com o menor prejuízo possível à comunidade e aos próprios profissionais. As propostas apresentadas em nosso plano demonstram essa realidade e este é um dos grandes desafios, seja no Brasil e em outros países.

A falta de planejamento para lidar com o problema da rotatividade é flagrante em todos os municípios visitados. Acreditamos que a questão da saúde em zona rural merece mais atenção do que tem recebido e um planejamento adequado para a população que leve em conta a complexidade dos problemas dessas áreas. Esperamos com este trabalho ter contribuído com algumas reflexões sobre o problema da rotatividade e para chamar a atenção para este importante desafio que é dar acesso aos serviços de saúde e atender as necessidades específicas e peculiares desta população que vive em zonas rurais, muitas vezes relegada a segundo plano e subestimada pelas políticas nacionais.

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, C. 1998: Why doctors would stay in rural practice in the New England health área. Australian Journal of Rural Health. New South Wales, vol. 6:pp 136 - 139.

ANSEMI, M. 1998. Estudo da rotatividade dos enfermeiros de um Hospital Escola - Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto; s.n; 1988. 188 p. ilus, Tab. p 14, 25-28.

ARTMANN, E., 2000. Planejamento Estratégico Situacional no nível local. Rio de Janeiro: Cadernos da Oficina Social, n 3.p 105 - 109.

BRASIL. 1996, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. SUS, NOB/96, Brasília. Ministério da Saúde.

BRASIL. 1999. Guia pratico do Programa de Saúde da Família. Implantação do PSF passo a passo. Brasília. Ministério da Saúde. p 7

CONASEMS/RJ. 2001. Manual do Gestor: SUS O Avanço Democrático da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Record. P 154, 155.

CUTCHIN, M, 1997 : Comunity and self: concepts for rural physicians integration and retention, Social Science & Medicine. Austrália n.44(11): pp. 1661-1674.

GADAMER, H. G. 1975. Thuth and Method. Nova York: Seaburg Press.

GRAMSCI, A, s.d. Antologia de Manuel Sacristan. [s.l.] ; Sigilo XXI.

HAYS, R, V, C, Franklin, L & Crossland, L, 1998: Metedological Issues in Medical Workforce analysis., Australian Journal of Rural Health. Austrália. 6:pp 117-127.

HUMPHREYS, J & Rolley, F, 1998: A modified framework for rural General Practice: The importance of recuitment and retention, Social Science & Medicine.Austrália46(8):pp 939-945.

IBGE: 1997. Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 1997.Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE: 1999. Notas Metodológicas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios PNAD. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE: 1999. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE/IPEA/UNICAMP: 1999. *Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil.* Rio de Janeiro: IBGE

IPEA/FUND.JOIAQUIM NABUCO/PNUD. 1998. Relatório do Desenvolvimento Humano. Brasília: IPEA.

JONES, J.A. HUMPHREYS, J.S. ADEMA, M, A. 2004. Rural GPs' Ratings of Initiatives Designed to Improve Rural Medical Workforce Recruitment and Retention. *Rural and Remote Health* 4. n. 314. pp 2. Victoria, Austrália. (<http://deakin.edu.au>) Acessado em 25/08/2004.

KAMIEN, M, 1998: Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors. *Medical Journal of Austrália*, 169: pp. 318- 321.

MACISSAC, P, Snowdon, T, Thompson, R & Wild, T, 2000: Case management: a model for the recruitment of rural General Practitioners, *Australian Journal of Rural Health*, 8(2): pp111-115.

MATUS, C. 1996. Adeus Senhor Presidente: O conceito de situação. São Paulo: Edições Fundap, pp. 149 - 156.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde. Noas 2001. Brasília 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003- PORTARIA Nº 2394/GM Em 19 de dezembro de 2003. Brasília

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004- Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB SE. Brasília 2004.

ORTEGA y GASSET, J. 1971. História como Sistema. [s.l.]: Espasa-Calpe.

OZOLIMS, I.G, G Grennwood, J Beilby. 2004. Keeping women Doctors in the Country. *Rural and Remote Health* 4: n. 268.

SANTOS, A. F. 1998. Nova Geografia de Sergipe. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, pp. 22,23,24.

