

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EFEITOS DA ROTATIVIDADE DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANIELA APARECIDA VELOSO TEIXEIRA

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2012

[Digite texto]

DANIELA APARECIDA VELOSO TEIXEIRA

**EFEITOS DA ROTATIVIDADE DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Maria Terezinha Gariglio

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2012

[Digite texto]

DANIELA APARECIDA VELOSO TEIXEIRA

**EFEITOS DA ROTATIVIDADE DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Maria Terezinha Gariglio

Banca Examinadora

Maria Terezinha Gariglio – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Governador Valadares em: 28/04/2012

[Digite texto]

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por nunca ter se afastado de mim, e por tantas oportunidades que me foram dadas.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo, além do exemplo de vida e de “ser humano” que sempre foram.

Ao meu filho Matheus, peço-lhe desculpas pela ausência nos momentos de elaboração deste, mas também agradeço por existir e me dar forças cada dia mais para buscar meus objetivos.

Ao meu esposo, por ter me incentivado tanto e pelo carinho nas horas mais difíceis.

Às minhas orientadoras durante todo o curso Isolda de Cerqueira e Maria Terezinha Gariglio e Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pelo apoio.

RESUMO

A rotatividade afeta negativamente a equipe de enfermagem do PSF de diversas maneiras, sendo a principal o impedimento do vínculo ou relação estreita e estável por intermédio da constante mudança de indivíduos da equipe, ao mesmo tempo, causa sobrecarga de trabalho nos trabalhadores que permanecem na instituição, aumenta a necessidade de treinamento de novatos e os custos de processo admissional. Este trabalho tem como objetivo estudar os efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro sobre a equipe de trabalho e a comunidade assistida na Estratégia Saúde da Família. É uma revisão bibliográfica Virtual da Saúde, nos sites do Ministério da Saúde. Os achados nos pesquisadores estudados mencionam que a rotatividade profissional tem efeitos negativos na manutenção do vínculo. Conclui-se que a rotatividade dos profissionais acarreta prejuízos na qualidade da assistência e no vínculo com a população.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Rotatividade. Enfermagem.

ABSTRACT

The turnover negatively affects nursing staff of PSF in various ways, the main impediment of the bond or close relationship and stable through the ever-changing team of individuals at the same time, cause overload on employees who remain in the institution increases the need for training beginners and the cost of the admission process. This work aims to study the effects of turnover on the nurse workforce and the community assisted in the Family Health Strategy. It is a literature review of the Virtual Health on the websites of the Ministry of Health researchers studied the findings mention that the staff turnover has negative effects on maintaining the link. It is concluded that the rotation of personnel is detrimental to quality of care and the link with the population.

Descriptors: Family Health Strategy. Turnover. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 Principais efeitos da rotatividade do enfermeiro no PSF	20
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, a partir da experiência exitosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os Agentes Comunitários de Saúde que integraram o PACS passaram a incorporar as equipes de saúde da família. Uma equipe mínima no PSF conta com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É importante salientar que a partir de 2000 os profissionais da Saúde Bucal foram inseridos no programa, sendo eles: Cirurgião Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal (BRASIL, 2005).

Tendo caráter preventivo, preditivo e de monitoramento, o PSF quando implantado, organizado e funcionando corretamente é capaz de resolver em torno de 85% dos problemas de saúde em sua área de abrangência, e este resultado é obtido através de um atendimento de qualidade, que além de melhorar os níveis de saúde, diminui internações e outros gastos desnecessários por meio de ações de prevenção que evitam que muitas doenças e quadros agudos ocorram ou evoluam para um estado crônico. (BRASIL, 2004)

Cada equipe do PSF se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo 4 mil habitantes, sendo a média recomendada pelo Ministério da Saúde de 3 mil habitantes de um determinado território. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. E ainda: estabelece vínculos de compromisso com a população; estimula a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utiliza sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atua de forma intersetorial por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos

indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2005).

O ACS promove continuamente a ligação entre a equipe, o serviço de saúde e os moradores da sua área de abrangência, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês, e realizando um mapeamento de cada área. Nas visitas, os agentes preenchem a ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários, e a ficha de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários.

O enfermeiro no PSF é capacitado para:

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

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

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

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

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

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2007, p.46).

O enfermeiro tem, em geral, atribuições que vão desde a capacitação e a supervisão dos ACS até a gestão das UBS/Saúde da Família, o atendimento aos usuários e a promoção de ações de educação em saúde. Por outro lado, as famílias também têm sua carga de responsabilidade, pois devem fornecer informações corretas, e, sobretudo, seguir as instruções passadas pelas equipes de saúde. Sendo assim, os melhores resultados do trabalho da equipe de saúde são obtidos por meio da construção de uma relação de confiança e cooperação entre os membros da equipe e a população atendida, na qual o enfermeiro tem especial importância.

Considerando que houve uma expansão muito grande do número de equipes de saúde da família no Brasil e em Minas Gerais, ocorreu também uma expressiva oferta de emprego para o profissional enfermeiro.

