



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Carinne Magnago

Gestão do trabalho na estratégia saúde da família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias

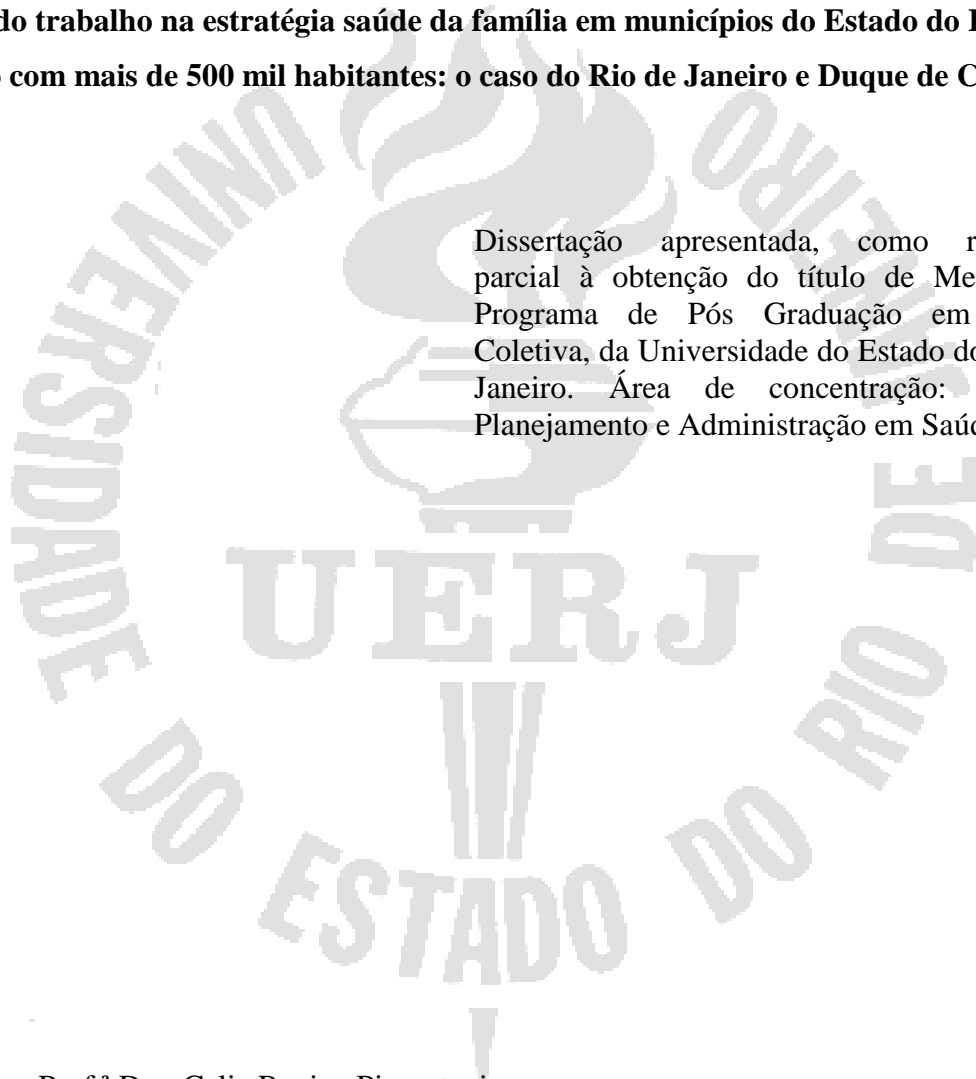
Rio de Janeiro

2012

Carinne Magnago

Gestão do trabalho na estratégia saúde da família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias

Dissertação apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde



Orientadora: Prof.^a Dra. Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M196 Magnago, Carinne.

Gestão do trabalho na estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias / Carinne Magnago. – 2012.

175 f.

Orientadora: Celia Regina Pierantoni.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Atenção primária à saúde – Teses. 2. Programa de Saúde da Família (Brasil) - Rio de Janeiro (Estado) - Teses. 3. Gestão de recursos humanos em saúde. I. Pierantoni, Celia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carinne Magnago

Gestão do trabalho na estratégia saúde da família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias

Dissertação apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 28 de março de 2012.

Orientadores: Prof.^a Dra. Celia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Tania França
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Ana Lúcia Abrahão
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais José Geraldo e Merivan pelo incentivo, pelo orgulho, pelo amor incondicional e por me darem asas para que eu pudesse voar em busca da realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus por todas as coisas.

“Meu Deus, me dê a coragem de viver trezentos e sessenta e cinco dias e noites, todos vazios de Tua presença. Me dê a coragem de considerar esse vazio como uma plenitude. Faça com que eu seja a Tua amante humilde, entrelaçada a Ti em êxtase. Faça com que eu possa falar com este vazio tremendo e receber como resposta o amor materno que nutre e embala. Faça com que eu tenha a coragem de Te amar, sem odiar as Tuas ofensas à minha alma e ao meu corpo. Faça com que a solidão não me destrua. Faça com que minha solidão me sirva de companhia. Faça com que eu tenha a coragem de me enfrentar. Faça com que eu saiba ficar com o nada e mesmo assim me sentir como se estivesse plena de tudo. Receba em teus braços meu pecado de pensar.” (Clarice Lispector)

Aos meus pais José e Merivan pelo amor incondicional.

“Saudade é um pouco como fome. Só passa quando se come a presença. Mas às vezes a saudade é tão profunda que a presença é pouco: quer-se absorver a outra pessoa toda. Essa vontade de um ser o outro para uma unificação inteira é um dos sentimentos mais urgentes que se tem na vida.” (Clarice Lispector)

À Kelly, minha irmã e alma gêmea, pela amizade.

“Nem sei como lhe explicar, querida irmã, minha alma. Mas o que eu queria dizer é que a gente é muito preciosa, e que é somente até certo ponto que a gente pode desistir de si própria e se dar aos outros e às circunstâncias. Depois que uma pessoa perder o respeito de si mesma e o respeito de suas próprias necessidades, depois disso fica-se um pouco um trapo. Eu queria tanto, tanto estar junto de você e conversar, e contar experiências minhas e de outros. Você veria que há certos momentos em que o primeiro dever a realizar é em relação a si mesmo.” (Clarice Lispector)

Ao meu irmão Ícaro pela serenidade.

“Só uma coisa a favor de mim eu posso dizer: nunca feri de propósito. E também me dói quando percebo que feri. Mas, tantos defeitos tenho. Sou inquieta, ciumenta, áspera, desesperançosa. Embora amor dentro de mim eu tenha. Só que não sei usar amor: às vezes parecem farpas.” (Clarice Lispector)

Ao Dalmo por me amar tanto, por ser amigo, amante e marido, por ser meu companheiro de todas as horas e pela paciência infinita.

“Não me lembro mais qual foi nosso começo. Sei que não começamos pelo começo. Já era amor antes de ser.” (Clarice Lispector)

À minha orientadora Celia Regina Pierantoni pela confiança.

“Ela acreditava em anjo e, porque acreditava, eles existiam.” (Clarice Lispector)

Aos meus grandes amigos, em especial, Felipe, Ana Paula, Éverton, Luise, Samira e Jorcelino pela amizade, pelos momentos compartilhados, pela sinceridade e, sobretudo por trazerem leveza aos momentos mais difíceis.

“Nossa amizade era tão insolúvel como a soma de dois números: inútil querer desenvolver para mais de um momento a certeza de que dois e três são cinco.” (Clarice Lispector)

À Ândrea, grande amiga, pelo incentivo, por acreditar no meu sucesso acadêmico e profissional e principalmente pela sabedoria que sempre me equilibra.

“Já chamei pessoas próximas de ‘amigo’ e descobri que não eram. Algumas pessoas nunca precisei chamar de nada e sempre foram e serão especiais para mim.” (Clarice Lispector)

À Equipe do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, em especial Valéria e Tânia, pela ajuda essencial a consecução desta pesquisa.

“É tão difícil falar e dizer coisas que não podem ser ditas. É tão silencioso. Como traduzir o silêncio do encontro real entre nós? Dificílimo contar. [...] Tais momentos são meu segredo. Houve o que se chama de comunhão perfeita. Eu chamo isto de estado agudo de felicidade.” (Clarice Lispector)

Às Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro e Duque de Caxias por participarem desta pesquisa tornando ela possível.

Sou um coração batendo no mundo.

Clarice Lispector

RESUMO

MAGNAGO, Carinne. *Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias*. 2012. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Não obstante ao aumento do número de equipes de Saúde da Família no território brasileiro há disparidade na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios de grande porte. Outras dificuldades enfrentadas referem-se aos recursos humanos em saúde (RHS). Nesse sentido, esta pesquisa objetivou analisar o cenário atual da gestão do trabalho na ESF nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias. Metodologia: Estudo exploratório, de investigação narrativa, bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu em duas fases: pesquisa de material bibliográfico nas bases: LILACS, PAHO e WHOLIS, e de editais de processos seletivos e concursos públicos dos anos 2000, com vistas à contratação de profissionais de saúde para a ESF e; entrevistas semiestruturadas com gestores da ESF. O período de coleta perdurou entre agosto de 2010 e dezembro de 2011. Os documentos foram analisados à luz da estatística descritiva e as entrevistas submetidas à análise de conteúdo. Resultados: Escassez de literatura sobre a ESF nos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro. As contratações no Rio de Janeiro obedeceram a dois momentos: prefeitura e Organizações Sociais (OS) como contratantes. Em Duque de Caxias a contratação foi exclusividade da Prefeitura. No Rio de Janeiro os salários dos profissionais variaram entre R\$ 728,59 (Agentes Comunitários de Saúde - ACS) e R\$ 7.773,69 (médicos), contrastando com a isonomia salarial adotada em Duque de Caxias, com vencimentos ao redor de R\$ 700,00 para os ACS, R\$ 800,00 para nível técnico e; aproximadamente R\$ 5.000,00 aos profissionais de nível superior. Os gestores sugerem que a maior rotatividade entre os médicos é motivada por carga horária excessiva; más condições de trabalho e, localização da unidade em áreas de risco social. As estratégias para atração e fixação profissional incluem: processos seletivos; garantia dos direitos trabalhistas e; abonos salariais, no caso do Rio de Janeiro e; flexibilização de carga horária, melhorias em infraestrutura e estratégias de qualificação, em Duque de Caxias. Entrevistas revelaram as maiores dificuldades na gestão da ESF: alta rotatividade, formação médica destoante com o SUS e, infraestrutura precária. Acrescenta-se o baixo salário para médicos em Duque de Caxias e, vínculos e salários distintos entre profissionais que exercem mesma função no Rio de Janeiro. Conclusões: A expansão da ESF nos grandes centros urbanos encontra obstáculos relacionados à gestão do trabalho que fragilizam sua consolidação. O Rio de Janeiro mostra-se mais atraente para os profissionais da ESF. O único diferencial de Duque de Caxias, sobretudo para odontólogos e enfermeiros, refere-se à contratação direta pela Prefeitura com vinculação estatutária, ainda que, eventual aumento salarial esteja atrelado ao de todos os servidores municipais. No Rio de Janeiro, a contratação sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho revela-se uma proteção, posto que diante da possibilidade de perda de profissionais as OS elevam seus salários. Dentre as recomendações para fixação profissional incluem-se: incentivos salariais para atuação em regiões vulneráveis, melhorias em infraestrutura e, acoplação entre Instituições de Ensino Superior e rede de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programa de Saúde da Família. Gestão de Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

Despite the increase in the number of Family Health teams in Brazil there is disparity in the implementation of the Family Health Strategy (FHS) in big cities. Other difficulties encountered relate to human resources for health (HRH). In this respect, this study aimed to analyze the current scenario of labor management in the FHS in the municipalities of Rio de Janeiro and Duque de Caxias. Methodology: An exploratory study, of narrative research, documentary and bibliographical, qualitative approach. Data collection occurred in two phases: research of bibliographic material on the bases: LILACS, PAHO and WHOLIS, and of notices of selection processes and public tenders of the 2000s, with a view to recruiting health professionals for the FHS and, semi-structured interviews with managers of FHS. The collection period occurred between August 2010 and December 2011. The documents were analyzed according to descriptive statistics and the interviews were submitted to content analysis. Results: Shortage of literature on the FHS in the cities of Duque de Caxias and Rio de Janeiro. Hiring in Rio de Janeiro followed two moments: City Hall and Social Organizations (OS) as contractors. In Duque de Caxias hiring was exclusivity of the City Hall. In Rio de Janeiro professional salaries ranged from R\$ 728.59 (Community Health Workers - ACS) and R\$ 7,773.69 (doctors), contrasting with the wage equality adopted in Duque de Caxias, with earnings around R\$ 700.00 for the ACS, R\$ 800.00 for the technical level and, approximately R\$ 5,000.00 to the professionals with a university degree. Managers suggest that the higher turnover among doctors is motivated by excessive working hours, poor working conditions and location of the unit in areas of social risk. The strategies for attraction and retention of professionals include: selection processes, ensuring labor rights and; salary allowances in the case of Rio de Janeiro; and flexibility of working hours, improvements in infrastructure and upskilling strategies, in Duque de Caxias. Interviews revealed the greatest difficulties in the management of the FHS: high turnover, medical training in disagreement with the SUS, and poor infrastructure. Add to this the low pay for doctors in Duque de Caxias, and distinct ties and salaries between professionals performing the same function in Rio de Janeiro. Conclusions: The expansion of the FHS in large urban centers finds related barriers to work management that weaken its consolidation. Rio de Janeiro shows itself more attractive for FHS professionals. The only difference in Duque de Caxias, especially for dentists and nurses, refers to the direct hiring by the City Hall with statutory-bound, though any salary increase is tied to all municipal employees. In Rio de Janeiro, contracting arrangements under the Consolidation of Labor Laws proves to be a protection, since, at the possibility of losing professionals, the OS raise their salaries. Among the recommendations for setting of professionals we include: salary incentives for performance in vulnerable regions, improvements in infrastructure and joint between Institutions of Higher Education and health network.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Program, Health Personal Management

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Divisão Político-Administrativa em Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - 2010.....	64
Figura 2	- Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e suas microrregiões.	65
Figura 3	- Áreas de Planejamento de Saúde e Regiões Administrativas do município do Rio de Janeiro - 2004.....	66
Figura 4	- Áreas de Planejamento, segundo distribuição populacional total por mil habitantes, no Estado do Rio de Janeiro – 2010.....	67
Figura 5	- Fluxograma do processo de refinamento das publicações encontradas - 2010.....	82
Figura 6	- Fluxograma do processo de coleta de editais e processos seletivos segundo fonte e tipo de estratégia – 2011.....	84
Figura 7	- Fluxograma de relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e órgãos responsáveis pela Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro – 2012.....	90
Figura 8	- Fluxograma de relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e órgãos responsáveis pela Estratégia Saúde da Família do município de Duque de Caxias - 2012.....	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros segundo porte populacional - 1998-2006.....	29
Gráfico 2	- Evolução do percentual de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família no Brasil e distribuído segundo porte populacional - 2003-2011.....	30
Gráfico 3	- Evolução da cobertura populacional por equipes de Saúde da Família nos municípios participantes e não participantes da Fase 1 do PROESF e, as respectivas taxas de crescimento – 2003-2007.....	35
Gráfico 4	- Evolução do número de estabelecimentos de saúde e taxas de crescimento no Brasil – 1980-2009.....	39
Gráfico 5	- Salário médio dos profissionais da ESF (em reais), por ocupação, segundo modalidade de contratação, no Brasil – 2010.....	47
Gráfico 6	- Evolução da taxa de crescimento da cobertura populacional pela Saúde da Família segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2001-2011.....	77
Gráfico 7	- Frequência de editais de processos seletivos públicos por ano, segundo Organização Social, Rio de Janeiro - 2012.....	107
Gráfico 8	- Distribuição percentual do total de vagas ofertadas em editais de processos seletivos para atuação na Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional - 2012.....	108
Gráfico 9	- Distribuição de vagas disponibilizadas em editais de processos de seleção realizados por Organizações Sociais, por tipo, segundo categoria profissional, Rio de Janeiro – 2009-2011.....	110
Gráfico 10	- Distribuição percentual dos editais de processo seletivo por estratégias de seleção segundo categoria profissional, Rio de Janeiro – 2009-2011.....	112
Gráfico 11	- Distribuição percentual dos conteúdos das provas previstas em editais de processos seletivos para a Saúde da Família do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2009-2011.....	113
Gráfico 12	- Médias salariais em reais (R\$) previstas em editais de processos de seleção para a Saúde da Família do município Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2009-2011.....	115

Gráfico 13 - Distribuição percentual de editais que previam ou não benefícios para os profissionais da Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2002-2009.....	117
Gráfico 14 - Distribuição proporcional de tipos de benefícios previstos em editais de seleção para a Saúde da Família do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2009-2011.....	118
Gráfico 15 - Distribuição de vagas ofertadas por editais de processos de seleção de profissionais para a Estratégia saúde da Família de Duque de Caxias por ano, segundo categoria profissional – 2000-2011.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Distribuição de recursos financeiros por período e fases de implementação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – 2003.....	33
Quadro 2	- Metas percentuais de cobertura populacional a serem atingidas pelos municípios habilitados a participarem da Fase 1 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - 2003.....	34
Quadro 3	- Principais indicadores de desempenho pactuados com o BIRD na consecução da Fase 1 do PROESF pelos municípios participantes – 2003-2007.....	36
Quadro 4	- Componentes, subcomponentes e linhas de ação da Fase 2 do PROESF - 2009	37
Quadro 5	- Composição das equipes, respectivas cargas horárias e população adscrita por tipo de equipe de Saúde da Família, Brasil – 2011.....	51
Quadro 6	- Estratégias de busca com respectivos descritores, palavras-chave e sintaxe, segundo base de dados.....	56
Quadro 7	- Perfil dos gestores entrevistados da Estratégia Saúde da Família dos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias - 2011.....	88
Quadro 8	- Critérios de seleção dos profissionais de nível superior em ordem de prioridade, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro – 2002.....	95
Quadro 9	- Critérios de seleção dos profissionais de nível médio, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro - 2002.....	95
Quadro 10	- Critérios para pontuação dos profissionais de nível superior, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro - 2008.....	96
Quadro 11	- Critérios de seleção dos profissionais de nível médio, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro - 2008.....	97
Quadro 12	- Quadro 12: Síntese das características dos processos de recrutamento de pessoal realizados pela Prefeitura Municipal para atuação na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro - 2000-2011.....	101

Quadro 13 - Síntese das características dos processos de recrutamento de pessoal realizados pela Prefeitura Municipal de Duque de Caxias para atuação na Estratégia Saúde da Família - 2000-2011.....	123
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Evolução e taxa de crescimento de postos de trabalho de saúde ocupados no Brasil – 1980-2011.....	40
Tabela 2	- Evolução dos salários médios praticados na Estratégia Saúde da Família segundo categoria profissional, no Brasil – 2001-2010.....	46
Tabela 3	- População residente por faixa etária, dos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2000/2010.....	69
Tabela 4	- Casos confirmados de hanseníase e tuberculose por sexo, segundo município de residência - 2011.....	71
Tabela 5	- Tipos de estabelecimento de saúde segundo município – 2012.....	71
Tabela 6	- Quantitativo de estabelecimento de saúde por esfera administrativa, segundo município - 2012.....	72
Tabela 7	- Frequência de leitos de internação geral, SUS e não SUS, nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias -2012.....	72
Tabela 8	- Frequência de leitos SUS de internação geral e de UTI existentes e parametrizados de acordo com Portaria 1101/2002 segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias - 2012.....	73
Tabela 9	- Percentual de internação por municípios de referência, segundo município de residência - 2008.....	74
Tabela 10	- Frequência de instituições de ensino e respectivos cursos na área da saúde, dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias e do Estado do Rio de Janeiro – 2006.....	74
Tabela 11	- Atividades de Ensino em saúde por tipo de unidade prestadora, dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias e do Estado do Rio de Janeiro - 2012.....	75
Tabela 12	- Quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados por local. Rio de Janeiro, 2012.....	75
Tabela 13	- Médicos com inscrição ativa no Conselho de Medicina por tipo de inscrição e local - 2012.....	76
Tabela 14	- Evolução das equipes de Saúde da Família e cobertura populacional por ano, segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 1998-2011	77

Tabela 15	- Evolução das equipes de Agentes Comunitários de Saúde, respectiva cobertura populacional e equipes de Saúde Bucal modalidades I e II por ano, segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 1998-2011.....	78
Tabela 16	- Total de publicações listadas nas bases de dados virtuais pesquisadas – 2010.....	80
Tabela 17	- Total de publicações descartadas por fator de exclusão - 2010.....	81
Tabela 18	- Total de documentos selecionados por ano, segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2011.....	83
Tabela 19	- Total de documentos selecionados por fonte de busca – 2011.....	85
Tabela 20	- Valores da Gratificação a serem concedidas aos servidores públicos que migrassem para a Saúde da Família no município do Rio de Janeiro por categoria profissional - 2002.....	92
Tabela 21	- Distribuição de editais de remanejamento de servidores públicos municipais para a Saúde da Família segundo ano, no município do Rio de Janeiro - 2012.....	92
Tabela 22	- Distribuição de equipes de Atenção Básica por áreas programáticas de atuação segundo Organização Social, no Rio de Janeiro - 2012.....	105
Tabela 23	- Grau de rotatividade dos profissionais de Saúde da Família por categoria profissional, segundo município do Rio de Janeiro e Duque de Caxias - 2012.....	137
Tabela 24	- Motivos de rotatividade dos profissionais de Saúde da Família do Rio de Janeiro e Duque de Caxias por grau de importância – 2012.....	140
Tabela 25	- Distribuição de gestores segundo estratégias de atração e fixação de profissionais na ESF adotadas pelo Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2012.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AP's	Áreas de Planejamento Sanitário
APS	Atenção Primária em Saúde
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAP	Coordenação de Administração de Pessoas
CEPERJ	Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro
CEP-IMS-UERJ	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
CF	Constituição Federal
CIAP	Centro Integrado de Apoio Profissional
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPRS	Coordenação de Planejamento, Recrutamento e Seleção
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
DO	Diários Oficiais
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais do Mercado de Trabalho
EPSM/NESCON/UFGM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ET-IMS/UERJ/ROREHS	Estação de Trabalho Instituto Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde
FGV	Fundação Getúlio Vargas

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
INEPAC	Instituto Estadual do Patrimônio Cultural
IPDEP	Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Público e Privado
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M & A	Monitoramento e Avaliação
MNNP-SUS	Mesa de Negociação Permanente do SUS
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
ObservaRH	Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde
PCCS-SUS	Estruturação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS
PEPS	Pólo de Educação Permanente em Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMF	Programa Médico de Família
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Pró-Residência Médica	Programa Nacional de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SAP	Superintendência de Atenção Primária
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMA	Secretaria Municipal de Administração
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUBG	Subsecretaria Geral; Subsecretaria de Gestão
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
WHOLIS	Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	21
1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	27
1.1	A Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos	29
1.2	Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF)	32
1.2.1	<u>Fase 1</u>	34
1.2.2	<u>Fase 2</u>	36
2	GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	39
2.1	Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família	45
2.1.1	<u>Salários na Estratégia Saúde da Família</u>	46
2.1.2	<u>Jornada de trabalho</u>	47
2.1.3	<u>Dificuldades na gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família</u>	52
3	METODOLOGIA	54
3.1	Aspectos éticos	60
4	CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE PESQUISA	61
4.1	Breve contextualização histórica dos municípios	61
4.2	Caracterização sociodemográfica, sanitária, epidemiológica e de serviços de saúde dos municípios	63
4.3	Caracterização do trabalho e da educação em saúde dos municípios	74
4.4	A Saúde da Família nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias	76
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	80
5.1	Da Pesquisa bibliográfica	80
5.2	Da Pesquisa documental	83
5.3	Das entrevistas	86
5.3.1	<u>Perfil dos entrevistados</u>	87
5.4	Cenário de contratações da Estratégia Saúde da Família nos anos 2000	89
5.4.1	<u>Rio de Janeiro</u>	89
5.4.1.1	A Prefeitura como contratante: de 2000 a agosto de 2009.....	91
5.4.1.2	As Organizações Sociais como contratantes: de setembro de 2009 a dezembro de 2011.....	103
5.4.2	<u>Duque de Caxias</u>	121

5.5	A Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: o olhar dos gestores	126
5.5.1	<u>Processos educativos</u>	126
5.5.2	<u>Modelo de atenção à saúde</u>	128
5.5.3	<u>Infraestrutura</u>	132
5.5.4	<u>Vínculos e remuneração</u>	134
5.5.5	<u>Rotatividade</u>	137
5.5.6	<u>PROESF</u>	143
6	À GUIA DE CONCLUSÃO: reflexões e recomendações	146
	REFERÊNCIAS	151
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	165
	APÊNDICE B: Instrumento de Coleta de Dados - ICD A – versão expandida.....	166
	APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados - ICD B – versão resumida.....	173

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária tem como marco a publicação de um documento, em 1974, pelo Ministro de Saúde do Canadá, Marc Lalonde, que consagra a promoção da saúde como campo de saber e de intervenções políticas. O documento conhecido como Relatório Lalonde propôs um novo conceito de saúde que supera o modelo biomédico reducionista. Defende-se a interferência de outros fatores que não somente os biológicos como determinantes da saúde dos indivíduos, tais como o ambiente e o estilo de vida. Ademais, o relatório recomenda maior intervenção sanitária nas populações de risco, chamando atenção para a identificação de desigualdades sociais e sanitárias (LALONDE, 1974).

Considera-se o documento como dispositivo impulsionador de ações políticas em todo o mundo. A confirmação dessa influência aparece em 1977, na Assembleia Mundial de Saúde que propõe o movimento *Saúde para todos no ano 2000* e I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em 1978, realizada em Alma Ata, Cazaquistão. Em ambos os eventos discutiu-se a importância da promoção da saúde e da intervenção do Estado para melhoria da saúde mundial e, se incitou intervenções políticas, sociais e econômicas com o objetivo de enfraquecer as disparidades sociais nos diversos países do mundo e, conseqüentemente aumentar o estado de saúde da população, uma vez reconhecida a saúde como sendo produto de determinantes intersetoriais (LALONDE, 1974; BRASIL, 2002f).

Para tanto, urgiu-se a necessidade de investir na Atenção Primária em Saúde (APS)¹ na perspectiva de que ações de promoção e prevenção da saúde fossem prioritárias e fundamentais para o desenvolvimento socioeconômico das nações e, portanto, indispensáveis para o progresso e manutenção da qualidade de vida das populações (BRASIL, 2002f).

Em 1986, o Brasil que vivenciava um processo de redemocratização e também sob influência dos movimentos em prol da promoção da saúde, realizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). A referida conferência definiu as diretrizes políticas da reforma sanitária brasileira e alvitrou a reestruturação do sistema nacional de saúde fomentando a criação de um sistema descentralizado e universal. Esse novo sistema foi efetivamente criado pela Constituição Federal (CF) de 1988 sob a intitulação de Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Há grande discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. O Governo brasileiro consagrou o termo *Atenção Básica* em seus documentos, entretanto já vem adotando *Atenção Primária à Saúde* em virtude de maior aceitação no contexto internacional. Embora, haja a compreensão por parte de algumas correntes que há diferenças conceituais existentes entre os dois termos, este trabalho, optou por utilizar os termos como sinônimos (MELLO, FONTANELLA e DEMARZO, 2009).

A implantação do SUS, que se deu em 1990, exigiu um processo de reorientação das ações de saúde, de modo que essas acordassem os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, bem como os princípios organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização, estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90.

Com vistas ao rompimento da hegemonia do modelo hospitalocêntrico privado e à promoção de intervenções de saúde direcionadas aos diferentes determinantes e condicionantes, promoveu-se a edificação da Atenção Básica (AB) como mecanismo de porta de entrada da rede de saúde brasileira. Nesse contexto, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de promover mudanças na organização dos serviços e práticas assistenciais na esfera local priorizando as ações preventivas e de promoção da saúde e, agenciando, portanto a reorganização da demanda (BRASIL, 2008; VIANA e DAL POZ, 2005).

Entretanto, a implementação e consolidação do PSF sofreram dificuldades, principalmente devidas à política de Estado Mínimo, em vigor nos anos 1990, que restringiu a expansão dos serviços públicos universais pelo modelo de financiamento que privilegiava os municípios de população pequena (MACHADO, LIMA e VIANA, 2008; BRASIL, 2002c). Além disso, o SUS também enfrentou desafios, muitos em virtude da dificuldade de estabelecer regras genéricas a um país desigual e de sua complexidade normativa e técnica (BRASIL, 2006b).

No intuito de superar as referidas dificuldades e fortalecer o modelo de atenção público e universal, foram propostos, medidas de organização do sistema de saúde, sobretudo no que compete aos serviços de atenção básica. Exemplo disso foi a criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) com destaque para a de 1996, que estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PAB consiste em recursos financeiros repassados diretamente da União aos fundos estaduais e municipais destinados ao investimento de procedimentos e ações de assistência básica.

Após a instituição do PAB e do incentivo ao PSF e PACS, um importante processo de ampliação do acesso à Atenção Básica foi iniciado, impulsionando a expansão e consolidação da Saúde da Família (SF), que deixou de ser programa e passou a ser considerada pelo MS como estratégia “estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde” (BRASIL, 2002c, p.16).

Com o passar dos anos, se visualizou o crescimento do número de equipes de Saúde da

Família e PACS no território brasileiro, entretanto Caetano e Dain (2001) chamam atenção para a disparidade na implantação dessas estratégias em municípios de grande porte², sobretudo nas capitais. Em concordância, Bousquat, Cohn e Elias, (2006, p. 1935) afirmam que “a cobertura populacional do PSF nas regiões metropolitanas³ e nas cidades com mais de 500 mil habitantes vem alcançando percentuais inferiores às coberturas nacionais como um todo”.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁴ e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)⁵ de setembro de 2010, fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), apontam alteração nesse quadro. Entre os anos de 2001 e setembro de 2010, o percentual de cobertura da população pela SF no país passou de 25,4 para 52,4%, o que corresponde a um aumento de 106%. Já nos municípios com mais de 500 mil habitantes esse crescimento foi da ordem de 188%.

Esse aumento mais expressivo nos municípios de grande porte em relação ao observado na esfera nacional pode ser explicado em virtude do incentivo dado pelo MS ao desenvolvimento da AB em grandes municípios por meio do Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF).

Esse projeto foi implementado, em 2002, com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) sob a justificativa de superar as barreiras de acesso e oferta dos serviços básicos de saúde nos grandes centros urbanos⁶, nos quais se observa maior disponibilidade de serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2003c). Neste sentido, o PROESF objetiva contribuir para a “implantação e consolidação da estratégia Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes” e impulsionar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e serviços de saúde em todos os municípios

² Neste trabalho, adota-se a classificação de municípios segundo porte populacional do IBGE, onde municípios de pequeno porte são aqueles com população até 50 mil habitantes; municípios de médio porte possuem entre 50.001 e 100 mil habitantes; municípios de grande porte possuem população entre 100.001 e 900 mil habitantes. e; as metrópoles são àqueles com população superior a 900 mil habitantes.

³ Região Metropolitana, para este trabalho, é entendida como um grande centro populacional, constituído por uma (ou mais) metrópole e sua zona adjacente de influência. A Constituição Federal de 1988, no Parágrafo 3º do Artigo 25 deixa a cargo dos estados brasileiros a instituição de Regiões Metropolitanas com o objetivo de “integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum”.

⁴ <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

⁵ <http://cnes.datasus.gov.br/>

⁶ Para evitar a monotonia da repetição, este trabalho considerada como sinônimos os seguintes termos: *municípios de grande porte*; *grandes centros urbanos*; *grandes municípios*; *municípios com grande concentração populacional* e; *grandes cidades*. E como, em sua maioria, os municípios mais populosos apresentam elevada concentração de habitantes por km², considera-se também como tendo o mesmo significado que os referidos, *municípios/cidades com alta densidade demográfica*. Ademais, *municípios de pequeno porte* tem mesmo sentido que *pequenos municípios*; *pequenas cidades*.

(BRASIL, 2003c, p. 4).

Outro incentivo à Estratégia Saúde da Família (ESF) foi o Pacto pela Saúde, acordado em 2006 entre os gestores do SUS. O referido pacto teve suas diretrizes aprovadas através da Portaria nº 339/GM de 22 de fevereiro de 2006 com o objetivo de consolidar o modelo de Atenção à Saúde proposto pelo SUS mediante avanço das condições de saúde da população. Para tanto, adotou como prioridade, dentre outras, o fortalecimento da Atenção Básica, assumindo a necessidade de consolidação e qualificação da ESF como ordenadora das redes de atenção à saúde.

O estímulo dado ao fortalecimento da ESF no Brasil tem gerado um aumento do número de equipes em municípios que apresentam dificuldades na consolidação dessa estratégia, sobretudo naqueles situados em regiões com alta densidade demográfica, como é o caso dos municípios da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro⁷. De acordo com Sousa et al (2000), além das dificuldades relacionadas ao acesso à saúde devido a rede assistencial desarticulada, foi também diagnosticado que os municípios com grande concentração populacional não conseguiram consolidar a estratégia e fixar profissionais, embora tenha ampliado o número de equipes com os incentivos concedidos.

Outras dificuldades enfrentadas por esses municípios referem-se aos Recursos Humanos em Saúde (RHS), tais como a falta de pessoal preparado para atuar na perspectiva de vigilância à saúde, visto a baixa capacidade das instituições formadoras em saúde de adequar o processo de formação à Atenção Básica e; a alta rotatividade de profissionais, sobretudo de médicos, muito em parte devido às modalidades de contratação, estrutura física das unidades e carga horária de 40 horas semanais (VARELLA & PIERANTONI, 2008; NEY, 2009; PIERANTONI et al, 2010).

A SF representa importante expansão no mercado de trabalho para o setor da saúde. Em 2001, estimava-se que pelo menos 170 mil postos de trabalho estavam envolvidos diretamente na condução da estratégia, sem contar o pessoal de apoio administrativo. Em 2004, esse número estava em torno de 400 mil (NEY, 2009). Embora, esse campo seja atraente à primeira vista, em virtude dos salários oferecidos serem superiores aos praticados pelo mercado, cerca de 30% dos trabalhadores inseridos na SF apresentam vínculos empregatícios precários, o que tem colaborado com a insatisfação profissional e a consequente rotatividade neste campo de atuação (BRASIL, 2004a; BRASIL 2005c).

⁷ A Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro é constituída pelos seguintes municípios: Belfort Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Seropédica, Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá e Rio de Janeiro.

Partindo do contexto apresentado e entendendo o desafio de implantação da saúde da família nas metrópoles e municípios de grande porte e a consequente dificuldade de gestão de recursos humanos nestes locais, este estudo tem por **objeto** a gestão do trabalho na ESF em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro, quais sejam: Rio de Janeiro e Duque de Caxias.

A escolha dos municípios se deu pelo porte populacional, uma vez que todos apresentam população superior a 500 mil habitantes, e por estarem incluídos na Região de Saúde Metropolitana I conforme Deliberação CIB-RJ nº 648 de maio de 2009 que dispõe sobre a constituição dos Colegiados de Gestão Regional no Estado do Rio de Janeiro.

A proposta deste trabalho emergiu de calorosas discussões no espaço acadêmico do Instituto de Medicina Social (IMS), sobretudo na Estação de Trabalho da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ET-IMS/UERJ/ROREHS), na qual estou inserida como bolsista de pós-graduação.

Grande desencadeador desta investigação foi a leitura de relatórios de pesquisas⁸ sobre a mesma temática, porém com foco em municípios com experiências consolidadas e/ou outros estados. Ademais, o aumento de concursos e processos seletivos para a ESF, sobretudo no município do Rio de Janeiro e a escassez de pesquisas sobre o objeto, também foram suscitadores para encarar o desafio de pesquisar municípios que ainda apresentam dificuldades em implantar a ESF e fixar profissionais de saúde mesmo com salários superiores aos oferecidos pelo mercado de trabalho.

Destarte, este estudo se inquieta com as seguintes questões norteadoras:

- Qual o cenário atual da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro e em Duque de Caxias?
- Em que medida a gestão do trabalho dificulta a implantação de equipes, a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família nestes municípios?

E, como objetivos têm-se:

Geral:

- Analisar o cenário atual da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias.

⁸ Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados, 2005; Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos, 2009.

Específicos:

- Analisar as características de contratações públicas de recursos humanos em saúde para a ESF nos anos 2000;
- Descrever a estrutura organizacional atual de recursos humanos da ESF nos municípios de estudo;
- Identificar fatores limitantes para expansão e consolidação da ESF e relacioná-los às demandas da gestão do trabalho.

Diante da escassez de estudos voltados para esse assunto nos municípios em questão, pretende-se contribuir com a elucidação de fatores que dificultam a gestão do trabalho na ESF nesses municípios; suscitar novos estudos e; apontar medidas que possam fortalecer a Atenção Básica por meio da gestão do trabalho. Adicionalmente, os resultados e metodologia adotados aqui poderão ser exportados e replicados em outros municípios com características semelhantes aos desse estudo.

A contextualização e o desenvolvimento deste estudo se deram de forma estruturada através de capítulos. De modo que no capítulo 1 sobre a Estratégia de Saúde da Família, pontuaram-se seus objetivos, importância e comportamento nos grandes centros urbanos bem como versou sobre o PROESF, grande impulsionador da expansão da ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

No capítulo 2 foi discutida a Gestão do Trabalho em Saúde e o cenário de contratação de profissionais de saúde para atuarem no SUS e na estratégia ESF a fim de corroborar os achados locais.

No capítulo 3, está apresentada a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo apontando os processos crescentes necessários à consecução da pesquisa. O capítulo 4 apresenta a caracterização dos locais de estudo e o capítulo 5 contempla os resultados emergidos bem como a discussão desses.

E finalmente, no capítulo 6, se conclui o trabalho, interligando os objetivos aos resultados alcançados, apontando enfrentamentos e limitações desta pesquisa bem como elencando sugestões para novas investigações.

1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta, continuarei a escrever.

Clarice Lispector

A Estratégia Saúde da Família, anteriormente denominado Programa Saúde da Família, foi criada, em 1994, com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica tanto no que se refere às demandas populacionais quanto no que se refere às práticas de saúde. Esse modelo de atenção derivou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, já em prática no país desde 1991, que por sua vez foi inspirado em outros países como Canadá, Inglaterra e Cuba que já desenvolviam modelos de assistência com foco na família.

Alguns estados brasileiros, como Ceará, Paraná e Mato Grosso do Sul, já experienciavam mudanças no comportamento dos seus indicadores de saúde em decorrência de práticas sanitárias com agentes comunitários. Em virtude dos bons resultados decorrentes dessa política estadual adotada pelos referidos estados, o MS resolveu estender a proposta em âmbito nacional institucionalizando o PACS, em 1991, com a finalidade de colaborar para a redução das mortalidades materna e infantil, sobretudo em territórios pobres e com baixa cobertura assistencial de saúde (VIANA e DAL POZ, 2005; ROSA e LABATE, 2005).

Outras experiências como o Programa Médico de Família (PMF), criado em 1988 no Estado de São Paulo e, implantado em 1992, no município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro, com base no modelo de Médico de Família cubano também foi grande influenciador para a criação do PSF.

Em 1997, reconhecida a importância do PACS e PSF para consolidação do SUS e com vistas à sua regulamentação, implantação e operacionalização, foram aprovadas as normas e diretrizes dos referidos programas por meio da Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Em março de 2006, a referida portaria foi revogada e substituída pela de nº 648 que baseada no Pacto pela Saúde, acordado no mesmo ano, reconheceu a SF como estratégia estruturante do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, se propôs a substituição de equipes de PACS por ESF mediante incorporação do profissional médico.

As equipes de ESF devem, em seu território de abrangência, atuar em caráter substitutivo em relação aos serviços de Atenção Básica tradicional, uma vez que se deseja que a referida estratégia seja exemplo de uma assistência à saúde distinta do modelo dominante e,

por consequência mais consoante aos princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, o cuidado à família e à comunidade nos moldes da SF, deve ser operacionalizado mediante atuação de equipes multiprofissionais, responsáveis em média, por 3.000 habitantes e compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e, agentes comunitários de saúde (ACS) em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada.

A partir do ano 2000, o MS estabeleceu incentivos financeiros para inserção de ações de saúde bucal por meio da contratação de Equipes de Saúde Bucal (ESB), que prevê a atuação integrada do cirurgião dentista, Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), considerando as modalidades de equipe existentes. No caso de ESB na modalidade 1, exige-se equipe básica formada por um cirurgião dentista e um ACD e; em caso de modalidade 2, a equipe deve garantir minimamente a atuação de cirurgião dentista, um ACD e um THD. Ressalta-se que cada ESB deve estar vinculada a uma ou duas de ESF.

Com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído pela Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, novos profissionais de diferentes áreas de conhecimento foram incorporados a ESF com vistas a dar apoio matricial às equipes e por consequência, ampliar o escopo de ações da AB e sua resolubilidade. Cada NASF vincula-se à no mínimo três equipes de SF e deve ser composto por pelo menos três profissionais de nível superior, quando na condição de modalidade 1. O NASF modalidade 2 deve estar vinculado a pelo menos oito equipes de SF e ter equipe básica composta por cinco profissionais de nível superior. Os profissionais que podem congregam equipes do NASF são: assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; terapeuta ocupacional, psicólogo e; médicos especialistas em acupuntura, ginecologia, homeopatia, pediatria ou psiquiatria.

O modelo de atenção à saúde proposto pela SF pretende melhorar o estado de saúde da população priorizando ações de promoção e prevenção da saúde e adotando como unidades de cuidado, a família e a comunidade. Seu principal objetivo é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tornando-se porta de entrada do sistema de saúde, e garantindo por consequência a hierarquização da assistência.

Para tanto, as Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser regionalizadas e estar integradas à rede de saúde local, de modo a permitir o sistema de referência e contrarreferência e; trabalhar com clientela adscrita e territorializada valorizando o vínculo

entre os profissionais de saúde e a comunidade no intuito de estabelecer laços de compromisso e corresponsabilidade entre os mesmos.

1.1 A Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos

Nos anos iniciais, o PACS e PSF eram prioritários em regiões com maior vulnerabilidade social, de modo que o financiamento federal para tais programas impulsionou a implantação e expansão de equipes para todo o território nacional, sobretudo nos municípios de baixa densidade demográfica e de pequena ou inexistente rede estruturada de serviços. Tal fato contribuiu sobremaneira para o crescimento de equipes nesses locais, como demonstrado pelo **Gráfico 1**. Nos grandes centros urbanos, por sua vez, a evolução da cobertura se deu de maneira mais lenta,

pois, se deparou com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SOUZA 2002, ESCOREL et al 2007⁹ apud GIOVANELLA, ESCOREL e MENDONÇA, 2009).

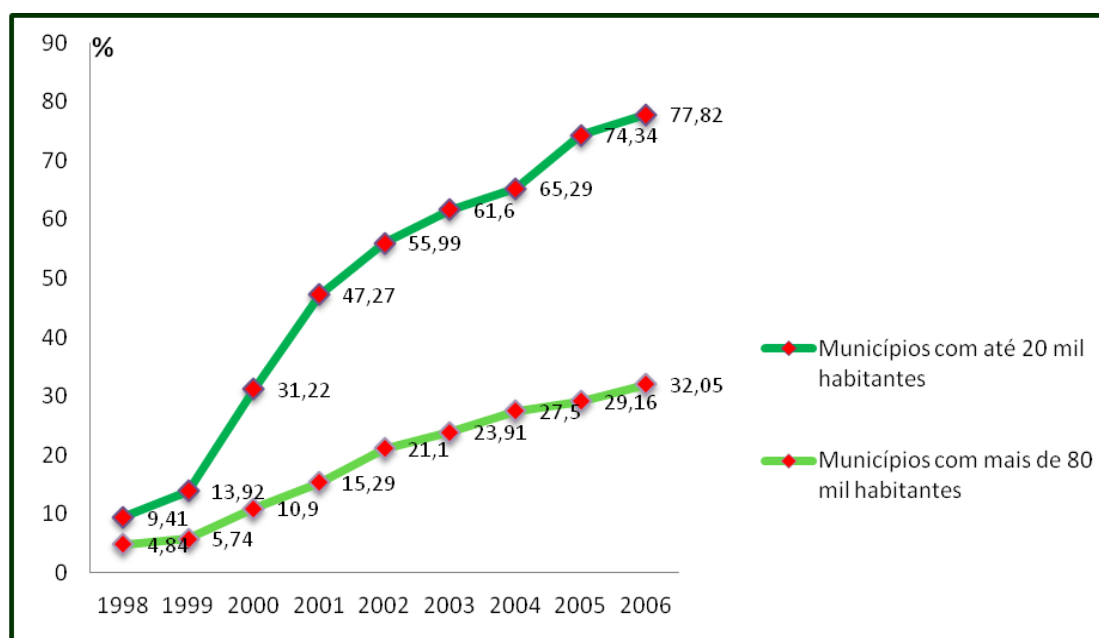


Gráfico 1: Evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros segundo porte populacional - 1998-2006

Fonte: Brasil. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005; 2008.