SILVEIRA, A. C. & REZENDE, D. F. 2001. Avaliação da estratégia global de controle integrado da malária no Brasil – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. p. 13-24

STARFIELD, B. 2002. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, pp 292.

TOBAR, F. 2001. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz pp. 47 –81.

VIANA, A. L. 1998. Reforma, Tecnologia e Recursos Humanos: A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, pp 20-37.

VEIGA, J. E. 2002. Dos povoados, aldeias, vilas, cidades e municípios. Folha de São Paulo. São Paulo 20 de Maio de 2002 Caderno 3, p. 56.

VEIGA, J. E. 2003. Cidades Imaginárias: O Brasil é menos urbano do que se calcula. São Paulo: Autores associados, pp 57.

WAKERMAN, J. 1998 Rural Health: Why It Matters. Medical Journal of Austrália. Alice Springs. Vol. 176 p.457.

WORLEY, P. S. 2004. Always One Doctor Away from a Crisis! Rural and Remote Health Journal. Queensland. Vol 4. 317 p. 2.

XAVIER, J. 2004. Município com Cara Identidade e CPF. RADIS n.21 Maio 2004. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 8 e 9.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

DIMEN, M. 1988. Poder, sexualidade e intimidade. Em: Jaggar, A & Bordo, S. Gênero, corpo, conhecimento. São Paulo. Editora Rosa dos Ventos.

FONSECA, C. O., 2000. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: Lembrança de uma geração de sanitaristas (1930 - 1970) Ciência e Saúde Coletiva: ABRASCO, Rio de Janeiro n. 2, vol. 5, p 393 - 412.

GADELHA, P. 2003. Fundo SESP, In: Guia do acervo da Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. (http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/menu.htm) .Acesso em: 19 de Janeiro de 2003.

GIFFIN, K. 1999. Corpo e Conhecimento na Saúde Sexual: Uma visão sociológica: Em: Giffin, K & Costa, S. Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro Editora Fiocruz, p. 47-49.

KROPF, S & ARAUJO, R. C. 1999. "Trajetória de Carlos Chagas", in: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, Prossiga/CNPq, Biblioteca Virtual Carlos Chagas. Rio de Janeiro. (www.prossiga.br/chagas) Acesso em: 24 de Janeiro de 2003.

LIMA, T. N., 1998. Missões ao interior e interpretação do Brasil. In: Um sertão chamado Brasil, Rio de Janeiro: Revan, p. 55 - 89.

LIMA, N. T., & HOCCHMAN G., 2000. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil. são... Discurso medico-sanitário e interpretação do país. Ciência e Saúde Coletiva: Rio de Janeiro ABRASCO, n. 2, vol. 5, p 313 – 332.

ANEXOS

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAUDE PUBLICA
 PLANEJAMENTO E GESTAO DE SISTEMAS E SERVICOS DE SAUDE
 QUESTIONARIO PARA PROFISSIONAIS DE SAUDE RURAL EM SERGIPE

Identificação _____
 Local de Trabalho _____
 Idade _____ Sexo _____ Naturalidade _____ Profissão _____
 Nível de escolaridade _____ Estado civil _____

1) Ha quanto tempo você trabalha nessa equipe?

2) Já trabalhou em outra equipe de saúde rural? Em caso positivo, por quanto tempo?

3) Como ocorreu o recrutamento de seu emprego atual?

() concurso público () indicação de terceiros () remanejamento dentro da rede ()
 anúncio em jornal/agencias etc. outro _____

4) Você esta satisfeito com sua vida social e familiar ?

Satisfeito() Parcialmente satisfeito() Insatisfeito ()

5) Você esta satisfeito com seu salário ?

Satisfeito() Parcialmente satisfeito() Insatisfeito ()

6) Você este satisfeito com sua formação profissional e capacitação para esse trabalho?

Satisfeito() Parcialmente satisfeito() Insatisfeito ()

7) Quais as principais motivações que o levaram a aceitar trabalhar nessa localidade?

8) Você percebe alguma vantagem de se trabalhar nessa cidade? Se sim, quais?

9) Você se sente satisfeito com o trabalho que desenvolve atualmente?