No que diz respeito ao profissional enfermeiro no município de atuação da autora, há evidências de fenômenos como a transitoriedade ou rotatividade desse profissional no PSF. É como se uma parte deles considerasse o programa como um trabalho temporário, no qual permanecem apenas até conseguir outros trabalhos que consideram melhores ou mais adequados para suas carreiras, ou mesmo aqueles que têm grande interesse em permanecer nas instituições de saúde pública, muitas vezes não conseguem devido a fatores como constantes trocas devido ao caráter precário dos contratos temporários e de novos processos seletivos.

A insegurança e a baixa autoestima do profissional enfermeiro quase nunca são colocadas em discussão. A sobrecarga de trabalho colocada para os enfermeiros e a pouca valorização profissional e pessoal aliada à insegurança que os contratos temporários possuem, podem, em longo prazo, interferir no seu processo de trabalho.

No município de Timóteo, onde atuo como enfermeira do PSF, este problema tem chamado a minha atenção, e posso perceber que este fenômeno influencia de forma negativa sobre a organização dos serviços e conseqüentemente sobre a efetividade deste programa no atendimento as necessidades de saúde da população. Estas percepções levaram à escolha deste tema para ser aprofundado neste trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Timóteo, município do Estado de Minas Gerais tem população estimada de 81.243 mil habitantes em 2011 e completou 47 anos (IBGE, 2011). É banhada pelo Rio Piracicaba e dentro de seu território está situada a APERAM (antiga Acesita), siderúrgica especializada na produção de aços especiais (inclusive o aço inoxidável).

O município encontra-se na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e aderiu e assinou em 2010 o Pacto Pela Vida e de Gestão conforme Portaria nº 399/GM de 22/02/2006 e Portaria nº 699/GM de 30/03/2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos (TIMÓTEO, 2010).

O modelo de assistência à saúde, preconizado pelo SUS, tem como um dos objetivos a garantia de acesso de todos os cidadãos a serviços resolutivos e humanizados, a todos os níveis de saúde entre serviços próprios, terceirizados, contratados e/ou conveniados junto ao SUS com a seguinte distribuição:

- **Rede Pública:**
 - 13 Centros de Saúde/Unidades Básicas com 16 ESF
 - 1 Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica
 - 2 Policlínicas
 - 4 Clínicas Especializadas, sendo uma especializada em Odontologia.
 - 3 Consultórios Odontológicos isolados.
- **Rede Conveniada**
 - 1 Hospital Geral com 54 leitos e 1 UTI adulto com 8 leitos.
 - 4 Unidades e Apoio Diagnóstico e Terapia.
- **Rede Terceirizada**
 - 4 Serviços de Apoio Diagnóstico

O quantitativo do pessoal da rede, conforme demonstrado no Quadro 1, refere-se ao ano de 2010 e tem como base os profissionais exclusivamente ligados à Atenção Básica à Saúde no município de Timóteo.

Quadro 1-Recursos Humanos

Agente Comunitário de Saúde	110
Agente de Combate às endemias	28
Agente Sanitário	03
ACD (Assistente de Consultório Dentário)	16
Assistente Social	06
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	1
Auxiliar de Enfermagem	36
Auxiliar de Enfermagem PSF	16
Bioquímico	6
Enfermeiro de Família	16
Enfermeiro Geral	31
Farmacêutico	09
Fisioterapeuta	13
Fonoaudiólogo	01
Nutricionista	01
Psicólogo	03
Técnico de Laboratório de Análises Clínicas	09
Técnico de Serviços de Saúde	23
Terapeuta Ocupacional	03
Odontólogos	28
Médicos da Família	16
Médicos Especialistas	72
Total	480

FONTE: Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Timóteo, Agosto,

2011.

Trabalho no município de Timóteo há 9 anos, lotada na mesma UBS/SF Limoeiro desde a implantação do programa no município, em 2002. Com satisfação procuro construir, neste trabalho, o vínculo entre a comunidade e o profissional de saúde. Mesmo permanecendo por quase 10 anos na instituição e trabalhando no mesmo local, ainda assim, sofri as conseqüências de rotatividade de função, pois no ano de 2010 trabalhei como gerente desta unidade. Vi muitos colegas de trabalho sendo demitidos ou se demitindo e pude perceber o quanto esses fatos foram desfavoráveis para o serviço de saúde, principalmente quanto ao vínculo que se cria com a comunidade, sendo esse rompido bruscamente, sem aviso prévio. Pode-se perceber também uma insatisfação pessoal dos profissionais que algumas vezes saem de suas cidades para trabalharem longe em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Os tipos de contratos dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família usados na maioria dos municípios atualmente no Brasil não oferecem segurança, pois são feitos com tempo determinado, podendo ser descumpridos por ambas as partes a qualquer momento sem nenhum direito para o trabalhador. Estas idéias estão presentes em parecer elaborado pelo Conselho de Secretários de Saúde de Minas Gerais:

Depreende-se do seu histórico que o PSF é um programa, e, portanto sujeito ao seu término a qualquer momento, implicando *ipso facto*, no não mais repasse do incentivo financeiro. Com absoluta certeza, a interrupção do fluxo financeiro, mesmo que a título de incentivo, ensejará por parte da maioria dos municípios que aderiram ao programa, também na interrupção do próprio PSF, eis que as administrações municipais, não dispõem de recursos próprios suficientes para a sua manutenção. Dada a essa situação *sui generis*, já há muito tempo tenho posicionado que a forma mais adequada a suprir as equipes do PSF seria através da contratação temporária, com fulcro no Art. 37, IX da Constituição Federal, inobstante seja a saúde atividade-fim do município, principalmente tratando-se de atenção básica. A retro citada assertiva decorre do fato que, dada à possibilidade do término do PSF, não se acha razoável prover um quadro de servidores efetivos, os quais poderão ainda obter a estabilidade constitucional (art. 41 da CF) e, caso o município não tenha condições de dar continuidade do programa terá que re-alocar esses servidores. Logo, conclui-se que criar vínculo definitivo em relação temporária mostra-se incoerente. O único cuidado que a administração local deve tomar é elaborar um projeto de lei específico de contratação temporária do PSF, evitando utilizar de outras leis de contratação temporária porventura existente no município, eis na maioria das vezes

tais leis não atendem na integralidade as demandas específicas do PSF (MINAS GERAIS, 2010).

O Quadro 2 mostra a rotatividade dos profissionais enfermeiros no Programa de Saúde da Família de Timóteo, ocorrida período de 2006 a 2010. As letras representam o número de profissionais que compuseram as equipes em cada ano respectivamente.

Quadro 2 – Rotatividade dos Enfermeiros nos PSFs (2006 -2010), Timóteo (MG)

Nº	PSF	2006	2007	2008	2009	2010	Total de Profissionais
01	Alegre	A	A/B	B	B	B/C	3
02	Ana Moura	A/B	B	B	B/C	C/D	4
03	Ana Rita	*	A	B	B/C	B/C	3
04	Bela Vista	*	A	B	B	B/C	3
05	Cachoeira do Vale 1	A	A	A	A	A/B	2
06	Cachoeira do Vale 2	A	A/B	B	B	B/C	3
07	Cachoeira do Vale 3	A	A/B	B	B/C/D	D	4
08	João XXIII	A	A/B	B	B	C	3
09	Limoeiro 1	A	A	A	A	B/A	2
10	Limoeiro 2	*	*	*	*	A	1
11	Macuco	A	A	A	A/B	B	2
12	Novo Tempo	A	B/C	C	C	C/D	4
13	Primavera 1	*	A	A/B	B	B/C	3
14	Primavera 2	*	*	*	*	A	1
15	Quitandinha	*	*	A	A	A/B	2
16	Recanto Verde	A	A	A	A/B	B/C	3

FONTE: Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Timóteo, Agosto, 2011.

A análise deste quadro mostra a rotatividade do profissional enfermeiro, identificando as trocas ocorridas nos anos de 2006 a 2010 desses profissionais, sendo que, em algumas UBS aconteceram três trocas desse profissional em um único ano.

Assim, na UBS Cachoeira do Vale 3, no ano de 2009, atuaram 3 enfermeiros (B, C e D) mas não foi possível saber, pelos dados apresentados, quantos meses ou dias cada um permaneceu lotado naquela UBS naquele ano. No caso da UBS Limoeiro, a mesma enfermeira (A) permaneceu durante os anos de 2006 até 2010, sendo substituída por um período, depois retornando ao mesmo PSF.

Níveis mais elevados de rotatividade dos enfermeiros causam impacto negativo no atendimento de enfermagem como, por exemplo, a ausência ou redução do número de profissionais experientes, a diminuição dos laços de companheirismo na equipe, perdas e alterações dos vínculos de continuidade e confiança com os pacientes, redução dos índices de adesão ao tratamento e tendência a um clima organizacional negativo caracterizado pela ideia de serviço temporário, como trampolim para algo considerado melhor.

A insegurança no trabalho só aumenta a insatisfação e desmotivação do enfermeiro. Sendo ele o responsável técnico pela equipe, estes sentimentos podem prejudicar o seu trabalho se não tiver compromisso profissional. A expectativa de renovação de contrato sempre gera ansiedade e dúvidas.

3 OBJETIVO

Descrever o fenômeno da rotatividade dos enfermeiros nas equipes de saúde da família, suas causas e conseqüências na qualidade do trabalho.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa de literatura a partir da pesquisa bibliográfica de artigos científicos em língua portuguesa utilizando os seguintes termos da busca: “rotatividade”, “equipe”, “enfermagem”, “PSF”. As bases de dados foram :Biblioteca Virtual em Saúde: Bireme (Biblioteca Regional de Medicina) , SciELO(Scientific Electronic Library Online), PubMed que é o nome dado ao sistema de busca que oferece acesso a base de dados do MedLine e a Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) e publicações do CEABSF (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

Também foram utilizados sítios eletrônicos relacionados como Ministério da Saúde, e publicações de organizações de caráter científico como a Revista Brasileira de Enfermagem, Revista de Administração Eletrônica, Revista Pan-americana de Saúde Pública.

O trabalho foi realizada em 3 momentos: o primeiro momento a seleção de artigos que atenderam os objetivos do trabalho, o segundo momento considerou-se a relevância do tema e foi realizada a filtragem nos materiais selecionados, e o terceiro momento foi feito a análise crítica levando em conta as idéias desenvolvidas pelos autores.

Dessa forma, foram tecidas as conclusões referentes ao estudo e reflexões sobre o problema escolhido: efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo autores como Anselmi *et al.* (1997) e Franco e Matos (2010) a rotatividade é um índice já considerado como “indicador de saúde organizacional”, usado para medir a flutuação de pessoal entre uma organização e seu ambiente externo, diz respeito ao conjunto de demissões e admissões realizadas dentro de um período de tempo em relação à quantidade de pessoas em atividade neste mesmo período. Importante salientar que por sua natureza de mera troca entre as pessoas dentro e fora da organização, não se considera no índice de rotatividade os falecimentos, aposentadorias, desaparecimentos e os aumentos ou reduções de quadro planejado pela organização.

Para Iwamoto e Anselmi (2006) a rotatividade pode ser definida como um movimento que se verifica no mercado de trabalho, caracterizado pelas entradas e saídas dos indivíduos de uma determinada instituição que compõe esse mercado. Compreende a medida do número de trabalhadores que passa pelos postos de trabalho de uma seção, empresa, setor ou ramo, num determinado período de tempo.

De acordo com Ferreira e Siqueira (2005) deve-se estudar separadamente o conceito de rotatividade e o de intenção de rotatividade. A rotatividade é o índice constante ou permanente de saídas efetivas de funcionários de uma organização, sendo algo objetivo e de fácil mensuração. A intenção de rotatividade é algo subjetivo e difícil de estudar e mensurar consistindo em variáveis internas e externas à organização como o conjunto de fatos, informações, valores, idéias conceitos e percepções que habitam o imaginário comum das pessoas e a cultura organizacional. Geralmente os elementos que formam a intenção de rotatividade consistem na idéia de que o trabalho naquela organização é

temporário, inferior ou menos atraente do que o de outras organizações para as quais se pretende migrar. Cabendo salientar que um alto grau de intenção de rotatividade não significa necessariamente que um indivíduo vai sair da organização, pois é possível geralmente neutralizar as causas dessa intenção.

Para Medeiros *et al.* (2010) a rotatividade não é sempre necessariamente um fenômeno negativo ou ruim para organização, podendo ter diversas vantagens, como, por exemplo, quando saem trabalhadores problemáticos, ineficientes ou não essenciais.

Autores como Medeiros *et al.* (2010) acreditam que a rotatividade está diretamente associada à satisfação dos trabalhadores, quando os níveis de satisfação estão altos a rotatividade é menor, e quando estão baixos há maior saída de funcionários da organização. Para Huzek e Stefano (2009) a rotatividade não somente está relacionada com a satisfação como também é possível apontar os principais elementos que constituem ou interferem de alguma forma nessa satisfação:

- A conjuntura econômica;
- A cultura organizacional e da comunidade/região
- A oportunidade de crescimento profissional;
- A política de benefícios;
- A política disciplinar;
- A política salarial da organização;
- A situação de oferta e procura de RH;
- As condições físicas e ambientais de trabalho;
- As oportunidades de empregos;
- O estilo de gestão;
- O grau de flexibilidade das políticas da organização;
- O Programa de carreiras;
- O Programa de recompensas;
- O relacionamento da organização com os trabalhadores;

- O tipo de supervisão;
- Os critérios de avaliação de desempenho;
- A imagem pública ou o valor de marca da organização.

A essa lista Ramos e Carneiro (1997) acrescentam outro fenômeno: os benefícios dados ao trabalhador desligado, ou seja, o Fundo de Garantia do Trabalhador, a multa e o

seguro desemprego.

Segundo autores como Gonzaga (1998), Nomura e Gaidzinski (2005), Ferreira e Siqueira (2005) níveis mais elevados de rotatividade de pessoal podem comprometer de maneira significativa os resultados, a efetividade, o sucesso em atingir objetivos e metas em uma organização, além de trazer prejuízos financeiros e operacionais para a organização e para os clientes (pessoas ou outras organizações) por ela atendidos.

Não consta na literatura alguma forma ou método que permita controlar totalmente a rotatividade, seja devido à complexidade dos fatores e suas correlações ou mesmo pela existência de fatores externos à organização, sobre os quais a não se tem nenhum controle. No entanto, alguns aspectos podem ser geridos para se obter uma redução satisfatória da rotatividade. Grande parte desses esforços descritos na literatura para controlar a rotatividade está ligada à gestão de RH, às políticas da organização para com os trabalhadores, fatores contratuais e planejamento dos locais e condições de trabalho, de maneira associada ao estresse, à satisfação e à motivação dos trabalhadores. Segundo Campos e Malik (2008, p. 353) a satisfação dos profissionais é um ponto importante e destacam que

O problema da falta de profissionais e da intensa migração de profissionais de saúde, em especial de enfermagem, tem sido um fator de estímulo à realização de pesquisas que possibilitem a definição de políticas de curto e longo prazo na área de recursos humanos, voltadas para a fixação dos profissionais de saúde. A melhoria do nível de satisfação dos profissionais é uma alternativa para o aumento da fixação dos mesmos. (Campos e Malik,2008,p.353)

5.1 Principais efeitos da rotatividade do enfermeiro no PSF

Trata-se aqui não dos efeitos genéricos da rotatividade sobre qualquer classe de trabalhadores, mas sim dos efeitos específicos dos enfermeiros e mais especificamente ainda sobre aqueles engajados na ESF.

Segundo Nomura e Gaidzinski (2005) a perda do profissional enfermeiro afeta o nível de cuidado prestado enquanto aumenta o investimento necessário para a contratação de um novo trabalhador. Essa situação gera descontentamento na equipe através da sobrecarga de trabalho e tarefas para os membros que ficam, já que a reposição não é imediata.

De acordo com Holanda e Cunha (2005) entre os efeitos da rotatividade há um aumento do número de horas dedicadas à introdução/treinamento do novo enfermeiro, técnico ou auxiliar na equipe o que consome mais horas/salário dos membros designados para sua introdução ou treinamento. Uma equipe com membros ocupados em treinar novatos e trabalhando ao lado de novatos não tem o mesmo desempenho de uma equipe experiente e consolidada, ou seja, a qualidade do atendimento é prejudicada.

[...] é uma grande dificuldade a ser enfrentada pelos profissionais envolvidos em novo provimento, para a admissão e adaptação de outro profissional é necessária a realização de um processo seletivo e de treinamento teórico-prático específico. Transcorre, assim, um período longo entre a contratação e a capacitação desse enfermeiro para atuar na unidade, interferindo significativamente no desempenho de vários profissionais dentro da organização, na qualidade do cuidado prestado aos clientes, como também nos custos de provimento desse novo profissional (HOLANDA e CUNHA, 2005, p. 643).

O relacionamento estreito e estável entre os profissionais e a população atendida, denominado de vínculo nas políticas do Ministério da Saúde, para o PSF é um elemento de grande importância que sofre maior impacto negativo com a rotatividade.

Medeiros *et al.* (2009, p.1522) comentam que

A ESF pretende humanizar as práticas de saúde promovendo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. Busca a

integralidade da assistência e o desenvolvimento de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Todos devem ter jornada diária de oito horas, dedicando-se efetivamente a este trabalho, tendo condições de fazer ligação efetiva com a comunidade, conhecendo pessoalmente cada pessoa, sabendo onde mora, quem são seus parentes e qual a sua história de vida (MEDEIROS *et al.* 2009, p. 1522).

Para Campos (2005, p.198) “na medida em que a proposta do PSF funda-se no vínculo entre os profissionais da equipe de saúde e a população, a alta rotatividade dos profissionais pode comprometer a efetividade do modelo”. Essa se mostra opinião unânime entre os estudos que investigaram a rotatividade no PSF. Autores como Borrelli (2004) destacam a importância do vínculo no âmbito do PSF:

A questão da consolidação do vínculo entre diferentes segmentos sociais e o SUS aparece na NOB SUS 96 [...] 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 (BORRELLI, 2004, p. 19).

De acordo com Anselmi *et al.* (2001, p.13) a rotatividade de profissionais de enfermagem provoca sérias implicações financeiras e operacionais no desenvolvimento das atividades organizacionais, especialmente no que diz respeito aos custos e à diminuição da produtividade e qualidade dos serviços prestados. “*Uma força de trabalho estável e qualificada além de sustentar o processo de cuidar, cria também possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados*”.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Outras variáveis ligadas ao trabalho da enfermagem podem também ser determinantes para a fixação deste profissional ao local de trabalho. Entre elas pode-se citar a carga horária de trabalho, a capacitação do profissional, a valorização de seu trabalho e a organização do processo de trabalho.

O estabelecimento da carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na idéia de que essa é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre a equipe e a população, e para melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial (BRASIL, 2004).

Formalmente, a maioria dos municípios atendeu a essa diretriz, o que foi evidenciado pela expressiva maioria de profissionais contratados com carga horária de 40 horas. No entanto, as cargas horárias efetivamente cumpridas foram sistematicamente inferiores às contratadas, especialmente para os médicos e cirurgiões-dentistas (BRASIL, 2004).

Entre 20% e 30% de todos os profissionais das equipes de saúde, exceto técnico de higiene dental, tinham vínculos trabalhistas precários, o que provavelmente tem contribuído para alta rotatividade e insatisfação profissional. A fragilidade das modalidades de contratação deve comprometer a dedicação dos profissionais, com conseqüências nefastas para a qualidade do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2004).

O departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), realizou uma avaliação normativa do processo de implantação do PSF, entre junho de 2001 e agosto de 2002. Foram avaliados os itens: infraestrutura; gestão; e processo de trabalho, tendo como base as diretrizes do PSF no Brasil.

Na gestão do trabalho dos profissionais do PSF, como se pode observar na tabela 1, destacou-se na pesquisa do Ministério da Saúde que 90% das equipes contavam com a composição mínima estabelecida pela legislação. Foram detectadas distorções importantes na inserção de médicos e enfermeiros, de forma mais evidente, nas equipes de nove estados brasileiros. Embora exista uma carga horária formal estabelecida em 40 horas na maioria dos municípios, de forma efetiva foram cumpridas cargas menores, especialmente para os médicos e cirurgiões dentistas. Os vínculos trabalhistas eram precários (contrato provisório) para pelo menos 20% de todos os profissionais de saúde com exceção dos técnicos de higiene bucal.

[...]o que provavelmente tem contribuído para alta rotatividade é a insatisfação profissional. A fragilidade das modalidades de contratação deve comprometer a dedicação dos profissionais, com conseqüências nefastas para a qualidade do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2004,p.18).

Tabela 1 - Síntese dos resultados da pesquisa sobre a gestão de trabalho dos profissionais de saúde do PSF - Período de 2001 a 2002.

Gestão do trabalho dos profissionais de saúde	
Número de profissionais nas equipes	% Equipes
Equipes de saúde da família com um médico	94,1
Equipes de saúde da família com um enfermeiro	95,3
Equipes de saúde da família com pelo menos um auxiliar de enfermagem	98,3
Equipes de saúde da família com quatro ou mais agentes comunitários de saúde	94,7
Equipes de saúde bucal com um cirurgião-dentista	97,2
Equipes de saúde bucal com pelo menos um técnico de higiene dental	97,3
Equipes de saúde bucal com pelo menos um auxiliar de consultório dentário	97,7
Tempo de permanência dos profissionais de saúde das equipes	
Tempo de permanência do médico \leq 1 ano	76,8

Tempo de permanência do enfermeiro ≤ 1 ano	65,3
Tempo de permanência do auxiliar de enfermagem ≤ 1 ano	52,9
Tempo de permanência do cirurgião-dentista ≤ 1 ano	84,5
Tempo de permanência do técnico em higiene dental ≤ 1 ano	80,4
Tempo de permanência do auxiliar de consultório dentário ≤ 1 ano	84,8
Carga horária dos profissionais de saúde	
Médicos que cumprem carga horária de 40 horas semanais	59,7
Enfermeiros que cumprem carga horária de 40 horas semanais	77,8
Auxiliares de enfermagem que cumprem carga horária de 40 horas semanais	87,3
Agentes comunitários de saúde que cumprem carga horária de 40 horas semanais	95,8
Cirurgiões dentistas que cumprem carga horária de 40 horas semanais	68,3
Técnicos de higiene dental que cumprem carga horária de 40 horas semanais	82,9
Auxiliares de consultório dentário que cumprem carga horária de 40 horas semanais	90,8
Modalidade contratual	
Médicos com contrato precário de trabalho	18,1
Enfermeiros com contrato precário de trabalho	25,7
Auxiliares de enfermagem com contrato precário de trabalho	18,6
Agentes comunitários de saúde com contrato precário de trabalho	29,7
Cirurgiões dentistas com contrato precário de trabalho	29,2
Técnicos em higiene dental com contrato precário de trabalho	8,5
Auxiliares de consultório dentário com contrato precário de trabalho	19,1

Fonte: BRASIL (2004)

Na tabela 2, pode-se observar que, no que diz respeito à qualificação e capacitação dos profissionais, a pesquisa do Ministério da Saúde revelou que o treinamento inicial que deveria ser obrigatório para a totalidade das equipes, foi realizado por uma parcela bem menor de médicos e enfermeiros, sobretudo na Região Norte, assim como o treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que teve insuficiência maior ainda, comprometendo a confiabilidade da avaliação das ações.

Tabela 2 - Síntese dos resultados da pesquisa sobre o processo de trabalho no PSF - Período de 2001 a 2002.

Processo de trabalho das equipes de saúde	% Equipes
O conhecimento da população e seu território	
Equipes de saúde da família que conheciam a área de abrangência	94,5
Equipes de saúde bucal que conheciam a área de abrangência	84,2
Equipes de saúde bucal que tinham mapa da área de abrangência	55,3
Planejamento, programando e avaliando as ações	
Realização de reuniões da equipe para planejamento	
Participação dos médicos nas reuniões da equipe	82,2
Participação dos enfermeiros nas reuniões da equipe	91,0
Participação da equipe de saúde bucal nas reuniões da equipe	62,2
Participação dos auxiliares de enfermagem nas reuniões da equipe	87,0
Participação dos agentes comunitários nas reuniões da equipe	90,4
Realização de reuniões com a comunidade	
Participação dos médicos nas reuniões com a comunidade	42,1
Participação dos enfermeiros nas reuniões com a comunidade	50,8
Participação da equipe de saúde bucal nas reuniões com a comunidade	43,0
Participação dos auxiliares de enfermagem nas reuniões com a comunidade	53,0

Participação dos agentes comunitários nas reuniões com a comunidade	
Utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação	
Equipes de saúde que utilizam o SIAB para programação das ações	49,6
Participação e controle social	
Equipes de saúde da família que participaram de reunião co CMS ou CLS	37,4
Cuidando da saúde das famílias	
Atendimento nas quatro clínicas básicas e visita domiciliar	
Médicos que realizaram atendimento nas quatro clínicas básicas	81,1
Enfermeiros que realizaram atendimento nas quatro clínicas básicas	57,1
Médicos que realizaram atendimento em clínica médica	98,4
Enfermeiros que realizaram atendimento em clínica médica	70,1
Médicos que realizaram atendimento em pediatria	96,0
Enfermeiros que realizaram atendimento em pediatria	77,4
Médicos que realizaram atendimento em obstetrícia	84,6
Enfermeiros que realizaram atendimento em obstetrícia	75,3
Médicos que realizaram atendimento em ginecologia	87,0
Enfermeiros que realizaram atendimento em ginecologia	75,8
Equipes que utilizam prontuário com registro seqüencial de consultas	89,5
Médicos que realizaram visita domiciliar	92,7
Enfermeiros que realizaram visita domiciliar	95,8
Ações de saúde bucal	
Atendimento de urgências odontológicas	78,0
Oferta programada para grupos prioritários	48,8
Ações educativas	
Médicos que realizam ações educativas	64,3
Enfermeiros que realizam ações educativas	77,2
Auxiliares de enfermagem que realizam ações educativas	62,5
Agentes comunitários de saúde que realizam ações educativas	70,0

Fonte: BRASIL (2004)

Foi observada uma concentração dos maiores percentuais em alguns estados, sugerindo diferenças locais e regionais no tocante à implantação do PSF e à motivação e interesse em ações pedagógicas dentro de cada nicho.

[...] pode-se supor, a partir do quadro revelado, que a capacitação das equipes foi insuficiente, face ao amplo espectro de ações, às exigências de desempenho das equipes e ao per.l dos profissionais existentes, atualmente, no mercado de trabalho (BRASIL 2004,p. 23).

A qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica.

Para capacitação em saúde da criança, [...] a capacitação dos médicos não alcançou 40% das equipes em nenhum estado. Em saúde da mulher, em apenas cerca de um terço e 40% das equipes, respectivamente [...] Os percentuais de equipes que tinham médicos e enfermeiros

capacitados em áreas estratégicas da atenção básica em saúde do adulto (hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose) situaram-se em torno de 40%, com percentuais para os médicos sistematicamente inferiores aos observados para os enfermeiros (BRASIL, 2004, p. 23).

Cada vez mais estão sendo implantados novos programas pelo Ministério da Saúde ou pelo Governo dos Estados, os quais são realizados treinamentos para sua divulgação e implantação nos municípios. Os enfermeiros têm sido a primeira escolha para realizar as ações de implantação dos “novos” programas na estratégia de saúde da família, portanto, são convocados a participar de capacitações para daí em diante serem os responsáveis pelo cumprimento de metas posteriormente exigidas e em tempo hábil e com dados fidedignos. Cabe ressaltar que o acúmulo de funções já existentes para os enfermeiros que trabalham nas estratégias de saúde da família, por si só, já é determinado por diversas deliberações sobre responsabilidade técnicas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Os programas advindos do Ministério da Saúde e ou Governo do Estado tem objetivos que vem ao encontro às ações da ESF, mas muitos deles cobram metas muito altas de produção, ficando quase impossível as equipes se dedicar as ações de prevenção. O enfermeiro passa grande parte do seu tempo envolvido com questões burocráticas e de cumprimento de metas, ficando mais difícil se dedicar a outras ações como a organização de grupos ou intervenções ligadas diretamente à comunidade, como contatos com as lideranças de bairro, palestras em escola, grupos operativos na comunidade, entre outros.

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho (BRASIL, 2004).

No tocante ao processo de trabalho das equipes, a pesquisa do Ministério da Saúde revelou dados importantes conforme indica a tabela 2. Enquanto a maior parte dos membros das equipes participava de reuniões internas, apenas 40% a 50% se reuniam com a comunidade, tendo sido considerada “incipiente” a participação da mesma no planejamento das ações, assim como também foi irrelevante a participação das equipes junto aos órgãos locais de gestão do SUS. O atendimento clínico - clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia - foi realizado por 81% dos médicos e 57% dos enfermeiros.

Na categoria de controle de doenças crônicas, foram observados avanços no controle da hipertensão e diabetes, sendo que mais de 90% das equipes diagnosticavam e realizavam ações nessas doenças.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) os enfermeiros acompanham e realizam a capacitação dos ACS, técnicos em enfermagem e auxiliares, promovendo a educação continuada e supervisionam as equipes. São responsáveis pela administração da UBS, e ainda devem organizar suas agendas para atuar na assistência direta, triagem e realizar consultas. As atribuições específicas do enfermeiro no PSF são:

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto, e idoso;
- No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de

- hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;
- Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções (FRANCISCO, 2007, p. 127).

Outra questão relevante é o fato da falta de interação entre os gerentes das UBS e os coordenadores da atenção primária com alguns enfermeiros. Muitas vezes faltam diálogo e interações entre os profissionais da equipe, o que pode interferir nos processos de trabalho, gerando insatisfação pessoal no mesmo. Este fato tende a acontecer com as trocas de recursos humanos que são rotineiras principalmente no tocante aos gerentes de unidades. Muitos gerentes assumem o cargo por indicação política, sem nenhuma experiência de trabalho na área de saúde, e isso pode comprometer a organização dos processos de trabalho, que deve ser bem conduzido, direcionando as funções de cada profissional.

Uma política de valorização e apoio aos enfermeiros pode-se constituir em fatores de diminuição do fenômeno da rotatividade. É possível potencializar a capacidade de produzir mudanças, especialmente se elas são edificadas com base no saber compartilhado. É urgente a necessidade de avançar na formação dos profissionais para o modelo saúde da família em busca de uma nova ordem: a de cuidar de quem cuida. (SOUZA, 2003)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF tem como um dos principais fundamentos a construção e manutenção de um relacionamento estreito, estável e baseado em confiança entre os profissionais e a comunidade que atendem, sendo essa de número limitado exatamente para facilitar esse vínculo.

Apesar da necessidade fundamental de vínculo no PSF, constatou-se, com o presente estudo, que assim como outras organizações, o PSF também é afetado pelo fenômeno da rotatividade, pelo número de trabalhadores que entram e saem, ou seja, o fluxo de pessoas que a organização troca com o ambiente externo em dado período de tempo.

De um modo geral, para enfermeiros engajados em quaisquer instituições a rotatividade tem efeitos negativos que vão desde aumento dos custos financeiros com recrutamento, seleção e treinamento de novos profissionais até problemas estratégicos, táticos e operacionais como a sobrecarga de trabalho dos profissionais que permanecem na organização, o aumento do número de horas/salário dedicado à introdução e treinamento dos novatos, a queda do desempenho do rendimento e da eficiência da equipe como um todo, e efeitos negativos na imagem da instituição e na satisfação geral dos trabalhadores.

No caso específico do profissional enfermeiro que atua no PSF, a rotatividade acarreta um problema maior que é a ruptura do vínculo com a comunidade, podendo levar a perda de confiança dos usuários que estão sob a responsabilidade da equipe. Além disto, programas e projetos podem ser interrompidos ou ficam inacabados levando a um déficit da qualidade do atendimento.

Conclui-se, portanto que a rotatividade tem impacto negativo sobre o profissional enfermeiro no PSF e para a comunidade atendida, mas não se constitui enquanto um problema sem solução, bastando para isso o interesse político por estudos e projetos de implementação das soluções conhecidas para diminuição da rotatividade.

Alguns fatores podem ser considerados necessários para a permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: constituição de estratégias para a fixação de Recursos Humanos, salários justos, diminuição da carga horária semanal, estabilidade de vínculo empregatício, valorização profissional, capacitação e aperfeiçoamento para todos os profissionais, perfil adequado e identificação dos outros profissionais pela proposta de trabalho do PSF, autonomia nas condutas, condições dignas e justas de trabalho, avaliação do profissional por desempenho, apoio da gestão recursos materiais suficientes, ambiente de trabalho menos hostil, concursos públicos ou contratos de trabalho com maior estabilidade.

REFERÊNCIAS

ANSELMÍ, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 2, n. 1, Jan. 1997, p. 44-50.

ANSELMÍ, M.L.; DUARTE, G.G.; ANGERAMI, E.L.S. “Sobrevivências” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, Jul. 2001, p. 13-18.

BORRELLI, F.R.Z. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado**. 2004. 102 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Departamento de Planejamento e Gestão da Escola Nacional de Saúde Pública – FOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil 2001/2002**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Séries Pactos pela Saúde; 4ª edição, Brasília, 2007

CAMPOS, C.V.A. **Por que o médico não fica?: Satisfação no trabalho e rotatividade**

dos médicos do Programa de Saúde da Família. 2005. 198 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2005.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M.; Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP - Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, Mar./Abr. 2008, p. 347-368.

FERREIRA, M.L.C.B; SIQUEIRA, M.M.M.; Antecedentes de intenção de rotatividade: estudo de um modelo psicossocial. **Revista Organização em Contexto**, v. 1, n. 2, Dez. 2005, p. 47-67.

FRANCISCO; R.G.X.N., Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** mar /abr; 60 (2)134, Brasília, 2007.

FRANCO, E.S.M.; MATOS, A.B. **Turnover e a gestão estratégica de pessoas: superando a cultura da rotatividade pessoal.** Portal Diferencial RH, 2010. Disponível em: <<http://diferencialmg.com.br/artigos/turnover-atalizado-dezembro-2010.pdf>>. Acesso em: 06/06/2011.

HOLANDA, F.L.; CUNHA, I.C.K.; Tempo de permanência de enfermeiros em um hospital-escola e valores monetários despendidos nos processos de admissão, desligamento e provimento de novo profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, Set./Out. 2005, p. 642-647.

HUZEK, D; STEFANO, S.R. **Rotatividade em hospitais filantrópicos da Região Centro-Sul do Paraná,** In: Seminários em Administração, 12, São Paulo, 2009. Anais do XII SEMEAD. São Paulo, 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. 2011.** Censo IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=316870>>. Acesso em: 25/01/2012.

IWAMOTO, H.H; ANSELM, M.L. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, Set. 2006, p. 443-453.

MEDEIROS, C.R.G; JUNQUEIRA, A.G.W; SCHWINGEL, Glademir, et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. sup.1, Jan. 2010, p. 1521-1531.

MINAS GERAIS, **Colegiado dos Secretários de Saúde de Minas Gerais,** Comentário acerca do inciso IX do Art. 37 da Constituição Federal, Disponível em: <<http://www.cosemsg.org.br/cosems/servicos/espaco-juridico/219-parecer-psf-forma-de-contratacao-temporaria>> Acesso em: 29/01/12

NOMURA, F.H; GAIDZINSKI, R.R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 13, n. 5, Set./Out. 2005, p. 648-653.

PONTES, B.R. **Administração de cargos e salários: carreiras e remuneração**. São Paulo. LTR, 2008.

RAMOS, C.A; CARNEIRO, F.G. **Rotatividade e instituições: benefícios ao trabalhador desligado incentivam os afastamentos?** . Ministério do Planejamento e Orçamento. Brasília: IPEA, 1997 [Série textos para Discussão – Texto nº 503

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 22 edição. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E.M. Apriorização da família nas políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, Set./dez. 1999.