⁹ Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3): 164-176

De acordo com o Gráfico 1, em 1998, somente 9,41% da população brasileira residente em municípios com população inferior a 20 mil habitantes estava coberta por ESF, entretanto, em 2006 essa cobertura já ultrapassava os 75%, o que representa um crescimento da ordem dos 727%.

Nos municípios com população acima de 80 mil habitantes o percentual de cobertura em 1998, não excedia os 5%, e ainda que, a ESF, nesses locais, tenha expandido e atingido uma cobertura de pouco mais de 32%, o crescimento não foi proporcional ao identificado nos municípios menores. O cálculo da taxa de crescimento da cobertura nos municípios com população superior a 80 mil habitantes apontou um crescimento de 562%, o que corresponde a uma diferença de mais de 150% em relação ao calculado para os municípios com menos de 20 mil habitantes.

Apesar do elevado percentual de municípios brasileiros que já implantaram ESF (95%), a cobertura populacional pela estratégia se situa em torno de 50% dos habitantes do país, o que pode ser imputado, ao menos em parte, no modelo de financiamento que “prioriza os municípios de pequeno porte ao vincular o valor transferido à taxa de cobertura do programa, dificultando o financiamento do programa nas grandes cidades”, (VIANA et al, 2006) sobretudo naqueles com população superior a 500 mil habitantes que concentram cerca de 30% da população brasileira, como visualizado no Gráfico 2.

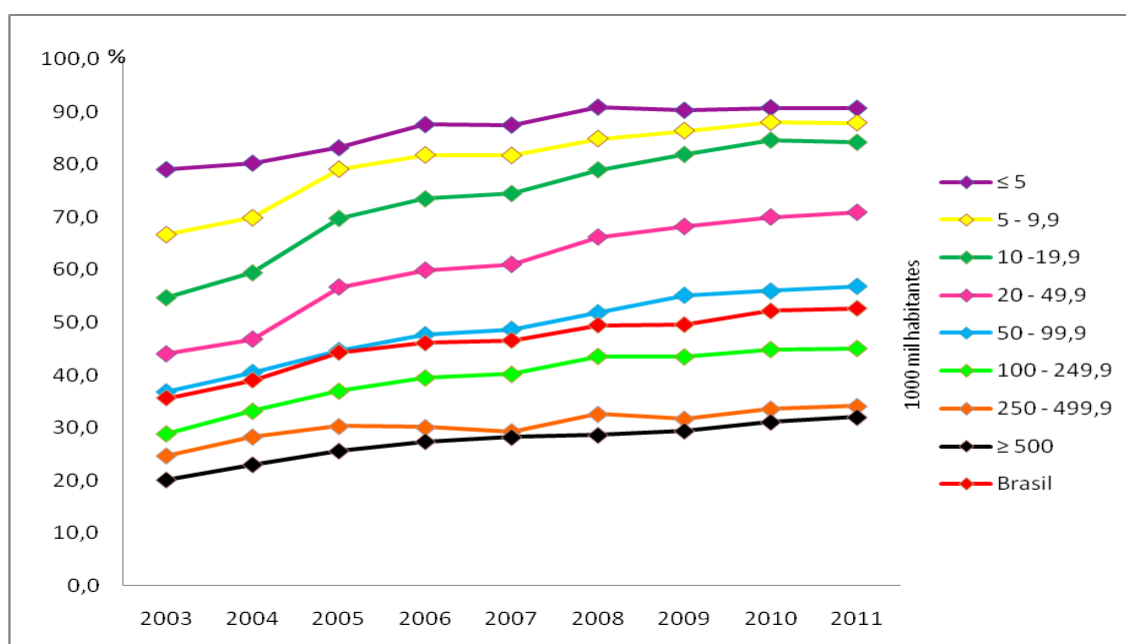


Gráfico 2: Evolução do percentual de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família no Brasil e distribuído segundo porte populacional - 2003-2011

Fonte: DAB/MS, 2011.

*Os dados de 2011 referem-se ao mês de abril.

A partir do Gráfico 2, nota-se que o percentual de cobertura nos municípios com porte populacional inferior a 100 mil habitantes mostram-se acima de 50%, com destaque para os municípios com até 5 mil habitantes, que apresenta cobertura de mais de 90%. E por outro lado, àqueles com população superior a 100 mil habitantes não ultrapassam 45% de cobertura, não superando, inclusive, a média nacional que extrapola os 50%.

Ressalta-se que, uma única equipe de SF é capaz de cobrir quase 100% da população nos municípios com até 5 mil habitantes, enquanto que para cobertura total de um município com 500 mil residentes são necessárias pelo menos 125 equipes. A expansão de cobertura nos grandes municípios exige, portanto, maior disponibilidade de recursos de todas as ordens.

Nos grandes centros urbanos pode-se destacar como fatores de dificuldade para implantação, expansão e consolidação da ESF, a necessidade de elevados investimentos em recursos financeiros, materiais e humanos bem como

“as resistências corporativas em alterar o processo de trabalho consagrado na lógica de intervenção médica vigente e a dificuldade em superar ou integrar as dimensões de promoção e prevenção às ações de assistência médica. No plano financeiro, os critérios vigentes de repasses de recursos a título de incentivo ao PSF configuram um círculo vicioso de insuficiência de receita e de dificuldade de superação dos padrões anteriores, impedindo a redução do duplo gasto em vertentes diversas da Atenção Básica e das dicotomias no processo de transição entre a rede do PSF e a rede tradicional preexistente” (BRASIL, 2002d, p. 19).

Adicionalmente, CAETANO e DAIN (2002), CAMPOS, AGUIAR e OLIVEIRA (2002), MATTOS (2002), VIANA e DAL POZ (2005) chamam atenção para as particularidades dos grandes centros urbanos arroladas às demandas da saúde e por consequência aos modelos assistenciais, tais como:

- Alterações demográficas e epidemiológicas imprimidas, muito em parte, pela intensa migração para as grandes cidades como:
 - Envelhecimento da população;
 - Variações do perfil de morbimortalidade;
 - Elevação da incidência de agravos decorrentes da violência;
- Desigualdades sociais e econômicas que implicam no perfil da demanda e na dificuldade de acesso aos serviços de saúde associadas à presença de forças paralelas ao Estado legal como o crime organizado e o tráfico de drogas. Ademais, esses problemas advindos da urbanização desordenada, constituem-se obstáculo à implantação de equipes de saúde da família em virtude da insegurança suscitada nos profissionais de saúde;

- Rede complexa de serviços de saúde tradicional responsável pela relutância à conversão do modelo de assistência à saúde por parte dos profissionais de saúde, usuários, gestores, corporações e conselhos profissionais;
- Precarização dos estabelecimentos de saúde, dos recursos materiais e humanos;
- Inadequação da formação profissional pregressa, em virtude da manutenção, sobretudo em cidades com alto desenvolvimento tecnológico, de uma formação abalizadora da especialização;
- Hegemonia do modelo de cuidado pautado na medicalização e em procedimentos médicos mais dependentes de tecnologias complexas e onerosas ao sistema de saúde;
- Impossibilidade de alocação de recursos financeiros suficientes à cobertura populacional preconizada para a Estratégia Saúde da Família, muito em parte devida a uma lógica de financiamento e repasse de verba de incentivo federal inoportuna e insuficiente para as grandes cidades.

A demanda crescente por serviços de saúde, a necessidade de adequar a oferta de serviços às necessidades da população e a urgência em diminuição de gastos com a saúde em todo o território nacional, levou o MS a estimular a ampliação de equipes nos grandes municípios. De sorte que, em 2002, foi viabilizado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família a partir de um contrato de empréstimo acordado com o BIRD, com o intuito de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da SF, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes mediante transferência de recursos financeiros.

1.2 Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF)

O Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família foi criado com a finalidade de viabilizar recursos financeiros para estruturação de USF e equipes de SF nos municípios com população superior a 100 mil habitantes, ante as dificuldades enfrentadas pelos grandes centros urbanos em expandir a estratégia SF. Ademais, desde sua concepção aspira “ampliar e reestruturar as várias iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos no

PSF, incrementar recursos, apoiar respostas mais ágeis na educação continuada, e iniciativas de mudanças na formação dos profissionais, bem como na sua fixação” (BRASIL, 2003c, p. 5).

Pautando-se nos princípios basilares da ESF, quais sejam: descentralização; integralidade e hierarquização dos serviços; territorialização e adscrição da clientela; controle social e; atuação com base em equipes multiprofissionais, o PROESF aspira ao fortalecimento do SUS por meio da ampliação da cobertura de serviços primários de saúde para a população brasileira hoje fortemente concentrada em grandes centros urbanos.

A parceria com o BIRD envolveu proposta inicial com garantia de financiamento de 50% do total de recursos previstos para os sete anos do PROESF, pelo próprio BIRD, e outros 50%, correspondente a 550 milhões de dólares, arcados pelo governo brasileiro (BRASIL, 2003c). O período de vigência do Projeto se estenderia de 2002 a 2009, distribuídos em três fases como mostra a Tabela 1.

Fase	Período de implementação	Montante financeiro previsto (US\$)
Fase I	setembro/2002 a junho/2005	136 milhões
Fase II	julho/2005 a junho/2007	242 milhões
Fase III	julho/2007 a junho/2009	172 milhões

Quadro 1: Distribuição de recursos financeiros por período e fases de implementação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – 2003

Fonte: Brasil, Manual do PROESF, 2003.

O PROESF, em sua concepção, previa três fases de implementação, como apontado pelo Quadro 1, e estruturava-se em três componentes técnicos que por sua vez, agrupam sub-componentes e linhas de investimento.

O *Componente I - Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde* previa a substituição do modelo de Atenção Básica tradicional para àquele com atuação da ESF como porta de entrada do sistema nacional de saúde e, viabilização de uma rede de serviços que garantiria a integralidade da assistência. As linhas de investimento antevistas para esse componente incluíram ações de inovação gerencial; programação de sistemas de referência e contrarreferência; instituição de novas práticas, protocolos de atenção e pesquisas de apoio a SF; acomodação da rede de serviços; fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação e; capacitação e formação de Recursos Humanos.

O *Componente II – Desenvolvimento de Recursos Humanos* objetivava robustecer a política de recursos humanos nos municípios com ESF no que se refere à organização de metodologias educacionais com vistas à superação de velhas práticas de cuidado centradas na

doença e à adoção de novas práticas que assegurassem o direito à saúde integral; no desenvolvimento de processos de valorização e fixação dos trabalhadores. Para isso, as linhas de investimento conjecturadas para esse Componente foram as seguintes: formação, capacitação, e educação permanente de recursos humanos; suporte e monitoramento das atividades de desenvolvimento de recursos humanos.

Finalmente, o *Componente III - Monitoramento e Avaliação* visava sustentar o desenvolvimento e a aplicação de ferramentas e instrumentos de monitoramento e avaliação de processos e desempenho que superassem as limitações encontradas, principalmente, naquelas atinentes à coleta, sistematização e consistência de dados e, ao preestabelecimento dos impactos das ações. As linhas de investimento previstas foram: a adequação dos sistemas de monitoramento da atenção básica; a avaliação da implementação das ESF; a qualificação das UBS e ESF e; o desenvolvimento de pesquisas de pós-graduação e estudos dos municípios participantes do PROESF.

1.2.1 Fase 1

Em março de 2003, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 347, convocou os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes a apresentar propostas para participação da fase 1 do PROESF. Para tanto, os municípios deveriam se comprometer a implantar ou ampliar a Estratégia Saúde da Família em percentuais de cobertura populacional, de acordo com as seguintes metas apresentadas pela Tabela 2.

Porte de Municípios	% de Cobertura
$\geq 100 \leq 500$ mil habitantes	70%
> 500 mil ≤ 2 milhões de habitantes	50%
> 2 milhões ≤ 5 milhões de habitantes	40%
> 5 milhões de habitantes	30%

Quadro 2: Metas percentuais de cobertura populacional a serem atingidas pelos municípios habilitados a participarem da Fase 1 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - 2003

Fonte: Portaria nº 347, 2003.

A Fase 1 do PROESF inicialmente prevista para ser executada entre setembro de 2002 e junho de 2005, contou com a participação de 187 municípios. Segundo o DAB, essa fase teve início em dezembro de 2003 e findou em 30 de junho de 2007 e apontou como resultado um aumento superior a 43% no número de ESF implantadas. Ressalta-se que a expansão da

ESF foi mais proeminente no primeiro ano de implantação do PROESF, e embora o crescimento tenha se dado nos anos seguintes, ele se mostrou bem menos intenso, como aponta o Gráfico 3.

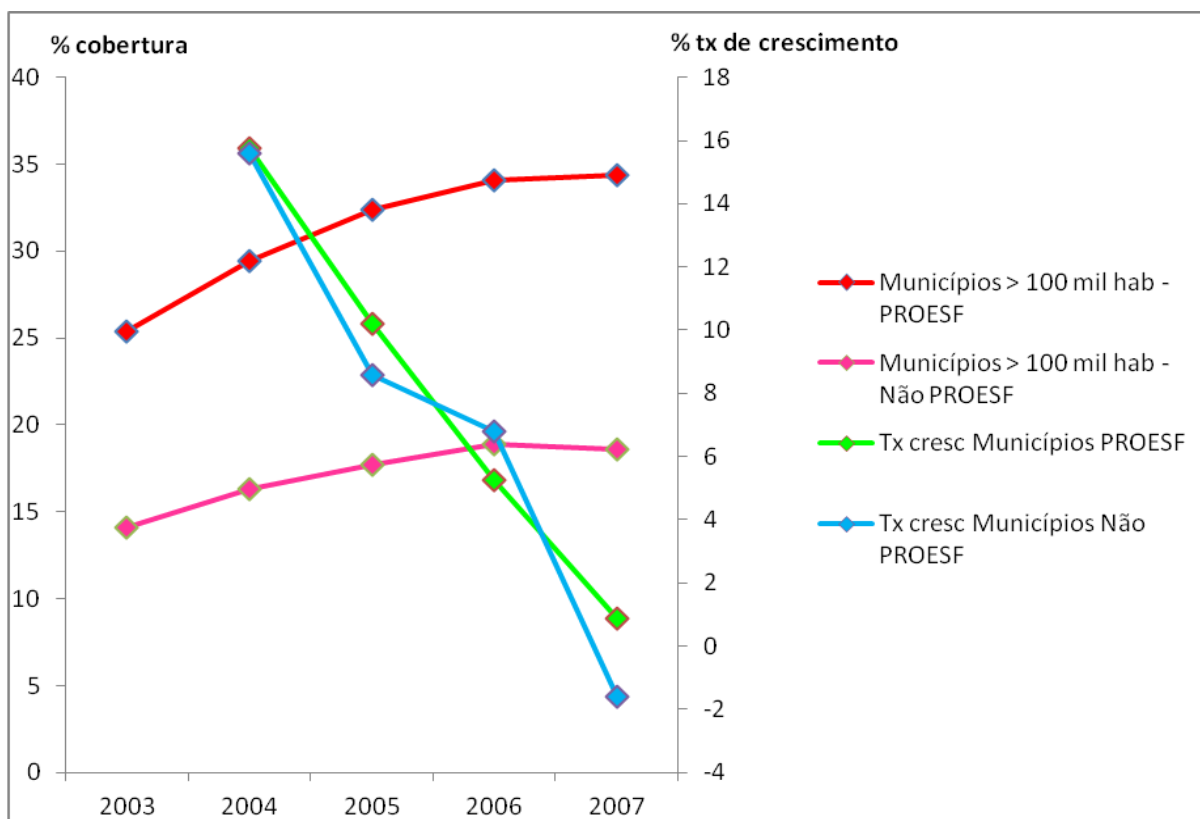


Gráfico 3: Evolução da cobertura populacional por equipes de Saúde da Família nos municípios participantes e não participantes da Fase 1 do PROESF e, as respectivas taxas de crescimento – 2003-2007
Fonte: DAB/MS, 2010.

O Gráfico 3 aponta a evolução da cobertura populacional por Saúde da Família e a taxa de crescimento por ano no período compreendido entre dezembro de 2003 e dezembro de 2007 dos municípios participantes do projeto, e para grau de comparação apresenta os mesmos dados dos municípios com população superior a 100 mil habitantes não participantes do PROESF.

O crescimento pode ser percebido para os dois conjuntos de municípios, entretanto o incremento no período foi superior para aqueles aderidos ao PROESF, 35,4% e a cobertura por ESF alcançou os 34,3% em 2007. Para àqueles não partícipes do projeto o crescimento foi de 31,9% e a cobertura não ultrapassou os 19%. Ademais outros indicadores pactuados entre o Ministério da Saúde, BIRD e os municípios contemplados pelo PROESF demonstraram comportamento satisfatórios como aponta o Quadro 3:

Indicadores	Linha de base	Metas	Resultados Alcançados
Cobertura média da população por ESF SF	26,6%	35%	34,4%
Cobertura vacinal de menores de 1 em dia na população acompanhada pela SF	94%	100%	99%
Percentual de NV de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.	57%	70%	61%
Percentual de gestantes acompanhadas pelas ESF e vacinadas contra tétano	91%	100%	95%
Percentual de médicos e enfermeiros da Saúde da Família sobre o total de médicos e enfermeiros da Atenção Básica	28%	25%	41%
Redução da Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos	35/1000	<35/1000	23,4/1000
Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos	9/1000	<9/1000	7/1000

Quadro 3: Principais indicadores de desempenho pactuados com o BIRD na consecução da Fase 1 do PROESF pelos municípios participantes – 2003-2007

Fonte: DAB, Ministério da Saúde.

O Quadro 3 apresenta alguns indicadores de desempenho pactuados com o BIRD na consecução da Fase 1 do PROESF pelos municípios e as respectivas metas pactuadas e resultados alcançados. Nota-se que, embora a meta não tenha sido alcançada para a totalidade dos indicadores pactuados, houve superação de todos eles em relação à de linha base.

1.2.2 Fase 2

O cumprimento das metas e indicadores da Fase 1 possibilitou a continuidade do projeto. Nesse sentido, a Fase 2 objetiva dar prosseguimento ao processo apoiador de expansão e consolidação da estratégia SF nos municípios e estados participantes da primeira fase. Assim como na Fase 1, a Fase 2 contempla três componentes que ajuntam um conjunto de subcomponentes e linhas de ações, como demonstra o Quadro 4.

Componentes	Subcomponentes	Linhas de Ação
Componente I – Expansão e qualificação da Saúde da Família nos municípios com população acima de 100 mil habitantes	Gestão da Atenção Básica/Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecimento da gestão e da capacidade técnica em Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB/SF.
	Conversão do Modelo de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reorganização do modelo de AB, no eixo da conversão para a SF; ➤ Adequação da área física de unidades de SF; ➤ Aquisição de material, equipamentos e veículos e informatização da rede de unidades de SF.
	Gestão do trabalho dos profissionais da AB/SF	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criação de mecanismos de incentivos e promoção de ações de educação permanente para vinculação dos profissionais e qualificação da SF.
Componente II – Fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente	Fortalecimento do processo de M&A da AB/SF nas Secretarias Estaduais da Saúde (SES)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento da capacidade técnica das SES em M&A; ➤ Desenvolvimento da metodologia e do processo avaliativo de M&A da AB/SF.
	Fortalecimento dos processos de Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecimento da capacidade técnica das SES em processos de Educação Permanente; ➤ Estruturação/Implementação de estratégias para apoio à qualificação e resolutividade das ESF.
Componente III – Fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões estaduais e municipais da ABS/Saúde da Família	Desenvolvimento e implementação de Projetos afins	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementação/desenvolvimento de estratégias de gestão, planejamento e organização da AB/SF; ➤ Avaliação e acompanhamento dos planos municipais e estaduais de investimentos; ➤ Atualização e publicação de protocolos assistenciais para a AB/SF; ➤ Estudos e pesquisas para apoio à implementação e avaliação da SF.
	Fortalecimento da capacidade técnica em M&A e processos de educação na AB/SF	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprimoramento da capacidade técnica do MS e Estados participantes em M&A; ➤ Educação permanente/capacitações de profissionais.
	Fortalecimento da capacidade técnica para gerenciamento e supervisão do PROESF – Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecimento do Núcleo Operacional para o acompanhamento e supervisão do Projeto.

Quadro 4: Componentes, subcomponentes e linhas de ação da Fase 2 do PROESF - 2009

Fonte: Brasil, Manual Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF 2010-2013, 2009.

Os beneficiários do Componente I são os municípios com população acima de 100 mil habitantes que implantaram equipes de Saúde da Família, dentro do período de execução do Projeto, na Fase 1, e que foram eleitos para Fase 2. O Componente II tem como beneficiárias as Secretarias de Estado das 27 Unidades de Federação. Ademais, todo o conjunto de grandes centros urbanos que receberam incentivos federais do MS para a Saúde da Família se constitui população alvo dos Componentes II e III (Brasil, 2009b).

Os indicadores de desempenho de estados e municípios estão classificados em três conjuntos: indicadores de pactuação obrigatória vinculados ao financiamento (incentivo); indicadores de pactuação opcional vinculados ao financiamento (bônus) e; indicadores de pactuação obrigatória, porém não vinculados ao financiamento (monitoramento).

A Fase 2, iniciada em setembro de 2009 após firmado o acordo de empréstimo com o BIRD no valor de US\$ 83,4 milhões, tem beneficiado cerca de 44% da população brasileira e de 30% das equipes de SF. O encerramento está previsto para 2013.

2 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A satisfação que nosso trabalho nos proporciona é sinal de que soubemos escolhê-lo.

Clarice Lispector

A política de municipalização, iniciada com a implementação do SUS, trouxe atreladas modificações tecnológicas, organizacionais, políticas e institucionais que refletiram no aumento exponencial da demanda por serviços de saúde e conseqüentemente sobre o volume ocupacional do setor saúde, “alterando seu peso em relação aos demais setores da economia e sobre a distribuição institucional da força de trabalho setorial” (GIRARDI e CARVALHO, 2002, p. 221).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2002b), a partir da década de 1970 observou-se um crescimento constante no número de estabelecimentos de saúde no Brasil. Entre os anos de 1980 e 1992 esse crescimento mostrou-se bastante acentuado, alcançando uma taxa de incremento de 122%.

O Gráfico 4 apresenta a evolução do quantitativo de estabelecimentos de saúde e taxas de crescimento no período entre 1980 e 2009.

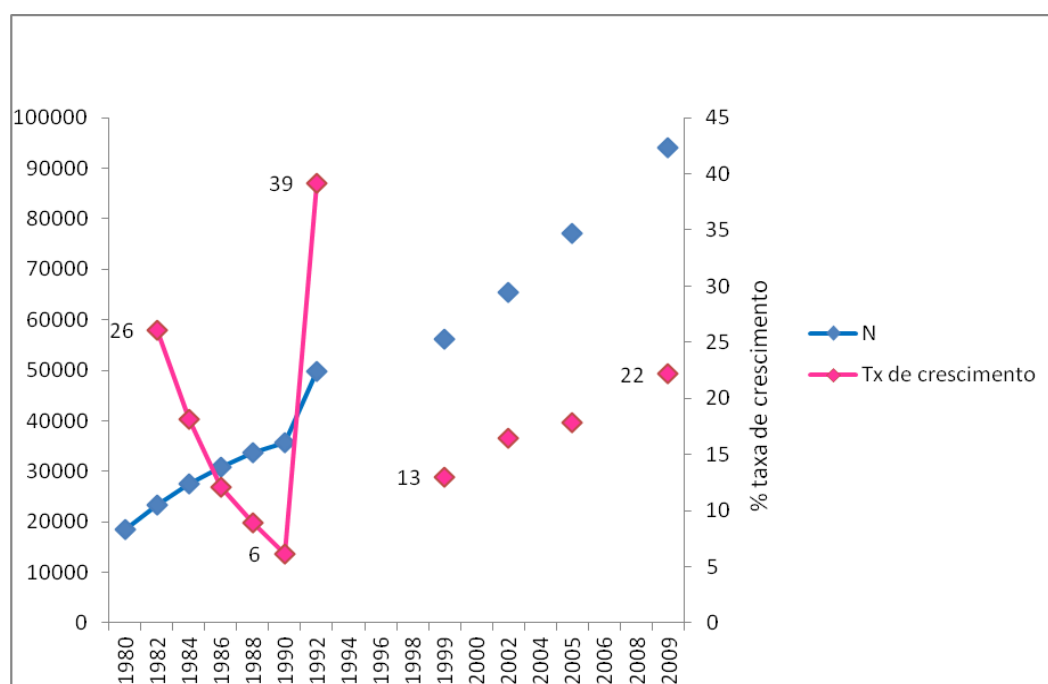


Gráfico 4: Evolução do número de estabelecimentos de saúde e taxas de crescimento no Brasil – 1980-2009

Fonte: Brasil, IBGE - Assistência Médica Sanitária, 2002; 2005; 2009.

O número de estabelecimentos de saúde passou de 18.489 em 1980 para 94.070 em 2009, o que representa uma taxa de incremento da ordem de 409%. Ressalta-se que a partir do ano de implantação do SUS (1990) até 2009 houve um crescimento de 163%. Segundo a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (2009), esse crescimento deve ser creditado às unidades de saúde sem internação que em parte pode ser resultante da priorização das ações de promoção e prevenção da saúde pelo SUS.

Em consequência do aumento do número de estabelecimentos de saúde, os postos de trabalho também alcançaram uma elevada taxa de crescimento com o passar dos anos, como visualizado pela Tabela 5.

Tabela 1: Evolução e taxa de crescimento de postos de trabalho de saúde ocupados no Brasil – 1980-2011

Ano	Postos de Trabalho (<i>n</i> geral)*	Taxa de crescimento (%)
1980	573629	-
1985	815095	42,1
1987	742559	-8,9
1992	1034368	39,3
1999	1549838	49,8
2002	1598887	3,2
2005	1896174	18,6
2009	2282452	20,4
2011	2414369	5,8

Fonte: Machado, Oliveira e Moyses, 2010; IBGE, Assistência Médica Sanitário, 2002; 2005; 2009; DATASUS.
*Exclusive os empregos administrativos.

O crescimento de postos de trabalho em saúde no Brasil, excetuando-se os empregos administrativos, no período de 1987 a junho de 2011 alcançou 321%, não obstante ao avanço das tecnologias, que tem reduzido o uso de mão-de-obra. Grande parte dos novos empregos públicos criados após a implantação do SUS é municipal, consequência da municipalização do sistema de saúde brasileiro.

De acordo com dados do IBGE, os municípios representavam 41,6% do total de empregos, em 1992. Em 2005 esse percentual saltou para 68,8%. Os empregos estaduais, por sua vez, cresceram apenas 9,7%, menos que o desejável, visto que “ainda permanece nesta esfera um número expressivo de hospitais de grande porte principalmente no Rio de Janeiro, embora isto tenha sido em parte compensado pelos mecanismos de contratação e convênios com a iniciativa privada” (MACHADO, OLIVEIRA e MOYSES, 2010, p. 5).

A esfera federal apresenta sinais de enfraquecimento de sua capacidade de absorção de mão-de-obra, uma vez que o volume de empregos, entre 1992 e 2005, decaiu 7,3%. Esses dados apontam para uma mudança no cenário de contratações públicas brasileiras, onde o setor federal, antes soberano na prestação de serviços assistenciais à população, torna-se agora o retardatário “no ranking como empregado invertendo a posição com a esfera municipal”, também fruto da descentralização da saúde iniciada com a implantação do SUS (MACHADO, OLIVEIRA e MOYSES, 2010, p. 5).

O crescimento do número de postos de trabalho em saúde trouxe atrelado o agravamento da precarização do trabalho¹⁰ com consequências sociais diretas aos trabalhadores, tais como instabilidade no emprego, arrefecimento do salário e, a não garantia de direitos trabalhistas como férias remuneradas e insalubridade. Ademais, medidas restritivas de contratação de pessoal no setor público, também contribuíram para a propagação de contratos trabalhistas precários, dentre elas, pode-se citar a Lei de Responsabilidade Fiscal¹¹, em vigor desde 2000. A referida lei tenta impor limites e condições para a gestão das receitas e das despesas, especialmente as de pessoal que não deverão exceder em 60% da própria receita corrente líquida dos estados e municípios e, 50% da receita da União (BRASIL, 2000; GIOVANELLA, ESCOREL e MENDONÇA, 2009; KHAIR, 2000).

A precariedade no serviço público se caracteriza pela irregularidade de vínculo de trabalho, que ocorre quando se admite um trabalhador sem concurso ou seleção pública, não se fazendo cumprir, portanto, os requisitos constitucionais de concurso público e do regime jurídico único de trabalho, previstos respectivamente, no artigo 37 e 39, (GIOVANELLA, ESCOREL e MENDONÇA, 2009; NOGUEIRA, 2006)

O trabalho precário, embora seja um fenômeno mundial, apresenta-se diversificado de acordo com o país, pois é dependente de suas características econômicas, culturais e sociais. No Brasil, observam-se, minimamente, três processos que expõem a precariedade, quais sejam: a ascensão de contratos trabalhistas legais, porém com baixa proteção social; a crescente flexibilização do trabalho exposta pela diversidade de vínculos empregatícios e pelas contratações via cooperativas de trabalho e Organizações Não Governamentais (ONGs) e; a terceirização de mão-de-obra para atividades não centrais para a saúde como profissionais de limpeza (DEDECCA, 2008; PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

¹⁰ O trabalho precário é resultante do desenvolvimento da globalização e do neoliberalismo que implicam respectivamente em: maior movimentação de capital, produção e trabalho e; desregulação, redução do poder do Estado mediante privatizações e destituição de proteções sociais (KALLEBERG, 2009).

¹¹ Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

As demandas do sistema nacional de saúde, a expansão de postos de trabalho, a reconfiguração da gestão e os limites burocráticos e legais impostos para área de recursos humanos acarretaram por conseqüência, novas modalidades contratuais, mas que não vieram conduzidas por reformas dos modelos fiscalizatórios e regulatórios do Estado que promovem, por sua vez, adequabilidade da legislatura e que disciplina tais modalidades (PIERANTONI, 2001). Essas novas modalidades de contratação, embora não se constituam como ilegais, permitem a empregabilidade com menor amplitude de direitos trabalhistas, maiores possibilidades de demissão e menor remuneração (DEDECCA, 2008).

A gestão do trabalho já não sinonimiza a administração de pessoal próprio, e quem contrata já não é necessariamente quem gere o serviço. O Estado – gestor do sistema público de saúde – terceiriza cada vez mais os serviços via empresas privadas ou semelhantes. Tem se colocado, portanto, na condição de “contratador dos contratantes de pessoal” (PIERANTONI, 2001, BRASIL, 1999).

Resultados de pesquisas¹² na área de gestão do trabalho e da educação na saúde apontaram diversas características atuais desses campos. Entre elas:

- ❖ escassez de profissionais qualificados na gestão do trabalho;
- ❖ diversificadas modalidades de contratos temporários;
- ❖ ausência de Planos de Carreiras adequados em boa parte das estruturas ou insatisfação dos trabalhadores com o plano de carreira existente;
- ❖ remuneração insuficiente dos profissionais;
- ❖ dificuldade de fixação de profissionais;
- ❖ limitação da expansão de quadro de pessoal imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal;
- ❖ ausência de concursos públicos;
- ❖ deficiência de qualificação dos profissionais;
- ❖ carência de programas de educação permanente e continuada;
- ❖ 23% das Secretarias de Saúde¹³ (capitais, estaduais e municipais com população acima de 100 mil habitantes) não possuem órgão específico de RH;
- ❖ 48% das Secretarias de Saúde¹² não possuem PCCS;

¹² Pesquisa desenvolvida pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2004) e Pesquisas coordenadas por Pierantoni (2004; 2006a; 2006b; 2008).

¹³ A pesquisa foi dirigida aos gestores de recursos humanos de Secretarias de Saúde das capitais, das Secretarias Estaduais, dos municípios com população superior a 100 mil habitantes e de municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes e com mais de 500 postos de trabalho público saúde (PIERANTONI, 2008).

- ❖ 40% das SMS de municípios com mais de 100 mil habitantes do Estado do Rio de Janeiro não utilizam políticas de incentivos ao desenvolvimento profissional;
- ❖ 48% dos gestores de RH de municípios com população acima de 100 mil habitantes possuem apenas ensino médio.

Diante deste cenário, qualificado como inseguro para grande parte dos trabalhadores de saúde, o governo federal lança mão de estratégias que tentem contornar essa situação, de modo a focalizar maior atenção à gestão do trabalho em saúde, que é considerada um dos maiores entraves para ampliação e solidificação do SUS, muito em parte, devida a “ausência de uma política de RH para a saúde, formulada e realizada sob a lógica de política pública expressa nos princípios e diretrizes Constitucionais de Seguridade Social e do SUS” (BRASIL, 2003a, p.36).

Como uma das principais estratégias, tem-se a concepção, em 1999, da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Esta rede se constitui de uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e tem por objetivo geral produzir conhecimento sobre RHR por meio de estudos e pesquisas, fomentando a formulação de políticas e programas sociais bem como seu acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2004c).

Outra estratégia adotada pelo governo federal foi a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), concebida com o intuito de dar resolutividade aos problemas existentes, e de definir políticas nas áreas de gestão e educação na saúde para um desempenho eficiente do Sistema de Saúde nacional. Confere ao MS, portanto, o status de gestor federal do SUS, formulador de estratégias e políticas orientadas à formação em saúde e ao planejamento, gerenciamento e regulação da força de trabalho em saúde (GARCIA, 2010).

Uma das principais políticas de RH formulada e desenvolvida pela SGETES com a finalidade de melhorar o cenário vigente, no que tange às irregularidades contratuais dos trabalhadores, foi o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecrizaSUS). Essa política de governo ambiciona erradicar os vínculos trabalhistas precários existentes no SUS, mediante o agenciamento à adoção de relações seguras de trabalho que garantam os direitos trabalhistas outorgados pela Constituição Federal (GARCIA, 2010) e que diminua os índices de insatisfação, rotatividade profissional e outros problemas referentes à gestão do trabalho.

Ainda pensando no fortalecimento do SUS via aprimoramento da gestão do trabalho e da educação em saúde mediante resolução de problemas como os apresentados acima, a SGTES cria o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), em 2006, com “o objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (BRASIL, 2006c, p. 8).

Adicionalmente, cabe citar outras políticas de gestão do trabalho e educação em saúde adotadas pelo Ministério da Saúde como:

- ❖ *Mesa de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)*: reinstalada em 2003, constitui-se de um fórum paritário que coliga gestores e trabalhadores do SUS para discussão de conflitos intrínsecos as relações de trabalho;
- ❖ *Estruturação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS)*;
- ❖ *Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB)*: oferece incentivo aos profissionais de saúde interessados em atuar na ESF;
- ❖ *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*: objetiva integrar o ensino ao serviço com vistas à reorientação da formação profissional, asseverando uma formação na perspectiva do SUS;
- ❖ *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET)*: objetiva o desenvolvimento de grupos de trabalhadores e estudantes de graduação em saúde, por meio de um sistema de aprendizagem tutorial, que enfatiza áreas de conhecimento relevantes ao SUS;
- ❖ *Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS)*: colegiados de gestão de educação permanente em saúde com o objetivo de “contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras” (BRASIL, 2004b, p.9);
- ❖ *Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)*: criada em 2008, visando dar condições para a estruturação de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão no SUS destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente;
- ❖ *Programa Nacional Telessaúde*: instituído em 2007 com vistas à qualificação de equipes de Saúde da Família e profissionais da rede de saúde por meio da utilização de tecnologias de informação e comunicação;

- ❖ *Programa Nacional de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica)*: trata-se de uma nova modalidade de financiamento de residências na área da saúde, iniciada em 2009, objetivando oferecer condições de sustentabilidade dos programas de residência e fomentar o aprimoramento da formação de especialistas no país;
- ❖ *Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps)*: objetiva qualificar trabalhadores de saúde de nível básico e médio em cursos de educação profissional, inseridos ou não no SUS.

2.1 Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Como destacado anteriormente, as relações trabalhistas estão diretamente relacionadas à permanência ou não do trabalhador no posto de trabalho. A dificuldade de fixação na Estratégia Saúde da Família constitui-se num dos maiores problemas enfrentados pelos gestores, mesmo em municípios de grande porte que apresentam mercado de trabalho favorável com maiores possibilidades de progressão profissional.

O conhecimento dos tipos de agentes contratantes e envolvidos na manutenção da estratégia faz-se importante, na medida em que a contratação realizada diretamente pelo poder público ou a contratação terceirizada “implicam na existência de restrições e estruturas de oportunidades distintas, inclusive legais” e que traduzem a qualidade desses empregos no que se refere “a graus de formalização/informalização da relação de trabalho, durabilidade do emprego, salários, esquemas de proteção, benefícios e direitos dos trabalhadores, entre outras características” (GIRARDI, 2007, p.9-10).

Nesse cenário, incentivos para melhoria da satisfação profissional tem sido adotados pelos gestores com a finalidade de reduzir a rotatividade dos profissionais de saúde. Segundo levantamento realizado por Girardi (2010), os principais incentivos utilizados para a categoria médica são: o incremento salarial e, boas condições de trabalho, nesta ordem. Para as demais categorias de profissionais os maiores incentivos empregados são as boas condições de trabalho e cursos de capacitação.

Observa-se, portanto, que outros fatores, que não só a remuneração, contribuem para a permanência do profissional na SF, como estratégias de qualificação da força de trabalho em

saúde, mediante, sobretudo, a promoção da educação permanente e a articulação da formação ao processo de trabalho (GARCIA, 2010).

2.1.1 Salários na Estratégia Saúde da Família

Os salários dos profissionais atuantes na ESF tem mostrado crescimento ao longo dos anos, como demonstra a Tabela 2.

Tabela 2: Evolução dos salários médios praticados na Estratégia Saúde da Família segundo categoria profissional, no Brasil – 2001-2010

Categoria	Salários médios (R\$)				Tx cresc (%)
	2001	2006	2009	2010	
Médico	4.079,50	5.222,69	6.333,89	7.477,40	83,3
Enfermeiro	1.741,25	2.199,10	2.346,40	2.442,50	40,3
Dentista	1.755,77	2.192,38	2.635,70	2.755,90	57,0
Tec/Aux Enf.	401,84	572,95	669,99	736,25	83,2
THD/ACD	-	-	629,43	684,65	8,8
ACS	213,06	382,72	540,71	613,54	188,0

Fonte: Girardi, Sábado Nicolau (org.). Monitoramento da qualidade de emprego da Estratégia Saúde da Família, 2010.

Nota-se que entre 2001 e 2011, o salário médio dos ACS apresentou maior incremento (188%), seguido do salário médico (83,3%) e dos técnicos/auxiliares de enfermagem (83,2%). Ainda neste período, os enfermeiros obtiveram menor crescimento salarial, apenas 40,3%. No que diz respeito às médias salariais por forma de contratação, excetuando-se os auxiliares de enfermagem, todas as demais ocupações da ESF recebem salários superiores quando da contratação indireta.

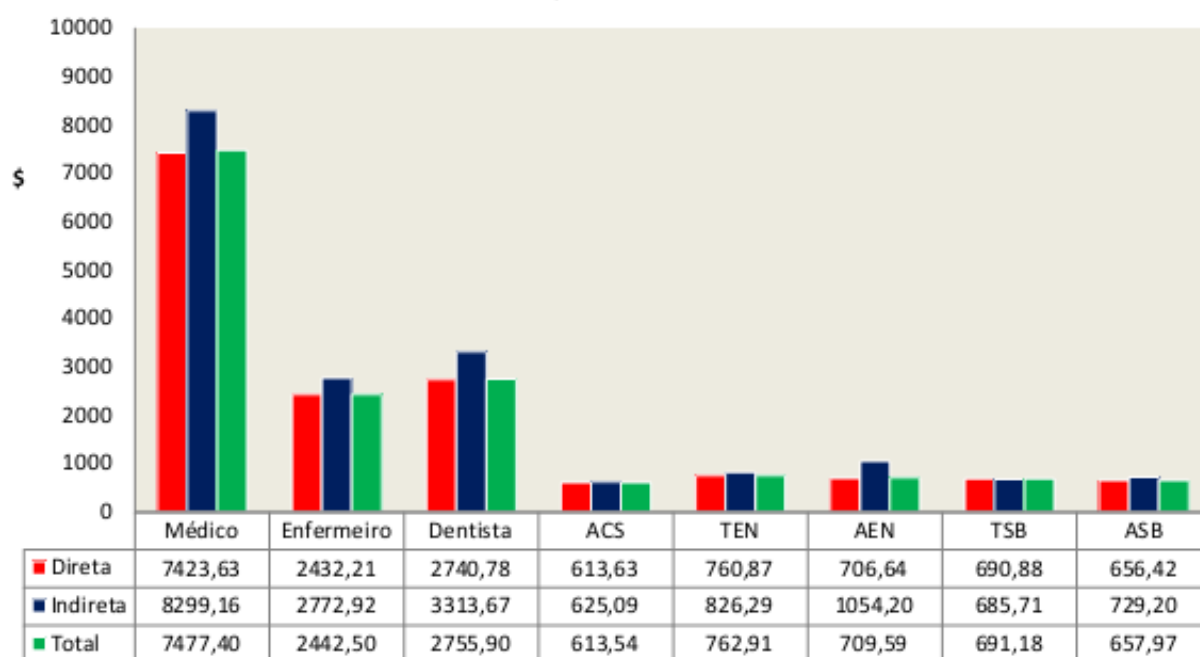


Gráfico 5: Salário médio dos profissionais da ESF (em reais), por ocupação, segundo modalidade de contratação, no Brasil – 2010

Fonte: Girardi, Sábado Nicolau (org.). Monitoramento da qualidade de emprego da Estratégia Saúde da Família, 2010.

As diferenças entre as médias salariais por forma de contratação, em reais, são maiores para médicos (R\$875,53) e dentistas (R\$572,89). As menores discrepâncias, por sua vez, notam-se nas ocupações de ACS (R\$11,46) e técnico de enfermagem (R\$65,65). A média salarial por contratação direta para a ocupação de técnico de saúde bucal ultrapassou em R\$5,17 a média por contratação indireta. Dessa forma, infere-se que as novas modalidades de contratação significaram elevação da remuneração média dos profissionais da ESF.

2.1.2 Jornada de trabalho

Segundo a Portaria nº 648 de 2006, que revisa as diretrizes e normas da ESF, competem as Secretarias Municipais de Saúde garantir o cumprimento da carga horária integral, que corresponde a 40 horas semanais, de todos os profissionais que compõem equipes de Saúde da Família. Os profissionais que realizam atividades de capacitação profissional (residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade) deverão dedicar minimamente 32 horas para atividades na equipe.

Entretanto, com a alta rotatividade de profissionais médicos, o governo decidiu criar alternativas de carga horária diferenciada para esta categoria, por meio da Portaria nº 2.027 de 25 de agosto de 2011. A referida Portaria permite a contratação de médicos com carga horária de 20, 30 ou 40 horas semanais. As seguintes configurações poderão ser adotadas, no que tange à jornada de trabalho dos médicos:

1. Equipe de SF com carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde, inclusive o profissional médico, o município recebe repasse mensal equivalente a 100% do valor do incentivo financeiro (PAB-Variável) referente a uma equipe;
2. Equipe de SF com dois profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas, município receberá repasse mensal equivalente a 100% do valor do incentivo financeiro referente a uma equipe;
3. Equipe de SF com dois profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 85% do valor do incentivo financeiro referente a uma equipe;
4. Equipe de SF com três profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas, município receberá repasse mensal equivalente a 100% do valor do incentivo financeiro referente a duas equipes, uma vez que esta equipe passa a ser responsável pelo contingente populacional de duas equipes;
5. Equipe de SF com 04 quatro profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas, município receberá repasse mensal equivalente a 100% do valor do incentivo financeiro referente a três equipes, uma vez que passa a ser responsável pelo contingente populacional de três equipes;
6. Equipe de SF com um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais. Nessa configuração, a ESF é denominada Equipe Transitória, e o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro (PAB- Variável) referente a cada equipe.

Os impactos desta Portaria, ainda são desconhecidos, entretanto, podem-se citar alguns conflitos que poderão insurgir ante a flexibilização da carga horária para os médicos: protestos de outros profissionais da equipe de SF que já recebem salários bem inferiores aos dos médicos; dificuldades no estabelecimento de vínculo com a população, sobretudo em

equipes com mais de um médico; distanciamento de propostas de um plano de carreiras para a ESF.

Por outro lado, alguns benefícios da flexibilização foram apontados pelo diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹⁴: a garantia de financiamento para equipe e; diminuição da sobrecarga dos outros profissionais, visto que, com exceção da equipe transitória, todas as demais possibilidades apresentadas pela portaria aumentam a carga horária médica para a mesma população (JUNIA, 2011).

É preciso adicionar, que em virtude da Portaria supracitada permitir equipes com mais de um médico, foi lançada a Portaria de nº 703, de 21 de outubro de 2011, que estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das novas equipes da ESF, como mostra o Quadro 5.

Tipo de equipe	Profissional	Quantidade Mínima	Carga Horária	População Adscrita
ESF tipo I	Médico	2	30 h	2.500 a 4.000
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	1		
	Agente Comunitário de Saúde	12		
ESF tipo I com Saúde Bucal modalidade I	Médico	2	30 h	
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	1		
	Agente Comunitário de Saúde	12		
	Cirurgião-Dentista			
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		
ESF tipo I com Saúde Bucal modalidade II	Médico	2	30 h	
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	1		
	Agente Comunitário de Saúde	12		
	Cirurgião-Dentista			
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		
	Técnico em Saúde Bucal			
Tipo de equipe	Profissional	Quantidade Mínima	Carga Horária	População Adscrita

Quadro 5: Composição das equipes, respectivas cargas horárias e população adscrita por tipo de equipe de Saúde da Família, Brasil – 2011 (continua)

Fonte: Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011.

¹⁴ Heider Pinto, diretor do Departamento de AB desde janeiro de 2011.

ESF tipo II	Médico	3	30 h	5.000 a 8.000
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	2		
	Agente Comunitário de Saúde	24		
ESF tipo II com Saúde Bucal modalidade I	Médico	3	30 h	5.000 a 8.000
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	2		
	Agente Comunitário de Saúde	24		
	Cirurgião-Dentista	2		
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		
ESF tipo II com Saúde Bucal modalidade II	Médico	3	30 h	5.000 a 8.000
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	2		
	Agente Comunitário de Saúde	24		
	Cirurgião-Dentista	2		
	Auxiliar em Saúde Bucal Técnico em Saúde Bucal	1		
ESF tipo III	Médico	4	30 h	7.500 a 12.000
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	3		
	Agente Comunitário de Saúde	36		
ESF tipo III com Saúde Bucal modalidade I	Médico	4	30 h	7.500 a 12.000
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	3		
	Agente Comunitário de Saúde	36		
	Cirurgião-Dentista	3		
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		
ESF tipo III com Saúde Bucal modalidade II	Médico	4	30 h	7.500 a 12.000
	Enfermeiro		40 h	
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	3		
	Agente Comunitário de Saúde	36		
	Cirurgião-Dentista	3		
	Auxiliar em Saúde Bucal			
	Técnico em Saúde Bucal	1		

Quadro 5: Composição das equipes, respectivas cargas horárias e população adscrita por tipo de equipe de Saúde da Família, Brasil – 2011 (continuação)

Fonte: Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011.

Tipo de equipe	Profissional	Quantidade Mínima	Carga Horária	População Adscrita
ESF tipo IV	Médico	2	20 h	2.500 a
	Enfermeiro		40 h	4.000
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	1		
	Agente Comunitário de Saúde	12		
ESF tipo IV com Saúde Bucal modalidade I	Médico	2	20 h	2.500 a
	Enfermeiro		40 h	4.000
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	1		
	Agente Comunitário de Saúde	12		
	Cirurgião-Dentista			
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		
ESF tipo IV com Saúde Bucal modalidade II	Médico	2	20 h	2.500 a
	Enfermeiro		40 h	4.000
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	1		
	Agente Comunitário de Saúde	12		
	Cirurgião-Dentista			
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		
	Técnico em Saúde Bucal			
ESF transitória	Médico		20h	2.500 a
	Enfermeiro	1	40 h	4.000
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem			
	Agente Comunitário de Saúde	12		
ESF transitória com Saúde Bucal modalidade I	Médico		20h	2.500 a
	Enfermeiro	1	40 h	4.000
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem			
	Agente Comunitário de Saúde	12		
	Cirurgião-Dentista			
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		
ESF transitória com Saúde Bucal modalidade II	Médico		20h	2.500 a
	Enfermeiro	1		4.000
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		40 h	
	Agente Comunitário de Saúde	12		
	Cirurgião-Dentista			
	Auxiliar em Saúde Bucal	1		

Quadro 5: Composição das equipes, respectivas cargas horárias e população adscrita por tipo de equipe de Saúde da Família, Brasil – 2011 (conclusão)

Fonte: Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011.

2.1.3 Dificuldades na gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família

As dificuldades enfrentadas pelos gestores da ESF no que concerne a gestão do trabalho, não diferem muito do panorama geral brasileiro, já apresentado anteriormente. Nesse sentido, pontuam-se a seguir alguns dos problemas mais relatados pela literatura.

➤ **Formação profissional**

Um dos grandes problemas apontados por CAMPOS e AGUIAR, 2006; GIL, 2005; CORDEIRO, 2002; VARELLA e PIERANTONI, 2008, é a adequação da formação acadêmica ao SUS e por consequência à Saúde da Família. O ensino de saúde no Brasil, principalmente a profissão médica, ainda pauta-se no modelo Flexneriano, que privilegia a formação fragmentada, centrada em especialidades. Estas características vão de encontro ao que apregoa as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde.

As DCN da área da saúde tornam imperativa a formação de um profissional generalista, capaz de atuar respeitando o princípio da integralidade com atendimento humanizado e, com habilidades e competências necessárias à intervenção no contexto social das pessoas (BRASIL, 2001a; 2001b). Entretanto, se tem constatado que o perfil dos profissionais de saúde formados não é coerente à realidade de saúde atual e às políticas do SUS, de modo que os egressos dos cursos de graduação em saúde não estão suficientemente preparados a desenvolverem práticas que “contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação” (GIL, 2005, p. 491)

Adicionalmente, urge a necessidade de ampliação de vagas em cursos de pós-graduação em suas diferentes modalidades (*strictu e latu sensu*) na área de Atenção Básica, pois as existentes são insuficientes para acompanhar o ritmo de expansão da ESF no país, não obstante a expansão dessas vagas em virtude das diversas parcerias entre o governo e Instituições de Ensino Superior bem como de outras políticas de educação na saúde implantadas pelo Ministério da Saúde anteriormente citadas (CAMPOS e AGUIAR, 2006).

➤ **Remuneração e precarização do trabalho**

Na ESF não há parâmetros trabalhistas, sobretudo, em grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, onde municípios vizinhos disputam profissionais de saúde. Esse “predatorismo” tem sido responsável por formas de incentivos atratores que reforçam o

modelo flexneriano, como a flexibilização de carga horária e o cumprimento de horário através de plantões (FARAH, 2006)

Adicionalmente, tem se percebido o aumento exponencial do salário para algumas categorias, especialmente a de médicos, como estratégia para atrair profissionais de municípios adjacentes, o que tem reforçado a dificuldade de municípios menores ou menos estruturados, em fixar profissionais na ESF.

Segundo Carvalho et al (2002), a maior parte do contingente de trabalhadores da ESF não está empregada sob nenhuma forma de relação de emprego regulamentada, ou seja, nem como estatutária, nem como regime CLT. Isso, pois, em virtude de restrições orçamentárias, mais de 70% das prefeituras utilizam formas de contratação que não configuram relação de emprego. A precarização das relações de trabalho também ocasiona a instabilidade, levando muitos profissionais a peregrinarem por diversos municípios em busca de melhores oportunidades de trabalho (FARAH, 2006).

➤ **Condições de trabalho e infraestrutura**

A inadequação da rede física e dos equipamentos também se constitui de motivo para insatisfação profissional, que por sua vez, eleva os índices de rotatividade visualizados na ESF. Em muitos municípios, “a implantação de equipes de Saúde da Família se deu em locais inapropriados ao desenvolvimento da estratégia, comprometendo o trabalho das equipes”, como galpões, igrejas e casas adaptadas (FARAH, 2006, p. 49).

A escassez de insumos materiais foi apontada por profissionais da ESF do município de Teixeiras/MG, como um dos principais obstáculos ao desenvolvimento do trabalho, “especialmente quanto à carência de medicamentos, curativos e até material de expediente”. (COTTA, 2006, p. 12).

Os recursos materiais e infraestrutura são insuficientes em grande parte dos municípios. Assim, não é possível o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde sem uma “política de financiamento voltada para atender e dar respostas para as necessidades do sistema” (FARAH, 2006, p. 49).

3 METODOLOGIA

É inútil procurar encurtar caminho e querer começar já sabendo que a voz diz pouco, já começando por ser despessoal. Pois existe a trajetória, e a trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória somos nós mesmos. Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes. A viacrucis não é um descaminho, é a passagem única, não se chega senão através dela e com ela.

Clarice Lispector

Trata-se de um estudo exploratório, de investigação narrativa, bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa.

De acordo com Lieblich, Tuval-Maschiach & Zilber¹⁵ (1998) apud Lira, Catrib & Nations (2003, p.61) “a investigação narrativa pode ser usada no âmbito de uma estratégia de métodos combinados, onde ela provê, a partir de uma abordagem a um pequeno grupo de sujeitos, um entendimento em maior profundidade da realidade estudada”.

A investigação bibliográfica, por sua vez, municia o acúmulo e a organização de ideias relevantes já produzidas no meio científico, fornecendo, portanto suporte e subsídios à contextualização das narrativas. A investigação documental busca, a partir de hipóteses ou questões de interesse de pesquisa, identificar informações baseadas em fatos e/ou realidades em materiais que ainda não receberam tratamento analítico (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Acredita-se que a incorporação das narrativas, da literatura e dos documentos promoveu a resolução das questões desta pesquisa.

A coleta de dados foi constituída de quatro etapas distintas, a saber:

- a) levantamento bibliográfico em bases de dados eletrônicas de literatura científica;
- b) levantamento de dados secundários em bases de dados eletrônicas;
- c) busca por editais de concursos e processos seletivos para contratação de recursos humanos em saúde na ESF dos municípios em estudo nos anos 2000;
- d) narrativas de pessoas que participaram da trajetória de implantação da Estratégia Saúde da Família.

¹⁵ Lieblich A, Tuval-Maschiach R, Zilber T. Narrative research: reading, analysis and interpretation. California: Sage; 1998. 187 p.

➤ **Pesquisa em bases de dados eletrônicas de literatura científica**

A pesquisa bibliográfica objetivou recrutar material bibliográfico que subsidiasse a retrospectiva da Estratégia Saúde da Família nos municípios de estudo. Utilizaram-se como fontes de busca para o levantamento bibliográfico as bases de dados virtuais: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO) e; Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial da Saúde (WHOLIS).

Foram habilitadas as publicações que pudessem apoiar o alcance dos objetivos ora propostos e que preenchessem os critérios estabelecidos por esta pesquisa, constituindo-se, portanto, em uma amostra de conveniência (LOBIONDO-WOOD & HABER¹⁶, 2001 apud LIMA, 2009).

Foram incluídos estudos apresentando como temática principal a Estratégia Saúde da Família nos municípios estudados, independente dos desenhos de estudo e data de publicação. Porém foram excluídas as cartas, editoriais, erratas e artigos de opinião.

Com a finalidade de ampliar a possibilidade de localização de publicações que versassem sobre temática tão escassa, procedeu-se busca no catálogo online da Rede Sirius – Rede de Bibliotecas UERJ¹⁷; Biblioteca Digital de Teses e Dissertações¹⁸ (BDTD) da UERJ; e pesquisa mediante leitura das referências bibliográficas contidas nas publicações selecionadas (referências cruzadas). Ressalta-se que as publicações selecionadas por estas vias embora não tenham sido formalmente incluídas no processo da coleta de dados, participarão da contextualização deste trabalho.

A busca virtual em bases de dados se deu em 23 de setembro de 2010, no entanto o processo de seleção das publicações perdurou até o final de outubro do mesmo ano. Em cada base foi utilizada a mesma estratégia de busca através de descritores e palavras-chave. Os descritores utilizados foram selecionados a partir da versão 2010 dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde¹⁹, a saber: Programa de Saúde da Família; Atenção Primária em Saúde e; Medicina de Família e Comunidade. Na intenção

¹⁶ LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

¹⁷ <http://www.bvsims.uerj.br/>

¹⁸ <http://www.bdttd.uerj.br/>

¹⁹ <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php>

de ampliar o retorno de referências, utilizaram-se também as seguintes palavras-chave: Programa de Agentes Comunitários de Saúde e; Médicos de Família.

Ressalta-se, que em virtude do pequeno número de literatura indexada sobre a Estratégia Saúde da Família nos municípios de estudo, optou-se por não utilizar termos mais específicos, que por consequência aumentariam a especificidade da busca bibliográfica. Dessa forma, “termos macros” de busca foram utilizados com o intuito de aumentar a sensibilidade da pesquisa. A Estratégia de busca encontra-se descrita a seguir no Quadro 6.

Base de Dados	Descritores	Palavras-Chave	Sintaxe
LILACS;	Programa de Saúde da Família;	Programa de Agentes Comunitários de Saúde;	Programa de Saúde da Família de OR Atenção Primária em Saúde
PAHO;	Medicina de Família e Comunidade	Saúde; Médicos de Família	de OR Medicina de Família e Comunidade [Descritor de assunto] OR Programa de Agentes Comunitários de Saúde
WHOLIS			OR Médicos de Família [Palavras]

Quadro 6: Estratégias de busca com respectivos descritores, palavras-chave e sintaxe, segundo base de dados
Fonte: Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

As referências localizadas na etapa de busca foram importadas para o Endnote®, um software específico para o gerenciamento de referências bibliográficas que permitiu dentre outras coisas a exclusão de duplicatas e a filtragem de referências.

Os resultados emergidos da etapa de revisão bibliográfica estão apresentados no capítulo de Resultados por meio de estatística descritiva com uso de Tabelas e Figura.

➤ Pesquisa de dados secundários em bases de dados eletrônicas

No que compete à pesquisa em bancos de dados secundários, ela foi realizada desde o início deste trabalho, em paralelo a outras etapas, de modo a caracterizar os locais de estudo e subvencionar a análise de outros dados coletados. Assim, os dados foram coletados no período compreendido entre agosto de 2010 e janeiro de 2012.

Para esta busca, utilizaram-se bancos de dados oficiais do Brasil e/ou de domínio público, quais sejam: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁰; Departamento

²⁰ <http://www.ibge.gov.br>

de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)²¹; Sistema de Informação das Graduações em Saúde (SIGRAS)²²; Estação de Pesquisa de Sinais do Mercado de Trabalho (EPSM)²³; Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Os dados coletados nesta pesquisa foram utilizados na contextualização do trabalho, e em subcapítulo específico referente à caracterização dos municípios por meio de estatística descritiva com uso de Figuras, Tabelas e Gráfico a fim de subsidiar a compreensão e dar completude à discussão dos resultados.

➤ **Pesquisa de editais de concursos e processos seletivos**

Esta etapa objetivou coletar editais de Concursos Públicos e Processos Seletivos com vistas à contratação de pessoal de saúde para a Estratégia de Saúde da Família nos municípios estudados, nos anos 2000 (2000-2011), de modo que através desses junto às narrativas fosse possível caracterizar a gestão do trabalho concernente às estratégias de contratação e regulação do trabalho na Estratégia Saúde da Família nos municípios de estudo.

Foram considerados os editais que contemplaram vagas para médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, visto que estes profissionais de saúde são essenciais para constituição de uma equipe mínima de SF, respeitando as modalidades previstas na legislação.

Os editais de interesse desta pesquisa foram obtidos, entre os meses de agosto e dezembro de 2011, acompanhando os seguintes passos:

Passo 1 – realizou-se pesquisa através do *Google* por constituir-se do maior site mundial de busca. Este pode ser acessado a partir do endereço <http://www.google.com/>;

Paaso 2 – buscou-se editais em bancos de concursos, a saber: *PCI Concursos* disponível no endereço <http://www.pciconcursos.com.br/>, e; *Folha Dirigida* disponível no endereço <http://www.folhadirigida.com.br/>;

Passo 3 – buscou-se pelos documentos nos respectivos Diários Eletrônicos Oficiais dos municípios com posterior contato telefônico para maiores informações de coleta de material de anos anteriores a 2009.

²¹ www.datasus.gov.br/

²² <http://obsnetims1.tempsite.ws/sigras/>

²³ <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>

Passo 4 – procedeu-se contato telefônico com as secretarias de saúde dos municípios considerados para este estudo a fim de identificar as instituições organizadoras/realizadoras dos concursos/processos seletivos ou autorização para coleta de material junto à secretaria;

Passo 5 – pesquisou-se nos endereços eletrônicos das instituições realizadoras dos concursos/processos seletivos de interesse desta pesquisa;

Etapa 6 – por fim, buscou-se *in loco*, ou seja, diretamente nas secretárias de saúde dos municípios estudados, informações e documentos referentes à concursos/processos seletivos municipais realizados nos anos 2000 (2000-2011).

O tratamento de dados se deu por estatística descritiva por meio de medidas de tendência central e medidas de dispersão com uso de gráficos de setores, barras e colunas e; correlacionais de Pearson. Ademais, se utilizou de análise documental como método de análise, que apreende os registros ou documentos disponíveis como formas de informação coletadas a partir de materiais já existentes, e são empregados para responder perguntas de pesquisa (LOBIONDO-WOOD & HABER, 2001).

➤ **Entrevistas**

Entre os meses de outubro e dezembro de 2011 foram realizadas entrevistas semiestruturadas com auxílio de roteiro e de gravador portátil com gestores atuais da Estratégia Saúde da Família dos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias. As entrevistas respeitaram os seguintes preceitos:

- ❖ Ocorreram após aprovação do comitê de ética em pesquisa do IMS/UERJ;
- ❖ Foram realizadas pessoalmente com pelo menos três gestores de cada município estudado, nos horários e locais acessíveis aos entrevistados;
- ❖ Mediante autorização dos gestores respondentes, as entrevistas foram gravadas por meio de um aparelho do tipo Mp4.

As entrevistas obedeceram a seguinte ordem:

- 1) Inicialmente se fez contato com os gestores por meio de correio eletrônico e/ou telefone para convite de participação na pesquisa;
- 2) Uma vez aceita a participação pelo convidado, o projeto e o consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) foram encaminhados por meio de correio eletrônico do participante para leitura e posterior esclarecimentos com a pesquisadora responsável;

- 3) Esclarecidos os objetivos e métodos da pesquisa, as entrevistas foram agendadas em locais e horários possíveis para pesquisador e participantes;
- 4) Na ocasião da entrevista se procedeu à leitura e assinatura do consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde; início do preenchimento do instrumento para coleta de dados e da entrevista por meio de questionário (APÊNDICE B e C);
- 5) As entrevistas gravadas foram transcritas, tematizadas e analisadas juntamente com outros dados coletados em outras etapas de coleta descritas na metodologia;
- 6) Finalizada a pesquisa os participantes receberam uma cópia da dissertação via correio eletrônico a fim de que as discussões se perpetuem nos campos de trabalho.

As entrevistas foram realizadas sob orientação de questionário semiestruturado (APÊNDICE B e C) que versou sobre tópicos temáticos que possibilitaram responder as questões norteadoras desta pesquisa. Ressalta-se que foi realizada entrevista piloto, com gestor pretérito da Estratégia Saúde da Família de um município do Estado de Minas Gerais, e de que desta não resultaram alterações no instrumento de coleta de dados.

O único critério de inclusão adotado foi que os sujeitos deveriam estar exercendo ou que tivessem exercido cargo de gestão na Estratégia Saúde da Família em um dos municípios estudados. Constitui-se, portanto, de amostra de conveniência, uma vez que os elementos da amostra foram escolhidos por uma questão de oportunidade, neste caso, contatos mais próximos. E embora, este tipo de amostragem não garanta uma amostra representativa pode ser usada com êxito em pesquisas nas quais o objetivo maior seja captar ideias gerais e identificar aspectos críticos, como é o caso desta pesquisa.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2002, p. 38) que a define como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, permitindo, portanto, interpretá-las.

Esse estudo ofereceu riscos mínimos aos sujeitos investigados e não acarretou encargos financeiros para os mesmos. Esta pesquisa foi desenvolvida com os recursos do próprio pesquisador.

3.1 Aspectos éticos

Seguindo a determinação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em virtude do uso de entrevistas, este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS-UERJ) e aprovado sob Registro CAAE 0031.0.259.000-11.

4 CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE PESQUISA

Tenho várias caras. Uma é quase bonita, outra é quase feia. Sou um o quê? Um quase tudo.

Clarice Lispector

4.1 Breve contextualização histórica dos municípios

Em 1501, sai de Portugal a primeira expedição exploradora enviada ao Brasil após seu descobrimento por Álvares Cabral com o objetivo de reconhecer e demarcar o novo território. Esta expedição percorreu pontos da costa brasileira, entre eles, o Rio de Janeiro, aonde chegaram em 1º de janeiro de 1502. O nome *Rio de Janeiro* foi adotado pelos navegadores ao chegarem à entrada da Baía de Guanabara, porque era mês de janeiro e acreditavam ter chegado à foz de um rio (LINHARES, ca. 2006).

Segundo o autor supracitado, o nome *Rio de Janeiro* foi adotado pelos navegadores ao chegarem à entrada da Baía de Guanabara, porque era mês de janeiro e acreditavam ter chegado à foz de um rio.

Nos anos seguintes, novas expedições exploradoras atracaram na Baía de Guanabara, mas somente em 1531, com a primeira expedição colonizadora as terras fluminenses passaram a ser habitadas pelos portugueses. Esses encontraram resistência por parte de grupos indígenas, que já se encontravam nas terras ao redor da Baía de Guanabara, no processo de colonização, sobretudo com a invasão dos franceses em 1555 com apoio dos índios.

Nesse cenário de luta entre portugueses e franceses, em 1565, foi fundada por Estácio de Sá a cidade colonial do ***Rio de Janeiro***, que tão logo se desenvolveu pela extração e comércio do pau-brasil (AZEVEDO, 2002). A partir daí deu-se início a maior distribuição das Sesmarias²⁴ nessa região, principalmente na atual Baixada Fluminense. Das Sesmarias, foram surgindo fazendas acompanhadas da construção de capelas religiosas impulsionando o aumento gradativo da população.

²⁴ As sesmarias eram terrenos entregues pela Monarquia portuguesa às pessoas que se comprometiam a colonizá-los dentro de um prazo previamente estabelecido. No Brasil foi empregado com o objetivo de povoar o imenso território brasileiro e desenvolver a agricultura de produtos destinados à exportação (DINIZ, 2005)

Segundo Figuerêdo (2004), a Baixada Fluminense recebeu seus primeiros habitantes nos primeiros séculos de colonização brasileira. Datam-se as primeiras sesmarias nessa região nos anos de 1558 nas terras de Sepetiba e 1565 nos rios Magé e Iguaçu.

Em meados do século XVI chega às terras fluminenses o primeiro carregamento de negros destinados ao trabalho nas plantações de açúcar, nessa época, a cidade do Rio de Janeiro já contava com 3.850 habitantes (LOBO²⁵, 1978 apud AZEVEDO, 2002).

No fim do século XVII e início do XVIII o Rio de Janeiro adquire maior relevância para geração de lucros, uma vez que com a descoberta e a exploração do ouro, em Minas Gerais, passou a escoar essa produção através do porto do Rio de Janeiro. Nesse contexto, adquiriu maior importância econômica e política e em função disso, em 1763, a capital do Brasil foi transferida de Salvador para o Rio de Janeiro.

No ano de 1807 com a invasão de Portugal por tropas Napoleônicas, a Família Real Portuguesa se vê obrigada a se transferir para o Brasil. No ano seguinte, desembarcam no Rio de Janeiro com mais de dez mil membros de sua nobreza (SODRÉ²⁶, 1978 apud AZEVEDO, 2002). A instalação da Corte portuguesa no Brasil “demandou mudanças no espaço urbano carioca o que sem dúvida contribuiu sobremaneira para a mudança do significado do Rio de Janeiro” (AZEVEDO, 2002, p. 53), além de ter se beneficiado com o aumento do comércio externo, principalmente por conta do comércio marítimo, importação de açúcar e café, este último ainda em fase de expansão.

Ao final do século XIX, a cidade do Rio de Janeiro já contava com cerca de 522.000 habitantes, sendo que deste total, apenas 54% da população era carioca, 24% eram imigrantes estrangeiros e 22% brasileiros oriundos de outras regiões (LESSA, 2001).

Em 1818 foi criada a vila de Itaguaí que passou a ser uma rota de viagem para passagem do ouro de Minas Gerais e São Paulo para o porto do Rio. Deste município, tornou-se independente o município de Seropédica, em 1995.

Em janeiro de 1833, foi criado o município vila de Iguaçu que em 1916 passou a ser denominado de Nova Iguaçu. Ao longo dos anos, este município foi perdendo território com a emancipação de seus distritos. O primeiro desmembramento se deu em 1943 com a emancipação de *Duque de Caxias*, este por sua vez, era integrado por São João de Meriti que se emancipou em 1947, no mesmo ano em que Nilópolis também se emancipou. Em 1990,

²⁵ LOBO, Maria E. Lamayer. História do Rio de Janeiro, do capital industrial ao capital comercial e financeiro. Rio de Janeiro: IBMEC, 1978. Vol. 1. p 49.

²⁶ SODRÉ, Nelson Werneck. As razões da independência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. p 128.

emanciparam-se Belford Roxo e Queimados, seguidos de Japeri, em 1991 e Mesquita, em 1999.

A cidade do Rio de Janeiro, até então capital do Brasil, e seu território adjacente, no início do século XX sofreram grande desenvolvimento em virtude de acontecimentos políticos e sociais, tais como: a Proclamação da República em 1889, ano em que a Província passou a se chamar Estado do Rio de Janeiro; aprovação da Primeira constituição do Estado do Rio de Janeiro em 1891; a Revolta da Vacina em 1904; Revolta da Chibata em 1910; um boom populacional no município do Rio de Janeiro que passou a ter um milhão de habitantes em 1920; a implantação do Estado Novo em 1937 dentre outros.

Em 1960, a capital do Brasil foi transferida para Brasília, e foi então criado o Estado da Guanabara para abrigar o município do Rio de Janeiro. Somente em 1975 fundiu-se o Estado da Guanabara ao Estado do Rio de Janeiro.

4.2 Caracterização sociodemográfica, sanitária, epidemiológica e de serviços de saúde dos municípios

O Rio de Janeiro é o terceiro estado mais populoso do Brasil com 15.180.636 habitantes. Está localizado ao leste na região Sudeste e tem por estados limítrofes Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo. Possui por capital a cidade do Rio de Janeiro e ocupa uma área de aproximadamente 43.697 km² distribuídos entre 92 municípios.

Considerando o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde que adota entre seus eixos estruturantes a regionalização, a Deliberação CIB-RJ nº 648 de 05 de maio de 2009 instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR) do Estado do Rio de Janeiro, que constituem-se de espaços de pactuação (regiões de saúde) capazes de facilitar a gestão no âmbito do SUS, quais sejam: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e, Serrana.

A Figura 1 apresenta a divisão em Colegiados de Gestão Regional do Estado do Rio de Janeiro.

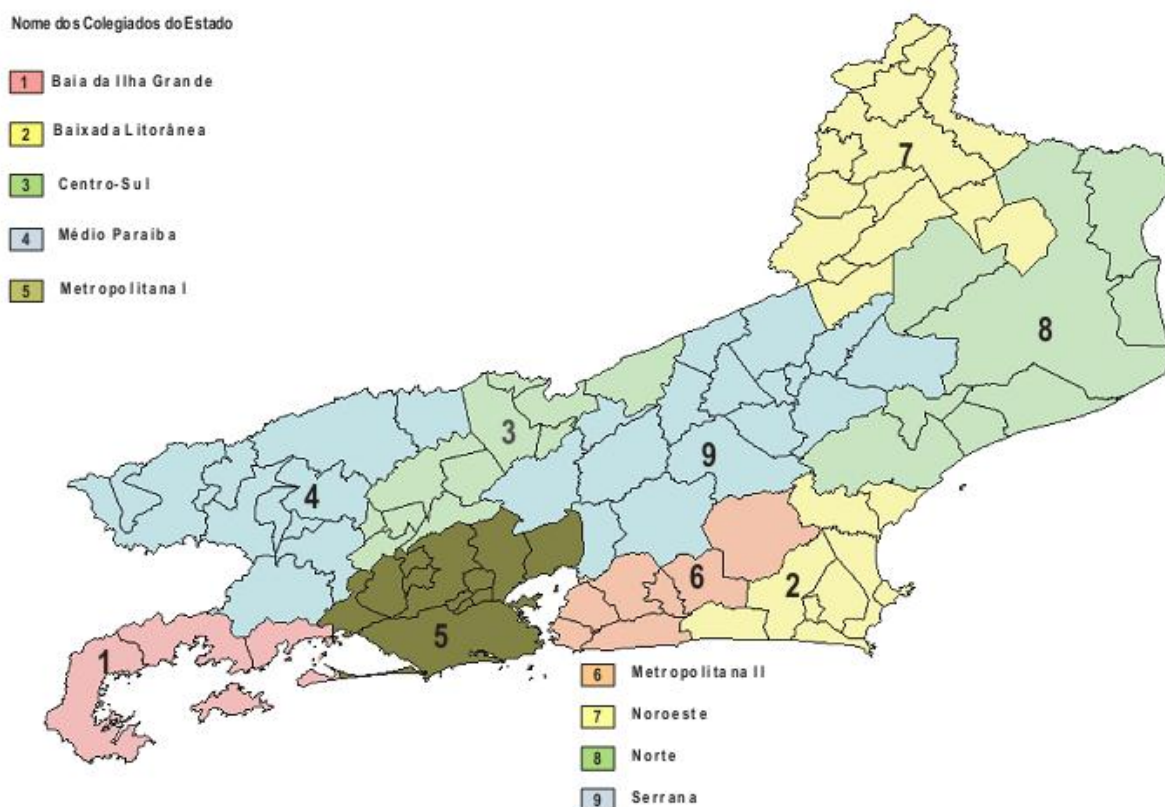


Figura 1: Divisão Político-Administrativa em Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - 2010
 Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

A Região Metropolitana I alberga 61% da população do Estado do Rio de Janeiro. Nesta região estão localizados os municípios do Rio de Janeiro e de Duque de Caxias, municípios objetos desta pesquisa, que possuem população total de 6.320.466 e 855.048 habitantes, respectivamente.

A Região Metropolitana I é ainda constituída por outros dez municípios, quais sejam: Itaguaí e Seropédica, Magé, Japeri, Mesquita, Nova Iguaçu, Queimados, Belford Roxo, Nilópolis e São João de Meriti, como mostra a Figura 2.

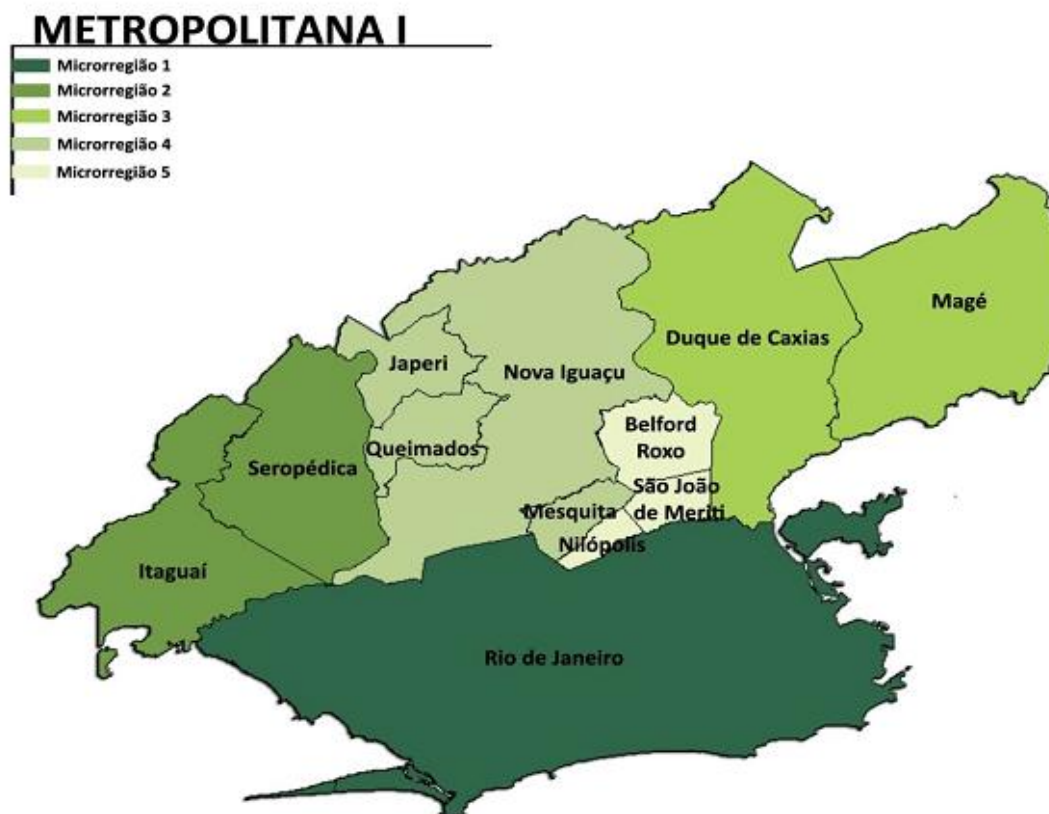


Figura 2: Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e suas microrregiões
 Fonte: Secretaria e Estado de Saúde e Defesa Civil, RJ, 2009.

Nesta região, merece destaque a situação do município do Rio de Janeiro, que possui localização geográfica privilegiada atraindo o turismo. Adicionalmente, a infraestrutura portuária e de malha viária, federal e estadual, possibilitam a transportação de produtos produzidos no Estado, e a chegada de bens e mercadorias importadas (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2009a).

Não obstante as qualidades do Rio de Janeiro, é também o município da Região com maior concentração de população moradora em favelas, seguido de Magé e Duque de Caxias. Isso, pois o crescimento econômico não acompanhado da distribuição igualitária dos serviços básicos gera desemprego, pobreza, marginalidade, exclusão social e a consequente expansão de moradias e submoradias em locais impróprios (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2009a). O município do Rio de Janeiro é dividido administrativamente em cinco áreas de planejamento e 34 áreas administrativas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por sua vez, adota dez Áreas de Planejamento Sanitário (AP's) com o intuito de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS.

As AP's consistem no agrupamento das áreas administrativas, como mostra a Figura 3.

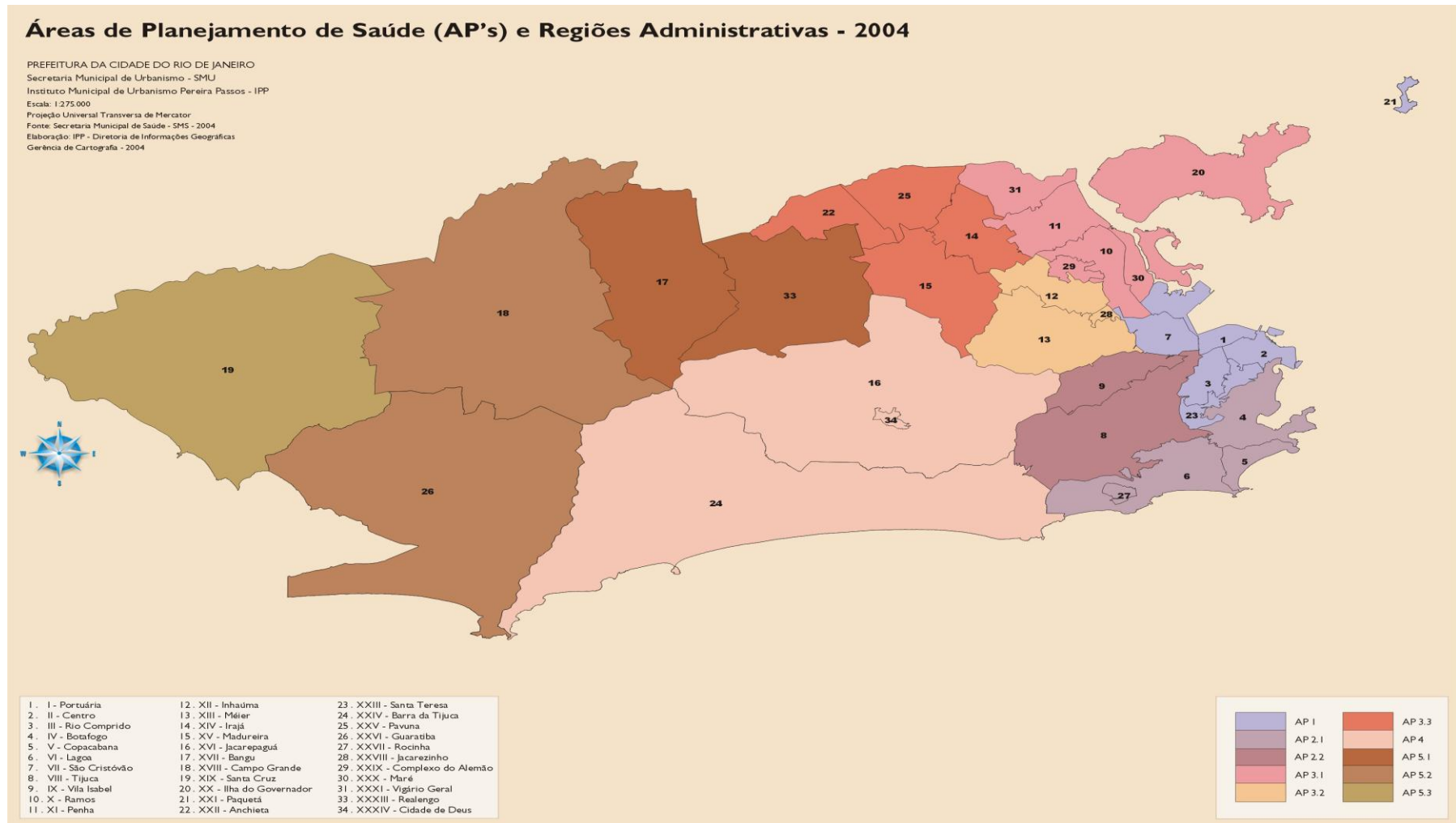


Figura 3: Áreas de Planejamento de Saúde e Regiões Administrativas do município do Rio de Janeiro - 2004
Fonte: Portal Geo, Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro²⁷.

²⁷ <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/portalgeo/index.asp>

Nota-se que geograficamente as maiores AP's são as da Zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3), enquanto as menores são AP's do Centro (1), da Zona Sul (2.1) e Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3). A distribuição populacional acompanha o tamanho das AP'S, como aponta a Figura 4:

De acordo com o censo do IBGE (2010), as maiores concentrações populacionais estão nas regiões administrativas Jacarepaguá, Bangu e Campo Grande. Essas regiões abrigam os seguintes bairros respectivamente: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire; Padre Miguel, Bangu, Senador Camará e; Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos.

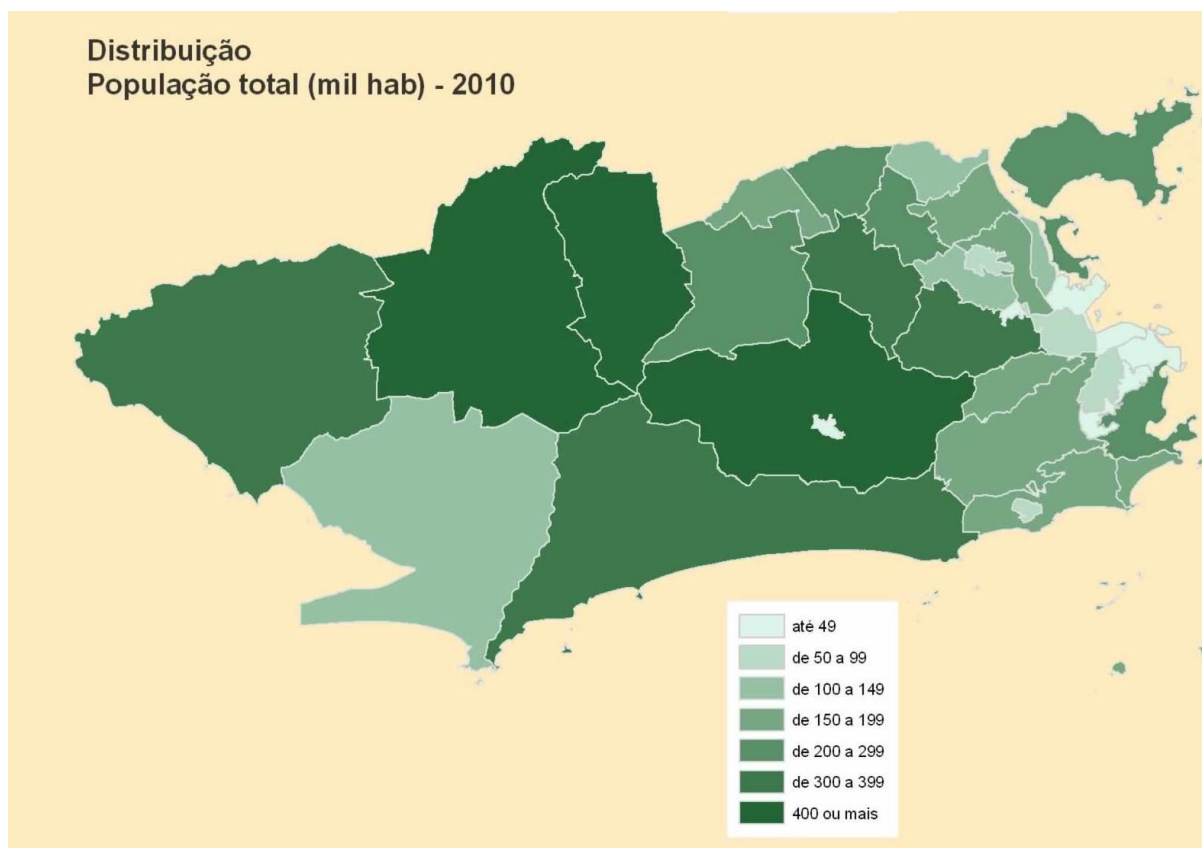


Figura 4: Áreas de Planejamento, segundo distribuição populacional total por mil habitantes, no Estado do Rio de Janeiro – 2010

Fonte: Portal Geo, Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

O município de Duque de Caxias, por sua vez, localiza-se na Região da Baixada Fluminense, e é subdividido administrativamente em quatro distritos e quarenta bairros. Quais sejam:

- ❖ **1º Distrito – Centro:** • Engenho do Porto • 25 de Agosto • Parque Lafaiete • Parque Duque • Periquitos • Vila São Luís • Gramacho • Bairro Sarapuí • Centenário • Doutor Laureano • Bairro Olavo Bilac • Bar dos Cavaleiros • Jardim Gramacho • Parque Centenário • Mangueirinha de Caxias • Corte Oito e Jardim Leal;

- ❖ **2º Distrito - Campos Elíseos:** • Jardim Primavera • Saracuruna • Vila Rosário • Vila São José • Bairro Pantanal • Parque Fluminense • Pilar • Cangulo • Cidade dos Meninos • Figueira • Chácara Rio-Petrópolis • Chácara Arcampo • Eldorado • Nova Campinas;
- ❖ **3º Distrito – Imbariê:** • Santa Lúcia • Santa Cruz da Serra • Imbariê • Parada Angélica • Jardim Anhangá • Santa Cruz • Parada Morabi • Taquara • Parque Paulista • Parque Equitativa • Alto da Serra • Santo Antônio da Serra;
- ❖ **4º Distrito – Xerém:** • Parque Capivari • Mantiqueira • Jardim Olimpo • Lamarão • Bairro Amapá • Vila Canaã.

Segundo IBGE (2000), o Centro concentrava 44% da população, Campos Elíseos 33%, Imbariê 18% e Xerém apenas 7%.

O município do Rio de Janeiro, capital do Estado do Rio de Janeiro, possui a maior população do estado, 6.320.466 habitantes, o que corresponde a 39,5%. A população é 100% urbana e predominantemente feminina (53,2%).

Duque de Caxias por sua vez, abriga 855.048 habitantes, que equivale a 5,34% da população fluminense, onde há prevalência da população urbana (99,7%) e feminina (51,9%) (IBGE, 2010).

Na Tabela 3 é possível perceber que em relação à faixa etária, os adultos entre 25 a 59 anos representam a maior parcela da população do município do Rio de Janeiro (50,3%), os idosos representam o dobro da proporção dos menores de 5 anos, 14,9% e 7%, respectivamente. Essa relação no ano 2000 era bem inferior, os idosos representavam 10,7% e os menores de 5 anos, 8,5%.

Visualiza-se, portanto, no período de 2000 a 2010, o crescimento elevado da parcela de idosos (39,25%), enquanto que a população de crianças menores de 5 anos decresceu 17,64%, o que pode dever-se a alta fecundidade do passado e à redução da mortalidade (IBGE, 2010; CAMARANO, 2002). Adicionalmente, apresenta as mais baixas taxas de fecundidade, de crescimento anual e, líquidas migratórias do Estado, conferindo a esse município, portanto, um restringido potencial de crescimento populacional (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2009a).

Tabela 3: População residente por faixa etária, dos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2000/2010

	Rio de Janeiro		Duque de Caxias	
	2000	2010	2000	2010
Grupos de idade		%		%
De 0 a 5 anos de idade	7,6	7	10,1	6,9
De 6 a 14 anos de idade	14,9	12,4	18,9	17,2
De 15 a 24 anos de idade	17,4	15,4	18,8	17,2
De 25 a 39 anos de idade	23,6	24,4	24,2	24,5
De 40 a 59 anos de idade	23,5	25,9	20,3	24,3
De 60 anos de idade ou mais	12,7	14,9	7,8	10,2
Total	100	100	100	100

Fonte: IBGE, 2010.

O município de Duque de Caxias também apresenta a população de idosos maior que a parcela de crianças menores de cinco anos de idade, diferente do ano 2000 em que a população de idosos era inferior. Assim, como no Rio de Janeiro, a população dos menores de cinco anos decresceu (31,6%), enquanto o contingente idoso alcançou taxa de crescimento da ordem de 30%.

A taxa de analfabetismo entre a população com mais de 15 anos de idade está na ordem dos 5% em Duque de Caxias, sendo que a população idosa corresponde a quase a metade dos analfabetos (46,2%). No Rio de Janeiro o analfabetismo está em 2,9% e os idosos também representam a maior parcela dos analfabetos (41,7%).

O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* no município do Rio de Janeiro em 2009 foi de R\$28.405,95 reais, inferior ao apresentado pelo de Duque de Caxias que alcançou R\$29.501,24.

Acerca do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que agrega três componentes para seu cálculo, quais sejam: Longevidade (esperança de vida ao nascer), Educação (taxa de analfabetismo e número de anos de estudo) e Renda (renda familiar *per capita*), o Rio de Janeiro figura entre os municípios brasileiros com maior IDH (0.842) e deve-se em grande parte pelo índice alcançado pela educação (0.933). Duque de Caxias, por sua vez, apresenta IDH de 0.753 com o índice de educação (0.873) maior que os de longevidade e renda (PNUD, 2000).

No que se refere à situação dos domicílios, o Censo de 2010, realizado pelo IBGE, registrou que do total de domicílios permanentes do Rio de Janeiro (n=2.144.345) 98,5% possui rede geral de abastecimento de água; 99,9% apresenta banheiro de uso exclusivo dos

moradores ou sanitário; 99,3% tem seu lixo coletado; 87% tem abastecimento de luz por distribuidora e com medidor de exclusivo da residência.

Em Duque de Caxias esses indicadores mostram-se menos positivos. Dos 269.353 domicílios particulares permanentes, apenas 62,6% possui rede geral de abastecimento de água, outros 32,2% possuem poço ou nascente; os que apresentam banheiro de uso exclusivo dos moradores ou sanitário somam 99,9%; o lixo é coletado em 92,4% das casas; 83,8% tem abastecimento de luz por distribuidora e com medidor de exclusivo da residência (IBGE, 2010).

A mortalidade infantil no ano de 2010 foi de 13% para o município do Rio de Janeiro e de 14,6% para Duque de Caxias. Estes índices acompanham a média nacional e a da região sudeste que estão em 13,9% e 12,5% respectivamente. Quanto à taxa de mortalidade geral, dados preliminares do DATASUS para o ano de 2010, apontam 0,8% para Duque de Caxias e 0,9% para o Rio de Janeiro. Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 29% dos óbitos em ambos os municípios.

Os maiores percentuais de internação, nos dois municípios, estão relacionados ao parto e puerpério, doenças do trato digestivo e do sistema circulatório, nesta ordem, sendo que o Rio de Janeiro apresentou os seguintes percentuais: 24,2%, 10% e 8,7%, enquanto Duque de Caxias apresentou: 25,4%, 9,9% e 7,3%.

Segundo dados de 2010 coletados no DATASUS, foram realizados 3.172 exames citopatológicos cérvico-vaginais em Duque de Caxias. Assumindo que cada exame corresponde a uma mulher, o que necessariamente não é (pois a mesma mulher pode precisar realizar o exame mais de uma vez ao ano) isso corresponde há apenas 1,4% da população feminina entre 25 e 64 anos de idade, faixa etária recomendada para o rastreamento do câncer de colo de útero (INCA, 2011).

E não obstante ao fato de que nem todas as mulheres nessa faixa etária necessariamente precisariam ter realizado o exame, visto que o intervalo entre um exame e outro pode ser de até três anos, caso os dois últimos exames de intervalo anual tenham sido negativos, esse percentual ainda é muito baixo (INCA, 2011). No município do Rio de Janeiro esse percentual foi ainda menor, apenas 0,9%, totalizando 1.855.424 exames.

Em 2011, foram confirmados 5.245 casos de tuberculose e 150 de hanseníase no município do Rio de Janeiro, que representam 6,7% e 0,4% do total de casos do país, respectivamente. Em Duque de Caxias, os casos confirmados de tuberculose foram 899 (1,1%) e de hanseníase 442 (1,2%). Como se visualiza na tabela 4, as maiores incidências de tuberculose são no sexo masculino. Apenas para os casos de hanseníase em Duque de Caxias

os casos femininos predominam, porém com diferença discreta em relação aos casos masculinos.

Tabela 4: Casos confirmados de hanseníase e tuberculose por sexo, segundo município de residência - 2011

Município	Tuberculose						Hanseníase					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rio de Janeiro	3.455	6,5	1.790	7,0	5.245	6,7	72	0,4	78	0,5	150	0,4
Duque de Caxias	602	1,1	297	1,2	899	1,1	239	1,2	203	1,3	442	1,2
Brasil	53.057	100	25.504	100	78.561	100	20.445	100	15.527	100	35.972	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Quanto à oferta de serviços de saúde, o município do Rio de Janeiro possui 3.665 estabelecimentos de saúde, segundo dados do CNES referentes a novembro de 2011. Da totalidade, a maioria (1.513), são clínicas ou ambulatórios especializados. Em Duque de Caxias, por sua vez, predominam os consultórios isolados que totalizam 212 e representam 40% do total de estabelecimentos de saúde do município, como se observa na Tabela 5.

Tabela 5: Tipos de estabelecimento de saúde segundo município – 2012

Estabelecimentos de Saúde	Duque de Caxias	Rio de Janeiro	TOTAL
Central de Regulação de Serviços de Saúde	2	3	5
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	-	4	4
Centro de Atenção Psicossocial	3	22	25
Centro de Parto Normal	-	1	1
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	38	222	260
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	135	1.513	1.648
Consultório Isolado	212	856	1.068
Farmácia Medicamentos Excepcionais e Programa Farmácia Popular	-	1	1
Hospital Dia	-	14	14
Hospital Especializado	7	118	125
Hospital Geral	10	142	152
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	1	1
Policlínica	13	68	81
Posto de Saúde	54	10	64
Pronto Atendimento	2	21	23
Pronto Socorro Especializado	-	3	3
Pronto Socorro Geral	6	14	20
Secretaria de Saúde	1	13	14

(continua)

Estabelecimentos de Saúde	Duque de Caxias	Rio de Janeiro	TOTAL
Unidade Mista - atendimento 24h: atenção básica, internação/urgência	-	2	2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	44	633	677
Unidade de Vigilância em Saúde	1	2	3
Unidade Móvel Pré Hospitalar do tipo Urgência/Emergência	-	2	2
Unidade Móvel Terrestre	3	-	3
Total	531	3.665	4.196

(conclusão)

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

No que se refere à esfera administrativa, os estabelecimentos privados predominam em ambos os municípios.

Tabela 6: Quantitativo de estabelecimento de saúde por esfera administrativa, segundo município - 2012

Município	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Duque de Caxias	-	3	112	416	531
Rio de Janeiro	52	81	275	3.257	3.665
TOTAL	52	84	387	3.673	4.196

Fonte: MS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Em Duque de Caxias, a esfera privada administra pouco mais de 78% dos estabelecimentos de saúde do município, enquanto no Rio de Janeiro esse percentual é ainda maior, 89%. Dentre os estabelecimentos públicos, há preponderância da esfera municipal, 7,5% na capital do Estado e 21% no município da Baixada Fluminense.

Tabela 7: Frequência de leitos de internação geral, SUS e não SUS, nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias -2012

	Duque de Caxias			Rio de Janeiro		
	SUS	Não SUS	Total	SUS	Não SUS	Total
Leitos Clínicos	111	84	195	3173	3955	7128
Leitos Cirúrgicos	251	126	377	3767	3651	7418
Leitos Obstétricos	151	37	188	1065	588	1653
Leitos Pediátricos	88	21	109	819	603	1422
Unidades Intermediárias e de Terapia Intensiva	39	265	304	1098	2911	4009
Outras Especialidades	260	49	309	3328	1949	5277
Hospital Dia	19	11	30	346	437	783
Leitos Totais	919	593	1512	13596	14094	27690

Fonte: MS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

De acordo com a Tabela 7, o Rio de Janeiro possui um total de 27.690 leitos de internação geral, em que 49% são do SUS. Os leitos cirúrgicos representam o maior percentual (26,8%), enquanto os leitos de hospital dia são os mais escassos (2,8%). Os leitos não SUS apresentam-se em maior predominância, com destaque para os leitos intermediários e de terapia intensiva que representam quase o triplo do encontrado na rede SUS.

Duque de Caxias conta com 1.512 leitos. Há predominância geral de leitos SUS (60,8%), não obstante a supremacia de leitos não SUS de unidades intermediárias e de terapia intensiva (87%). Os leitos cirúrgicos apresentam maior percentual (25%) quando comparado aos demais tipos, e os leitos de hospital dia, por sua vez são os menos frequentes (0,2%).

Ambos os municípios apresentam quantitativo de leitos SUS gerais e de UTI inferiores a necessidade calculada de acordos com os parâmetros estabelecidos pela Portaria 1101/2002, que estabelece 2,5 a 3 leitos gerais para cada 1000 habitantes, e de 4% a 10% do total de leitos gerais de leitos de UTI.

Tabela 8: Frequência de leitos SUS de internação geral e de UTI existentes e parametrizados de acordo com Portaria 1101/2002 segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias - 2012

	Necessidade de Leitos					Leitos Existentes		
	População	Geral		UTI		Geral 1000/hab	UTI	
		2,5/mil hab	3/mil hab	4%leitos gerais	10%leitos gerais			
Rio de Janeiro	6320466	158012	189614	6320	15801	12498	2,0	1098
Duque de Caxias	855048	21376	25651	855	2138	880	1,0	39

Fonte: MS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

O cálculo de acordo com os parâmetros da Portaria supracitada indicou como necessidade de leitos gerais para o município do Rio de Janeiro e de Duque de Caxias 158.012 a 189.614 e de 21.376 a 25.651, respectivamente. Para os leitos de UTI os valores ficaram entre 6.320 a 15.801 e de 855 a 2.138. Ambos os municípios estão, portanto, com capacidade instalada inferior ao considerado como satisfatório.

Se aplicarmos o percentual previsto pela Portaria para leitos de UTI em função dos leitos gerais existentes, Duque de Caxias necessitaria de 35 leitos de UTI apenas, e o Rio de Janeiro de 500. Ambos alcançariam, portanto, o nível satisfatório de número de leitos, o que não exclui o saldo negativo real de leitos gerais.

O baixo número de leitos em municípios com grandes concentrações urbanas leva a migração de pacientes para municípios adjacentes com maior capacidade de atendimento em saúde. Esse é o caso de Duque de Caxias, onde mais de 60% da população, no ano de 2008,

foram acolhidas por outros municípios, maiormente o Rio de Janeiro que internou pouco mais de 36% dos caxienses.

Tabela 9: Percentual de internação por municípios de referência, segundo município de residência - 2008

Município de Residência	1ª Referência	%	2ª Referência	%	3ª Referência	%
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	96,9	São João de Meriti	1,7	Niterói	0,2
Duque de Caxias	Duque de Caxias	37,7	Rio de Janeiro	36,2	Nova Iguaçu	13,0

Fonte: SIH/SUS, 2008

O município do Rio de Janeiro absorveu 97% das internações de seus moradores ocorridas em 2008. São João de Meriti figurou como segunda referência e Niterói como terceira.

4.3 Caracterização do trabalho e da educação em saúde dos municípios

Poucos indicadores de educação estratificados por município estão disponíveis. Segundo dados do INEP/MEC coletados no SIGRAS, Duque de Caxias, até 2006, possuía apenas duas instituições de ensino superior que ofertavam três cursos (ciências biológicas, enfermagem e serviço social) na área da saúde.

Tabela 10: Frequência de instituições de ensino e respectivos cursos na área da saúde, dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias e do Estado do Rio de Janeiro – 2006

	Instituições		Cursos	
	n	%	n	%
Duque de Caxias	2	2,9	3	0,7
Rio de Janeiro	24	34,3	115	27,9
Estado do Rio de Janeiro	64	100,0	412	100,0

Fonte: INEP/MEC -1995/2006

O município do Rio de Janeiro, no mesmo período possuía 24 cursos, o que correspondia a pouco mais de 34% do total de instituições do Estado do Rio de Janeiro, que por sua vez, disponibilizavam 115 cursos distintos de ensino superior em saúde.

Dados do CNES apontam que a capital do Estado do Rio de Janeiro abriga 50% dos hospitais de ensino (4). Em sinopse, possui em seu território 37% das atividades de ensino em saúde, dez vezes mais que Duque de Caxias que contem apenas 3,7%.

Tabela 11: Atividades de Ensino em saúde por tipo de unidade prestadora, dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias e do Estado do Rio de Janeiro - 2012

Tipo de unidade	Duque de Caxias		Rio de Janeiro		Estado Rio de Janeiro
	n	%	n	%	n
Unidade Universitária	8	16,7	11	22,9	48
Unidade Escola Superior Isolada	0	0,0	8	17,0	47
Unidade Auxiliar de Ensino	4	1,8	96	44,0	218
Hospital de Ensino	0	0,0	4	50,0	8
Total	12	3,7	119	37,1	321

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Ainda segundo dados do CNES, Duque de Caxias possui 7.622 trabalhadores em serviços de saúde o que representa 3,8% do total do Estado. O Rio de Janeiro, por sua vez, concentra 51% (101.438) dos trabalhadores em serviços de saúde.

Tabela 12: Quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados por local. Rio de Janeiro, 2012

	Médicos		Enfermeiros		Outros*		Total
	n	%	n	%	n	%	
Rio de Janeiro	27.316	26,9	9.063	8,9	65.059	64,1	101.438
Duque de Caxias	2.742	36,0	581	7,6	4.299	56,4	7.622
Estado Rio de Janeiro	49.860	25,1	15.384	7,7	133.511	67,2	198.755

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

* Esta categoria refere-se aos demais trabalhadores empregados nos estabelecimentos de saúde.

O município do Rio de Janeiro emprega 27.316 médicos de diferentes especialidades e 9.063 enfermeiros, o que corresponde, respectivamente, a 26,9% e 8,9% do total de trabalhadores dos estabelecimentos de saúde do município. Em Duque de Caxias o percentual de médicos em relação aos demais trabalhadores é de 36% (2.742) e de enfermeiros é de 7,6% (581).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, o município do Rio de Janeiro possui 37.734 inscrições ativas no Conselho de Medicina o que corresponde a 10% dos médicos com inscrições ativas no território nacional e 65% do Estado do Rio de Janeiro. O interior do Estado, no qual está incluído o município de Duque de Caxias, concentra apenas 4,7% dos médicos brasileiros em situação ativa.

Tabela 13: Médicos com inscrição ativa no Conselho de Medicina por tipo de inscrição e local - 2012

Local	Primária	Secundária	Estudante Estrangeiro	Total
Brasil	356.324	22.363	2	378.689
Estado RJ	56.552	1.575	0	58.127
Capital Rio de Janeiro	37.155	579	0	37.734
Interior do Estado	17.341	324	0	17.665

Fonte: Conselho Federal de Medicina.

Nota: Primária - principal inscrição de um médico, responsável pelo controle de solicitação de inscrições em outras Unidades da Federação; Secundária - inscrição que permite ao médico exercer a profissão em outra Unidade da Federação que não a de sua inscrição primária; Estudante estrangeiro - inscrição fornecida ao médico formado no exterior que se encontra no país cursando especialização.

4.4 A Saúde da Família nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias

O município de Duque de Caxias implantou as primeiras equipes de Saúde da Família no ano de 1998 com cobertura populacional de 3,8%. O Rio de Janeiro, por sua vez, implantou as primeiras equipes em 2000 com cobertura de 1,4% da população. A Tabela 14 apresenta a evolução do número de equipes de SF implantadas e a respectiva cobertura populacional alcançada por ano.

No período compreendido entre os anos de 1998 e 2011, o município de Duque de Caxias apresentou oscilações de crescimento e decréscimo do número de equipes de SF e de cobertura populacional. Ao fim do período, a taxa de crescimento de número de equipes foi de 375%, entretanto, o saldo final mostrou-se negativo (-25,5%), quando considerada a evolução de 2010 para 2011.

O Rio de Janeiro, por sua vez, obteve crescimento de 2200% no período de 2000 a 2011. E ao considerar a evolução de 2010 para 2011 o crescimento ultrapassou os 90%. Não obstante ao aumento do número de equipes, a cobertura populacional não alcançou os 30%, em virtude do tamanho populacional do município que exige a implantação de muitas equipes.

Tabela 14: Evolução das equipes de Saúde da Família e cobertura populacional por ano, segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 1998-2011

Ano	Duque de Caxias		Rio de Janeiro	
	ESF	Cobertura populacional (%)	ESF	Cobertura populacional (%)
1998	8	3,8	0	0,0
1999	8	3,8	0	0,0
2000	28	12,9	22	1,4
2001	28	12,3	19	1,1
2002	28	12,3	23	1,4
2003	30	13,0	23	1,3
2004	31	13,2	57	3,3
2005	50	21,3	96	5,5
2006	63	25,8	118	6,7
2007	66	26,6	131	7,4
2008	68	27,4	128	7,2
2009	51	20,4	165	9,2
2010	51	20,2	266	14,8
2011	38	15,3	506	27,6

Fonte: DAB/MS, 2012.

O Gráfico 6 traz a evolução da taxa de crescimento da cobertura populacional dos municípios no período de 2001 a 2011.

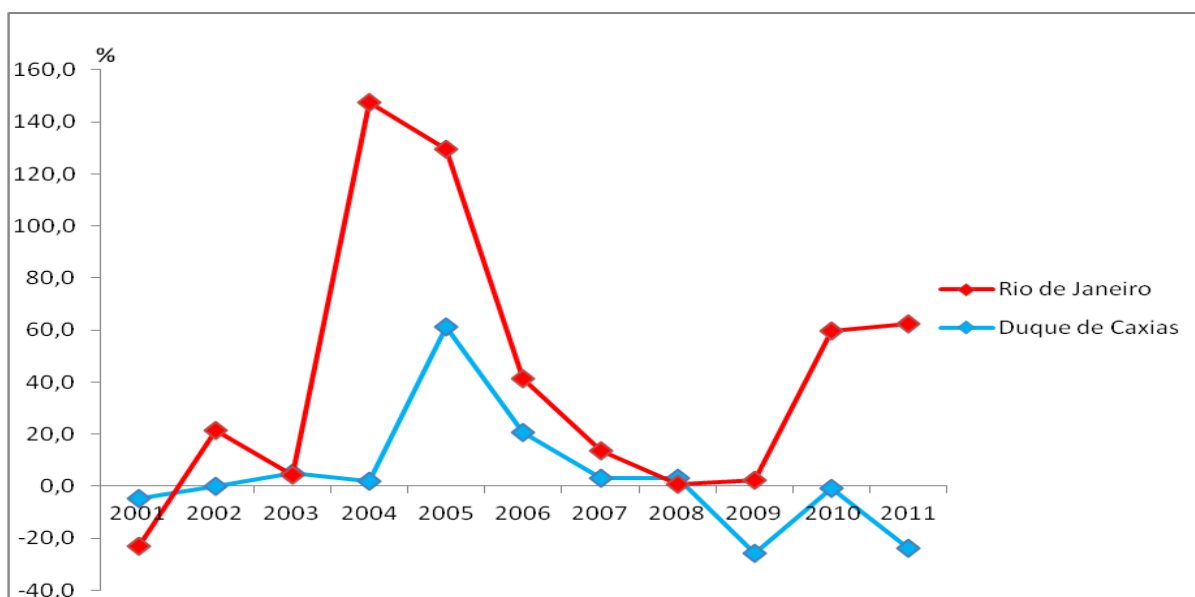


Gráfico 6: Evolução da taxa de crescimento da cobertura populacional pela Saúde da Família segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2001-2011

Fonte: DAB, 2012.

A taxa de crescimento de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro entre 2001 e 2011 foi de 303% e 1931%, nesta ordem. Entretanto, é possível visualizar que já no ano de 2001, ambos os municípios apresentaram queda quando comparado ao ano anterior. Nos anos

seguintes, a evolução aponta um aumento da cobertura populacional diversificado, com períodos de decréscimo em alguns anos.

O município de Duque de Caxias, a partir de 2008 apontou diminuição da cobertura populacional, devida a diminuição do número de eSF e aumento populacional. No período de 2008 a 2009 o decréscimo foi de 25,8%; entre 2009 e 2010 de 0,9% e; entre 2010 e 2011 de 24%. O Rio de Janeiro também mostrou decréscimo na evolução, porém em menor escala. Entre 2002 e 2003 foi de 0,7% e, entre 2007 e 2008 foi de 2,2%.

A cobertura populacional por equipes de Saúde da Família de ambos os municípios está bem abaixo da média nacional, que se encontra na ordem dos 52% (MAGNAGO et al, 2011). Além de equipes de SF, os municípios ainda apresentam equipes de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde Bucal, vide Tabela abaixo.

Tabela 15: Evolução das equipes de Agentes Comunitários de Saúde, respectiva cobertura populacional e equipes de Saúde Bucal modalidades I e II por ano, segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 1998-2011

Ano	Duque de Caxias				Rio de Janeiro			
	ACS	Cobertura populacional (%)	ESB I	ESB II	ACS	Cobertura populacional (%)	ESB I	ESB II
1998	63	5,0	0	0	0	0,0	0	0
1999	63	5,0	0	0	0	0,0	0	0
2000	343	26,4	0	0	294	3,0	0	0
2001	277	20,3	0	0	221	2,2	0	0
2002	280	20,6	0	0	519	5,1	0	0
2003	282	20,3	2	0	559	5,4	0	0
2004	273	19,4	2	0	1.038	10,0	0	0
2005	350	24,9	31	0	1.280	12,3	0	11
2006	446	30,4	32	0	1.323	12,5	0	14
2007	438	29,5	42	0	1.400	13,1	35	15
2008	446	30,0	42	0	1.649	15,5	35	15
2009	452	30,1	39	0	1.725	16,1	35	15
2010	467	30,8	41	0	2.308	21,5	96	36
2011	465	31,3	40	0	3.807	34,6	132	118

Fonte: DAB/MS, 2012.

Em ambos os municípios, a cobertura populacional por equipes de ACS ultrapassa a cobertura por equipes de equipes de SF. Duque de Caxias, ao longo do período de 1998 a 2011, apresentou alternância de momentos de declínio e de recuperação, tanto no número de equipes quanto da cobertura. Atualmente o número de equipes é de 645 e, a cobertura é de pouco mais de 31%.

O Rio de Janeiro, ao contrário de Duque de Caxias apresentou curva de crescimento ascendente, com uma única queda entre os anos de 2000 e 2001. O número de equipes em dezembro de 2011 era de 3.807 e a cobertura populacional ultrapassou os 34%.

No que se refere a equipes de Saúde Bucal, Duque de Caxias implantou em 2003 duas equipes, enquanto a capital do Estado somente implantou dois anos mais tarde. Entretanto, Caxias possui apenas equipes em modalidade I, ou seja, equipe multiprofissional com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas equipes de SF, enquanto a modalidade II tem por composição mínima um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Ademais, apresenta uma estagnação no número de equipes desde 2007.

O Rio de Janeiro que implantou equipe de Saúde Bucal II antes de equipe de Saúde Bucal de modalidade I, hoje possui na totalidade 250 equipes. E embora, não tenha mostrado grande crescimento nos primeiros anos, alcançou uma taxa de incremento de pouco mais de 89% no último ano, quando considerada as duas modalidades.

De modo geral, as coberturas para ambos os municípios apresentam-se muito baixas. A Região Metropolitana I e, principalmente os municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, por serem os mais populosos dessa região, conjugam diferentes fatores que dificultam a expansão da Saúde da Família, como: a concentração de serviços de saúde em determinadas áreas, a escassez ou inexistência desses mesmos serviços em outras áreas, a desintegração da rede de saúde, a insuficiência da rede básica de saúde etc. (BRASIL, 2005b).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O resultado disso tudo é que vou ter que criar um personagem — mais ou menos como fazem os romancistas, e através da criação dele para conhecer. Porque eu sozinho não consigo: a solidão, a mesma que existe em cada um, me faz inventar. E haverá outro modo de salvar-se? senão o de criar as próprias realidades?

Clarice Lispector

Este trabalho optou por condensar resultados e discussões em virtude do quantitativo e densidade dos dados encontrados, de maneira que o diálogo entre os elementos encontrados e a literatura pudesse conferir maior compreensão ao panorama da gestão do trabalho na ESF nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias.

5.1 Da Pesquisa bibliográfica

O processo de pesquisa bibliográfica durou o período compreendido entre 23 de setembro e 30 de outubro de 2010 através de busca virtual nas bases de dados LILACS, PAHO e WHOLIS. Em cada base foi utilizada a mesma estratégia de busca por meio de descritores e palavras-chave, quais sejam: Programa de Saúde da Família; Atenção Primária em Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Programa de Agentes Comunitários de Saúde e; Médicos de Família.

A Tabela 16 demonstra o quantitativo de publicações encontrado nestas buscas antes do refinamento por critérios de exclusão.

Tabela 16: Total de publicações listadas nas bases de dados virtuais pesquisadas – 2010

Base de Dados	n	%
LILACS	920	82,0
PAHO	120	10,7
WHOLIS	82	7,3
Total	1122	100,0

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

A apresentação da Tabela 16 demonstra que o somatório de publicações listadas nas pesquisas foi de 1.122, sendo que destas, 920 (82%) foram listadas na base virtual LILACS, 120 (10,7%) na PAHO, e 82 (7,3%) na WHOLIS. Estes resultados compreendem todos os tipos de publicações (teses, dissertações, artigos, editoriais etc.) nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

A totalidade das publicações foi exportada o Endnote®, por meio do qual, refinamentos foram realizados de acordo com os critérios excludentes, conforme explicitado na Tabela 17.

Tabela 17: Total de publicações descartadas por fator de exclusão - 2010

Fatores de Exclusão	n	%
Duplicadas	95	8,5
Abordagem: outro país	755	67,3
Outras Temáticas	232	20,7
Cartas e Editoriais	6	0,5
Texto Incompleto	10	0,9
Adequação ao Objeto de Pesquisa	24	2,1

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

Como pode ser visualizado na Tabela 17, 100% das publicações foram excluídas. Inicialmente aplicou-se filtro para as duplicadas, de modo que foram descartadas 95 publicações, o que representa 8,5% do total de listadas inicialmente. Posteriormente, pela leitura do resumo foi excluído pouco mais de 67% dos trabalhos por não abordarem sobre o Brasil; 20,7% por tratarem de outros temas e; 6% por constituírem-se de editoriais ou cartas.

Em posse de 34 trabalhos restantes, procedeu-se busca dos trabalhos na íntegra para leitura e análise de adequação ao objeto de pesquisa estudado. Essa pesquisa foi realizada na própria internet e em bibliotecas reais. Dez trabalhos não puderam ser acessados em sua completude, sendo então rejeitados, e os outros 24 não se adequaram ao objeto proposto.

A Figura 5 traz uma sinopse do processo de refinamento das publicações por meio de um organograma explicativo das etapas.

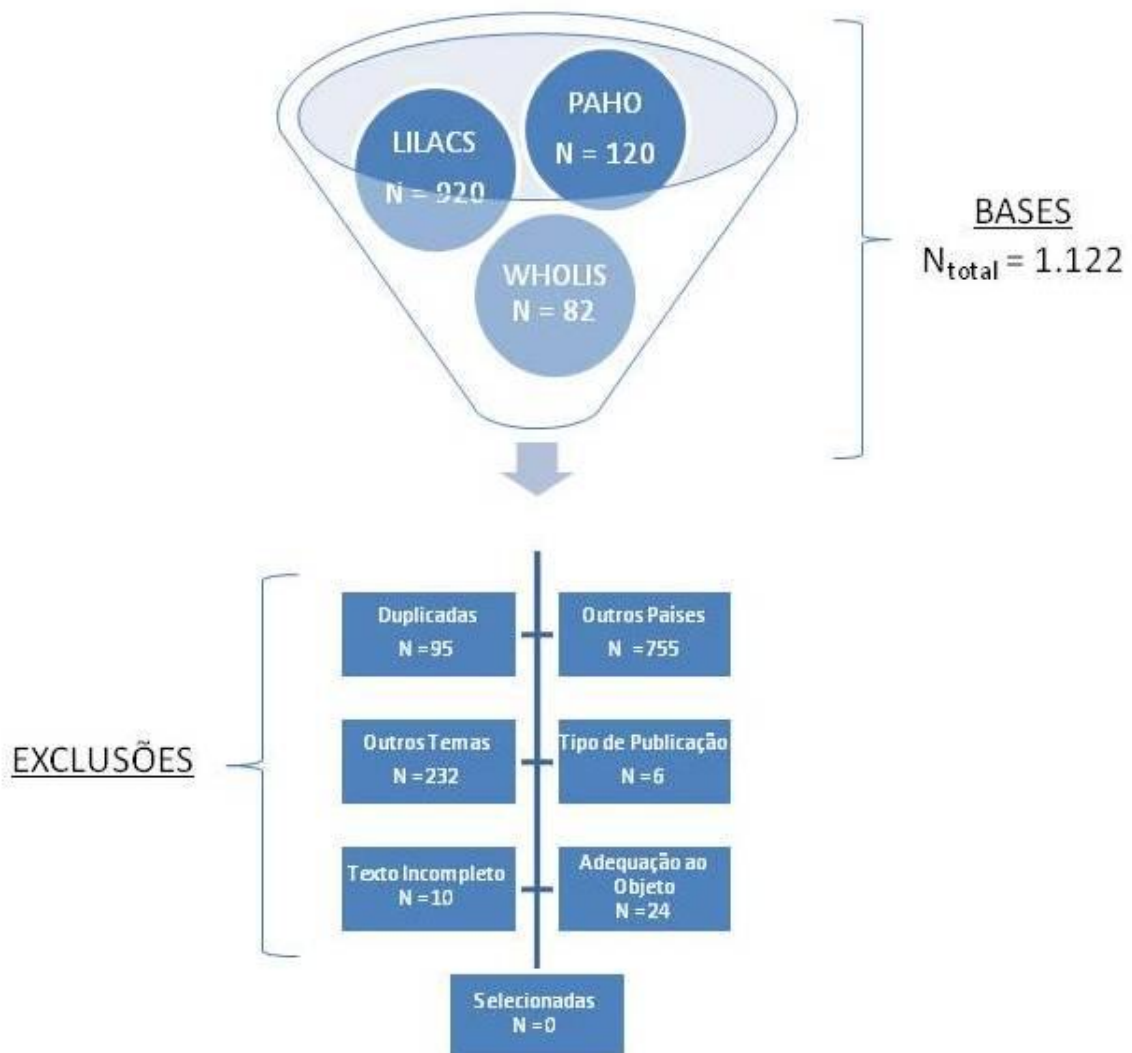


Figura 5: Fluxograma do processo de refinamento das publicações encontradas - 2010

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e de Duque de Caxias, 2012

Evidencia-se, portanto, a escassez de publicações sobre a ESF nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, de pesquisas vertendo sobre a ESF em municípios de grande porte bem como sobre a gestão do trabalho.

Ressalta-se que foram identificadas pesquisas interessantes sobre a Estratégia Saúde da Família no Brasil, porém nenhuma com foco nos municípios estudados. Pesquisas envolvendo municípios do Estado do Rio de Janeiro foram apenas quatro, porém todas versando sobre Niterói. O tema abordado em todos eles foi o pioneirismo e a particularidade deste município em implantar o Programa Médico de Família.

Em virtude da não existência de trabalhos científicos indexados nas bases pesquisadas e que vertessem sobre o tema objeto desta pesquisa, outras buscas foram realizadas via bibliotecas reais e outras bases da internet.

Em sendo assim, os dados e discussões mostrados a seguir são provenientes das outras formas de coleta de dados, quais sejam: entrevistas, banco de dados secundários, editais de concursos e processos seletivos e outras publicações como livros próprios, relatórios de pesquisa etc.

5.2 Da Pesquisa documental

A coleta de documentos, quais sejam: editais de concursos públicos e processos seletivos direcionados para contratação de recursos humanos em saúde para atuação na ESF dos municípios estudados, nos anos 2000 (2000-2011), ocorreu entre agosto e dezembro de 2011. Foram encontrados 54 editais do município do Rio de Janeiro, e apenas três de Duque de Caxias.

Tabela 18: Total de documentos selecionados por ano, segundo municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2011

	Rio de Janeiro		Duque de Caxias	
	n	%	n	%
2000	0	0,0	0	0,0
2001	0	0,0	0	0,0
2002	2	3,7	0	0,0
2003	1	1,9	0	0,0
2004	2	3,7	1	33,3
2005	0	0,0	0	0,0
2006	0	0,0	0	0,0
2007	0	0,0	1	33,3
2008	3	5,6	0	0,0
2009	2	3,7	0	0,0
2010	32	59,3	0	0,0
2011	12	22,2	1	33,3
Totais	54	100,0	3	100,0

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

O maior número de editais são datados de 2010 (n=32), todos do município do Rio de Janeiro, seguido do ano de 2011 com 12 editais. Para os anos de 2000, 2001, 2005 e 2006 não foi relacionado nenhum edital. A busca foi realizada por etapas, como aponta a Figura 6.

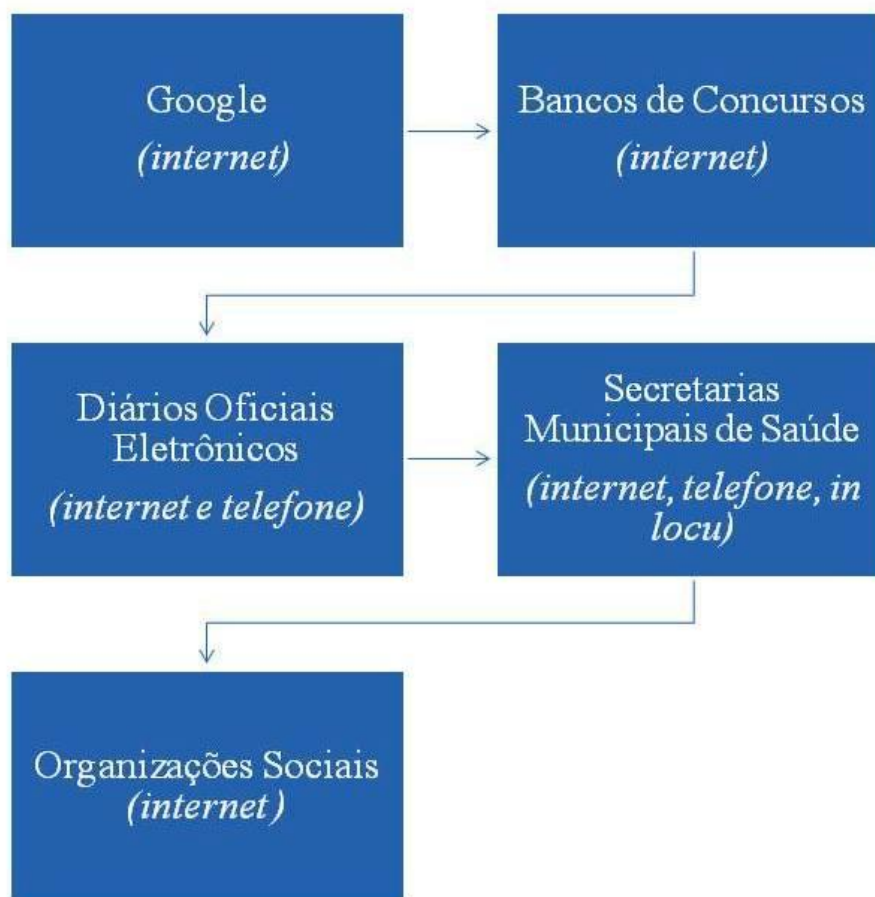


Figura 6: Fluxograma do processo de coleta de editais e processos seletivos segundo fonte e tipo de estratégia – 2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012

Realizou-se busca no maior site mundial de busca, o Google, por meio das palavras-chave: edital, Saúde da Família, Rio de Janeiro e Duque de Caxias, porém sem retorno de editais. A partir desses resultados, procedeu-se busca nos bancos de concursos *PCI Concursos*, pelo qual não se obteve resultados e; *Folha Dirigida* que retornou um edital. A Folha Dirigida possui interface e mecanismo de busca acessíveis, porém só pode ser acessado por assinante.

Numa terceira etapa, foram consultadas as páginas eletrônicas dos Diários Oficiais (DO) que disponibilizam por meio digital as publicações datadas a partir de 2009, não sendo encontrado nenhum edital. Diante disso, foi realizado contato telefônico com a Imprensa

Oficial de cada um dos municípios, responsáveis pela publicação do DO, porém esta via também foi infrutífera²⁸.

O próximo passo foi o contato com as Secretarias Municipais de Saúde por meio dos gestores entrevistados. A Secretaria Municipal do Rio de Janeiro forneceu cópias de todos os editais realizados pela Prefeitura e outros documentos referentes à contratação de pessoal. Adicionalmente, listou todas as Organizações Sociais habilitadas para o gerenciamento de equipes de Saúde da Família.

A Secretaria Municipal de Duque de Caxias forneceu uma cópia do modelo de edital utilizado para a contratação das categorias de nível médio e fundamental, entretanto, não possuíam todos os editais de processos seletivos realizados pelo município para recrutamento de RHS, e também não soube informar a quantidade de processos seletivos realizados.

Cabe delinear que o contato com os gestores de ambos os municípios foi de extrema importância nessa fase, não somente pela receptividade e cordialidade, mas também pela precisão de informações fornecidas.

A última etapa para coleta de documentos do município do Rio de Janeiro foi realizada por meio do endereço eletrônico das Organizações Sociais contratantes de pessoal. Nesta fase foi capturado o maior número de editais.

Tabela 19: Total de documentos selecionados por fonte de busca – 2011

Fontes	Rio de Janeiro		Duque de Caxias	
	n	%	n	%
Folha Dirigida Online	1	1,9	2	66,7
Secretaria de Saúde Municipal	9	16,7	1	33,3
Sites dos Contratantes	44	81,5	0	0,0
Total	54	100,0	3	100,0

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

A análise dos documentos está descrita junto aos demais resultados alcançados por meio dos dados coletados em subcapítulo específico referente ao cenário de contratações de trabalhadores da ESF dos municípios estudados.

²⁸ A imprensa do Rio de Janeiro informou ser possível a pesquisa manual *in locu*, desde que o pesquisador tivesse conhecimento dos dados de publicação. A imprensa de Duque de Caxias disse não possuir infraestrutura para pesquisa no local e; não armazenar publicações anteriores às disponibilizadas no site, visto que são encaminhadas para o Arquivo Municipal, que também não conta com busca eletrônica. Diante disso, essa estratégia de pesquisa foi interrompida em ambos os municípios.

5.3 Das entrevistas

As entrevistas com os gestores do Rio de Janeiro ocorreram na Secretaria Municipal de Saúde entre 17 de outubro e 13 de novembro de 2011, sem intercorrências e com duração média de doze minutos. Os encontros com os gestores de Duque de Caxias ocorreram entre 04 de outubro de 2011 e 08 de dezembro de 2012, sendo uma entrevista realizada na própria Secretaria Municipal de Saúde e as demais em uma instituição de ensino, na qual os entrevistados cursam pós-graduação. As entrevistas não sofreram interrupções e tiveram duração média de vinte e dois minutos.

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com auxílio de um formulário dividido em dois blocos (APÊNDICE B e C), quais sejam:

- ❖ Bloco I - Dados de Identificação: constituído de 15 questões caracterizadoras do entrevistado;
- ❖ Bloco II – A Gestão do Trabalho na Saúde da Família: constituído de 23 questões. Das quais, 19 foram perguntas caracterizadoras do cenário da gestão do trabalho, e, portanto, só foram respondidas por apenas um gestor de cada município, o primeiro entrevistado de cada um dos municípios. As demais questões, respondidas por todos os gestores, referiam-se à opinião dos entrevistados sobre a ESF. Dentre elas, havia uma questão aberta e genérica, na qual se pedia aos gestores para fazerem acréscimos referentes à gestão do trabalho na ESF, e que não tivessem sido mencionadas no questionário. O entrevistador, por sua vez, assumiu papel de mediador, e por vezes lançou novas perguntas.

A seguir, está descrito o perfil dos entrevistados que se relaciona às questões do Bloco I. Os dados obtidos a partir do Bloco II estão descritos junto aos demais dados coletados em subcapítulo específico referente ao cenário da gestão do trabalho da Saúde da Família dos municípios estudados.

5.3.1 Perfil dos entrevistados

No total, foram entrevistadas sete pessoas. Destas, três são gestores de Duque de Caxias e quatro do Rio de Janeiro. No município do Rio de Janeiro três gestores são do sexo masculino com idade entre 30 e 35 anos. Apenas uma mulher foi entrevistada, a qual não quis informar a idade. No município de Duque de Caxias, por sua vez, foram entrevistadas duas mulheres de diferentes idades e um homem com idade superior a 50 anos.

Considerando o total de entrevistados, a maioria (n=5) é formada em medicina, sendo três deles de Duque de Caxias. Do Rio de Janeiro, além de dois médicos, foram entrevistados um psicólogo e um advogado. A distribuição dos gestores segundo tempo de formação aponta que a maioria (n=3) tem entre cinco e dez anos de formado, outros dois tem mais de vinte anos. O gestor com menor tempo de formação (menos de três anos) é do Rio de Janeiro, e àquele com maior tempo (34 anos) trabalha no município de Duque de Caxias.

Quanto ao tempo que ocupam no cargo atual de gestão, a maioria está há menos de cinco anos (n=6). Um gestor de Duque de Caxias ocupa o mesmo cargo há oito anos, enquanto o menor tempo de cargo é de um gestor do Rio de Janeiro, que está há pouco menos de dois anos.

Da totalidade dos entrevistados, apenas um não possui pós-graduação. Três possuem mestrado, dois fizeram residência e um fez curso de especialização em gestão pública. Dos que fizeram mestrado, dois são do Rio de Janeiro e cursaram a pós-graduação nas áreas de epidemiologia e políticas públicas de saúde. O mestre de Duque de Caxias cursou na área de Saúde da Família e os dois que fizeram residência se especializaram em pediatria e cirurgia.

Quatro gestores apresentam experiência anterior em Saúde da Família e em gestão, sendo dois de cada município. Um dos entrevistados tem experiência anterior apenas em gestão, e dois outros, do Rio de Janeiro, não possuem experiência anterior nem em gestão, nem em Saúde da Família.

Todos os respondentes são estatutários, cinco do quadro da prefeitura, um cedido e outro foi contratado especificamente para o cargo. Esses dois últimos são gestores do Rio de Janeiro. Apenas dois gestores, ambos de Duque de Caxias, possuem outro emprego. Quanto à jornada de trabalho, todos foram contratados para 40h, entretanto, alguns disseram trabalhar além do horário. Cinco gestores afirmaram receber salários superiores a R\$6.000,00 e os demais, entre R\$5.001,00 e R\$6.000,00.

ID	Sexo	Idade	Tempo no cargo	Curso de Formação	Ano de Formação	Maior titulação	Área de maior titulação	Experiência anterior em SF	Experiência anterior em gestão	Vínculo	Situação Funcional	Outro emprego	Salário bruto	Jornada de trabalho
G.RJ-1	M	33	18 meses	Medicina	2001	Mestrado	Epidemiologia	Sim	Sim	Estatutário	Contratado especificamente para o cargo	Não	Superior a R\$6.000	40 h/semana
G.RJ-2	M	30	30 meses	Direito	2009	NA	NA	Não	Não	Estatutário	Do quadro da prefeitura	Não	Entre R\$5.001 e 6.000	40 h/semana
G.RJ-3	M	32	34 meses	Medicina	2002	Mestrado	Políticas Públicas de Saúde	Sim	Sim	Estatutário	Cedido	Não	Superior a R\$6.000	40 h/semana
G.RJ-4	F	NR	36 meses	Medicina	2004	Mestrado	Saúde da Família	Sim	Sim	Estatutário	Do quadro da prefeitura	Sim	Entre R\$5.001 e 6.000	40 h/semana
G.DC-1	F	42	96 meses	Medicina	1993	Residência	Pediatria	Não	Sim	Estatutário	Do quadro da prefeitura	Sim	Superior a R\$6.000	40 h/semana
G.DC-2	M	58	35 meses	Medicina	1978	Residência	Cirurgia	Sim	Sim	Estatutário	Do quadro da prefeitura	Não	Superior a R\$6.000	40 h/semana
G.DC-3	F	30	36 meses	Psicologia	1987	Especialização	Gestão em Saúde	Não	Não	Estatutário	Do quadro da prefeitura	Não	Superior a R\$6.000	40 h/semana

Quadro 7: Perfil dos gestores entrevistados da Estratégia Saúde da Família dos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias - 2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

5.4 Cenário de contratações da Estratégia Saúde da Família nos anos 2000

5.4.1 Rio de Janeiro

A política municipal de saúde do Rio de Janeiro está vinculada a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) que é composta por seis subsecretarias, quais sejam: Subsecretaria Geral; Subsecretaria de Gestão (SUBG); Subsecretaria de Defesa Civil; Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses; Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência e; Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV).

A SUBPAV por sua vez, é composta por três superintendências, dentre elas a Superintendência de Atenção Primária (SAP), responsável direta pela Estratégia Saúde da Família do município. A SUBG também está relacionada à Saúde da Família, por meio da Coordenadoria de Gestão de Pessoas (CGP).

Em se tratando da gestão do trabalho, os profissionais que atuam na ESF no município do Rio de Janeiro pertencem ao quadro de servidores da SMSDC ou são oriundos de contratação por Organizações Sociais. Os servidores públicos estão ligados à CGP por meio da Coordenação de Administração de Pessoas (CAP) e da Coordenação de Planejamento, Recrutamento e Seleção (CPRS). Por outro lado, a força de trabalho contratada responde à Superintendência de Atenção Primária.

Não foi possível acessar o organograma da SMSDC, contudo com base nas informações das entrevistas foi possível visualizar o relacionamento entre os órgãos diretamente relacionados à ESF do município do Rio de Janeiro, ilustrado por meio da Figura 7 que se segue. Ressalta-se que há outros órgãos municipais subordinados à SAP com atuação/implicações na Saúde da Família, ocultadas neste fluxograma por não apresentar subsídios à discussão deste trabalho.

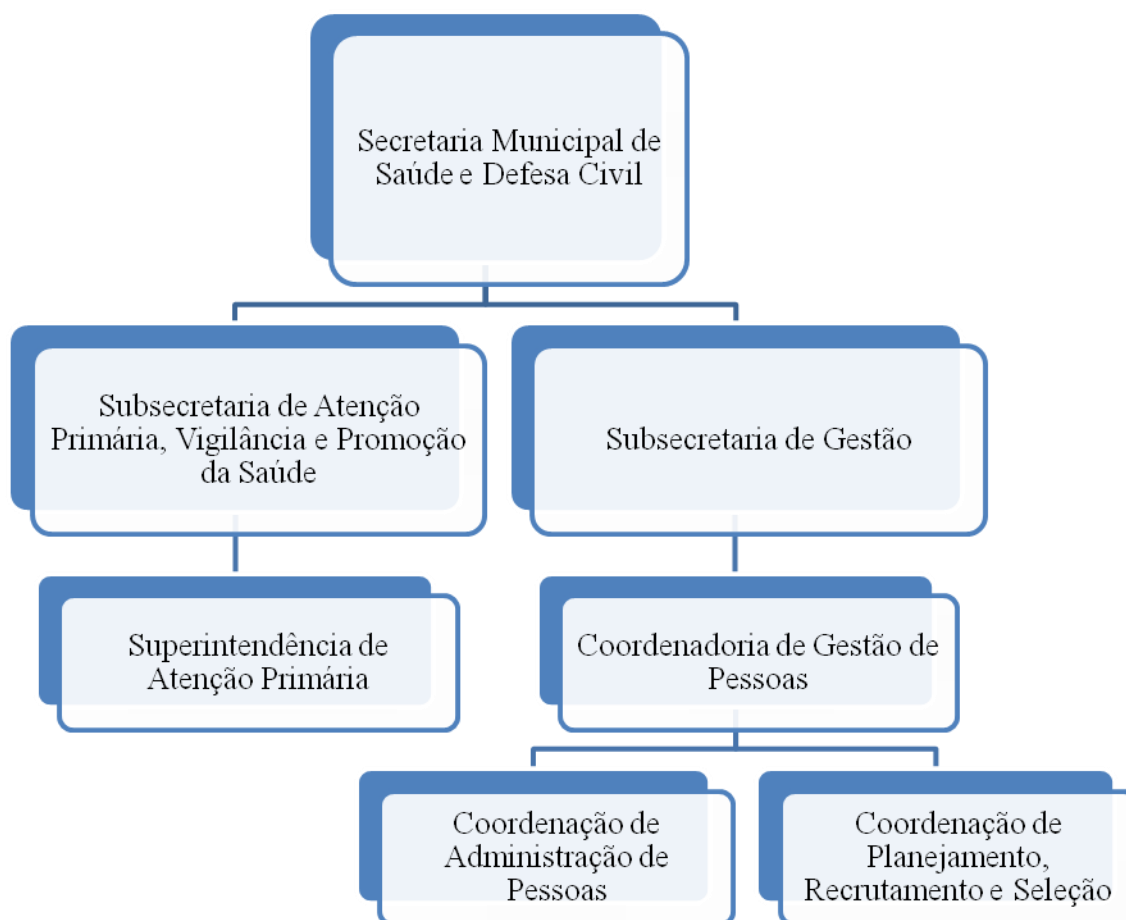


Figura 7: Fluxograma de relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e órgãos responsáveis pela Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro – 2012
 Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

A Superintendência de Atenção Primária tem diversas funções no âmbito da Saúde da Família. Com relação à gestão do trabalho pode-se destacar o estabelecimento de “parcerias com organizações governamentais, não governamentais e setor privado para fortalecimento da atenção primária no âmbito do seu território” (BRASIL, 2009a). No grupo em apreço, a título de exemplificação, incluem-se as diversas contratações de organizações sociais para gestão de equipes de Saúde da Família.

A Coordenação de Administração de Pessoas participa do processo de trabalho da Saúde da Família no que se refere à adoção de providências, junto ao órgão de pagamento na Secretaria Municipal de Administração (SMA), concernentes às gratificações e encargos pertinentes à SMSDC (BRASIL, 2009a). Dentre os inúmeros pagamentos existentes, há o da Gratificação da Estratégia Saúde da Família conferida aos servidores municipais atuantes na estratégia (Gestor Rio de Janeiro).

Em síntese, o fluxo de “pagamento” segue a seguinte sequência: a CAP recebe mensalmente da Coordenação de Planejamento, Recrutamento e Seleção, a listagem dos servidores outrora remanejados para a Saúde da Família para que seja finalizado o respectivo pagamento referente à gratificação junto à Coordenadoria de Análise de Pagamento da SMA (Gestor Rio de Janeiro).

A CPRS, por sua vez, tem por função básica o dimensionamento da força de trabalho dos servidores públicos municipais. Atuou fortemente na captação de servidores com perfil específico para atuação na ESF até a entrada das OS. Atualmente trabalha na parametrização da Estratégia Saúde da Família a fim de adequar à realidade do município, sem prejuízo da padronização ministerial (Gestor Rio de Janeiro).

De acordo com os documentos coletados, se percebe que as contratações para a ESF no município do Rio de Janeiro obedeceu a dois momentos distintos: àquele em que a Prefeitura era a principal contratante da força de trabalho em saúde para atuação na ESF; e àquele em que as Organizações Sociais assumem a gestão de equipes de Saúde da Família.

Nesse sentido, optou-se por discutir esses dois períodos separadamente.

5.4.1.1 A Prefeitura como contratante: de 2000 a agosto de 2009

O município do Rio de Janeiro implantou as primeiras equipes de Saúde da Família no ano 2000. Para formação dessas equipes, a Prefeitura junto a Secretaria Municipal de Saúde adotou algumas modalidades de recrutamento de profissionais, descritas a seguir:

Quando da implantação das primeiras equipes, servidores municipais atuantes na área da saúde foram convidados a migrarem para a ESF, para tanto, precisariam formalizar interesse e participar de processo seletivo. Para adequação das normas ministeriais, teriam sua carga horária estendida para 40 horas semanais e em troca receberiam uma gratificação como complementação salarial prevista pelo Decreto nº 22.185, de 22 de outubro de 2002, de acordo com a seguinte tabela:

Tabela 20: Valores da Gratificação a serem concedidas aos servidores públicos que migrassem para a Saúde da Família no município do Rio de Janeiro por categoria profissional - 2002

Categoria	Valor da Gratificação
Médico	R\$ 2.800,00
Enfermeiro	R\$ 2.000,00
Cirurgião dentista	R\$ 2.000,00
Auxiliar de Enfermagem (nível médio)	R\$ 800,00
Auxiliar de Enfermagem (nível fundamental)	R\$ 600,00
Técnico de Higiene Dental	R\$ 800,00
Atendente de Consultório Dentário	R\$ 600,00
Supervisor	R\$ 2.400,00
Outras categorias de nível superior	R\$ 2.000,00

Fonte: Decreto nº 22.185, de 25 de outubro de 2002.

Não é possível precisar a remuneração total dos trabalhadores por categoria profissional, visto que muitos servidores entraram em diferentes concursos, o que *per se* já poderia partir de uma remuneração base diferenciada. Ademais, o tempo de serviço e os cargos exercidos ao longo do tempo, também podem agregar distintas gratificações.

De acordo com os documentos fornecidos pela SMSDC, no período compreendido entre 2002 e 2009, sete editais de remanejamento de servidores públicos municipais para a Saúde da Família foram abertos, como mostra a Tabela 21.

Tabela 21: Distribuição de editais de remanejamento de servidores públicos municipais para a Saúde da Família segundo ano, no município do Rio de Janeiro - 2012

Ano	n	%
2002	2	28,6
2003	1	14,3
2004	2	28,6
2008	1	14,3
2009	1	14,3
Totais	7	100,0

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

Não foi constatada abertura de editais de remanejamentos nos anos 2000, 2001, 2005, 2006 e 2007. Entretanto, ressalta-se que no ano 2000, 22 equipes foram implantadas no município, sendo que no ano seguinte o número de equipes caiu para 19. Assim, sugere-se que ao menos um remanejamento anterior a 2002 já havia sido realizado para implantação das primeiras equipes de SF.

Entre 2005 e 2007, anos em que não foi averiguada abertura de editais, houve um incremento de 36,5% no número de equipes no município, passando de 96 para 131. Dessa forma, pode-se acreditar que outros remanejamentos foram realizados nesse período, mesmo sem necessidade de abertura de editais, visto que os processos seletivos para remanejamento previam a criação de um banco de profissionais a ser utilizado como reserva técnica dentro de um período de validade.

Ademais, outra explicação para o referido crescimento de equipes mesmo sem editais abertos pela Prefeitura é que desde os anos iniciais da implantação da ESF no município profissionais de saúde também eram contratados por outras instituições que não a Prefeitura, especialmente no que tange à contratação de agentes comunitários de saúde que nunca foram contratados diretamente pela Prefeitura. Uma das prerrogativas para assumir cargo de ACS era ser morador do local de desenvolvimento das atividades na ESF ou PACS e, em virtude disso, grande parte das contratações de ACS se dava por meio de Associações de Moradores ou ONG's atuantes na região. Assim, outros profissionais também passaram a ser contratados por essas vias. Entretanto, a SMSDC não tem posse dos editais dos processos seletivos realizados por outras organizações, de modo que esta pesquisa também não obteve acesso.

De acordo com os editais coletados, o primeiro remanejamento, datado de 2002 (2002a), se deu por meio de processo seletivo simples, que consistiu na manifestação de interesse, pelo servidor, em migrar para a Estratégia Saúde da Família por meio do preenchimento de um formulário de inscrição e entrega de currículo para avaliação.

A avaliação curricular levou em conta os seguintes critérios:

- ❖ formação compatível;
- ❖ maior tempo de experiência na área pretendida;
- ❖ maior tempo de efetivo exercício no serviço público municipal;
- ❖ participação em atividades de educação continuada.

Após a avaliação curricular, o candidato ao remanejamento foi submetido à entrevista a fim de certificação de disponibilidade de cumprimento de carga horária (40h/semana), e de compatibilidade com as atividades de Atenção Básica. Segundo o edital, os servidores detentores de dupla matrícula só poderiam vincular-se a Saúde da Família com apenas uma das matrículas. Ademais, uma vez publicada a relação dos habilitados, o servidor não poderia mais desistir do remanejamento.

No edital 2002a foram oferecidas vagas para os cargos de médico, cirurgião dentista, enfermeiro, sanitarista, técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário.

O segundo remanejamento, também de 2002 (2002b) ofereceu vagas para médico, cirurgião dentista, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, sanitarista, técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário.

No que se refere ao processo de seleção trouxe alguns diferenciais em relação ao edital anterior. No ato da inscrição, os servidores deveriam levar além do currículo, a comprovação da maior titulação bem como uma carta de intenções. Ademais, a seleção dos inscritos passou a ser realizada em três etapas, a saber: análise da experiência profissional com base nos critérios de seleção previstos nos Quadro 8 e 9; avaliação do desempenho profissional pela unidade de saúde de origem e; entrevistas individuais ou coletivas. Esta última etapa objetivou verificar adequação profissional ao perfil exigido pela ESF. Segue abaixo os critérios de seleção de servidores municipais para serem remanejados para a ESF adotados pelo edital 2002b.

A) Titulação	Pontuação
1) Residência, mestrado ou doutorado em Saúde Coletiva/Pública ou Saúde da Família	25
2) Residência, mestrado ou doutorado em Materno Infantil, Médico Cirúrgico e Pediatria	20
3) Especialização em Saúde Coletiva/Pública ou Saúde da Família	15
4) Especialização em Materno Infantil, Médico Cirúrgico e Pediatria habilitação em Saúde Pública	10
5) Residência ou especialização nas demais áreas/ ou habilitação	05
B) Treinamento Introdutório em Saúde da Família	05
C) Experiência profissional na área ou afim	
1) Em Saúde da Família (mais de um ano)	25
2) Em Unidade Básica (mais de dois anos)	20
3) Em Unidade Básica (mais de um ano)	15
4) Trabalho em comunidade (mais de seis meses)	10
D) Experiência Administrativa	
1) Direção de UBS/Coordenação de Programa	10
2) Chefia de serviço	05
E) Atividade Docente	
1) Ensino em Instituição Universitária em disciplina de Atenção Básica	10
2) Ensino em Instituição de formação técnica	05
Quadro 8: Critérios de seleção dos profissionais de nível superior em ordem de prioridade, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro – 2002 (continua)	
Fonte: Resolução SMS nº 932, 2002.	

3) Organização/execução de treinamento em temas de Atenção Básica	02 (por treinamento, máximo de 02)
4) Palestrantes em seminários, simpósios e conferências	01 (por item, máximo de 02)
F) Atividades Científicas	
1) Trabalho apresentado em Congressos com temas afins	01 (máximo de 02)
2) Trabalhos publicados em periódicos com temas afins	01 (máximo de 02)
3) Outras atividades profissionais afins	01 (máximo de 04)

Quadro 8: Critérios de seleção dos profissionais de nível superior em ordem de prioridade, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro – 2002 (conclusão)

Fonte: Resolução SMS nº 932, 2002.

Critérios	Pontuação
Experiência em Atenção Básica (máximo de dois anos)	50
Experiência anterior em trabalho comunitário (mínimo de um ano)	30
Conclusão de Ensino Médio (Segundo Grau)	10
Residência próxima à área de atuação das equipes	10

Quadro 9: Critérios de seleção dos profissionais de nível médio, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro - 2002

Fonte: Resolução SMS nº 932, 2002.

Nota-se a partir dos Quadros 8 e 9 a priorização dos servidores com formação complementar ou experiência na área de Saúde da Família bem como valorização da vivência em Unidades Básicas de Saúde e em Instituições de Ensino Superior (IES).

O edital de remanejamento publicado em 2003, tal como o edital anterior, ofertou vagas para os cargos de médico, cirurgião dentista, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, sanitarista, técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Contudo, trouxe poucas diferenças em relação ao edital 2002b, quais sejam: a possibilidade de vinculação a Saúde da Família com duas matrículas para profissionais médicos e cirurgiões dentistas, porém com recebimento de gratificação de apenas 50% do valor original, ou seja, médicos receberiam R\$ 1.400,00 e dentistas R\$ 1.000,00 e; o acréscimo de um critério de pontuação na fase de análise curricular para os profissionais de nível médio, qual seja: participação em treinamentos tendo por tema a Atenção Básica.

No que se refere ao primeiro remanejamento de 2004 (2004a), o modelo de edital é basicamente o mesmo utilizado no primeiro de 2002 (2002a), com apenas pequenas mudanças

no conteúdo: no edital 2004a, só se ofertaram vagas para os cargos de médico, enfermeiro e cirurgiões dentistas. Esses profissionais poderiam vincular-se a Saúde da Família por meio de duas matrículas, recebendo apenas 50% da gratificação.

O segundo edital de remanejamento de 2004 (2004b), por sua vez, adota o modelo do edital 2002b, também replicado em 2003. Entretanto, o 2004b oferta vagas apenas para médico, cirurgiões dentistas, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário.

O edital de 2008 abriu vagas para os cargos de médico, cirurgião dentista, enfermeiro, técnico em higiene dental, auxiliar/técnico de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. As etapas de seleção foram: avaliação curricular e entrevista.

Para a realização da primeira etapa, os candidatos, na ocasião da inscrição, deveriam levar currículo e documentos comprobatórios de formação e experiência profissional a fim de que fossem avaliados segundo os critérios previstos nos Quadros 10 e 11.

Pós-Graduação	Pontuação	
	Concluído	Cursando
Especialização em Saúde Coletiva/Pública ou Saúde da Família	10	05
Especialização em outras áreas	06	03
Residência, Mestrado ou Doutorado em Saúde Coletiva/Pública ou Saúde da Família	12	06
Residência, Mestrado ou Doutorado em outras áreas	08	04
Experiência		
Experiência em Atenção Básica	07 pontos por ano (máximo de 28 pontos)	
Experiência em PSF/PACS	10 pontos por ano (máximo de 20 pontos)	
Treinamento Introdutório em Saúde da Família		
Outras experiência relevantes (a ser avaliada pela comissão)	05 05 pontos por ano (máximo de 15 pontos)	
Atividade Docente		
Ensino em Instituição de Ensino Superior	02	
Ensino em Instituição de Ensino Técnico	02	
Organização e execução de treinamentos	02	
Produção Científica		
Trabalhos apresentados em Congressos e Seminários com temas afins	02	
Trabalhos publicados com temas afins	02	

Quadro 10: Critérios para pontuação dos profissionais de nível superior, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro - 2008

Fonte: Edital S/CRH nº 006, 2008

Crêterios	Pontua�o
Experiência em Aten�o Básica	10 pontos por ano (máximo de 40 pontos)
Experiência em PSF/PACS	10 pontos por ano (máximo de 30 pontos)
Treinamento Introdutório em Saúde da Família	10
Outras experiência relevantes (a ser avaliada pela comissão)	05 pontos por ano (máximo de 10 pontos)
Cursos de Capacita�o	02 pontos por hora de curso (máximo de 10 pontos)

Quadro 11: Critérios de sele o dos profissionais de nível médio, previstos em edital de remanejamento de servidores para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro - 2008

Fonte: Edital S/CRH n  006, 2008

Nota-se preferência por profissionais com p s-gradua o e/ou experiência na área de Saúde Coletiva/Saúde da Família. Neste edital, atividades docentes e produ o científica, embora passíveis de pontua o, foram os critérios menos valorizados. Para os profissionais de nível médio os critérios com maior possibilidade de pontua o se referiam a experiência na Aten o Básica.

Nota-se, a prioriza o de especialistas para os de nível superior e de técnicos operacionais para os de nível médio, reforçando a divisão social do trabalho prevista por Taylor em sua teoria administrativa cient fica²⁹. Para Taylor as tarefas são mais importantes e deve-se buscar a organiza o estrutural perfeita, donde trabalhadores ajustam-se as exigências do posto de trabalho (LACAZ, 2007). Nesse contexto, o modelo Taylorista constitui-se como ferramenta de gestão do trabalho empregada para obten o do aumento da eficiência e produtividade do trabalhador.

O edital de remanejamento publicado em 2009 trouxe alguns diferenciais em rela o aos anteriores. Primeiramente, quanto a modalidade de inscri o, posto que os editais anteriores s  aceitaram inscri o presencial e o de 2009 previu inscri o exclusiva pela internet, através do envio de pedido de remanejamento a um endereço eletrônico.

Questiona-se se não se trata de uma forma de tacitamente selecionar aqueles com acesso mínimo   informática? Um critério oculto? Um pré-requisito não apresentado? Ou configura-se apenas como tendência a ser seguida, em virtude da massifica o das tecnologias da informa o (TI) e da busca pela democratiza o do acesso digital no sentido de incluir digitalmente e por consequência socialmente todas as pessoas?

Com efeito, viabiliza as chances de participa o em concursos públicos, daqueles que residem em locais mais distantes. Ademais, fomenta a concorrência e a competi o que exige

²⁹ Taylor, F. W. (1913/1982). Princípios de administra o científica. São Paulo: Atlas

melhor preparo dos candidatos. Por outro lado, esse processo seletivo se torna excludente, haja vista a utilização da internet como modalidade única de inscrição, ou seja, aqueles sem acesso à internet tem o processo de participação em certames obstado pela inflexibilidade dos editais de concursos, ainda que eventualmente resida ao lado do local onde foram recebidas as inscrições eletrônicas.

Ainda no que compete ao remanejamento de 2009, o processo seletivo foi dividido em duas etapas: análise curricular e entrevista individual, com pontuação máxima de cem pontos em cada fase, com peso um para o currículo e peso três para entrevista.

A avaliação curricular se baseou nos critérios já previstos no edital anterior, porém com alterações de pontuação e acréscimos de itens. Passou-se a considerar tanto para os cargos de nível médio quanto para os cargos de nível superior, a experiência na iniciativa privada. Adicionalmente, elencou quais experiências seriam consideradas relevantes para pontuação: trabalhos voluntários; participações em campanhas de vacinação, em projetos governamentais e projetos junto a instituições não governamentais e; atuação em cargo de chefia.

A entrevista, por sua vez, pretendeu verificar disponibilidade e interesse pelo trabalho e avaliar o conhecimento do candidato no que se refere à: trabalho em comunidade, SUS, ESF, ações desenvolvidas pelas unidades de saúde e aplicação cotidiana dos conhecimentos. Ressalta-se que este edital não previu liberação, do servidor aprovado na seleção, do atual cargo na unidade no qual se encontrava lotado.

Faz-se necessário destacar que nenhum dos editais de remanejamento coletados estipulava número de vagas.

Compreende-se que as contratações de recursos humanos nesse período configuraram-se como processo seletivo simplificado, com classificação de candidatos por meio de avaliação curricular e entrevistas. Adicionalmente, a estratégia de remanejamento possibilitou a adesão de profissionais de saúde interessados em atuar na ESF, visto que a transferência era voluntária. O interesse pela Atenção Básica ou por experienciar novas áreas de atuação podem ter sido algumas das motivações. Em contraste, muitos servidores sem perfil para área de Atenção Primária, podem ter optado pelo deslocamento em razão de outros motivos, como a complementação salarial, ainda que condicionada à elevação da carga horária.

Vale ainda destacar, que no ato da inscrição para o remanejamento, os servidores deveriam indicar duas ou três áreas de planejamento nas quais gostaria de desenvolver as atividades como potenciais integrantes da equipe de Saúde da Família. Nesse sentido, há ainda a possibilidade de funcionários terem migrado para a Estratégia pela localização da

unidade de Saúde da Família, quer seja por proximidade com a residência ou mesmo por quererem atuar numa área de melhor acesso ou mais segura.

Se, por um lado, houve diversos motivos pelos quais os servidores municipais poderiam aderir a ESF, por outro lado, houve unidades que ficaram desfalcadas por perderem funcionários.

Os editais determinavam que as vagas das unidades das quais os servidores habilitados viessem a ser removidos deveriam ser preenchidas por candidatos do banco de concursados, de modo que as mesmas não ficassem com déficit de profissionais. Entretanto, essa substituição pode não ter garantido a aderência às funções exercidas pelo servidor anterior, prejudicando, portanto, o funcionamento eficiente da unidade.

Adicionalmente, a substituição de um profissional é dispendiosa e requer tempo. Os custos envolvem o recrutamento e a seleção de novos candidatos, caso não haja reserva em banco de concursados e; de treinamento para o novo funcionário. Há ainda prejuízos relacionados à queda de produtividade prévia à saída; horas extras de outros funcionários até o preenchimento da vaga ociosa e; dificuldades em replanejamento de escala (BOLOANDHER, SNELL e SHERMAN, 2003; FERNANDEZ, 2003).

Ainda de acordo com os autores supramencionados, funcionários levam tempo para compreender a rotina de trabalho e dominar as atividades desenvolvidas pela unidade. Dessa forma, quando algum funcionário já habituado retira-se, o setor desfalcado sofre mudanças e as atividades demandam reprogramação. De uma forma ou de outra, a unidade que perde um funcionário, mesmo que sua vaga seja repostada, sofre prejuízos de ordem financeira, organizativa e operacional.

A Secretaria Municipal de Saúde, em 2008 divulgou um edital (2008b) que regulamentava abertura de remanejamento de profissionais de uma área de planejamento para outra. Previa pedido de transferência tanto de servidores quanto de contratados por instituições parceiras para os cargos de médico, cirurgião dentista, enfermeiro, técnico em higiene dental, auxiliar/técnico de enfermagem e auxiliar de consultório dentário.

O edital apontou como critério básico para a realização da inscrição, a atuação do profissional na ESF na mesma área de planejamento em saúde por no mínimo 12 meses. Como etapa de seleção anteviu apenas a realização da inscrição, que seria submetida à análise e avaliação segundo os seguintes critérios de classificação e desempate:

- ❖ Se servidor:
 - Maior tempo de atuação na ESF, sem interrupção, no município do Rio de Janeiro;

- Maior tempo de atuação na mesma AP;
- Idade maior.
- ❖ Se contratado:
 - Maior tempo de atuação na ESF, sem interrupção, independente da instituição conveniada;
 - Idade maior.

Os servidores teriam prioridade em relação aos contratados, e caso houvesse habilitação de contratados para o remanejamento, estes deveriam se desvincular da instituição de origem para serem contratados pela instituição conveniada à AP de seu interesse.

Embora, o referido edital objetivasse inicialmente a formação de um banco de remanejamento, constituiu-se numa oportunidade para os profissionais das equipes de SF existentes se deslocarem para equipes com atuação em localidades de seu interesse. Esta pode ter sido uma estratégia de valorização profissional com implicações na satisfação do trabalhador e por consequência, na diminuição do risco de abandono da função.

Outra modalidade de recrutamento de pessoal adotada pela Prefeitura foi a convocação de profissionais, publicada em 2008 (2008c), em jornais de grande circulação. A referida convocação foi direcionada a médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, ACD e THD, com o objetivo de formar banco de cadastro para Estratégia Saúde da Família. Os interessados deveriam enviar currículo via caixa postal dentro do prazo de um mês a contar da data de publicação.

Adicionalmente, no mesmo ano, a Prefeitura realizou concurso para recrutamento de força de trabalho em saúde para atuação na SF. Entretanto, segundo afirmação dos gestores entrevistados, o resultado não foi homologado, em virtude da mudança de governo. Ainda assim, alguns candidatos que tinham sido classificados neste concurso foram convidados para preencherem vagas disponíveis na ESF, sobretudo cirurgiões dentistas, porém, sem qualquer vinculação as regras do referido. Foram convocados apenas por conveniência.

Segue quadro síntese com as características das contratações nesse período.

Ano	Tipo de Processo	Tipo de Inscrição	Cargos oferecidos*	Etapas da Seleção
2002a	Remanejamento de servidores para a ESF	Presencial	médico	Avaliação curricular
			cirurgião dentista	
			enfermeiro	
			auxiliar de enfermagem	Entrevista individual
			THD	
ACD				
2002b	Remanejamento de servidores para a ESF	Presencial	médico	Avaliação curricular, carta de intenções e títulos
			cirurgião dentista	Avaliação de desempenho profissional
			enfermeiro	
			auxiliar de enfermagem	Entrevista individual ou coletiva
			THD	
ACD				
2003	Remanejamento de servidores para a ESF	Presencial	médico	Avaliação curricular, carta de intenções e títulos
			cirurgião dentista	Avaliação de desempenho profissional
			enfermeiro	
			auxiliar de enfermagem	Entrevista individual ou coletiva
			THD	
ACD				
2004a	Remanejamento de servidores para a ESF	Presencial	médico	Avaliação curricular
			cirurgião dentista	Entrevista individual
			enfermeiro	
2004b	Remanejamento de servidores para a ESF	Presencial	médico	Avaliação curricular, carta de intenções e títulos - peso 1
			cirurgião dentista	Avaliação de desempenho profissional - peso 1
			THD	Entrevista individual ou coletiva - peso 2
			ACD	

Quadro 12: Síntese das características dos processos de recrutamento de pessoal realizados pela Prefeitura Municipal para atuação na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro - 2000-2011 (continua)

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012

Ano	Tipo de Processo	Tipo de Inscrição	Cargos oferecidos*	Etapas da Seleção		
2008a	Remanejamento de servidores para a ESF	Presencial	médico	Avaliação curricular		
			cirurgião dentista			
			enfermeiro			
			THD	ACD	Entrevista individual	
						auxiliar /técnico de enfermagem
						THD
2008b	Remanejamento de profissionais da ESF para outras AP`s	Presencial	médico	Inscrição com critérios de classificação e desempate		
			cirurgião dentista			
			enfermeiro			
			auxiliar /técnico de enfermagem			
			THD			
			ACD			
2008c	Convocação	Correio	médico	Avaliação curricular		
			cirurgião dentista			
			enfermeiro			
			auxiliar /técnico de enfermagem			
			THD			
			ACD			
2009	Remanejamento de servidores para a ESF	Internet	médico	Avaliação curricular - peso 1		
			cirurgião dentista			
			enfermeiro			
			auxiliar /técnico de enfermagem	Entrevista individual - peso 3		
			THD			
			ACD			

Quadro 12: Síntese das características dos processos de recrutamento de pessoal realizados pela Prefeitura Municipal para atuação na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro - 2000-2011 (conclusão)

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

5.4.1.2 As Organizações Sociais como contratantes: de setembro de 2009 a dezembro de 2011

O remanejamento de servidores do quadro da prefeitura para a Saúde da Família se deu até setembro de 2009, quando a prefeitura passou a firmar contratos de gestão com Organizações Sociais.

As Organizações Sociais foram qualificadas no Brasil por meio da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Esta lei qualifica como OS “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”.

No município do Rio de Janeiro, a qualificação de OS se deu mediante a Lei nº 5026, de 19 de maio de 2009 e de sua regulamentação posterior por meio do Decreto nº 30.780, de 02 de junho de 2009. Segundo a referida Lei, as Organizações Sociais com atividades direcionadas à saúde, somente poderiam atuar em unidades de saúde criadas a partir da vigoração desta Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e na Estratégia Saúde da Família.

Como descrito no capítulo de caracterização dos locais de pesquisa, é sabido que o município do Rio de Janeiro é dividido em Áreas Programáticas ou Áreas de Planejamento. Valendo-se desta divisão, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pactua os contratos com as Organizações Sociais para gerenciamento de unidades de saúde.

Atualmente, existem cinco destas organizações contratadas pela SMSDC do Rio de Janeiro que atuam na ESF, quais sejam:

- ❖ ***Viva Comunidade***: firmou contrato com a Prefeitura para atuar nas áreas programáticas 2.1; 3.1 e; 3.3.
- ❖ ***Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)***: o contrato de gestão concede a gerência das áreas programáticas 3.2 e; 5.3.
- ❖ ***Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS)***: firmou contrato para gestão da área programática 4.0; 5.1 e; 5.2.
- ❖ ***Global Soluções em Saúde***: gere unidades de saúde apenas na parte da área programática 1.0 que abarca os bairros Caju, Cidade Nova e Paquetá.
- ❖ ***Instituto Social Fibra***: pactuou com a Prefeitura para gerir a saúde na AP 2.2 e no trecho do território da área programática 1.0 que concentra os bairros Centro, Catumbi, São Cristóvão e Santa Tereza.

Faz-se importante acrescentar que a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, em 2009, celebrou contrato de gestão com a Organização Social *Centro Integrado de Apoio Profissional (CIAP)* para atuação nas AP's 2.2, 3.3 e 4.0. Entretanto, no mês de novembro do ano seguinte, ocorreu a rescisão contratual consensual entre as duas partes (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2009).

A referida rescisão se deu em virtude de decisão judicial que determinou o encerramento das atividades, cancelamento e extinção do registro como Organização Social e como Organização Social Civil de Interesse Público (OSCP) do CIAP, acusado de desvio de dinheiro público no Estado do Paraná, onde atuava como OSCIP, parceira da Prefeitura de Londrina, no desenvolvimento de atividades em diversas áreas. Diante do ocorrido, a SMSDC substituiu a atuação dessa OS por outras. Nesse sentido, a referida Organização Social não foi inserida no escopo desta pesquisa (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2009; PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ, 2011).

As Organizações Sociais foram contratadas para gerir unidades de saúde e as respectivas equipes lotadas nelas. Ademais, os contratos de gestão preveem também implantação de novas equipes.

A Tabela 22 traz o quantitativo das equipes geridas por essas organizações, de acordo com as áreas programáticas de atuação.

Tabela 22: Distribuição de equipes de Atenção Básica por áreas programáticas de atuação segundo Organização Social, no Rio de Janeiro - 2012

Oganização Social	Áreas Programáticas	ESF	ESF com ESB mod. I	ESF com ESB mod. II	NASF	eACS	eACS com ESB mod. I	ESF tipo 3	ESF tipo 4
Viva Comunidade	2.1	19	15	27	4	11	2	0	12
	3.1	27	51	21	7	11	2	0	16
	3.3	24	20	5	1		0	0	
	Totais	70	86	53	12	22	4	0	28
SPDM	3.2	15	0	29	3	9		3	10
	5.3	17	16	2	2	8	0	0	1
	Totais	32	16	31	5	17	0	3	11
IABAS	4.0	11	6	2	2	8	0	0	1
	5.1	5	5	3	3	12	0	0	0
	5.2	14	53	25	9	3	0	0	0
	Totais	30	64	30	14	23	0	0	1
Global	1.0	4	3	3	1	6	1		
	Totais	4	3	3	1	6	1	0	0
Instituto Fibra	1.0	1	2	4	1	1			1
	Totais	1	2	4	1	1	0	0	1
Total		137	171	121	33	69	5	3	41

Fonte: CNES, 2012.

Atualmente, as quatro OS juntas, gerem 580 equipes de saúde na Atenção Básica. Dessas, 137 (23,6%) são equipes básicas de Saúde da Família; 171 (29,5%) equipes de Saúde da Família com equipes de Saúde Bucal modalidade I; 121 (20,9%) equipes de Saúde da Família com equipes de Saúde Bucal modalidade II; 33 (5,7%) Núcleos de Apoio a Saúde da Família; 69 (11,9%) equipes de Agentes Comunitários de Saúde; cinco (0,9%) equipes de Agentes Comunitários de Saúde com equipes de Saúde Bucal modalidade I; três (0,5%) equipes de Saúde da Família do tipo 3 e; 41 (7,1%) equipes de Saúde da Família do tipo 4.

O maior número de equipes está concentrada nas AP's sob gestão da OS Viva Comunidade (47,4%), seguida das AP's sob responsabilidade do IABAS (27,9%) e SPDM (19,8%).

Considerando a atualidade da Portaria nº 2.027 de agosto de 2011, que permite a flexibilização de carga horária médica e, da Portaria nº 703 de 23 de outubro de 2011 que estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das novas equipes de SF, nota-se um número grande de equipes do tipo 4 (dois médicos 20h/semanais), maiormente nas AP's sob responsabilidade da OS Viva Comunidade.

O número de equipes contabilizadas pelo SCNES (n=580) é superior ao indicado pelo DAB (n= 506) na tabela 14. Os dados do DAB referem-se à competência de dezembro de 2011, enquanto o do SCNES à competência de janeiro de 2012. Assim, já se nota um crescimento de 14,6% em um mês.

Entretanto, é preciso salientar que até dezembro de 2011, não se contabilizavam as equipes consideradas incompletas, ou seja, àquelas em que não se tinha médicos ou se tinha médicos em carga horária inferior a 40 horas. Com as novas possibilidades de formação de equipes, em razão da flexibilização da carga horária médica, a partir deste ano, novos tipos de equipes formadas por médicos com carga horária de 20 e 30 horas são possíveis, como foi notado na Tabela 22 através do acentuado número de equipes do tipo 4.

Os contratos de gestão assinados entre as OS e a Prefeitura por meio da SMSDC, antevêm a participação das Organizações Sociais como gerenciadoras de unidades de saúde e equipes de Saúde da Família, sendo também responsáveis pela contratação dos profissionais componentes dessas equipes. Nessa ótica, ao longo dos últimos dois anos, muitas contratações de pessoal de saúde foram realizadas por meio de diferentes modalidades de contratação, especialmente mediante publicização de processos seletivos.

A coleta de dados angariou 44 editais de processos seletivos realizados por estas Organizações Sociais parceiras do município do Rio de Janeiro, como aponta o Gráfico 7.

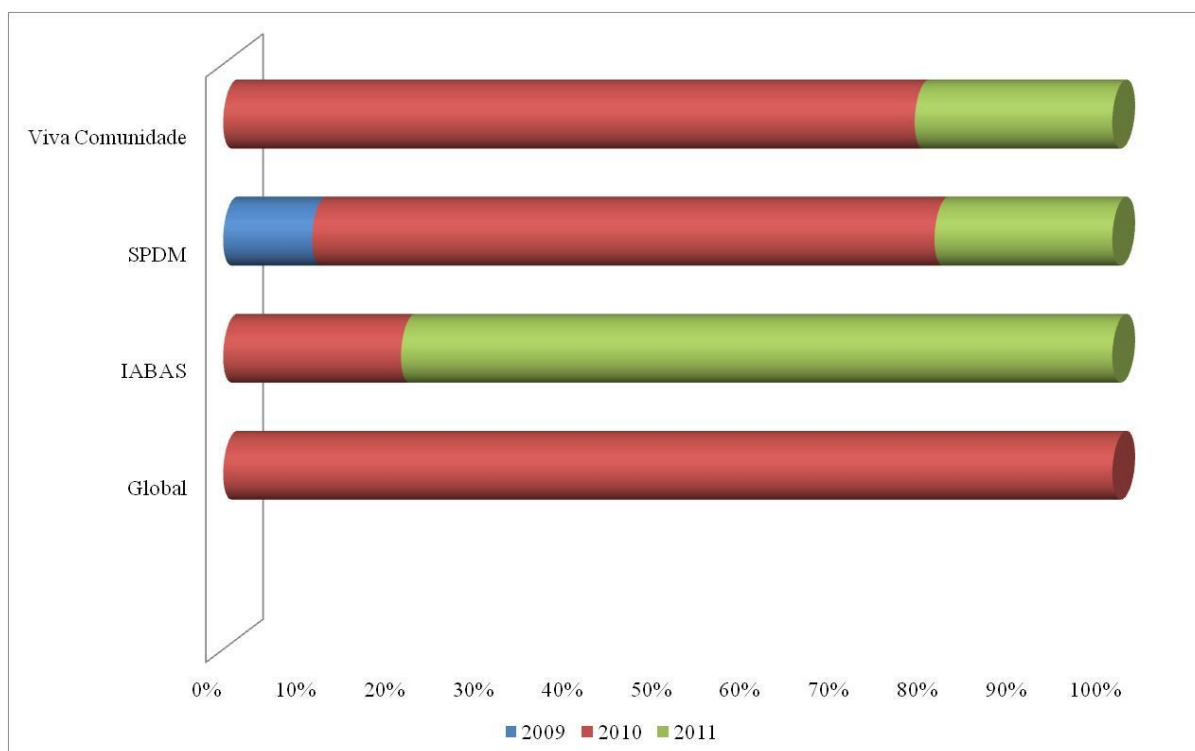


Gráfico 7: Frequência de editais de processos seletivos públicos por ano, segundo Organização Social, Rio de Janeiro - 2012

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

No período de setembro de 2009 a dezembro de 2011, a Organização Viva Comunidade apresentou o maior percentual de editais de processos seletivos, 61,4% (n=27). É ela também a OS que gesta o maior número de equipes de Atenção Básica, 275. A SPDM lançou 22,7% (n=10) dos editais. O IABAS realizou 11,4% dos processos de recrutamento, enquanto a Global Soluções em Saúde, apenas 4,5% (n=2). Não foram encontrados editais organizados pelo Instituto Fibra que é a Organização Social com menor número de equipes sob sua responsabilidade, apenas 10.

Em 2009, primeiro ano de atuação das OS na ESF do município do Rio de Janeiro, apenas um processo seletivo foi realizado. O ano de 2010 por sua vez, foi àquele com maior quantitativo, 31 editais, o que representa pouco mais de 70% dos editais. Em 2011, apenas 12 (27,3%) processos seletivos foram realizados. Em corroborar com esses dados, destaca-se, que entre os anos de 2010 e 2011, o número de equipes de Saúde da Família obteve um incremento de 90% (Tabela 14).

➤ Das vagas

Na totalidade dos 44 editais, foram oferecidas 7.102 vagas para diversos cargos com atuação prevista em equipes de Saúde da Família, NASF e outras unidades de saúde. Dessas, 3.861 foram vagas de ampla concorrência; 232 vagas reservadas para deficientes e; 3.009 vagas para cadastro de reserva.

No que tange às vagas para os profissionais com atuação na equipe mínima de Saúde da Família e Saúde Bucal, elas representam 86% (n= 6.094) do total de vagas anunciadas no conjunto de editais. Desse número, 57% (n=3.474) correspondem a vagas de ampla concorrência, 0,7% (n = 45) das vagas foram reservadas para deficientes e; 42,3% (2.575) para cadastro de reserva. A distribuição por cargo encontra-se apresentada no Gráfico 8.

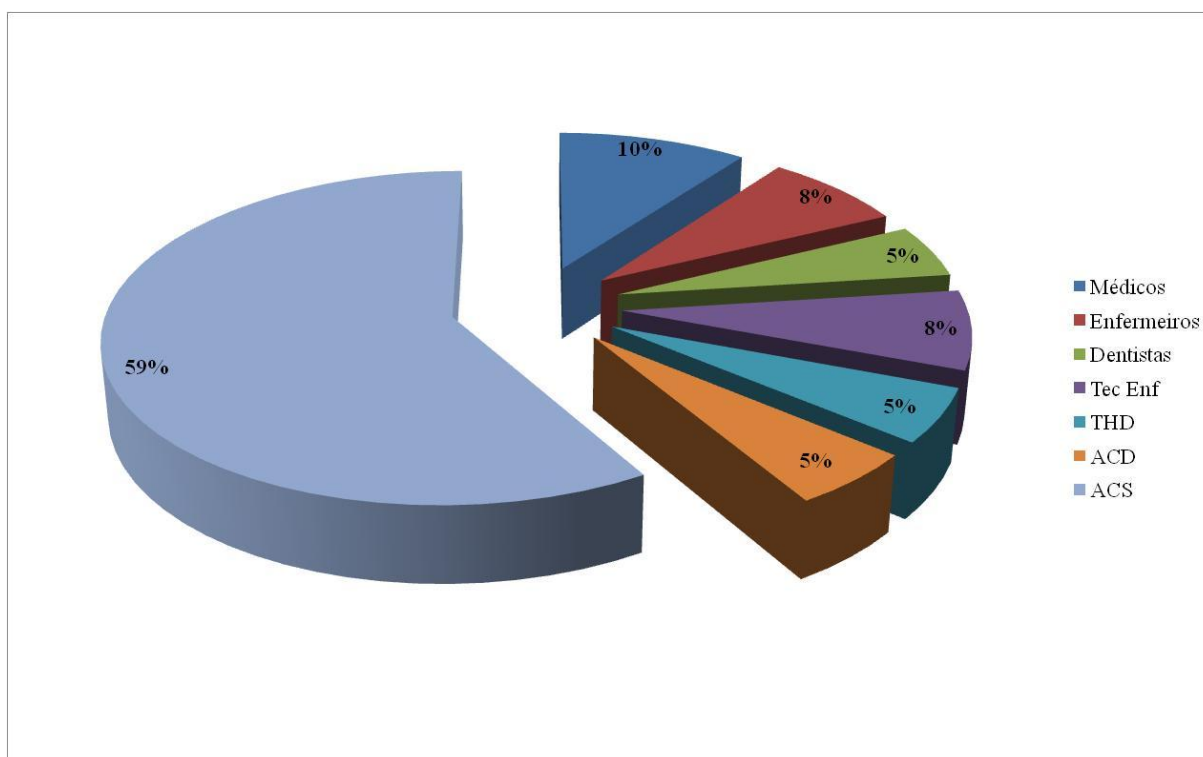


Gráfico 8: Distribuição percentual do total de vagas ofertadas em editais de processos seletivos para atuação na Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional - 2012

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

O maior percentual de vagas foi ofertado para os agentes comunitários de saúde (59%), o que era de se esperar, uma vez que representam o maior número de profissionais em uma equipe mínima. Além do mais, até a Portaria nº 2.027 de 2011, era a única ocupação a ter mais de um profissional por equipe.

Os menores percentuais foram para os profissionais que compõem equipes de Saúde Bucal. Também não se constitui surpresa, visto que uma mesma equipe de Saúde Bucal pode

ser responsável pela população adscrita de até duas equipes de Saúde da Família, o que exige menor quantitativo profissional.

Nota-se ainda, que dentre as categorias de nível superior, o maior número de vagas foi disponibilizada para a ocupação de médicos (10%). Fato esse que corrobora com a afirmação de alguns autores que discorrem sobre a escassez e a alta rotatividade de médicos.

Pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (CORTES, 2008), por exemplo, aponta que os médicos são os profissionais mais raros no mercado de trabalho brasileiro. Campos e Malik (2008) discutem a rotatividade médica na ESF como um dos fatores mais críticos para a consolidação da estratégia. Assim, tanto a escassez como a alta rotatividade tem exigido maior número de contratações dessa categoria.

É preciso destacar, que os dados apresentados referem-se apenas aos 44 editais coletados, havendo a possibilidade da existência de outros editais em outras fontes não utilizadas por esta pesquisa.

No que diz respeito aos tipos de vagas por categoria profissional, para o cargo de ACS, os editais contemplaram maior número de vagas para cadastro de reserva (59%). Para os profissionais das equipes de Saúde Bucal, as vagas de ampla concorrência foram superiores a 85% do total de vagas. Para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem esse percentual ultrapassou os 70%.

As vagas imediatas reservadas para deficientes não alcançou 1% das vagas totais para todas as categorias de ensino superior. Para os de nível médio, a exceção foram os técnicos de enfermagem em que as vagas cotadas para esse contingente representou 1,1%, como aponta o Gráfico 9.

Dos 44 editais, 16 previam vagas para cadastro de reserva, no entanto, apenas dez determinaram o quantitativo de vagas para formação de banco de reserva. Dessa forma, muitos profissionais desse banco, podem ter sido convocados a ocuparem os cargos que surgiram dentro do tempo de validade dos editais. Não se pode, portanto, precisar o número de profissionais convocados a assumir os cargos previstos nesses editais.

Adicionalmente, apenas 18 editais cotizaram vagas para deficientes como prevê a Lei Municipal nº 2.111 de 10 de novembro de 1994. A referida Lei determina que minimamente 5% das vagas devem ser disponibilizadas para deficientes. Contudo, desses 18 editais, quatro previam 5% das vagas para deficientes, mas em virtude do número pequeno de vagas, esse percentual não conseguiu corresponder a nenhuma vaga.

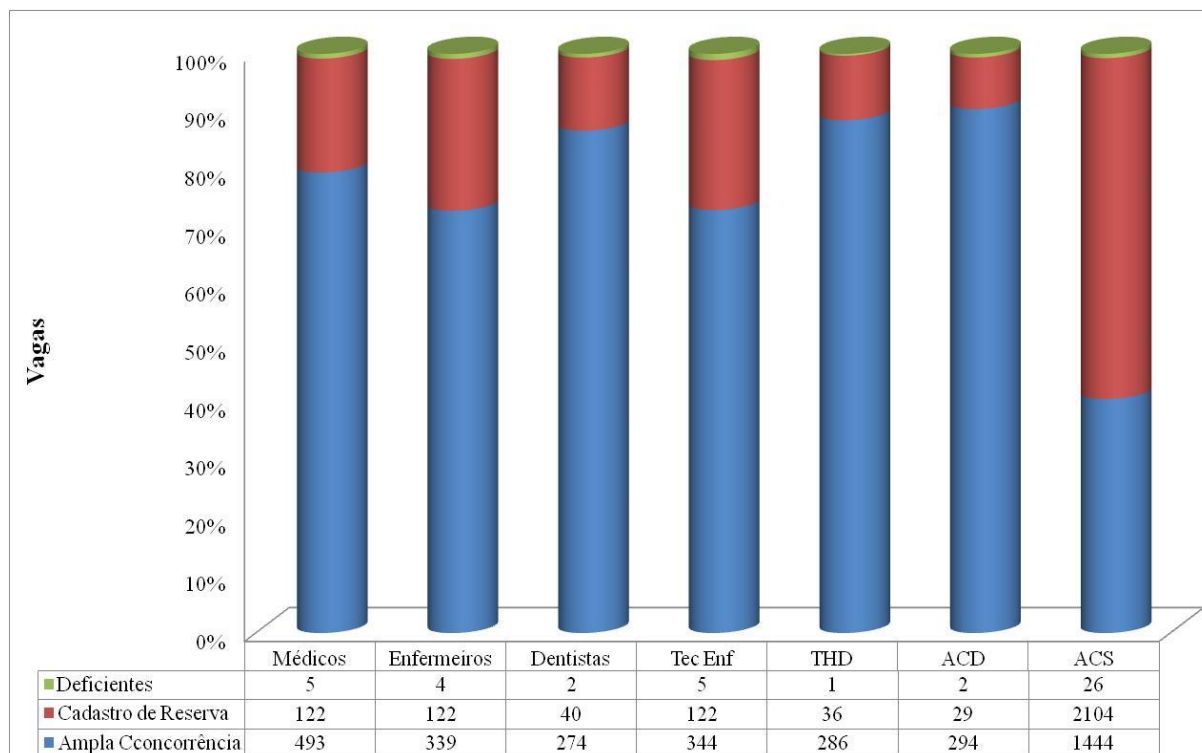


Gráfico 9: Distribuição de vagas disponibilizadas em editais de processos de seleção realizados por Organizações Sociais, por tipo, segundo categoria profissional, Rio de Janeiro – 2009-2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

➤ Da organização do processo seletivo

Para dois processos seletivos realizados pela Organização Social IABAS, um organizador externo foi contratado para organização do processo. Em 2010, a referida OS celebrou parceria com a Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ), e; em 2011 com a Fundação BIO-RIO - Polo de Biotecnologia do Rio de Janeiro.

➤ Das inscrições

No que se refere às modalidades de inscrição, 40,9% (n=18) dos editais tinham por meio exclusivo de inscrição a internet; 54,5% (n=24) aceitavam exclusivamente a inscrição presencial e; apenas 4,5% (n=2) dos editais contemplavam as duas modalidades.

Dos editais com inscrição exclusiva pela internet, apenas dois disponibilizavam computadores com internet para aqueles candidatos sem acesso a esses recursos. Dos editais com inscrição apenas presencial, 100% deles foram exclusivos para recrutamento de ACS, e apenas dois deles previam a inscrição por meio de procurador.

Estudo realizado por Santos (2006) apontou que pouco mais de 50% dos ACS de sete municípios mineiros, não possuíam ensino fundamental completo e, 98% tinham renda

familiar baixa (até três salários mínimos). Assim, depreende-se que em virtude da baixa escolaridade e renda percebida em candidatos ao cargo de ACS, promove-se maior adesão de candidatos aos processos seletivos quando da possibilidade de inscrição presencial, sobretudo se próxima à residência.

Pode-se supor que, como ainda hoje se tem maior preocupação em implantar equipes em áreas mais desassistidas, e essas são em sua maioria regiões com alto índice de pobreza, prioriza-se a inscrição presencial, por entender que grande parte dos moradores dessas regiões tem pouco ou nenhum acesso à internet. Por outro lado, se tem enfrentado maiores dificuldades em atrair profissionais de nível superior, e nesse caso, há que se utilizar modalidades de inscrição facilitadas para esses profissionais, mesmo porque não precisam residir nas proximidades da unidade de atuação. Dessa forma, a inscrição pela internet foi percebida em 100% dos editais com vagas para outros profissionais que não os ACS.

Ainda do total de editais, 20,5% (n=13) cobraram taxa de inscrição dos candidatos, e desses, 92% (n=12) previam isenção dessa taxa³⁰ para pessoas com comprovação de renda baixa. O que se constitui de outra estratégia de adesão de candidatos de baixa renda aos processos seletivos, nesse caso, majoritariamente, candidatos de nível fundamental e médio de escolaridade, como os ACS.

➤ Das estratégias de seleção

Os processos seletivos simplificados tornados públicos por meio dos 44 editais selecionados, utilizaram diversas estratégias de seleção, quais sejam: provas, análise curricular, entrevistas e dinâmicas de grupo.

A análise por categoria profissional apontou que dos 12 editais que previam vaga para médicos, quatro especificavam a prova como única estratégia de seleção; três exclusivamente a análise curricular; outros três anteviam prova e análise curricular e; dois editais, análise curricular e entrevista.

A Organização Social Viva Comunidade em cinco processos seletivos aplicou somente uma prova para os médicos, com o passar dos anos se notou simplificação do processo de seleção para esta categoria, o que pode dever-se a um reduzido número de candidatos nos certames.

³⁰ O Decreto nº 6.593/2008 que regulamenta o benefício de isenção da taxa de inscrição aplica-se somente aos concursos públicos realizados no âmbito do Poder Executivo Federal. Entretanto, muitos estados e municípios adotam essa normatização, embora não sejam obrigados.

Dos sete editais que contemplaram vagas para enfermeiros e dos seis editais com vagas para dentistas, a estratégia mais utilizada foi exclusivamente a prova e a prova combinada a análise curricular.

Para os cargos de nível médio (técnico de enfermagem e THD), três editais instituíram a prova como única etapa de seleção; apenas um deu exclusividade à análise curricular; dois aderiram prova à análise curricular e; outros dois previram um processo mais simplificado fazendo uso apenas de análise curricular e entrevista, conforme explicitado no Gráfico 10.

Apenas cinco editais trouxeram vagas para o cargo de ACD, sendo que dois apontaram a prova como escolha única de estratégia para a seleção; um trouxe a análise curricular como única etapa e; outros dois uniram prova e análise curricular. Os editais com previsão de vagas para ACS foram 32. Desse total, 75% (n=24) determinaram como etapas de seleção a prova e a entrevista; 16% (n=5) prova objetiva e dinâmica de grupo; 6% fez menção apenas a fase de prova e; 3% previam análise curricular e entrevista.

Destaca-se aqui o uso da dinâmica de grupo como etapa de seleção, visto ter sido adotada apenas para o processo de seleção do ACS, o que pode ser imputado em parte ao fato de serem os profissionais com maior contato com a população. Assim, a dinâmica pode ter sido utilizada para observação do comportamento dos candidatos frente a situações problemas (MALIK,1998).

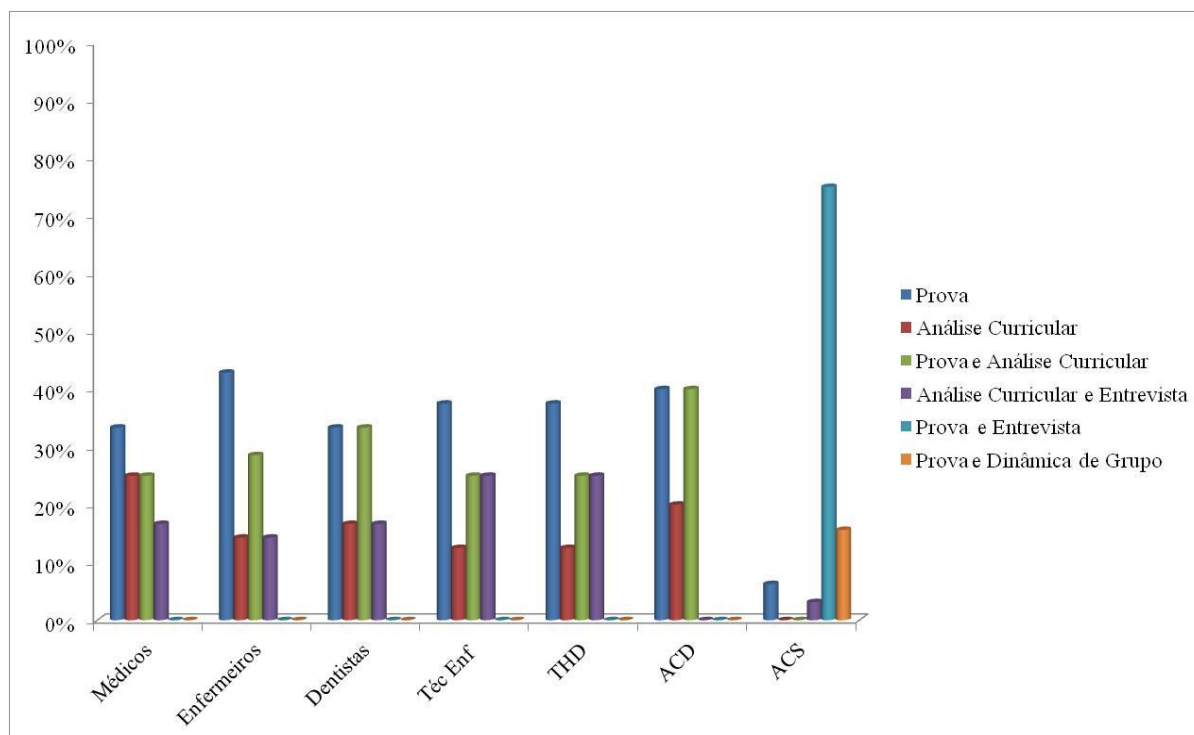


Gráfico 10: Distribuição percentual dos editais de processo seletivo por estratégias de seleção segundo categoria profissional, Rio de Janeiro – 2009-2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

A não utilização desta estratégia de seleção com outros profissionais pode ser devido à inviabilidade de aplicação ante o histórico de grande número de candidatos inscritos em certames anteriores. Contudo, a utilização da dinâmica de grupo poderia ser uma etapa de seleção útil para todos os cargos da Saúde da Família, no sentido de identificar os candidatos mais capacitados a trabalharem em equipe, habilidade profissional imprescindível para a condução de boas práticas e para a garantia da integralidade da assistência em saúde.

É perceptível o alto número de processos seletivos com aplicação de provas, o que pode dever-se muito em parte ao grande porte do município, o que implica geralmente, em um alto número de candidatos participantes de certames, se fazendo necessária uma etapa balizadora que classifique os mais qualificados diminuindo o número de candidatos, e que por consequência facilite a escolha dos profissionais a serem contratados.

Pela evidência do alto número de processos seletivos que se utilizaram da prova como uma das etapas de seleção decidiu-se esmiuçar os conteúdos cobrados nas questões da prova segundo editais, como demonstrado no Gráfico 11.

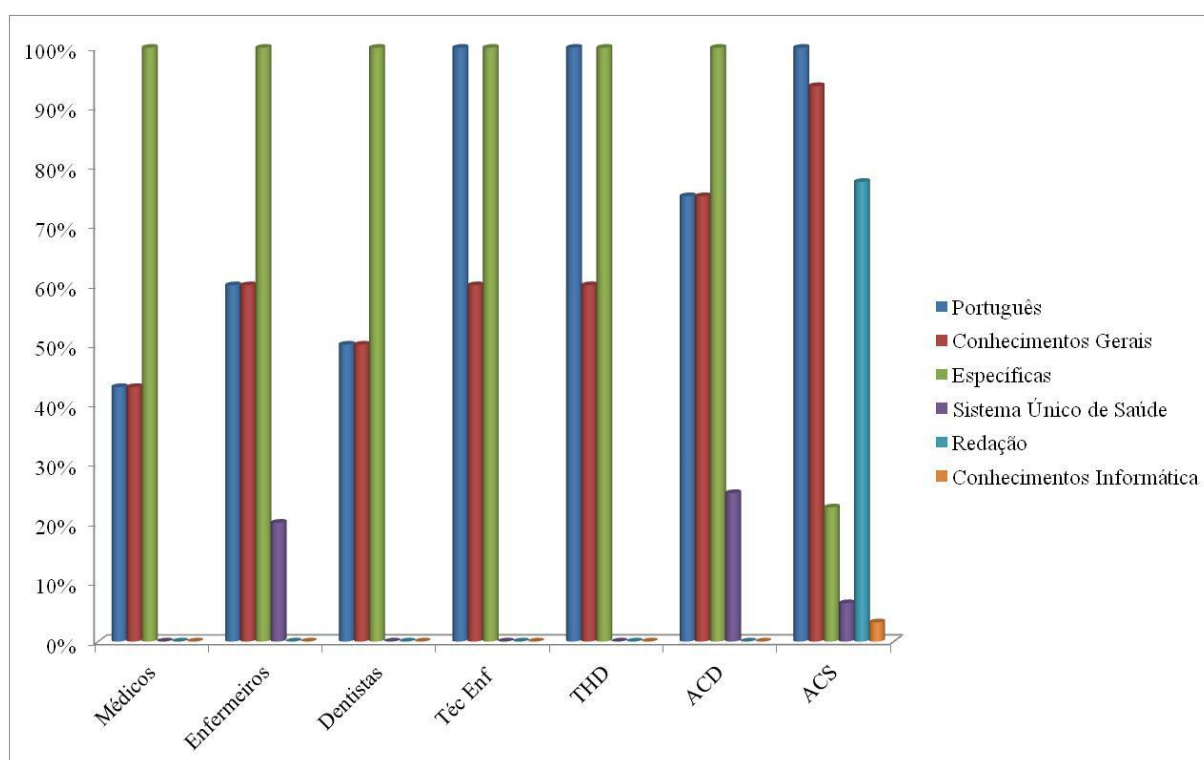


Gráfico 11: Distribuição percentual dos conteúdos das provas previstas em editais de processos seletivos para a Saúde da Família do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2009-2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

Constata-se de acordo com o gráfico 11 que para todos os profissionais, com exceção dos ACS, 100% das provas continham questões de conteúdo específico da profissão. Foi

cobrado o conteúdo da língua portuguesa em todas as provas aplicadas aos técnicos de enfermagem, THD e ACS. Os conteúdos de informática e redação aparecem apenas para o ACS, contudo, salienta-se que os conhecimentos em informática foram exigidos em apenas um edital (3%), ao passo que a redação foi cobrada em 77% (n=24).

O processo de seleção e contratação dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser feito segundo uma lógica particular de cada município, pois o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de atuação, qual seja, a saúde. Em razão desse dado, grande parte dos processos de seleção exigiram conteúdos de ensino básico, pois segundo a legislação que normatiza a ESF e PACS, os ACS precisam apenas saber ler e escrever.

Assim, o candidato à vaga de ACS, é avaliado, em grande parte “por sua aptidão, postura e vivência mediante simulação de situações de problemas da comunidade, seja por meio de provas escritas, seja em entrevistas individuais e/ou coletivas”. Mesmo porque, uma vez aprovado e contratado, o ACS receberá o treinamento adequado para o desenvolvimento de suas atividades (BRASIL, 2002c, p.81). A exigência de conteúdos mais complexos pode se dar pelo alto número de candidatos, o que exige etapas mais restritivas, como previamente mencionado.

Foi desvelado também que para todos os cargos, em mais de 40% dos editais contendo etapa de prova, havia previsão de questões vertendo sobre conhecimentos gerais. O anúncio de questões vertendo sobre o SUS, foi direcionado para os enfermeiros e ACS em apenas um edital, o que não invalida a presença de questões sobre este assunto, pois poderiam estar contempladas nos conhecimentos específicos ou gerais.

➤ Da remuneração: salários e benefícios

No que tange à remuneração prevista nos editais selecionados, não se verificou grandes disparidades entre os salários oferecidos pelas diferentes Organizações Sociais, visto que o piso salarial de cada categoria é definido junto a SMSDC. O Gráfico 12 traz as médias salariais calculadas segundo categoria, por meio das informações coletadas nos editais referentes aos salários oferecidos.

Como evidenciado pelo Gráfico 12, a maior média salarial dos cargos de nível superior equivale a R\$7.773,69 e, oferecida aos médicos, seguida da média dos dentistas (R\$3.932,17) e por último a dos enfermeiros (R\$3.927,17).

Pelo que pode ser notado nos editais, o piso salarial adotado pela SMSDC do município do Rio de Janeiro para os médicos era de R\$ 7.500,00, visto que em apenas dois editais esse valor foi diferente, ambos de 2011: no edital da SPDM, o salário oferecido foi de R\$7.984,50, enquanto que no edital da Organização Social IABAS o valor foi R\$ 9.752,37.

Pode-se inferir que o salário de R\$ 7.500,00, já não é suficientemente atraente para adesão dos médicos à ESF no município do Rio de Janeiro, de modo que se evidenciaram dois aumentos consecutivos do piso salarial do médico em um curto espaço de tempo.

A média salarial dos médicos do Rio de Janeiro, calculadas por meio dos editais coletados, é superior em 23% à média brasileira que é de R\$ 6.333,89; em 2% à média da Região Norte (R\$ 7.642,58) que figura como a maior média entre as cinco regiões e; em 27% à média da Região Sudeste, donde está localizado que é de R\$ 6.134,57. Quando comparada as médias dos municípios com população superior a 500 mil habitantes (R\$ 5.539,00) e dos municípios com até 10 mil habitantes (R\$ 6.697,10), a média carioca é superior em 40% e 16%, respectivamente³¹.

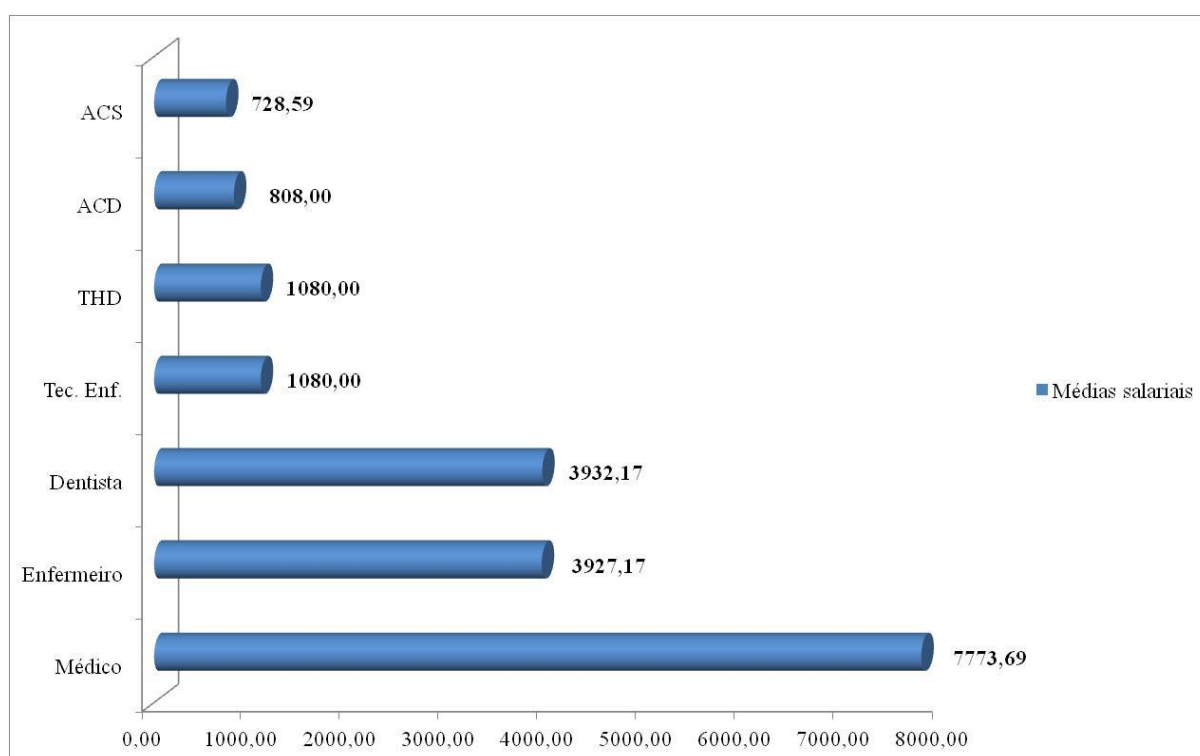


Gráfico 12: Médias salariais em reais (R\$) previstas em editais de processos de seleção para a Saúde da Família do município Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2009-2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

³¹ As médias de comparação foram evidenciadas pela pesquisa Monitoramento da Qualidade do Emprego da Estratégia Saúde da Família, 2009.

Para os cargos de dentista e enfermeiro, o piso salarial estabelecido, segundo os editais, era de R\$3.900,00. Apenas em um edital da SPDM, publicado em 2010, esse valor apareceu diferente para as duas categorias, R\$ 4.062,63 para o dentista e, R\$ 4.063,02 para enfermeiros. Esses novos valores podem significar um aumento do piso salarial para essas categorias, fato a ser comprovado a partir de novos editais a serem lançados.

As médias salariais praticadas no município do Rio de Janeiro para dentistas (R\$ 3.932,17) e enfermeiros (R\$ 3.927,17) são superiores às médias nacionais em 49% e 67%, nesta ordem. As médias da Região Norte que para dentistas (R\$ 3.344,98) e enfermeiros (R\$ 2.659,69) são superiores às das demais regiões brasileiras, quando comparadas às médias evidenciadas por esta pesquisa, se mostram inferiores, respectivamente, em 18% e 48%.

As médias salariais dos enfermeiros cariocas são ainda superiores à média da Região Sudeste (R\$ 2.198,51) em 79%; à média dos municípios até 10 mil habitantes (R\$2.237,10) em 76% e; à dos municípios com mais de 500 mil habitantes (3.462,87) em apenas 13%. Os salários dos dentistas do Rio de Janeiro também superam as médias da Região Sudeste, à dos municípios até 10 mil habitantes e daqueles com população superior a 500 mil habitantes em 66%, 57% e; 2%, respectivamente.

Em todos os editais que contemplavam vagas para técnicos de enfermagem e THD o salário oferecido foi o mesmo, R\$ 1.080,00, constituindo-se esse como o piso salarial estabelecido pela SMSDC para essas categorias.

Quanto à média salarial praticada no Rio de Janeiro para os técnicos de enfermagem (R\$ 1.080,00), ela se mostra extraordinariamente superior à média nacional (61%) que é de R\$669,99. Supera a média da Região Sudeste (R\$ 684,48) em 58%; a média dos municípios com até 10 mil habitantes (R\$ 672,66) em 61% e; a média daqueles com mais de 500 mil habitantes (R\$ 1.006,11) em apenas 7%.

O salário oferecido pelo Rio de Janeiro para os THD também são superiores a média nacional, às médias de todas as regiões e, às calculadas segundo porte populacional.

Os salários oferecidos para os ACD se mostraram iguais em quatro editais R\$ 810,00. Em apenas um edital esse valor foi inferior, R\$ 800,00. A média salarial deste profissional no âmbito do município do Rio de Janeiro também transcende a média nacional, às médias de todas as regiões brasileiras e portes populacionais, com exceção da média dos municípios com população superior a 500 mil habitantes (R\$ 905,00) que é 12% maior.

No que corresponde à totalidade dos editais com vagas para ACS, 47% (n=16) não especifica o salário a ser pago. Dentre os que especificam (n=17), os valores variam: para os dados de 2010 e em um de 2011, o valor oferecido foi de R\$ 710,00; para os sete editais

datados de 2011, o valor do salário correspondia a R\$ 749,05, enquanto que para apenas um, também de 2011, o valor mostrou-se superior, R\$754,60. A média salarial carioca deste profissional supera à média nacional, à média de todas as regiões e de todos os portes populacionais.

Quanto à remuneração indireta, nesse caso, os benefícios oferecidos pelas Organizações Sociais, ela varia de acordo com a categoria profissional. Ficou evidenciado a partir das proporções calculadas por meio da seguinte fórmula

$$\frac{nebX}{tevX} \times 100$$

Donde:

nebX = número de editais que assumem benefícios para a categoria X

tevX = total de editais que anteveem vagas para a categoria X,

que os profissionais que mais recebem benefícios são os agentes comunitários de saúde (96,9%) seguido dos médicos (91,7%), como mostra o Gráfico 13.

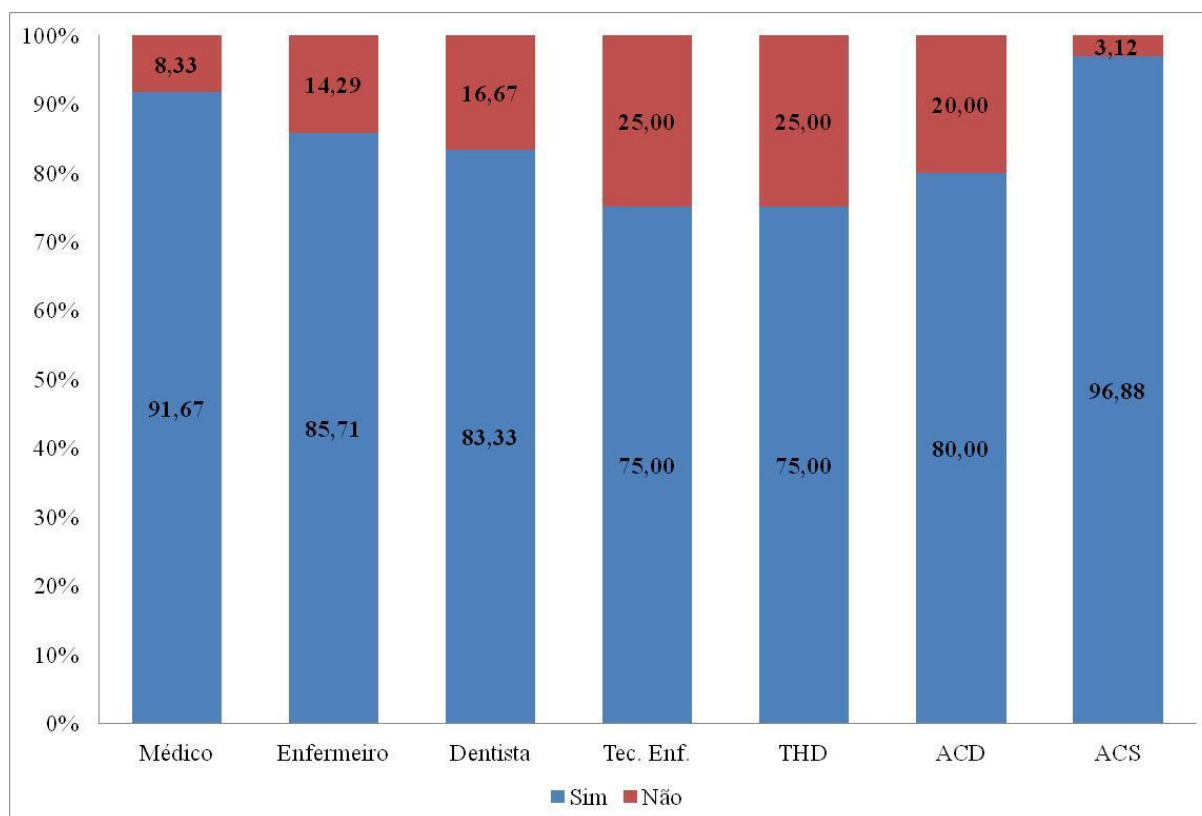


Gráfico 13: Distribuição percentual de editais que previam ou não benefícios para os profissionais da Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2002-2009

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

As categorias com menor previsão de benefícios, segundo editais, são àquelas de nível médio, quais sejam: técnicos de enfermagem e técnicos de higiene dental. Em 75% dos editais com vagas para estas categorias não havia garantia de benefícios. Esses dados corroboram os resultados da pesquisa *Monitoramento da Qualidade do Emprego da Estratégia Saúde da Família* (GIRARDI, 2009), que apontam que o percentual mínimo da prática de benefícios e incentivos foi registrado para técnicos de enfermagem, 15%, enquanto que o maior percentual foi evidenciado para os ACS, 22,8%.

No que tange a proporção de editais por tipo de benefício previsto, calculou-se a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{netbX}{nebX} \times 100$$

Donde:

$netbX$ = número de editais que assumem o benefício X

$nebX$ = número de editais que assumem benefícios para a categoria X.

Os resultados encontram-se sumarizados no Gráfico 14.

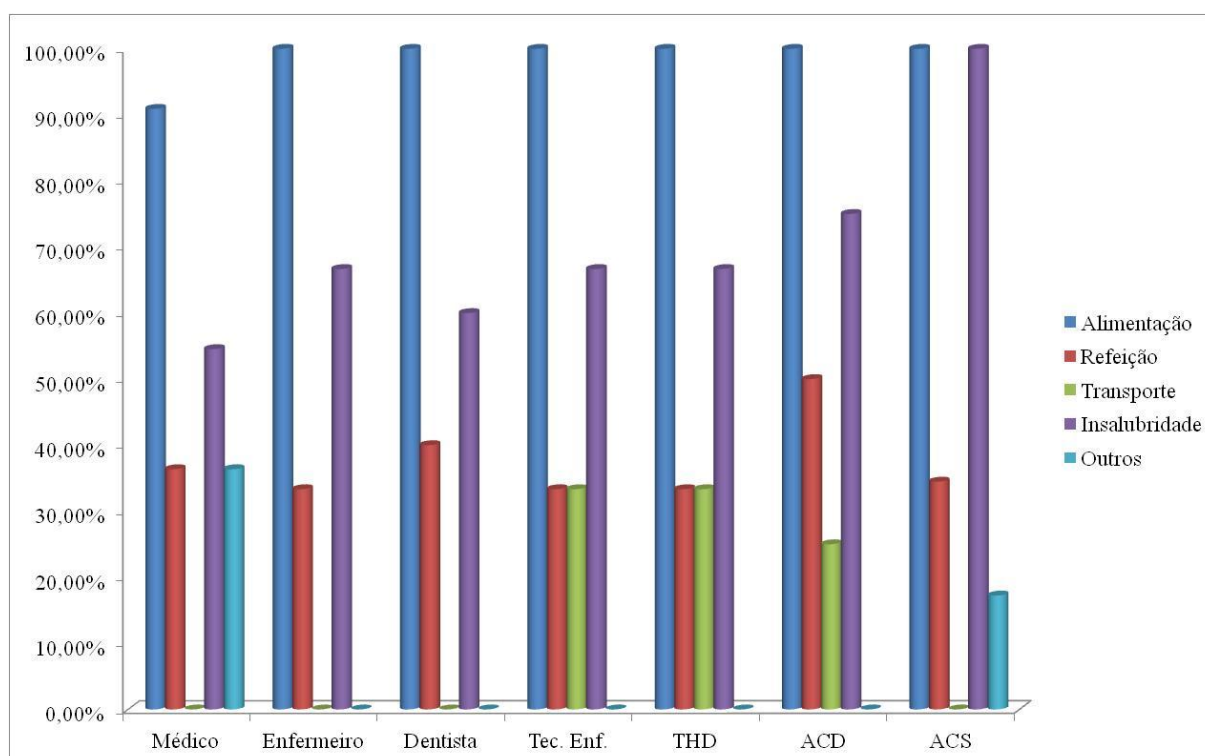


Gráfico 14: Distribuição proporcional de tipos de benefícios previstos em editais de seleção para a Saúde da Família do Rio de Janeiro, segundo categoria profissional – 2009-2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e de Duque de Caxias, 2012.

Como é possível notar, o auxílio alimentação é previsto em 100% dos editais que contemplam benefícios para os enfermeiros, dentistas, técnico de enfermagem, THD, ACD e ACS. Para os médicos, em apenas um edital não havia especificação dos tipos de benefícios assegurados, de modo que não se pode afirmar a garantia do auxílio alimentação para 100% dos editais. A proporção de editais com garantia de auxílio refeição alcançou o maior percentual para os ACD (50%) e os menores para os enfermeiros, técnicos de enfermagem e THD, todos com apenas 33,3%.

O auxílio transporte aparece apenas para os técnicos de enfermagem, THD e ACD nas respectivas proporções: 33,3%; 33,3% e; 25%. Assim, é possível inferir que o auxílio transporte é benefício garantido apenas para os cargos de nível médio e fundamental, com exceção dos ACS. Fato não surpreendente, visto que o requisito fundamental para assumir esse cargo é ser morador da área de atuação da equipe de Saúde da Família, donde não se faz necessário o uso de transporte para o deslocamento até o local de trabalho.

O benefício de insalubridade aparece em 100% dos editais com garantia de benefícios aos ACS. Para os demais profissionais, a maior proporção foi para os ACD (75%) e a menor para os médicos (54,5%).

Cabe chamar atenção que, da mesma forma que em um edital que previu garantia de benefícios aos médicos não há detalhamento de quais são os benefícios, o mesmo acontece com enfermeiros, técnicos de enfermagem e THD.

Foi ainda constatado que outros benefícios, que não os citados, foram oferecidos aos médicos e ACS. Em 36,4% dos editais contemplando vagas para médicos se previu uma gratificação a ser acrescida aos vencimentos. No edital lançado pelo IABAS, o benefício foi denominado *gratificação por distância*, a qual o valor não fora mencionado. Já nos editais da Organização Social SPDM (n=3) o benefício acrescido ao salário, era em virtude da área de atuação ser de *difícil provimento*. Em dois editais, a gratificação equivalia a R\$ 1.500,00, e em outro, o benefício foi valorado em R\$1.596,90.

A escassez de médicos e sua alta rotatividade tem fomentado a criação de incentivos a esta categoria como estratégia de atração e fixação desses profissionais, como recomendado pelo relatório final da pesquisa *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos* (BRASIL, 2005b). A referida pesquisa constatou a necessidade de concessão de incentivos salariais para os profissionais atuantes na ESF, sobretudo para aqueles em áreas de maior risco social e epidemiológico, de forma que pudesse possibilitar maior permanência de profissionais nesses locais, diminuindo por consequência a rotatividade.

Quanto ao benefício previsto exclusivamente para os ACS, que aparece em 17,2% dos editais refere-se ao auxílio creche para funcionárias com filhos de até cinco anos e onze meses, no valor de R\$ 115,45.

Como adicional, ainda no que diz respeito aos benefícios, foi calculada a correlação de Pearson ao nível de significância de 5%³² ($\alpha=0,05$) entre o quantitativo total de editais com previsão de vagas para cada categoria profissional e o quantitativo de editais que anteviam benefícios para cada categoria.

O resultado mostrou uma correlação linear positiva forte com significância estatística ao nível de significância de 5% ($r = 0,7552$; $p = 0,05$). E quando calculado o coeficiente de determinação³³ ($r^2 = 57,04\%$), pode-se inferir que 57% da variação dos benefícios pode ser explicada pela variação do número de vagas.

➤ Da jornada de trabalho

Em todos os editais a carga horária prevista era de 40 horas para todos os profissionais em cumprimento à Portaria nº 648 de 2006, dado que a Portaria nº 2.027, que flexibiliza a carga horária médica foi editada somente em agosto de 2011. Assim, espera-se que haja mudanças na carga horária médica nos próximos editais a serem publicados neste município.

➤ Da contratação

Com exceção de um edital de processo seletivo para médicos, THD e técnicos de enfermagem, em que não há menção ao regime de contratação desses profissionais, em todos os outros e para todos os cargos a contratação é indireta por meio das Organizações Sociais, realizadoras dos processos seletivos, sob regime jurídico celetista. E, portanto, sem direito a estabilidade prevista para estatutários, não obstante ao fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS)³⁴, inerente a essa modalidade de contratação.

³² Os coeficientes de correlação de Pearson expressam numericamente a intensidade e a direção da correlação. Estes variam entre -1,00 e +1,00. Sempre que o valor do coeficiente for positivo a correlação será positiva, ou seja, a correlação entre as variáveis se dá de maneira proporcional e; quando negativo a correlação será negativa, que implica numa inversão de proporcionalidade entre as variáveis (LEVIN & FOX, 2004). Já a significância de um teste é a probabilidade máxima de rejeitar acidentalmente uma hipótese nula verdadeira.

³³ O coeficiente de determinação (R^2), é o quadrado do coeficiente de correlação de Pearson. Indica o percentual da variação explicada pela regressão representa da variação total (TRIOLA, 1999).

³⁴ Todo trabalhador brasileiro com contrato de trabalho formal, regido pela CLT e, também, trabalhadores rurais, temporários, avulsos, safreiros e atletas profissionais têm direito ao FGTS, que foi criado em 1967 pelo Governo Federal para

Ficou evidenciado em pesquisa realizada por Medeiros et al (2010), que o regime de trabalho figura entre os principais fatores de rotatividade de enfermeiros e médicos, de modo que quando empregados por meio de modalidades de contratação precária migram de um município a outro conforme a proposta financeira que recebem. O regime celetista, assim como estatutário, se configura como um tipo de contratação valorizada pelos profissionais que atuam na Saúde da Família, em virtude da seguridade perante a lei que garante benefícios como férias, licenças entre outros.

5.4.2 Duque de Caxias

A Estratégia Saúde da Família do município de Duque de Caxias está vinculada a Secretaria Municipal de Saúde por meio do Departamento de Atenção a Saúde. Este Departamento, por sua vez, tem sob sua subordinação a Coordenação de Atenção Básica que é responsável pela ESF e pela rede de unidades básicas de saúde composta por seis postos tradicionais, como mostra a Figura 8.

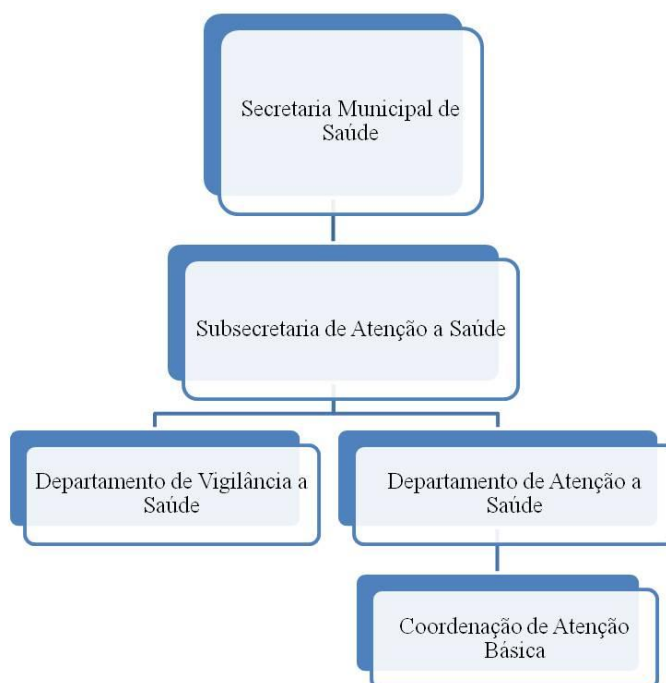


Figura 8: Fluxograma de relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e órgãos responsáveis pela Estratégia Saúde da Família do município de Duque de Caxias - 2012

proteger o trabalhador demitido sem justa causa. O FGTS é constituído de contas vinculadas, abertas em nome de cada trabalhador, quando o empregador efetua o primeiro depósito. O saldo da conta vinculada é formado pelos depósitos mensais efetivados pelo empregador, equivalentes a 8,0% do salário pago ao empregado, acrescido de atualização monetária e juros (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2009?).

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

O município de Duque de Caxias implantou as primeiras equipes de Saúde da Família (n=8), em 1998. No ano 2000, contava com 28 equipes e após adesão ao PROESF, em 2003, a tendência de crescimento se tornou mais acentuada, de modo que em 2008, o município alcançou o maior quantitativo, 68 equipes. Contudo, a partir de 2009, o município passou a apresentar queda no número de equipes, encerrando o ano de 2011 com apenas 38 equipes completas, o que possivelmente, deveu-se a saída de um grande número de médicos da ESF. De acordo com os gestores entrevistados, a maior parte dos trabalhadores que compõem as equipes de Saúde da Família são servidores públicos municipais, visto que a contratação da força de trabalho em saúde é de responsabilidade da Prefeitura. Todavia, contratações temporárias também foram realizadas pela Prefeitura como afirma Ney (2009):

entre 2005 e 2008, também houve contratações temporárias de profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos) para comporem as novas equipes em processo de implantação. Os contratos administrativos com os profissionais eram firmados diretamente pela Prefeitura [...]. A remuneração estipulada em contrato era um pouco inferior aos estatutários, mas os temporários contavam com algumas vantagens asseguradas em lei como: 13º. salário, férias e licenças.

Para o período compreendido entre 1998 e 2011, apenas três editais foram identificados. Dois referentes a concurso público e um a processo seletivo.

Os dois editais de concursos públicos, um datado de 2004 e outro de 2007, foram publicados com o objetivo de tornar público o processo de seleção para provimento de cargos efetivos no âmbito da Prefeitura Municipal de Saúde. O edital de processo seletivo público simplificado, por sua vez, destinava-se à formação de cadastro de reserva de agentes comunitários de saúde para atuação na ESF.

Segundo os gestores entrevistados, grande parte dos profissionais de nível superior que atuam na ESF do município foi contratada por meio desses dois concursos públicos, majoritariamente, os enfermeiros e dentistas. No que compete aos cargos de nível médio e fundamental, sobremaneira para o recrutamento de ACS, processos seletivos foram divulgados conforme necessidade de preenchimento de vagas, por meio de edital que obedece a um modelo pré-estabelecido.

Ao longo desses anos, diversos editais foram publicados, entretanto, gestores da Secretaria de Saúde não souberam precisar o quantitativo, porém forneceram o modelo utilizado para a construção de todos os editais abertos nos anos 2000 para recrutamento de candidatos a vagas de cargos de nível médio e fundamental.

Há também outras modalidades de seleção adotadas pela SMS de Duque de Caxias. Para médicos, por exemplo, devido a sua escassez e alta rotatividade, que foram inclusive responsáveis pelo descredenciamento de inúmeras equipes junto ao Ministério da Saúde, o processo é bastante simplificado. Muitas vezes restringe-se a análise curricular de profissionais que deixam currículos na própria SMS ou Prefeitura. A incorporação de profissionais médicos indicados por outros profissionais, gestores ou políticos também é frequente.

As características dos editais identificados encontram-se sumarizadas a seguir, por meio do Quadro 13.

Ano	2004	2007	2011
Tipo de Processo	Concurso Público		Processo Seletivo
Inscrição	Internet		Presencial
	Correios	Presencial	
Cargos oferecidos	Médico		ACS
	THD	Enfermeiro	
	ACD	Dentista	
Etapas de Seleção	Prova Objetiva		Currículo
			Entrevista

Quadro 13: Síntese das características dos processos de recrutamento de pessoal realizados pela Prefeitura Municipal de Duque de Caxias para atuação na Estratégia Saúde da Família - 2000-2011

Fonte: Magnago, C. Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias.

O edital do concurso público de 2004 ofertou vagas para médicos, THD e ACD. Previu inscrição pela internet e pelos Correios e, a estratégia de seleção adotada foi a aplicação de prova objetiva contendo questões de SUS e conhecimentos específicos para os médicos e; de português e específicas para THD e ACD.

O edital do concurso público de 2007 anteviu vagas para médicos, enfermeiros e dentistas e; inscrição presencial ou por meio da internet. Este edital, como o anterior, estabeleceu unicamente a prova objetiva como etapa de seleção. Os conteúdos previstos para as questões foram o português, SUS e conhecimentos específicos para todos os cargos.

O edital do processo seletivo, publicado em 2011, por sua vez, estabeleceu como modalidade de inscrição apenas a presencial e, contemplou vagas somente para ACS. A seleção, segundo o edital, se daria apenas por análise curricular e entrevista.

Cabe salientar que os dois concursos públicos foram organizados por instituições externas, quais sejam: Fundação Cesgranrio e o Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Público e Privado (IPDEP).

O quantitativo total de vagas oferecidas pelos dois editais de divulgação de concursos públicos foi de 2.079. O edital de 2011 não determinou o número de vagas previstas para formação do cadastro de reserva. Do total de vagas, 5,2% foram vagas reservadas para deficientes. O percentual de vagas para os profissionais com atuação na ESF foi de 16%, sendo 320 vagas de ampla concorrência e 18 cotizadas para deficientes.

A distribuição por ano aponta que o edital de 2007 disponibilizou doze vezes mais vagas (ampla concorrência) para cargos de Saúde da Família, que o edital de 2004. No que compete à distribuição por categoria profissional, o maior número de vagas de ampla concorrência foi ofertada para os dentistas, n=124 (38,8%) e médicos, n=102 (31,9%). Para enfermeiros o quantitativo de vagas, de acordo com os editais foi de 74 (23,1%); 10 (3,1%) para THD e outras 10 (3,1%) para ACD, como mostra o Gráfico 15.

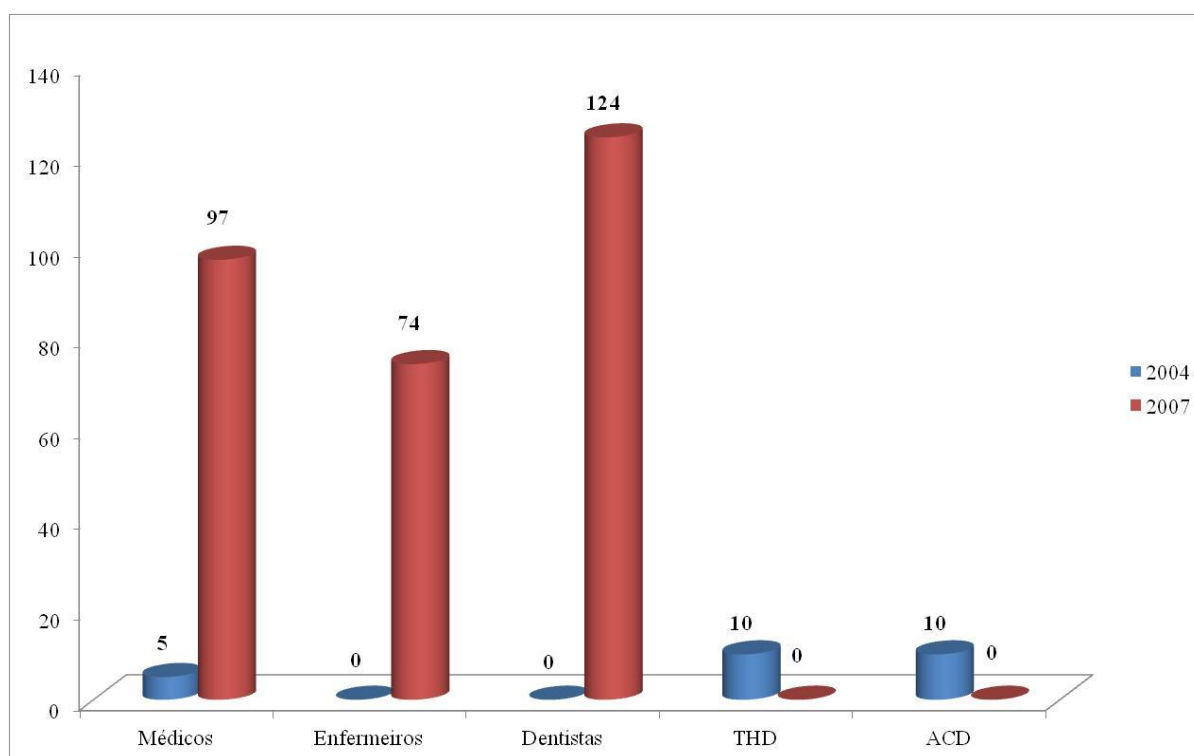


Gráfico 15: Distribuição de vagas ofertadas por editais de processos de seleção de profissionais para a Estratégia Saúde da Família de Duque de Caxias por ano, segundo categoria profissional – 2000-2011

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 2012.

O edital para recrutamento de ACS determinava 40 horas semanais como carga horária a ser cumprida para o desenvolvimento das atividades em consonância com a legislação que estabelece normas para ESF. Em contraste, o edital de 2004 estabelecia jornada de trabalho de 20 horas para a força de trabalho em saúde. A explicação para a carga horária de 20 horas advém da redação do estatuto municipal de Duque de Caxias que não prevê carga horária de 40 horas para servidores públicos municipais.

Para adequação às normas ministeriais, que até então previam carga horária de 40 horas para todos os profissionais de saúde atuantes na ESF, o município de Duque de Caxias editou as Leis nº 1.561, e nº 1.584, ambas de 2001, que criaram respectivamente, o Regime Especial de Trabalho (RET) para a categoria funcional de médico e; RET para enfermeiro e demais categorias. Assim, essas Leis garantem a contratação de profissionais para atuarem na ESF com carga horária de 40 horas, e em troca fazem jus a uma gratificação para complementação salarial, visto que não podem receber salário-base diferenciado dos demais servidores públicos municipais (NEY, 2009)

Com base nas referidas Leis, o edital de 2007 estabeleceu carga horária de 40 horas e, um salário base diferenciado para os profissionais que se candidatassem a ESF. De modo que o salário especificado nesse edital para médicos, enfermeiros e dentistas da ESF era de R\$4.816,62, enquanto que para os mesmos profissionais a serem lotados em outras unidades de saúde, o salário oferecido foi de R\$719,20.

Contudo, segundo a Coordenadoria de Editora e Imprensa do Superior Tribunal de Justiça (BRASIL, 2011), os servidores aprovados neste concurso passaram a receber o valor pago aos demais servidores: salário base de R\$719,20. Porém, com gratificações que elevavam os vencimentos para o estipulado no edital. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) negou a aplicação do vencimento contido no edital, por ser diferente do estabelecido em Lei.

O TJRJ alegou que somente outra lei específica poderia alterar a remuneração dos servidores públicos. Diante disso, os servidores, ora aprovados no referido concurso, entraram com recurso contra a decisão do TJRJ, pedindo deferimento do direito de ser remunerado conforme prenunciado no edital do concurso. Apesar disso, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), julgador do recurso, afirmou não existir direito do servidor em usufruir das garantias contidas no edital, se as mesmas estivessem em discordância da legislação.

Em sua defesa, o município alegou que a gratificação paga aos servidores está de acordo com a Lei Municipal nº 1.561/01 que institui o RET. Por outro lado, o STJ elucidou que esta lei estabeleceu apenas a concessão de gratificação, incorrendo, o edital, portanto, em erro, pois fez constar vencimento-base diferente do estipulado na legislação que rege a carreira dos servidores.

O salário oferecido para os ACS no edital de 2011 foi de R\$532,00, mas segundo os gestores entrevistados, um edital posterior reajustou esse valor que passou a ser de R\$714,00. Cabe ainda adicionar que a contratação desses profissionais é realizada mediante contrato temporário.

5.5 A Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: o olhar dos gestores

Da análise das entrevistas emergiram diferentes temáticas relevantes ao tema da gestão do trabalho na ESF que trazem à tona as principais melhorias e dificuldades percebidas na atualidade.

5.5.1 Processos educativos

Algumas das dificuldades e melhorias apontadas pelos gestores referem-se aos processos educativos que envolvem os profissionais de saúde que atuam na ESF. É sabido que há falta de profissionais de saúde no mercado de trabalho com expertise e perfil para trabalhar na ESF, de modo que as equipes tem sido conformadas com egressos de cursos de graduação submetidos a uma formação inadequada (MASCARENHAS e ALMEIDA, 2002).

Esse cenário não é diferente nos municípios estudados por esta pesquisa. A partir das falas a seguir, é possível identificar o despreparo dos profissionais de saúde como uma dificuldade, sobretudo no que se refere à formação dos médicos.

“Nossa principal dificuldade hoje é em relação à formação dos profissionais, principalmente da graduação, a gente recebe enfermeiros que não sabem aplicar uma BCG ou médicos que não sabem fazer um preventivo ginecológico. Nunca fizeram isso na faculdade [...]”. (Rio de Janeiro)

“Reconheço algumas faculdades que fazem um esforço para formar o estudante para Atenção Básica, outras não. Ainda tem muito o que caminhar,[...]. Embora a faculdade tenha o tema no currículo, ainda é muito difícil, principalmente para a formação do médico [...]. A faculdade ainda forma muito pouco para o SUS [...]”. (Duque de Caxias)

Ainda pouco se valoriza a formação generalista dos profissionais de saúde, principalmente na medicina, onde diversas especialidades se desenvolveram, provocando fragmentação do cuidado e desestímulo a obtenção de conhecimentos científicos comuns. (FERREIRA et al, 2010).

Pouco se acredita que a atenção especialista produza efetividade na Atenção Básica. Pelo contrário, Starfield (2001)³⁵ apud Souza (2002) afirma que um sistema de saúde centrado

³⁵ STARFIELD, Bárbara. 2001. Atención Primaria: Equilíbrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Masson; 2001.

nas especialidades põe em risco o princípio de equidade, uma vez que a atenção superespecializada é mais cara que a atenção primária e, portanto, tem menor acesso a ela a população de baixa renda.

Tradicionalmente o sistema de saúde nacional priorizou os serviços de alta complexidade em detrimento aos de atenção básica, em consequência, esse modelo ressoou na formação dos profissionais de saúde (SOUZA, 2002).

Ademais, a hierarquização e a desintegração do conhecimento bem como o ensino prático que dicotomiza teoria e prática, ainda em pauta nas universidades, potencializam resistências às mudanças, distanciando, o profissional de saúde do serviço público e da Atenção Básica e reforçando o imaginário de que melhor é ser profissional de hospital privado e/ou ter consultório próprio (FERREIRA et al, 2010).

Em virtude das dificuldades evidenciadas, no que compete a formação dos profissionais de saúde que atuam na ESF, o Rio de Janeiro tem investido na aproximação da rede de saúde com a universidade.

“A maior dificuldade hoje talvez seja a fixação do profissional médico, por falta de formação desses profissionais, e aí a gente está investindo pesadamente em abrir campos de estágios para todas as universidades que tenham interesse. Estamos fazendo parcerias com todas as universidades, escolhendo as melhores unidades. Por que, até hoje, quais são as unidades que ofereciam para universidade? As piores, lá dentro da favela, com as piores condições de trabalho. Hoje não.” (Rio de Janeiro)

Nesse sentido, reforça-se a necessidade da criação de vínculos entre a universidade e a rede de saúde para que os estudantes entrem em contato com a realidade da população e dos serviços de saúde pública e pratiquem efetivamente o exercício profissional na perspectiva do SUS (MAGNAGO, 2009).

As parcerias entre as Instituições de Ensino Superior e a rede de saúde

devem ser fortalecidas e aprimoradas com a participação dos gestores, docentes, alunos e usuários. Nenhuma relação se consolida se alguma parte não oferece retorno à outra, e nesse sentido, deve-se permitir um maior aproveitamento do aluno nos campos práticos que promova o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades e competências e que resulte em melhorias ao serviço e ao usuário, proporcionando assim, maior enlaçamento entre universidade e serviço (MAGNAGO, 2009, p.61).

Ainda na perspectiva de aprimorar o atendimento dos usuários da ESF, realizado pelos profissionais de saúde, e de ampliar o número de trabalhadores especializados na ESF, os municípios vem adotando estratégias de qualificação da sua força de trabalho, como evidenciado nas falas a seguir.

“A gente está ampliando as vagas de residência multiprofissionais. Já para o ano que vem lançamos 110 vagas de residência para medicina de família, porque tem uma carência desse profissional no país inteiro, especialmente aqui no Rio de Janeiro. A gente vai precisar de 1.500 médicos de família, médicos com perfil pra trabalhar na atenção primária.” (Rio de Janeiro)

“Quanto à qualificação do profissional, a gente é bem servido. Inclusive, oferecemos especialização em saúde da família pelo UNASUS. A gente tem incentivado o profissional a ter título de especialista, inclusive o medico.” (Duque de Caxias)

“A estratégia de processos educativos formais e liberação e compra de cursos de especialização, mestrado, cursos técnicos, foi um grande investimento que a gente fez. A secretaria está gastando aproximadamente 10 milhões de reais por ano com cursos, com processos educativos formais, com curso de especialização em saúde da família, com mestrado,[...], com cursos técnicos tanto para os agentes comunitários quanto para os agentes de vigilância em saúde.”(Rio de Janeiro)

A criação de cursos de capacitação, embora seja um avanço importante para superar a carência imediata de profissionais capacitados para a Saúde da Família, não confere impacto nos cursos de graduação, o que por consequência gera um ciclo vicioso no qual a rede de saúde, enquanto empregadora, torna-se responsável por preparar o profissional para atuar (MASCARENHAS e ALMEIDA, 2002; CORDEIRO 2000).

Adicionalmente, foi pontuado por gestor de Duque de Caxias que a qualificação *per si* não é suficiente. Há que se bonificar o profissional mais qualificado, também como forma de reconhecimento profissional.

“Não adianta ter qualificação se você não vai agregar nada para o profissional. Você tem que oferecer. Tem que ter o lado da política. Tem que ganhar mais. Tem que diferenciar o cara que é especialista do não especialista. Isso a gente não consegue ainda.” (Duque de Caxias)

5.5.2 Modelo de atenção à saúde

Uma das dificuldades apontadas pelos gestores diz respeito à aceitação e o entendimento do novo modelo de atenção orientado pela Estratégia Saúde da Família.

O modelo de atenção é uma “forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade” (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 27). Nesse sentido, diz respeito à maneira de gerenciar a organização, os processos políticos e o trabalho envolvidos no cuidado (MERHY, 2000).

A Estratégia Saúde da Família foi implantada com o objetivo de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em vigor no Brasil. Espera-se superar o modelo pautado no conceito de saúde como ausência de doença, em práticas clientelistas e que tem por foco a patologia. Ademais, o modelo biomédico é centrado no hospital, no profissional médico, nas especialidades e no atendimento à demanda espontânea.

O modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS e ESF, por sua vez, baseia-se no conceito de saúde como qualidade de vida e na importância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Concentra-se na atenção ao coletivo e na pessoa saudável na perspectiva de prestar serviços de saúde como direito de cidadania.

Adicionalmente, descentraliza as ações de saúde por meio da diretriz da hierarquização que articula três níveis de atenção, com atuação de equipe interdisciplinar e com base na estruturação dos atendimentos em torno da demanda organizada e na percepção integral do ser humano, articulando as ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças.

Segundo os gestores, encarar essa transição dos modelos de atenção configura-se uma dificuldade atualmente enfrentada por trabalhadores, gestores e usuários. A resistência à mudança implica em obstáculo para o desenvolvimento e consolidação da ESF, sobretudo em grandes municípios, onde ainda impera a rede de serviços terciária.

Quando comparada a Atenção Básica, os serviços terciários ainda são mais valorizados, apreciados como mais complexos e resolutivos, visto que concentram maior gama de equipamentos, técnicas de cuidado e atuam em diferentes situações que incorrem risco de vida. E nesse sentido, valorizam-se muito os conhecimentos biológicos, patológicos e técnicos (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

“Então tem sido muito difícil no momento fazer a mudança do modelo, fazer com que as pessoas tanto quanto os profissionais gostem de ser atendidas de maneira personalizada, longitudinal e não de maneira imediata, em qualquer tempo, em qualquer hora. Conciliar isso com satisfação dos profissionais e com a expectativa da população é um desafio para todos os sistemas do mundo e a gente está caminhando nessa construção”. (Rio de Janeiro)

“Tem alguns clínicos que chegam na Saúde da Família e falam assim: O que? Eu vou trabalhar na Saúde da Família? Nada a ver. Vai ser o modelo de posto. Só que um posto que tem a agente comunitário de saúde, enfermeiro e tal!”. (Duque de Caxias)

Por outro lado, os próprios gestores reconhecem que muitos profissionais, que antes trabalhavam na rede básica tradicional, tem conseguido se adaptar as diretrizes da ESF.

“Alguns conseguiram perceber o ganho com a participação do agente comunitário, o papel do enfermeiro na equipe. Alguns estão fazendo visita domiciliar, por exemplo, que era uma coisa assim, totalmente fora da realidade dele quando ele foi lotado naquela equipe”. (Duque de Caxias)

Estudo de Linha de Base do PROESF, realizado em 2005, aponta alguns problemas para a consolidação da ESF no município de Duque de Caxias, dentre eles a predominância das unidades básicas de saúde tradicionais com programas de saúde pública. Seis anos depois, essa realidade não mudou muito, Duque de Caxias permanece mantendo o modelo de atenção básica tradicional associado ao modelo da ESF. De modo que, a Saúde da Família parece funcionar em caráter complementar e não em caráter substitutivo, visto que foi implantado e ainda se mantém como estrutura paralela à rede de saúde.

“Vai ficar junto, o tradicional e o PSF. Vai ter demanda aberta, logicamente, porque não vai dar pra absorver. Por exemplo, eu tenho uma área de provavelmente 50 mil habitantes e eu não vou poder construir uma unidade básica de saúde para 50 mil habitantes com PSF. Então vai ser uma parte PSF, outra parte tradicional, mas expandindo os ACS. [...]. A gente já vai estar entrando no sistema gradativamente, já deixando preparado para que numa próxima unidade a ser construída, em outro momento, a gente comece a fechar geograficamente aquela área”. (Duque de Caxias)

A ESF foi criada no sentido de garantir os princípios do Sistema Único de Saúde, para tanto, é assumida como porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde e orientadora do sistema de referência e contra referência. Ademais, desde a sua implantação, a ESF passou a ser responsável por uma série de atribuições referentes ao cuidado em saúde da população adscrita. Em virtude disso, alguns gestores alegam haver sobrecarga de trabalho na ESF.

“Outro problema é a quantidade de atribuição que a Saúde da Família tem. Hoje qualquer coisa que inventem, qualquer programa de qualquer coisa, coitada da Saúde da Família, ela tem que dar conta. Então acho que é uma agenda de coisas que a Saúde da Família tem que fazer que por mais que eu acredite no atendimento integral, acho que é muita coisa para ela olhar na vida do paciente. [...]. Essa agenda muito cheia faz perder um pouco as prioridades” (Duque de Caxias).

Pesquisa desenvolvida por Capozzolo, em 2003, apontou as múltiplas atribuições e sobrecarga de trabalho como grandes fatores de desmotivação dos profissionais da Saúde da Família. Na referida pesquisa, médicos entrevistados relataram que a sobrecarga de trabalho decorria, sobretudo, do atendimento das intercorrências da população. E considerando que as prioridades da ESF são a promoção e a prevenção da saúde, os profissionais entrevistados assinalaram que estava ocorrendo uma “inversão da prioridade, pois a maior parte do seu

trabalho e dos demais profissionais da equipe estava centrada em responder à demanda do dia, e não em desenvolver atividades programáticas e ações de prevenção” (p. 181).

Diante do contexto apresentado e da dificuldade em se determinar com clareza quais as atribuições da ESF e das demais unidades básicas, o município do Rio de Janeiro produziu uma Carteira de Serviços que relaciona as ações a serem realizadas na Atenção Primária à Saúde.

“Tem-se ainda a Carteira de Serviços que uniformiza as ações que devem ser desenvolvidas na atenção primária [...]. Todas as unidades devem ter o mesmo cardápio de ações que deve ser desenvolvido independente de ser Saúde da Família ou não.” (Rio de Janeiro)

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde foi elaborada pelos gestores do nível central e das coordenações de áreas de planejamento da SMSDC com o objetivo de nortear as ações de saúde na APS oferecidas pelo município do Rio de Janeiro à sua população e, publicada em 2011.

Ainda no que diz respeito ao modelo de atenção, os gestores de Duque de Caxias ainda discorreram sobre dois outros problemas enfrentados atualmente na ESF do município, quais sejam: o vínculo com o paciente e o apoio da rede de referência.

O vínculo com os usuários, segundo os gestores, intimida alguns profissionais, sobretudo os médicos, gerando por consequência a desaprovação por parte da comunidade para com esse profissional e por vezes com a equipe.

“Outra dificuldade é vínculo com o paciente. [...]. Isso para alguns é maravilhoso, para outros é assustador [...] principalmente para o profissional médico. Acho que na formação profissional o enfermeiro é muito preparado para fazer vínculo, mas o médico ainda hoje é muito pouco preparado [...]. A relação ainda é muito na vertical, [...] e acho que a Saúde da Família apavora muito os médicos, nesse sentido. Acho que é um problema isso. E hoje em dia para fazer vínculo [...] tem que ter sabedoria [...]. Porque senão esse vínculo pode ter um preço caro. Às vezes a gente tem que remanejar profissional [...]. De modo geral é o médico que tem conflito.”(Duque de Caxias)

O vínculo com os usuários do serviço de saúde fomenta a efetividade das ações assistenciais, facilita a continuidade do acompanhamento terapêutico e favorece a participação ativa do usuário durante o cuidado (CAMPOS, 1997).

Emerge a necessidade de adoção de uma postura dos profissionais de saúde para com os usuários, que leve em consideração a coresponsabilidade entre o trabalhador de saúde e a comunidade, que vislumbre a mudança de um modelo centralizado no profissional para outro

centrado no usuário (MERHY, 1998³⁶ apud MACARENHAS e ALMEIDA, 2002).

No que compete ao suporte da rede de referência, os gestores de Duque de Caxias apontaram dificuldade em estabelecer maior interlocução entre os serviços secundários e terciários de saúde.

“Acho que todos os resultados que não são alcançados na Saúde da Família, é muito por falta de suporte nas referências, porque milagre a Saúde da Família também não vai fazer, e pelo contrário, às vezes o PSF é acusado de negligenciar o paciente porque ele foi internado. Claro, a gente está lá olhando, e levanta a demanda de internação e de exames.”(Duque de Caxias)

“A gente houve o seguinte: ‘toda hora o pessoal da Saúde da Família chama o SAMU.’ A gente está com a cobertura pequena, em torno de 28%, e a gente tem que escutar isso de quem tem que apoiar a Saúde da Família.” (Duque de Caxias)

Mascarenhas e Almeida (2002) demonstram preocupação com a implementação fragmentada da Atenção Básica em que não há a constituição de um sistema de saúde integrado, até mesmo pela ausência da hierarquização da rede e de um sistema de referência e contra referência efetivo.

A integralidade da assistência é dificultada pela ausência de uma rede estruturada de referência e contra referência de serviços assistenciais, uma vez que essa lacuna ocasiona o rompimento da continuidade do cuidado e por consequência, fortalece o modelo tradicional de assistência que se ampara na centralização do médico e no modelo de consultas voltadas para a doença e resolução da sintomatologia. Sinaliza-se, portanto, a necessidade de organização e estruturação desse sistema (MACHADO, COLOMÉ e BECK, 2011).

5.5.3 Infraestrutura

Muitas dificuldades vivenciadas por profissionais de Saúde da Família são atribuídas à organização do serviço que, via de regra, é marcada por precariedade na infraestrutura. A infraestrutura é definida como o “conjunto de elementos relativos aos recursos humanos, materiais, regulamentações e incentivos, [...] que facilitam o processo de responder às questões [...] apresentadas aos serviços de saúde [...]. Pode ser concebida como parte do

³⁶ MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, Afonso Teixeira et al. (Org.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p.103-20.

arcabouço de sustentação do trabalho em saúde” (SOUSA, 2001³⁷ apud PEDROSA, 2011, p. 14).

A totalidade dos gestores de ambos os municípios realçaram a infraestrutura como sendo um fator importante a ser melhorado. O município do Rio de Janeiro já vem empreendendo esforços nesse sentido, como pode ser constatado por meio da fala a seguir.

“O primeiro ganho são unidades bem estruturadas, tem uma melhoria de estrutura física expressiva” (Rio de Janeiro)

Segundo os entrevistados do Rio de Janeiro, das 172 unidades com Saúde da Família do município, 43 são novas e 70 foram reformadas ou adaptadas para melhorar as condições de trabalho.

Em contrapartida, os gestores do município de Duque de Caxias relatam a infraestrutura como o maior obstáculo para a consolidação da Estratégia e como um dos maiores motivos para a alta rotatividade de profissionais.

“Nós temos infraestrutura precária. É uma questão que está se arrastando há anos, porque a Saúde da Família teve uma expansão muito grande em 2007 e 2008 dentro do município e não se buscou unidades próprias. São locais pobres e pertencentes ao município. Fez-se convênio ou cessão junto à associação de moradores. Alugaram-se casas sem respeitar a RDC nº 50. O Ministério da Saúde tem vários convênios de reforma e ampliação, requalificação de UBS, só que muitas não tem título de propriedade, não é próprio, não é do município e não sendo do município não dá para mexer” (Duque de Caxias)

“A gente tem bairro em que 70% da população não tem água encanada, por exemplo, e a Unidade de Saúde da Família também não tem porque está dentro daquela comunidade que é super carente. Então tem uma questão da estrutura física que acho que é uma coisa desmotivante para muitas pessoas com o trabalho”. (Duque de Caxias)

Pesquisa realizada por Ney (2009) já havia identificado os problemas estruturais das USF do município de Duque de Caxias:

As condições insalubres em que se encontram nas USF, com infra-estrutura inadequada, com falta freqüente de abastecimento de água e luz, sem linha telefônica, dificultando a comunicação com a coordenação e demais serviços, onerando os gastos com telefonia celular, a falta de logística para entrega e recebimento de materiais e insumos, entre outros. Todos esses fatores atrapalham o andamento das atividades, gerando insatisfação quase que diariamente durante a rotina profissional (p. 99-100).

A boa estruturação da SF confere maior resolutividade no âmbito da AB, reduzindo a procura de serviços de maior complexidade, o uso exagerado de medicamentos e de equipamentos de alta tecnologia bem como favorecendo a reorganização da demanda

³⁷ SOUSA, M. F. **A coragem do PSF**/Maria de Fátima Sousa. HUCITEC, São Paulo, 2001.

(PEDROSA, 2011). Todavia, é possível identificar a priorização dos serviços de saúde da rede terciária de atenção em detrimento dos serviços básicos.

“Você tem uma estrutura belíssima de hospitais, lugares adequados para o profissional trabalhar. Já as unidades de PSF são puxadinhos, no meio de qualquer lugar, casa adaptada com teto caindo, sem estrutura nenhuma. O profissional não tem condição nenhuma de ficar ali. Falta de insumo material, medicamento. Não tem apoio de outras referências. Falta integração com a rede”. (Duque de Caxias)

A precariedade da infraestrutura relatada pelos gestores dificulta a ampliação e o aprimoramento da rede básica de saúde via ESF, apontando a urgência de investimentos jurídicos que permitam a regularização das USF de Duque de Caxias e que possam estar habilitadas para a recepção de investimentos financeiros a serem alocados na melhoria da infraestrutura.

5.5.4 Vínculos e remuneração

Segundo os gestores do Rio de Janeiro entrevistados, no que compete a valorização profissional em termos de salários e vínculos, o cenário tem se apresentado melhor e cada vez mais promissor. A responsabilidade deste feito, em parte recai sobre a parceria estabelecida entre as organizações sociais e o município do Rio de Janeiro, que permitiu uma remuneração acima dos níveis salariais pagos pelo mercado de trabalho.

“Não há dúvida quanto aos números que a gente tem de 2008 comparados com os atuais. [...] Houve uma ascensão grande no quantitativo e qualitativo dos indicadores da Saúde da Família. [...]. E essa ascensão só foi possível por uma via que posso caracterizar como polêmica, que atinge o fim necessário, mas que alguns tem muitas restrições: as Organizações Sociais. Há um processo de concorrência, que exige qualificação pra ser habilitado para poder atuar como Organização Social. [...] A cada contrato de gestão existe uma comissão formada por várias áreas da secretaria que tem esse papel de fiscalizar o contrato, verificar o atendimento das metas, do que foi pactuado [...]” (Rio de Janeiro)

Por outro lado, a contratação de profissionais contratados de modo indireto, gerou conflitos entre os servidores públicos municipais já atuantes na ESF e os profissionais contratados, uma vez que os últimos recebem salários superiores aos estatutários.

“Porém, há um viés do profissional enquanto servidor atuar na estratégia. [...]. A gratificação hoje que é paga pelo município ao servidor comparada com que é pago pela Organização Social é destoante, em alguns casos chega a ser três vezes maior, e de certa forma desestimula um pouco o servidor neste cenário, principalmente se você considerar que desde 2002 esta gratificação existe e [...] permanece com valor inalterado. [...] É uma reivindicação antiga do servidor. [...]. Uma das maiores dificuldades, no meu ver, é tentar criar um ambiente menos conflituoso, menos hostil entre essas duas partes. Uma não é melhor que a outra. As duas se complementam e trabalham juntas em prol de um bem comum.” (Rio de Janeiro)

Mesmo diante deste cenário, os benefícios da contratação indireta de recursos humanos parecem sobrepujar as desvantagens. Segundo Senna e Cohen (2002), muitos gestores enxergam essa alternativa para driblar o comodismo dos funcionários públicos, “onde a estabilidade do emprego tem sido associada a baixos índices de produtividade, acomodação e ineficácia” (p.533).

“Temos como ganho os salários que estão de acordo com a expectativa do mercado tanto para os médicos quanto para os enfermeiros; extinção de vínculos precários, onde todo mundo é contratado ou celetista [...]. Então a gente acabou com os cooperativados e com outros tipos de vínculos que não garantem os direitos trabalhistas.” (Rio de Janeiro)

“Até 2009 tínhamos profissionais contratados por várias formas, com ONGs, associações de moradores, igreja contratando profissionais, das formas mais precárias possíveis. Hoje a gente só tem dois tipos de contratação: estatutário ou funcionário CLT contratado via Organização Social. Os CLT tem todos os direitos trabalhistas garantidos e eles adquirem uma certa estabilidade. Passado um ano é cada vez mais difícil você trocar de profissional. A gente consegue através do funcionário CLT, ter uma autonomia um pouco maior, de acompanhar o mercado de trabalho, e praticar salários iguais ou acima do mercado para poder fixar.” (Rio de Janeiro)

O valor dos salários representa hoje para o município do Rio de Janeiro, uma estratégia eficaz de fixar os profissionais. Duque de Caxias, por outro lado, tem enfrentado grandes dificuldades em manter médicos com o salário ora praticado, computando, por exemplo, perda de profissionais para municípios vizinhos, como o Rio de Janeiro.

“O salário é um outro problema pro profissional. Hoje o mercado profissional, o privado, principalmente para o médico está super aquecido para o plantão. O cara vai lá dá um plantão de 24h e ganha R\$7 mil reais. Já àquele que está na Saúde da Família, naquela dedicação toda, com o vínculo com paciente tem um salário que não chega a R\$5 mil reais. Então isso desmotiva o profissional.” (Duque de Caxias)

“Os aumentos salariais acompanham o aumento geral para os funcionários públicos e não o mercado de trabalho. [...] Então está havendo uma migração de profissionais quando existe concurso público de outro município. Não estou falando só de médicos. Enfermeiros e odontólogos também. Angra dos Reis foi o primeiro município a incomodar, a desequilibrar o sistema. Perdemos um enfermeiro e um odontólogo. Nos dias hoje o que acontece é a remuneração baixa em relação à cidade do Rio de Janeiro. Perdemos agora mais um médico que tinha contrato direto com a prefeitura. Se quiser trabalhar aqui, pode trabalhar com contrato com prazo determinado, de acordo com a Lei nº 1522. Tudo dentro das leis municipais. Só que não pode ultrapassar a remuneração dos funcionários estatutários. Então a gente está perdendo esses profissionais contratados. Essa semana uma médica foi para Rio de Janeiro” (Duque de Caxias)

No que diz respeito à carga horária, tanto o município do Rio de Janeiro quanto de Duque de Caxias já empregavam a flexibilização da carga horária para médicos, antes mesmo da publicação da Portaria nº 2.027, em 2011.

“Tivemos que flexibilizar a carga horária. A gente colocou algumas equipes com profissionais de 20 horas [...]. A gente já não conseguiria receber incentivos por aquela equipe não ser completa, então ao invés de a gente ficar tentando, insistindo no profissional 40 horas, a gente abriu umas 30 vagas de profissionais para aquelas equipes que estavam há mais de 2 anos sem profissional médico, para fazer 20 horas. E eles recebem 20 horas também.” (Rio de Janeiro)

“Antes da portaria a gente já estava adotando a flexibilização [...] independente de não ter o repasse do Ministério.” (Duque de Caxias)

Mesmo após divulgação da Portaria nº 2027, gestores do município do Rio de Janeiro, declararam não ter interesse em adotar outras formas de flexibilização que não a de 20 horas, inclusive criticaram as demais cargas horárias permitidas.

“A gente não utilizou as outras formas, de 30 horas ou outras, que o Ministério acabou flexibilizando demais. Temos 40 horas e 20 horas”. (Rio de Janeiro)

Gestores de Duque de Caxias também desferiram críticas à referida Portaria, não obstante o reconhecimento da importância da mesma para a Saúde da Família. A preocupação diz respeito à exigência de 12 ACS para conformar uma equipe de Saúde da Família, visto que o município também tem apresentado dificuldade em contratar esses profissionais.

“Dois médicos de 20h conformam uma equipe, mais um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem, um THD e 12 ACS. Se ela se comporta como uma equipe de Saúde da Família, ela não comporta 12 ACS. Na hora de cadastrar no sistema, está havendo essa inconsistência, pois não temos 12 ACS para colocar por equipe. Temos seis. [...]. Hoje a portaria inviabiliza pelo lado do ACS.” (Duque de Caxias)

É válido assinalar que em Duque de Caxias não tem havido atritos entre os profissionais não contemplados com a flexibilização de carga horária e os médicos, muito em parte devida a isonomia salarial praticada no município e os valores dos salários de enfermeiros e odontólogos que ainda são superiores aos empregados pelo mercado de trabalho.

“Não teve conflito com outros profissionais devido à flexibilização só para os médicos, acho que por conta do mercado. A gente tem isonomia, que é uma coisa que poucas prefeituras tem. E por conta do mercado de trabalho, para o enfermeiro e dentista a Saúde da Família é uma boa opção. Para o médico que não é.” (Duque de Caxias)

Por outro lado, a isonomia salarial representa incômodo aos médicos, pois acreditam merecer um salário maior em virtude da alta responsabilidade que lhes são imputadas. Adicionalmente, afirmam receber salários destoantes à carga horária, às atribuições e aos valores pagos em outros municípios e, sobretudo, em outras áreas de especialidade.

“A isonomia é um problema para os médicos, primeiro porque o salário para a Saúde da Família está muito baixo. Depois porque eles dizem que quando dá problema quem resolve é o medico. Essa era uma coisa que queríamos tentar mudar no plano de cargos. Entraria especialista em medicina e especialista em área de saúde que enquadraria as outras categorias, para que os médicos ganhassem diferenciado. Gerou polêmica, confusão. Falaram que não pode, que tem que ter isonomia. Então a gente está tentando diferenciar pelas especialidades, mas ainda é difícil.”(Duque de Caxias)

5.5.5 Rotatividade

Diante das dificuldades apontadas, não obstante as melhorias e as tentativas de mudanças, a rotatividade apresenta-se como um problema decorrente da insatisfação profissional com o salário, vínculo, condições de trabalho entre outros, e que precisa ser sanado, caso contrário a ESF tende a não se desenvolver.

Por meio de Escala de Likert³⁸, foi pedido aos gestores que enumerassem de 1 a 5 os profissionais da Saúde da Família com maior grau de rotatividade, onde 1 significava o profissional com menor índice de rotatividade e 5 àquele com maior rotatividade. Dadas as respostas, obteve-se as médias das respostas por categoria profissional e por município.

Tabela 23: Grau de rotatividade dos profissionais de Saúde da Família por categoria profissional, segundo município do Rio de Janeiro e Duque de Caxias - 2012

	Médias		
	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Conjunto
Médico	5,0	5,0	5,0
Enfermeiro	1,7	2,0	1,9
Dentista	3,0	0,7	2,0
Aux/Tec Enf	1,7	3,0	2,3
THD	0,2	0,0	0,1
ACD	0,5	0,3	0,4
ACS	1,7	3,0	2,3

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias.

³⁸ Escala de Likert é uma escala do tipo intervalar que atribui valores numéricos a determinados itens, sabendo-se que um valor é maior do que o outro e que os valores diferem em intervalos iguais.

Nota-se a partir da Tabela 23 que o médico é o profissional com maior grau de rotatividade. Todos os gestores de ambos os municípios atribuíram grau de rotatividade igual a 5, que pela escala empregada, correspondia ao maior grau.

“O médico é grau 5, agora o restante é menor, porque de uma forma geral os outros você consegue fixação. Agora o médico é muito difícil.” (Rio de Janeiro)

A rotatividade médica em Duque de Caxias é extraordinariamente superior a dos demais profissionais da ESF, sobretudo quando comparada aos demais profissionais de nível superior, como evidenciado na seguinte fala.

“Pelo concurso anterior hoje nós temos mais dentistas que a necessidade, porque o edital de 2008 abriu 124 vagas para dentista. Chamamos 70 que era a necessidade e os outros foram entrando na justiça. Médicos foram 70 vagas e chamamos 115 e ficaram apenas 33%. Hoje já não temos mais 33% [...]. Enfermeiro foram 105 vagas e o déficit era de 57, chamamos os 57 e os outros entraram na justiça também. Hoje nós temos ainda alguma gordurinha em termos de enfermeiro, mas trabalhando na ESF, em núcleo de supervisão ou então a gente está fazendo um revezamento onde os mais antigos, que tem mais experiência, vão para o núcleo de apoio técnico-operacional para dar sustentação as equipes. E os enfermeiros novos, que entram por demanda judicial são treinados, acompanhados e assumem uma equipe e se puder a gente abre uma equipe de Agentes Comunitários. Hoje a gente só abre EACS. Não existe a menor possibilidade de ESF, pelo déficit de médicos.” (Duque de Caxias)

Por outro lado, àqueles com menor grau de rotatividade são os ACD e THD, talvez pelo mercado de trabalho mais restrito e pelos salários no setor público serem superiores ao do setor privado.

Quanto aos demais profissionais, eles apresentaram grau de rotatividade diferenciado de acordo com o município. No caso do Rio de Janeiro, visualizamos em ordem decrescente: dentistas com grau 3 de rotatividade; os enfermeiros, ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem com grau 1,7; ACD com 0,5 e THD com 0,2. Para Duque de Caxias, as médias obtidas foram: 3 para ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem; 2 para os enfermeiros; 0,7 dentistas; 0,3 ACD e; para o THD nenhum gestor atribuiu grau de rotatividade.

A partir das médias obtidas, infere-se que para o município do Rio de Janeiro, a maior rotatividade está entre os profissionais de nível superior, enquanto que em Duque de Caxias há predominância de rotatividade em profissionais com escolaridade básica e técnica, especialmente ACS, o que poder ser explicado em parte pela forma de contratação desses profissionais. Como já foi discutido anteriormente, os ACS são empregados pela Prefeitura por meio de contratos temporários, enquanto os enfermeiros e dentistas são em sua maioria estatutários municipais.

Outros motivos para a alta rotatividade dos ACS foram relatados pelos gestores, como podem ser evidenciados nas falas a seguir.

“Os agentes comunitários rodam muito porque são em maior número.” (Duque de Caxias)

“Os agentes comunitários rodam porque arrumam outro emprego, que geralmente paga mais.” (Duque de Caxias)

Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram os dados evidenciados no estudo *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos (BRASIL, 2005b)*, que apontou maior rotatividade, em Goiânia e em Brasília, entre os médicos devido “à incorporação de recém-formados que, depois de curto período, desligam-se do Programa para cursar residência” (p. 149); em Palmas, entre os ACS em virtude do elevado grau de escolaridade apresentado por eles, “observando-se mobilidade social grande por meio do ingresso na universidade, o que é pouco compatível com a jornada de trabalho no PSF, aumentando o desligamento” (p. 149).

Ainda em Duque de Caxias também foi percebida grande rotatividade entre os técnicos de enfermagem que, segundo gestores deve-se à finalização da graduação de enfermagem por esses profissionais e que por consequência passam a buscar colocação no mercado de trabalho como enfermeiros.

Outros motivos de rotatividade profissional foram escalonados pelos gestores em grau de importância, também por meio da Escala de Likert. As respostas permitiram chegar as seguintes médias descritas na Tabela 24.

Verifica-se na Tabela 24 que os principais motivos da rotatividade profissional no município do Rio de Janeiro são a carga horária e a localização das USF que mostraram médias superiores a 3,0. Em seguida têm-se as condições de trabalho com média de 2,2 e a infraestrutura, transferência para outras unidades a pedido da SMSDC e a dedicação exclusiva com médias entre 1,2 e 1,5. Os demais motivos apresentaram médias inferiores a 1,0, inclusive a remuneração que obteve média de 0,5.

Tabela 24: Motivos de rotatividade dos profissionais de Saúde da Família do Rio de Janeiro e Duque de Caxias por grau de importância – 2012

Motivos	Médias		
	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Conjunto
Infraestrutura	1,5	3,7	2,4
Condições de trabalho	2,2	4,0	3,0
Remuneração	0,5	4,0	2,0
Carga Horária	3,5	4,0	3,7
Vínculo Trabalhista	0,5	0,7	0,6
Status Social	0,7	0,3	0,6
Localização da USF	3,2	1,0	2,3
Dedicação Exclusiva	1,2	0,0	0,7
Vínculo com o paciente	0	0,7	0,3
Troca de emprego	0	1,3	0,6
Transferência	1,3	0,0	0,7

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias.

“Não acredito que as pessoas vão trabalhar na Saúde da Família só pelo dinheiro. Tem uma vocação, tem algo além do que isso, por isso não coloquei como o principal viés, a remuneração.” (Rio de Janeiro)

“A fixação é algo que muito me incomoda porque falam muito da questão do salário e a percepção que eu tenho é que isso é um dos motivos, mas não o principal”. (Rio de Janeiro)

“A remuneração, nesse caso específico, é o que menos interfere.” (Rio de Janeiro)

Cabe discorrer sobre outro motivo de rotatividade apontado por um gestor do Rio de Janeiro: o distanciamento entre a universidade e a rede de saúde.

“Outra questão sempre muito colocada pelos profissionais é: ‘queremos ter alunos e queremos fazer pesquisa!’ O que não é muito simples pros serviços de Atenção primária que geralmente ficam muito isolados. Nas unidades em que eu tenho aluno de graduação e residentes, ou que tenham algum processo de pesquisa, ou que estão praticando algum ensaio clínico, os profissionais tem uma adesão e uma rotatividade muito menor. Nas unidades onde isso não acontece, a rotatividade é maior. Pode ser que tenha uma associação de que as melhores unidades são as que sempre tem aluno e pesquisa, mas é algo que deve se considerar porque são falas desses profissionais.” (Rio de Janeiro)

Segundo Ney (2009) o sentimento de solidão, encarado pelos médicos de Saúde da Família, em virtude da inexistência de diálogo entre os diferentes profissionais que compõe a equipe e de espaços para troca de experiências e discussão de casos clínicos, reflete na satisfação do profissional e por consequência nas atividades laborais.

No caso de Duque de Caxias, as motivações para a saída de profissionais das USF, em ordem decrescente foram a remuneração, carga horária de 40 horas e condições de trabalho, todos com média 4,0 e; a infraestrutura com média 3,7. Os demais fatores motivacionais obtiveram médias inferiores a 1,5.

Como já evidenciado anteriormente pelas falas dos gestores, a remuneração não é um problema para o Rio de Janeiro que inclusive vem atraindo profissionais de outros municípios, como Duque de Caxias, que por sua vez tem perdido profissionais e permanece temeroso em relação a novas investidas da capital do Estado.

“Hoje a gente está fazendo muita publicidade fora do município pra tentar buscar profissionais que tenham formação e que estão atuando em outros municípios e estados para virem trabalhar aqui.”(Rio de Janeiro)

“A baixa remuneração se faz para médico, porque nossos enfermeiros hoje ganham aproximadamente R\$ 4.400 reais líquidos. Odontólogo a mesma coisa. E médico a mesma coisa. Então nós temos pouca migração de enfermeiros. Eles ainda estão satisfeitos com o salário. O mercado não oferece superior. Mas no dia que o Rio de Janeiro pagar R\$7 mil para os enfermeiros eles vão com certeza” (Duque de Caxias).

Também foi questionado aos gestores quais as estratégias utilizadas pelo município para atrair e fixar profissionais na ESF. As frequências de respostas encontram-se descritas na Tabela 25.

Tabela 25: Distribuição de gestores segundo estratégias de atração e fixação de profissionais na ESF adotadas pelo Rio de Janeiro e Duque de Caxias – 2012

Estratégias	n		
	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Total
Elaboração de PCCS	3	3	6
Melhoria de infraestrutura	2	2	4
Qualificação profissional	2	1	3
Flexibilização de carga horária	0	2	2
Regularização de vínculos	2	0	2
Concurso público	1	0	1
Melhores condições de trabalho	1	0	1
Incentivo salarial	1	0	1

Fonte: Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias.

Para ambos os municípios, a estratégia mais relatada pelos gestores foi a elaboração de PCCS. Embora o município de Duque de Caxias possua PCCS específico para a Secretaria Municipal de Saúde o qual está em processo de reformulação, também já possui proposta de criação de um Plano específico para a Saúde da Família, de modo a viabilizar a carreira de 40 horas. O Rio de Janeiro, por sua vez, não possui nenhum PCCS no qual se enquadrem os

profissionais da Saúde Família, mas já está em fase de elaboração de um Plano específico para a Estratégia.

“O concurso publico realizado em 2008 foi para médico 40 horas, enfermeiro e odontólogo 40 horas. Então a gente tem contrato inicial de 20 horas com RET para extensão do trabalho para mais 20 horas. O que hoje está acontecendo no município é um plano de cargos e salários em que a Carreira de 40 horas será viabilizada. Porque hoje todas as carreiras são de 20 horas com possibilidade de extensão para 40 horas.” (Duque de Caxias)

A melhoria na infraestrutura também foi referida pela maioria dos gestores de ambos os municípios, como já foi discutido anteriormente.

Outra estratégia de fixação adotada pelos municípios é a qualificação profissional. Ambos os municípios estão inseridos/referenciados a diversos projetos de qualificação profissional, quais sejam: Pró-Saúde; Universidade Aberta do Sistema UNA-SUS; PET-Saúde e; Telessaúde. Duque de Caxias ainda está vinculado ao PEPS e Profaps e; o Rio de Janeiro ao Pró-Residência Médica e possui convênios com Instituições de Ensino Superior para realização de estágios de graduação e de residências multiprofissionais.

Os gestores do Rio de Janeiro apontaram ainda a regularização de vínculos, a realização de concursos públicos e o incentivo salarial como outras estratégias de atração e fixação de profissionais. Já os gestores de Duque de Caxias enumeraram, em adicional, a flexibilização de carga horária.

Há que se discorrer acerca de um projeto, atualmente em fase de implementação no município do Rio de Janeiro, que diz respeito à gratificação por desempenho. Segundo gestores, essa metodologia de bonificação consiste numa avaliação de metas alcançadas pelas unidades de saúde e profissionais da ESF. Esta metodologia abrange três variáveis, quais sejam:

- ❖ Variável 1: direcionada às organizações sociais que devem alcançar metas que dizem respeito à contratação de pessoas, à compra de materiais e de equipamentos;
- ❖ Variável 2: indicada às unidades de saúde. Nesse caso, se todas as equipes de Saúde da Família atingirem as metas de desempenho assistenciais que induzem uma boa prática clínica, cada equipe ganha três mil reais a cada três meses. Entretanto, esse dinheiro deverá ser aplicado na própria unidade. A decisão quanto ao gasto do dinheiro fica a cargo das próprias equipes.
- ❖ Variável 3: incide diretamente nos salários dos profissionais, com máximo de composição de 10% do salário bruto de cada profissional. Nessa metodologia, ou toda a equipe ganha ou ninguém ganha. Dessa forma, uma categoria profissional depende

da outra. As metas para esta variável não são obrigatoriamente numéricas. A equipe tem autonomia para escolher as metas que lhe forem mais apropriadas.

Para a realização do acompanhamento das equipes e do alcance das metas são utilizados os sistemas de informação do SUS, como relatado por um gestor do Rio de Janeiro:

“A gente espera que com isso estimule bastante os profissionais na sua prática e eles não são pagos por procedimento, mas são pagos por uma boa prática clínica. Não são indicadores fixos nem quantitativos. É um instrumento muito importante, porque a gente está apostando na qualificação da rede, isso só é possível a partir da informatização de todos os postos de trabalho. Hoje, onde tem equipe de Saúde da Família tem computador, [...], todos interligados com prontuário eletrônico, que gera informações, números, e alimenta os sistemas de informação e que permite a gente conseguir monitorar e pagar.” (Rio de Janeiro)

5.5.6 PROESF

Foi questionado aos gestores quanto à participação dos municípios nas fases 1 e 2 do PROESF. Ambos os municípios foram contemplados pela fase 1 e atualmente participam da fase 2, entretanto, faz-se necessário delinear uma declaração de um gestor de Duque de Caxias na qual garante que o PROESF não foi determinante para a implantação de equipes e expansão da cobertura populacional.

Segundo ele, o Projeto não é capaz de viabilizar a implantação de novas equipes, menos ainda de fomentar a expansão da cobertura e consolidação da Estratégia. Ele relata que os valores repassados são insuficientes para o cumprimento de metas estabelecidas.

Podemos dizer que o PROESF não ajudou muito. A gente se inscreveu agora na fase 2, mas não temos a menor condição de cumprir as metas. Então daqui a pouco a gente vai ser tirado da fase 2. [...] Após primeira fase do PROESF houve uma ampliação sim, mas que logo depois começou a declinar. Então não foi necessariamente por causa do PROESF. [...] Para o PROESF nós fizemos um esforço, escolhemos indicadores fáceis, mas já no curso introdutório a gente esbarrou. Lembro que a gente correu atrás para fazer o introdutório com R\$ 375 mil reais, o que nenhuma instituição pública de ensino poderia aceitar. A UFMG cobrou R\$ 1 milhão. E o PROESF só dá R\$ 375 mil, e o município não ia entrar com recursos próprios nisso (Duque de Caxias).

Nota-se que a implantação de uma política governamental nem sempre é capaz de fomentar a mudança, mesmo quando aplica recursos financeiros no âmbito municipal. Quando não há contrapartida de recursos municipais dificilmente alcançam-se as metas pactuadas, isso, pois, o apoio financeiro e logístico não considera os problemas já instados no município.

Em linhas gerais, a gestão do trabalho na ESF dos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias apresenta diversos problemas que retardam o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde. O cenário evidenciado por esta pesquisa, não difere da realidade vivida por outros municípios.

Pesquisa realizada em quatro municípios com experiência consolidada de implementação da ESF³⁹ apontou que a gestão do trabalho no âmbito da ESF tem buscado alternativas para a resolução de problemas relativos à consolidação do SUS municipal, tais como: regularização de vínculos, realização de concursos públicos, valorização da qualificação profissional e remuneração adequada e recompensas para atuação em áreas de risco (MENDONÇA et al 2010).

Campos e Malik (2008) evidenciaram alta rotatividade médica, no município de São Paulo, relacionada ao ambiente físico, à localização das unidades e à disponibilidade de materiais de consumo. Além disso, constataram que a remuneração *per si* não garante a fixação profissional. Ney (2009), por sua vez, constatou que os principais fatores de rotatividade médica no município de Duque de Caxias são: carga horária elevada, a remuneração praticada, a sobrecarga de trabalho gerada pelo excesso de usuários vinculados a uma equipe de saúde e a infraestrutura.

Neste cenário, o avanço da ESF nos municípios de grande porte está condicionado a diversas mudanças no âmbito da gestão do trabalho, mas especialmente à possibilidade de se obter profissionais de saúde habilitados a atuarem na perspectiva do SUS. “A prática multiprofissional e interdisciplinar propõe para as equipes e para os profissionais o desafio de mudança dos processos de trabalho”, que exigem por sua vez transformações no processo formativo (SOUZA e SAMPAIO, 2002, p.24).

Adicionalmente, a pós-graduação em saúde, hoje ofertada, se volta majoritariamente para as especialidades relativas à atenção hospitalar. Tal tendência tem amparado a escassez de profissionais habilitados ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção e; de solucionar problemas de saúde prevalentes (SEIXAS e STELLA, 2002).

Outro fator que imprime dificuldades a ESF é a falta de prestígio do médico de família por parte das entidades médicas e dos próprios colegas de profissão. Alie-se a isso, a hegemonia ainda hoje exercida pelos médicos e incitada pelas instituições de ensino, constitui-se entrave para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e para o fortalecimento e reconhecimento do papel assistencial de outros profissionais, obstando a

³⁹ Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos: Aracajú, Florianópolis, Vitória e Belo Horizonte, 2009.

possibilidade de ampliação da capacidade assistencial da ESF e efetividade da Atenção Primária à Saúde.

Como nós críticos a serem desfeitos ainda tem-se: a falta de disposição dos serviços de referência, a precariedade da infraestrutura das unidades de saúde e o “isolamento” dos profissionais de Saúde da Família.

O estreitamento de vínculo entre a rede de saúde e as instituições de ensino técnico e superior promoveria transformação no processo formativo dos profissionais de saúde, arrefeceria o sentimento de isolamento percebido por muitos profissionais da ESF bem como induziria um processo de educação continuada e permanente com vistas a atualização constante dos profissionais.

Para Duque de Caxias, outras mudanças prementes são: a diferenciação salarial entre o especialista em Saúde da Família e o não especialista; o aumento salarial, sobretudo da categoria médica; a viabilização da carreira de 40 horas; e capacitação médica quanto à postura frente aos usuários e o estabelecimento de vínculo.

6 À GUIZA DE CONCLUSÃO: reflexões e recomendações

A Atenção Primária à Saúde compõe-se como um conjunto de atividades essenciais que adota a saúde como direito de todos e o enfrentamento dos determinantes sociais como a maior estratégia para promovê-la. Acercar-se, portanto, dos problemas mais frequentes da população com oferta de serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Constitui-se ainda como porta de entrada do sistema de saúde no sentido de organizar a rede de atenção, racionalizar o uso de recursos e tornar a saúde acessível e equitativa a toda população (STARFIELDI, 2002).

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária foi adotada como abordagem de primeiro nível de atenção, fundamental para a garantia dos princípios de equidade, universalidade e integralidade. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família, implantada em 1994, inicialmente com o objetivo de estender a cobertura dos serviços básicos, com o passar dos anos ganha centralidade governamental e torna-se imperiosa para o fortalecimento do modelo de APS e estruturação dos sistemas municipais de saúde (GIOVANELLA, ESCOREL e MENDONÇA, 2009a).

A Saúde da Família é viabilizada mediante implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde que se responsabilizam pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atualmente, encontra-se em 95% dos municípios brasileiros com cobertura populacional de pouco mais de 53%. Todavia, mesmo com a expansão da estratégia no território nacional observa-se ínfima cobertura em municípios de grande porte, sobretudo regiões metropolitanas.

Adicionalmente, outras dificuldades enfrentadas por esses municípios referem-se à gestão do trabalho, tais como a falta de pessoal preparado para atuar na perspectiva do SUS e a alta rotatividade de profissionais em parte devida às modalidades de contratação, infraestrutura precária, e carga horária de 40 horas semanais.

A Região Metropolitana do Estado Rio de Janeiro se insere nesse cenário de dificuldades concernentes à gestão de recursos humanos em saúde que por consequência obsta a implantação de novas equipes, a expansão da cobertura e a consolidação da Estratégia Saúde da Família. Partindo desse contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar a gestão do trabalho na ESF em dois municípios da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, quais sejam: Duque de Caxias e Rio de Janeiro.

Para tanto, foi desenvolvido estudo bibliográfico, documental e narrativo do qual se

obtiveram os resultados apresentados no capítulo anterior e que dialogados com a literatura puderam caracterizar o cenário da gestão do trabalho na ESF nos grandes centros urbanos estudados.

Evidenciou-se que a gestão de recursos humanos em saúde apresenta profundos contrastes entre os municípios pesquisados. Não obstante ao fato de se constituírem em municípios de grande porte foram adotados modelos de gestão distintos ao longo dos anos. De maneira geral verificou-se um aumento considerável do número de equipes de Saúde da Família, contudo com existência de peculiaridades no que se refere ao tipo de vinculação, remuneração e capacitação.

No Rio de Janeiro, nos anos iniciais, a formação de equipes se deu por remanejamentos de servidores públicos municipais para a ESF mediante extensão de carga horária para 40 horas e percepção de gratificação como complemento salarial pelos remanejados. Todavia, desde 2009 a contratação se dá por meio de Organizações Sociais, com tempo de contrato definido e maiores vencimentos.

Em Duque de Caxias, por sua vez é praticada a isonomia salarial entre os profissionais de níveis equivalentes de escolaridade, o que se demonstrou uma relevante iniciativa, rompendo, de certa forma, com o *status quo* nacional. Nesse município a contratação se faz diretamente pela Prefeitura, conferindo aos concursados a condição de estatutários, o que lhes assegura uma relativa estabilidade. A exceção do profissional médico e ACS todas as outras categorias pesquisadas em Duque de Caxias apresentaram baixo grau de rotatividade, sugerindo a satisfação dos mesmos com relação a vencimentos e condições de trabalho. Por outro lado, os salários oferecidos aos médicos no município da Baixada Fluminense tem se demonstrado insuficiente para fixação desses em seus postos de trabalho, verificando-se uma migração para municípios vizinhos como o Rio de Janeiro, que também apresenta dificuldade em fixar o profissional médico.

Os gestores entrevistados sugeriram que a maior rotatividade entre os médicos é motivada por carga horária excessiva, más condições de trabalho, infraestrutura precária e localização da unidade em áreas de risco social. Acrescenta-se o baixo salário para os médicos de Duque de Caxias; e vínculos e salários distintos entre profissionais que exercem mesma função, no Rio de Janeiro. Outras dificuldades apontadas pelos gestores na gestão do trabalho na ESF foram: formação médica destoante com o SUS; a aceitação e o entendimento do modelo de atenção orientado à Saúde da Família e criação de vínculo do médico com o paciente.

Por outro lado, os municípios tem investido em estratégias de atração e fixação de profissionais para a Saúde da Família como: a realização de processos seletivos, garantia dos direitos trabalhistas por meio da contratação por CLT, abonos salariais e melhorias em infraestrutura, no caso do Rio de Janeiro. Já Duque de Caxias tem adotado a flexibilização da carga horária de médicos, melhorias em infraestrutura e estratégias de qualificação profissional.

Diante deste cenário, foi possível perceber que o município do Rio de Janeiro apresenta problemas importantes no processo de gestão do trabalho que acabam por interferir na consolidação da ESF. Todavia, tem apresentado admiráveis mudanças que demonstram uma postura de priorização da Atenção Básica. Duque de Caxias, por sua vez, também caminha nessa direção, porém expõe maiores dificuldades de articular novas propostas que levem à priorização da Saúde da Família, exemplo disso é a manutenção da estratégia como complementar a rede básica de saúde tradicional. Foi expressado nas entrevistas que existe vontade por parte dos gestores em mudar o panorama atual da ESF no município da Baixada Fluminense, contudo há problemas estruturais e de âmbito político que extrapolam a alçada de decisão dos entrevistados.

Em linhas gerais, o município do Rio de Janeiro mostra um cenário mais atraente para os profissionais da Estratégia Saúde da Família. A única vantagem de Duque de Caxias evidenciada é a contratação direta pela Prefeitura com vinculação estatutária, característica que se mostra mais interessante para os odontólogos e enfermeiros. Por outro lado, ser estatutário em Duque de Caxias significa dizer que o aumento salarial só existirá quando o aumento se der para todos os servidores municipais.

No Rio de Janeiro, a contratação é sob regime CLT que também se configura como um vínculo de trabalho protegido, e quando da possibilidade de ameaça de perda dos profissionais supramencionados, as Organizações Sociais elevarão os salários. Assim, o panorama carioca, segundo a fala dos próprios gestores de Duque de Caxias, ainda é mais confortável porque nos dias de hoje, os profissionais de saúde já não consideram ser estatutário um propósito de vida. Eles querem desfrutar de boas condições de trabalho e de um salário considerado justo.

A expansão da ESF nos grandes centros urbanos encontra obstáculos relacionados à gestão do trabalho que fragilizam o processo de concretização. Ante os resultados evidenciados, sugere-se:

1. Considerar a possibilidade de incentivos que apoiem o arrefecimento da rotatividade dos profissionais como acréscimos salariais para atuação em áreas de maior risco social;
2. Elaboração de uma política de legalização de terrenos e imóveis que abrigam unidades de Saúde da Família em Duque de Caxias, atrelada a melhorias de infraestrutura;
3. Reestruturação dos currículos de graduação das áreas da saúde que permitam aos cursos adequar-se às necessidades do SUS e do novo modelo de atenção alicerçado na Atenção Básica;
4. Estreitamento do vínculo entre as Instituições de Ensino Superior e a rede de saúde que possibilitem a inserção de estudantes de graduação, sobretudo de medicina, nas unidades de saúde e nas comunidades com vistas à ambientação na realidade social;
5. Ampliação de vagas em residências multiprofissionais e de uma política de valorização do trabalhador especializado em Saúde da Família;
6. Implantação de políticas municipais de valorização profissional que considere o desempenho no sentido qualitativo e não simplesmente quantitativo;
7. Readequação salarial dos profissionais de Duque de Caxias, sobretudo de médicos, de maneira a aumentar a fixação profissional e a consequente perda de força de trabalho para municípios adjacentes;
8. Implantação de novas equipes de Saúde da Família no sentido de diminuir a sobrecarga de trabalho provocada pelo quantitativo excessivo de famílias/pacientes vinculadas a uma equipe, mesmo que, inicialmente, isso signifique a manutenção da cobertura populacional atual;
9. Melhor estruturação do sistema de referência e contrarreferência e implantação de NASF que possam apoiar as equipes de Saúde da Família nos diagnósticos, nos tratamentos e na garantia da integralidade da assistência;
10. Estabelecimento de fóruns de negociação com as representações médica e de enfermagem para a construção de uma concordância sobre as áreas de exercício profissional, no sentido de enfraquecer a hegemonia médica e ampliar as áreas de atuação dos demais profissionais com vistas a ampliar a envergadura assistencial da ESF;
11. Adotar vínculos empregatícios protegidos legalmente, inclusive para os ACS, no sentido de aderir os profissionais à ESF e garantir a manutenção do vínculo com as famílias.

Em suma, evidenciou-se que a gestão do trabalho em saúde constitui-se um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS municipal. Quando analisada no âmbito da Saúde da Família, as dificuldades mostram-se ainda maiores, seja no que tange a formação e fixação dos profissionais, seja pelas condições de trabalho e infraestrutura que refletem na satisfação dos trabalhadores.

E para que a ESF alcance seu objetivo de reordenação do sistema nacional de saúde, faz-se necessário o equacionamento dos problemas evidenciados concernentes à gestão do trabalho, bem como a efetiva inserção e ampliação da estratégia nos grandes centros urbanos os quais concentram a maior parte da população brasileira, visto que sua implantação nesses locais tem potencialidades de despertar transformações no modelo de atenção que concretizem a saúde como direito social.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, André Nunes de (org.). **Seminário Rio de Janeiro: capital e capitalidade**. Anais do seminário Rio de Janeiro: capital e capitalidade, Rio de Janeiro, 23 a 26 de outubro de 2000. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. 180 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BOHLANDER, G. SNELL, S. SHERMAN, A. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, set. v. 22, n.9, 1935-1943p. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Brasília: CONASS, 2004a.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa Do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 140p.

_____. **Decreto nº 22.185**, de 22 de outubro de 2002. Autoriza a Secretaria Municipal de Saúde a conceder gratificação a título de encargos especiais aos profissionais que aderirem ao Programa Saúde da Família – PSF. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 29 out. 2002a. Seção 1. p. 3

_____. **Decreto nº 31.036**, de 31 de agosto de 2009. Altera a Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC. Rio de Janeiro, RJ, 31 ago. 2009a. Disponível em: <http://www2.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria/legislacao/decreto_31036.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2012.

_____. Estatísticas da Saúde. **Assistência Médico-Sanitária 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002b. 300p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/ams2002.pdf>>. Acesso em 09 de julho de 2011.

BRASIL. Estatísticas da Saúde. **Assistência Médico-Sanitária 2005**. 162p. Rio de Janeiro: IBGE, 2005a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/ams2005.pdf>>. Acesso em 09 de julho de 2011.

_____. _____. **Assistência Médico-Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 167p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>>. Acesso em 09 de julho de 2011.

_____. **Lei Complementar nº101, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000. Acesso em 15 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em 12 de novembro de 2011.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I.

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 15 de maio 1998.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, DF, 09 nov. 2001a. Seção 1, p. 37.

_____. _____. _____. _____. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 nov. 2001b; Seção 1, p. 38.

_____. Ministério da Saúde. CONASEMS; CGDRH/SUS/OPAS. **Política de RH**. Relatório Final. Brasília: MS. 1999.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 72p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>. Acesso em 13 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: 2006b. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____._____. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**, 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 210 p.

_____._____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2002c. 128p.

_____._____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em 05 de janeiro de 2012.

_____._____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Sinopse do Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a. 261 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em 31 de agosto de 2011.

_____. **Norma Operacional Básica do SUS 01/96**. Diário da União, Brasília, DF, 06 nov. 1996.

_____. **Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008. Diário Oficial da União nº 18, de 25 de jan. 2008, Seção 1, página 47.

BRASIL. **Portaria nº 01 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, de 11 de março de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Diário Oficial da União nº 50, 15 de março de 2004c.

Seção 1, página 80. Disponível em:

<<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/prtsrgtes.pdf>>. Acesso em 16 de janeiro de 2012.

_____. **Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de dez. 1997. Seção 1, página 11.

_____. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.** Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Diário Oficial da União, nº 164, 25 de ago. 2011b. Seção 1. Página 90.

_____. **Portaria nº 339/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006d.

_____. **Portaria nº 347, de 27 de março de 2003.** Convocatória Pública nº 001/2003. Aprova Convocatória Pública para que Municípios e Distrito Federal apresentem Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família no Âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF e os Respectivos Critérios de Elegibilidade, Prazos e Condições de Financiamento, Mediante Transferências Diretas do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde de Municípios Participantes e dá Outras Providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 23 de dez. 2003b. Seção I, p. 103-04.

_____. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006e, Seção 1, página 71.

_____. **Portaria SAS/MS nº. 703,** de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Diário Oficial da União nº. 204, de 24 de outubro de 2011c, seção 1, páginas 66/69.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família.** Brasília – DF, junho de 2003c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Manual Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF 2010-2013.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 23p. v.1.

_____. _____. _____. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005.** Brasília: Ministério da saúde, 2008. 200 p.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 64 p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custos e forma de financiamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos Coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002e. 80 p.

_____. _____. Projeto de Promoção da Saúde. **As cartas de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002f. 56p.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Coordenadoria de Editora e Imprensa. **Servidor deve receber salário fixado em lei mesmo que edital do concurso tenha previsto valor maior.** Publicado em 24 de novembro de 2011d.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.** Perguntas frequentes. [2009?]. Disponível em: < <http://www.fgts.gov.br/trabalhador/index.asp>>. Acesso em 20 de março de 2012.

CAETANO, Rosângela; DAIN Sulamis. **O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, jan-jun. v. 12, n. 1,11-23p. 2002.

CAMARANO, Ana Amélia. **O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, jan, 2002. 26p. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2011.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.** Revista de Administração Pública, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. A Expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde

da Família como estratégia para sua viabilidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.103-08. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em 03 de fevereiro de 2012.

_____; _____. OLIVEIRA, Veneza Berenice de. **O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 47-58 p., 2002.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87

CAPOZZOLO, Angela Aparecida. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. [Tese] São Paulo: Universidade de Campinas. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/angela%20aparecida_tese.pdf> Acesso em 10 de novembro de 2011.

CARVALHO, C. L. (Coord.) et al. **Mercado de Trabalho em Saúde: dimensões setoriais, jurídico-institucionais e ocupacionais. Um estudo a partir da RAIS/MTE**. Relatório de Pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2002. 792 f

CORDEIRO, Hesio. **Os desafios do ensino das profissões de saúde frente às mudanças do modelo assistencial: contribuições para além dos Pólos de Capacitação. Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas na Educação**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, jan. 2002, p. 43-54.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família**. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, jul/set, p. 7-18, 2006.

DEDECCA, Claudio Salvadori. **O trabalho no setor saúde**. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_07.pdf>. Acesso em 07 de janeiro de 2012.

DINIZ, Mônica. **Sesmarias e posse de terras: política fundiária para assegurar a colonização brasileira**. **Histórica: Revista Eletrônica do Arquivo do Estado**. Governo do Estado de São Paulo, Ed 2, jun, 2005. Disponível em:

<<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao02/materia03/>>. Acesso em 10 de setembro de 2010

FARAH, Beatriz Francisco. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG.** [Tese]. Juiz de Fora: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2006. 270f.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes, CRIVELARO, Everton. **Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, n. 2, 207–15p., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>>. Acesso em 29 de fevereiro de 2012.

FERNANDEZ, H. **Evitando a falência: garanta o sucesso de seu negócio.** São Paulo: Editora Ieditora, 2003.

FIGUERÊDO, Maria Aparecida de. **Gênese e (re)produção do espaço da Baixada Fluminense.** Revista geo-paisagem (on line). Ano 3, nº 5, jan/jun, 2004. Disponível em: <<http://www.feth.ggf.br/Baixada.htm>>. Acesso em 01 de outubro de 2010.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política.** [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 169p. Doutorado em Saúde Coletiva.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas.** Cad. Saúde Pública [online]. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Abr., p. 490-498. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em 12 de janeiro de 2012.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena (coord.) **Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos - Aracaju (SE).** Relatório Final. Núcleo de Estudos Político-sociais em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. 598 p.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. (Coords.). **Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil.** Relatório de Pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2002. 90f. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>>. Acesso em 08 de janeiro de 2012.

_____ (Coord). **Monitoramento da qualidade de emprego da Estratégia Saúde da Família**. Relatório de Pesquisa. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. 2010. 378p. Disponível em:

<<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisas/Monitoramento%20da%20qualidade%20do%20emprego%20na%20ESF%20-%202010.pdf>>. Acesso em 26 de novembro de 2011

_____. **Precarização e qualidade do emprego no programa saúde da família**. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde Observatório de Recursos Humanos em Saúde NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Secretaria de Gestão da Educação e Trabalho em Saúde – SGTES / MS. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS, Ministério da Saúde; 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104p.

Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em 21 de janeiro de 2012.

JUNIA, Raquel. **Carga horária dos médicos é flexibilizada na Saúde da Família**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Publicado em 05 de setembro de 2011. Disponível em

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=544>>. Acesso em 23 de dezembro de 2011.

KHAIR, Amir Antônio. **Lei de Responsabilidade Fiscal: guia de orientação para as prefeituras**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; BNDES, 2000. 144p. Acesso em 18 de janeiro de 2012. Disponível em

http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/lrf/080807_PUB_LRF_guiaOrientacao.pdf

KALLEBERG, A. L. **O crescimento do trabalho precário: um desafio global**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 24, n. 69, 21-30 p. 2009. Acesso em 07 de janeiro de 2012. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/107/10713664002.pdf>

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Conhecimentos, práticas em Trabalho-Saúde e as abordagens da medicina social e da medicina do trabalho no Brasil: final do século XIX até os anos 1950-60**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 10, n. 1, pp. 93-103, 2007.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa, 1974. Minister of Supply and Services Canada, 1981. 77p. Disponível em:

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf>. Acesso em 24 de julho de 2011.

LESSA, Carlos. **O Rio de todos os Brasis: uma reflexão em busca da auto-estima**. 2. ed., Rio de Janeiro: Record, 2001. (Coleção Metrôpoles). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Regionalização. Mapas das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/informes-ao-gestor-regionalizacao/4984-mapas-das-regioes-do-est-do-rio-de-janeiro>>. Acesso em 03 de setembro de 2010.

LEVIN J.; FOX JA. **Estatísticas para Ciências Humanas**. 9ª.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LIMA, Dalmo Valério Machado de. **Repercussões oxo-hemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico: evidências pela revisão sistemática de literatura**. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009, 258 p.

LINHARES, Sérgio. **Histórico do Estado do Rio de Janeiro**. Departamento de Pesquisa e Documentação do Instituto Estadual do Patrimônio Cultural (INEPAC). Secretaria de Cultura do Estado de Rio de Janeiro, ca. 2006, Disponível em: <http://www.inepac.rj.gov.br/arquivos/Historico_Estado.pdf>. Acesso em 01 de outubro de 2010.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. v. 16, n. ½, 59-66 p. 2003.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

MACHADO, Cristiani vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. **Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S42-S57, 2008.

MACHADO, Leticia Martins; COLOMÉ Juliana Silveira; BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contrareferência: um desafio a ser enfrentado**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 1, n. 1, 31-40p., 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2337/1509>>. Acesso em 08 de janeiro de 2012.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. In: PIERANTONI,

Celia Regina; DAL POZ, Mário Roberto; FRANÇA, Tania (org). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ: ObservaRH; 2011. p. 103-16.

MAGNAGO, Carinne. **O ensino de Enfermagem Psiquiátrica e sua aproximação com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica.** [Monografia]. Niterói: Universidade Federal Fluminense. 109p. 2009.

_____ et al. **A influência da estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde em municípios do Rio de Janeiro, Brasil.** Online Brazilian Journal of Nursing, v. 10, n. 1. 2011. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3211.1/html>>. Acesso em 23 de janeiro de 2012.

MALIK, Ana Maria. **Gestão de Recursos Humanos**, volume 9 .São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania)

MASCARENHAS, Mônica T. Machado; ALMEIDA, Celia. **O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão.** Saúde Debate, v. 26, n. 60, p. 82-102, 2002.

MATTOS, Ruben Araújo de. **O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 77-108 p. 2002

MEDEIROS, Cássia Regina Gothe et al. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, Supl. 1, p. 1521-31, 2010.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais.** Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-13, 2009.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de Mendonça et al. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2355-65, 2010.

MERHY, Emerson Elias. **Modelo de Atenção à Saúde como contrato social.** 11^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>>. Acesso em 10 de dezembro de 2012.

NERI, Marcelo Cortes. **Escassez de médicos**. Instituto Brasileiro de Economia. Fundação Getúlio Vargas. Relatório de Pesquisa. 2008. 103 p. Disponível em: <<http://cps.fgv.br/medicos>>. Acesso em 12 de dezembro de 2011.

NEY, Márcia Silveira. **Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família**. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2009. 128p. Mestrado em Saúde da Família.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS**. Relatório de Pesquisa. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2006. 14p. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf>. Acesso em 18 de janeiro de 2012

PEDROSA, Inês de Cássia Franco. **A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. [Dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2011. 122 p. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/163/a-infraestrutura-de-unidades-basicas-de-saude-do-municipio-de-cuiaba-mt-e-sua-relacao-com-as-praticas-do-enfermeiro-104-060511-ses-\[163-051011-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/163/a-infraestrutura-de-unidades-basicas-de-saude-do-municipio-de-cuiaba-mt-e-sua-relacao-com-as-praticas-do-enfermeiro-104-060511-ses-[163-051011-SES-MT].pdf)>. Acesso em 26 de novembro de 2011.

PIERANTONI, Celia Regina. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

_____ (coord.). **Avaliação da capacidade gestora de recursos humanos em sistemas municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2006a. 62p. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/22552934.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2011.

PIERANTONI, Celia Regina (coord.). **Capacidade gestora de recursos humanos em saúde em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes**. Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2006b. 125p. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/40392523.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2011

PIERANTONI, Celia Regina (coord.). **Capacidade gestora de recursos humanos em saúde em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes**. Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2004. 232p. Disponível em:

<<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/44213758.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2011.

_____. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2008. 277p. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/3457309.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2011.

_____ *et al.* **Reconfigurando perfis profissionais: a especialização em saúde da família**. In: PIERANTONI, Celia Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (org). Educação e Saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 224-39

_____; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática**. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil - Estudos e Análises. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2004. p. 52-70. Acesso em 29 de outubro de 2010. Disponível em <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/artigo/19402135.pdf>

PLANO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. 2003.

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ. Comarca de Londrina. 2ª Vara da Fazenda Pública de Londrina – PROJUDI. **Autos nº. 0060585-72.2011.8.16.0014**. Londrina, 27 de set. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 30.780, de 02 de junho de 2009**. Regulamenta a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Rio de Janeiro, 03 jun. 2009a.

_____. **Lei Municipal nº 2.111, de 10 de novembro de 1994**. Dispõe sobre a reserva de cargos e empregos para as pessoas portadoras de deficiência, define critérios para a classificação em concurso público e dá outras providências. Diário Oficial da União, 01 nov. 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Rio de Janeiro, 20 maio 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Termo de Rescisão Contratual /consensual. Processo Administrativo 09/005018/2009**. Contrato de Gestão 007/2009 – AP

2.2. Termo de rescisão contratual consensual celebrada entre Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e CIAP – Centro Integrado de Apoio Profissional. Rio de Janeiro, 18 de nov. 2010.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-americana de Enfermagem, nov/dez. v. 13, n 6, p. 1027-34, 2005.

SANTOS, Maria Ruth dos. **Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora – MG.** [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. 172f. Doutorado em Saúde Coletiva.

NEY, Márcia Silveira. **Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família.** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2009. 128p. Mestrado em Saúde da Família.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, ano 1. n. 1, jul, 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Caderno da Região Metropolitana I.** Saúde na área: Regionalização. 2009a.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-RJ nº 648, de maio de 2009.** Constitui os Colegiados de Gestão Regional do Estado do Rio de Janeiro. 2009b.

SEIXAS, Paulo Henrique D' Angelo; STELLA, Regina Celes de Rosa. Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D'Avila (orgs.). **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002. 345-72p.

SENNA, Mônica de Castro Maia and COHEN, Mirian Miranda. **Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência.** Ciência & Saúde coletiva [online], v.7, n.3, p. 523-35, 2002.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, Márcia Valéria G.C.. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-42. Disponível em:

<<http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/007745>>. Acesso em 12 de janeiro de 2011.

SOUSA, Maria Fátima de et al. **Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.

SOUZA, Heloiza Machado de. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B; VIANA, A. L. A. **O SUS em dez anos de desafio.** São Paulo: Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002, p. 221-40.

_____; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Atenção Básica, política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (orgs.). **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002. 9-32p.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

TRIOLA, Mario F. **Introdução à Estatística.** Rio de Janeiro: LTC, 1999.

VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Celia Regina. **Mercado de Trabalho: Revendo Conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque.** Physis, v. 18, n. 3, p. 521-544. 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila, DAL POZ, Mário Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis, v. 12, supl, p. 255-64, 2005.

_____ *et al.* **Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “Gestão do trabalho na estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa está sob responsabilidade de Carinne Magnago, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone número (21) 8886-7555 ou e-mail carinne.mag@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar o cenário atual da gestão do trabalho na estratégia Saúde da Família em três municípios do Rio de Janeiro com número de habitantes superior a 500 mil habitantes, quais sejam: Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Nova Iguaçu.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista [a ser gravada a partir da assinatura desta autorização]. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

O pesquisador principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

APÊNDICE B: Instrumento de Coleta de Dados - ICD A – versão expandida

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Data da Entrevista: _____ / _____ / _____

Bloco I - Dados de Identificação

1. Nome:

2. Idade:

3. Sexo:

Feminino Masculino

4. Município:

Duque de Caxias Rio de Janeiro Nova Iguaçu

5. Cargo de gestão que ocupa na estratégia Saúde da Família:

6. Há quanto tempo está no cargo?

7. Formação profissional:

8. Ano no qual se formou:

9. Courseu pós-graduação? (indique a maior titulação)

- Não
- Sim. Residência em: _____
- Sim. Especialização em: _____
- Sim. Mestrado em: _____
- Sim. Doutorado em: _____

10. Possui experiência anterior em:

	Saúde da Família	Gestão
Sim, neste mesmo município	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, em outro município	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, em outro estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Qual o seu vínculo?

- Estatutário
- Servidor público municipal
- CLT
- RPA
- Outro. Especifique _____

24. Quais as formas de ingresso/contratação de recursos humanos em saúde praticadas por este município para atuação na Saúde da Família?

	Médico	Enfermeiro	Tec./Aux. de Enfermagem	ACS	Dentista	THD/ACD
Concurso público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Processo seletivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chamadas públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicação de gestor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicação política	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicação de outro profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação de currículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redes Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Indicar o quantitativo de cada modalidade de ingresso de profissionais para a Saúde da Família realizada nos anos 2000 (2000-2011)?

Não sabe (pule para a **questão 27**)

	Médico	Enfermeiro	Tec./Aux. de Enfermagem	ACS	Dentista	THD/ACD
Concurso público	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Processo seletivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Chamadas públicas	_____	_____	_____	_____	_____	_____

26. Aonde podem ser acessados os editais para contratação de profissionais para a Saúde da Família indicados na questão anterior?

27. Há Plano, Cargos, Carreira e Salários (PCCS) para os profissionais que atuam na Saúde da Família?

- Sim, específico para Saúde da Família
- Sim, específico para a Secretaria Municipal de Saúde
- Sim, geral para todos os trabalhadores do município (**Passe para questão 31**)
- Não possui PCCS (**Passe para questão 29**)
- Não sabe (**Passe para questão 31**)

28. O PCCS específico da SMS está:

- Elaborado e não aprovado (**Passe para questão 31**)
- Aprovado, mas não implantado (**Passe para questão 31**)
- Aprovado e implantado (**Passe para questão 31**)
- Em processo de reformulação (**Passe para questão 31**)

29. Existe proposta de criação de PCCS específico em andamento?

- Sim (Passe para questão 31)
- Sim, em fase de elaboração (Passe para questão 31)
- Não
- Não sabe

30. Por que não foi elaborada uma proposta de criação de PCCS? (Assinale até 3 alternativas que considera mais relevantes)

- A SES não tem autonomia para elaborar o PCCS
- Não existe uma política de RH que contemple a implantação de PCCS
- Não houve interesse da administração local
- Não houve acordo quanto ao PCCS a ser implantado
- A equipe técnica de RH não domina o assunto
- Outra.
Especifique: _____

31. Que ações vêm sendo desenvolvidas em seu município para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho na SF? (Assinale até 3 alternativas que considera mais importantes)

- Realização de concursos e processos seletivos públicos
- Levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS
- Substituição do trabalho precário existente por formas legais de contratação
- Iniciativa de formulação de PCCS
- Não mais recrutando trabalhadores através de contratações não convencionais
- Formulação de um plano de desprecarização do trabalho para o Estado/Município
- Cumprindo as decisões judiciais e os termos de ajuste de condutas com vistas à regularização dos vínculos precários
- Outras. Especifique: _____

32. Em sua percepção quais os profissionais com maior índice de rotatividade nas equipes de Saúde da Família do município? (Enumerar de 1 a 5 por grau de importância, onde 1 significa o profissional com menor índice de rotatividade)

- _____ Médicos
- _____ Enfermeiros
- _____ Técnicos/auxiliares de enfermagem
- _____ Agentes comunitários de saúde
- _____ Cirurgiões-dentista
- _____ Técnico de higiene dental
- _____ Auxiliar de consultório dentário

33. Em sua percepção quais os principais motivos para a rotatividade dos profissionais nas equipes de Saúde da Família do município? (Enumerar de 1 a 5 por grau de importância, onde 1 significa o motivo de menor importância)

- _____ Infraestrutura precária
- _____ Más condições de trabalho (escassez de material, pouca segurança etc)
- _____ Baixa remuneração
- _____ Carga horária de 40 horas
- _____ Dedicção exclusiva
- _____ Vínculo empregatício precário
- _____ Baixo status social do trabalho de saúde pública (quando comparado a atuação em ambientes hospitalares; consultórios etc)
- _____ Localização da USF em áreas de vulnerabilidade
- _____ Outro. Especifique _____

34. Quais as estratégias utilizadas por esse município para atrair e fixar profissionais na SF? (Assinale até 3 alternativas que considera mais importantes)

- Realização de concursos públicos
- Flexibilização de carga horária
- Altos salários
- Incentivos/complementação salarial
- Estratégias de qualificação
- Melhoria na infraestrutura da USF
- Melhoria nas condições de trabalho (segurança; limpeza, recursos materiais)
- Regularização de vínculos
- Elaboração de PCCS
- Nenhum

35. A estratégia Saúde da Família do município está inserida (referenciada) a quais projetos de qualificação do trabalho?

- Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS)
- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)
- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)
- Programa Nacional Telessaúde
- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Saúde sem fronteira - PROVAB)
- Programa Nacional de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica)
- Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps)
- Convênios com Instituições de Ensino. Especifique _____
- Outro(s). Especifique _____
- Nenhum
- Não sei responder

36. O município participou da fase 1 do PROESF?

- Sim
- Não
- Não sei responder

37. O município está participando da fase 2 do PROESF?

- Sim
- Não
- Não sei responder

38. Finalizando, o que você gostaria de acrescentar acerca da gestão do trabalho na Atenção Primária em Saúde?

APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados - ICD B – versão resumida

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data da Entrevista: _____ / _____ / _____

Bloco I - Dados de Identificação

1. Nome:

2. Idade:

3. Sexo:

Feminino Masculino

4. Município:

Duque de Caxias Rio de Janeiro Nova Iguaçu

5. Cargo de gestão que ocupa na estratégia Saúde da Família:

6. Há quanto tempo está no cargo?

7. Formação profissional:

8. Ano no qual se formou:

9. cursou pós-graduação? (indique a maior titulação)

- Não
- Sim. Residência em: _____
- Sim. Especialização em: _____
- Sim. Mestrado em: _____
- Sim. Doutorado em: _____

10. Possui experiência anterior em:

	Saúde da Família	Gestão
Sim, neste mesmo município	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, em outro município	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, em outro estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Qual o seu vínculo?

- Estatutário
- Servidor público municipal
- CLT
- RPA
- Outro. Especifique _____

12. Qual a sua situação funcional?

- Do quadro da prefeitura Foi contratado especificamente para o cargo

13. Possui outro trabalho?

- Não Sim

14. Qual a média do seu salário bruto (em reais) neste cargo de gestão?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inferior a 2000 | <input type="checkbox"/> Entre 4001 e 5000 |
| <input type="checkbox"/> Entre 2001 e 3000 | <input type="checkbox"/> Entre 5001 e 6000 |
| <input type="checkbox"/> Entre 3001 e 4000 | <input type="checkbox"/> Superior a 6000 |

15. Qual a sua jornada de trabalho?

- 20 horas
 40 horas
 Outro. Especifique _____

Bloco II – A Gestão do Trabalho na Saúde da Família**16. Em sua percepção quais os profissionais com maior índice de rotatividade nas equipes de Saúde da Família do município? (Enumerar de 1 a 5 por grau de importância, onde 1 significa o profissional com menor índice de rotatividade)**

- _____ Médicos
 _____ Enfermeiros
 _____ Técnicos/auxiliares de enfermagem
 _____ Agentes comunitários de saúde
 _____ Cirurgiões-dentista
 _____ Técnico de higiene dental
 _____ Auxiliar de consultório dentário

17. Em sua percepção quais os principais motivos para a rotatividade dos profissionais nas equipes de Saúde da Família do município? (Enumerar de 1 a 5 por grau de importância, onde 1 significa o motivo de menor importância)

- _____ Infraestrutura precária
 _____ Más condições de trabalho (escassez de material, pouca segurança etc)
 _____ Baixa remuneração
 _____ Carga horária de 40 horas
 _____ Dedicção exclusiva
 _____ Vínculo empregatício precário
 _____ Baixo status social do trabalho de saúde pública (quando comparado a atuação em ambientes hospitalares; consultórios etc)
 _____ Localização da USF em áreas de vulnerabilidade
 _____ Outro. Especifique _____

18. Quais as estratégias utilizadas por esse município para atrair e fixar profissionais na SF? (Assinale até 3 alternativas que considera mais importantes)

- Realização de concursos públicos
- Flexibilização de carga horária
- Altos salários
- Incentivos/complementação salarial
- Estratégias de qualificação
- Melhoria na infraestrutura da USF
- Melhoria nas condições de trabalho (segurança; limpeza, recursos materiais)
- Regularização de vínculos
- Elaboração de PCCS
- Nenhum

19. Finalizando, o que você gostaria de acrescentar acerca da gestão do trabalho na Atenção Primária em Saúde?