Satisfeito () Parcialmente satisfeito() Insatisfeito ()

10) Tem planos de procurar outro posto de trabalho ou de aceitar uma eventual proposta de outro empregador?

() sim () não

11) Em caso positivo quais os principais motivos da seu desligamento?

12) Você acha que uma alta rotatividade de profissionais pode afetar a qualidade de saúde da população?

13) Que ações poderiam ser tomadas para lidar com esse problema ?

QUESTIONARIO PARA GESTORES DE SAUDE RURAL EM SERGIPE

Identificação

Nome _____

Endereço _____ residencial

Local de Trabalho _____

Idade _____ Sexo _____ Naturalidade _____ Profissão _____

Nível de escolaridade _____ Estado civil _____

- 1) Como e feito o recrutamento de profissionais para atuar na zona rural ?
- 2) A secretaria Municipal de Saúde utiliza alguma estratégia para fixar esse profissional na área rural ?
- 3) Você costuma visitar essas equipes em seu local de trabalho regularmente ?
- 4) Você está satisfeito com o desempenho desses profissionais ?
Satisfeito () Parcialmente satisfeito () Insatisfeito ()
- 5) Como você vê a rotatividade de profissionais nessas áreas ?
- 6) Em sua opinião, quais as causas mais importantes que levam um profissional a se desligar do trabalho em zona rural ?
- 7) Você acredita que uma rotatividade alta pode afetar negativamente a saúde da população?
- 8) Quais as ações poderiam ter efeito positivo sobre esse problema?

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para os Profissionais de nível superior, médio e gestores

Você está sendo convidado para participar da pesquisa A Rotatividade dos Profissionais de Saúde na Zona Rural de Sergipe . **Você foi selecionado por ser membro de uma equipe de saúde rural da área que estamos pesquisando (Estância, Itabaiana, Lagarto, Tobias Barreto e Simão Dias) e sua participação não é obrigatória.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. **O objetivo deste estudo é: Analisar o fenômeno da rotatividade de profissionais de equipes de saúde rural em Sergipe e sugerir ações para enfrentar o problema.**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas pela pesquisadora Flavia Rezende Gomes. Uma vez que será mantido sigilo quanto a sua identidade e conteúdo de suas respostas não há riscos relacionados com sua participação

Os benefícios relacionados com a sua participação são a contribuição para o entendimento do fenômeno da rotatividade e a contribuição com sugestões para o enfrentamento do problema.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os nomes dos profissionais não constarão no texto da pesquisa nem tão pouco no questionário uma vez que os participantes serão identificados através de números. A identificação será de conhecimento apenas da pesquisadora que se compromete através deste termo a não revelá-los. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Flavia Rezende Gomes Rua 41 n. 140 Conjunto JK. Aracaju SE. Telefone (79) 247 2024 (21) 8117 9330

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para os Agentes Comunitários de Saúde.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa A Rotatividade dos Profissionais de Saúde na Zona Rural de Sergipe. **Você foi selecionado através de um sorteio feito entre os números das micro-areas da área onde você trabalha e por ser membro de uma equipe de saúde rural da área que estamos pesquisando (Estancia, Itabaiana, Lagarto, Tobias Barreto e Simão Dias) e sua participação não é obrigatória.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição **O objetivo deste estudo é: Analisar o fenômeno da rotatividade de profissionais de equipes de saúde rural em Sergipe e sugerir ações para enfrentar o problema.**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas pela pesquisadora Flavia Rezende Gomes. Uma vez que será mantido sigilo quanto a sua identidade e conteúdo de suas respostas não há riscos relacionados com sua participação

Os benefícios relacionados com a sua participação são a contribuição para o entendimento do fenômeno da rotatividade e a contribuição com sugestões para o enfrentamento do problema.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os nomes dos profissionais não constarão no texto da pesquisa nem tão pouco no questionário uma vez que os participantes serão identificados através de números. A identificação será de conhecimento apenas da pesquisadora que se compromete através deste termo a não revela-los. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Flavia Rezende Gomes Rua 41 n. 140 Conjunto JK. Aracaju SE. Telefone (79) 247 2024 (21) 8117 9330

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa