

Cenário de contratações para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: análise dos anos 2000

Scenario of hirings for the Family Health Strategy in the municipality of Rio de Janeiro: analysis of 2000s decade

Carinne Magnago¹
Celia Regina Pierantoni²

Resumo

Pesquisa documental realizada em 2011 que objetivou verificar, por meio de editais de concursos, a provisão de profissionais para a Estratégia Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro. Amostra: 54 editais de 2000-2011 com oferta de vagas para profissionais previstos na equipe mínima da ESF, os quais foram submetidos à análise documental e estatística descritiva. As contratações obedeceram a dois momentos: 2000-2009, em que a prefeitura era a principal contratante e; a partir de dezembro de 2009, em que figurou as Organizações Sociais. Ofertaram-se 6.094 vagas, das quais 59% para Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e médias salariais entre R\$ 728,59 (ACS) e R\$ 7.773,69 (médicos).

Abstract

Documentary research conducted in 2011 that aimed to verify, by means of calls for tenders, the provision of professionals for the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Rio de Janeiro. Sample: 54 notices from 2000 to 2011 with vacancies for professionals expected in the minimum staff of FHS, which were submitted to document analysis and descriptive statistics. The hirings obeyed two phases: from 2000 to 2009, in which the municipality was the main contractor and, as of December 2009, in which figured the Social Organizations. Was provided 6,094 jobs, of which 59% for Community Health Agents (CHA); and average salaries between R\$ 728.59 (ACS) and R\$ 7,773.69 (doctors).

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Gestão de Recursos Humanos em Saúde

Keywords: Primary Health Care. Family Health Program. Health Personnel Management

¹ Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ, Pesquisadora na Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde

² Médica, Pós-doutora em Medicina Preventiva, Professora Associada do IMS/UERJ, Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde, Coordenadora Geral da Estação de Trabalho IMS/UERJ da ObservaRH

Para correspondência:
Carinne Magnago
Email: carinne.mag@gmail.com

Data da Submissão: 05/09/2013
Data do Aceite: 19/09/2013

www.jmphe.com
J Manag Prim Health Care 2013; 4(2):116-125.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem como marco a publicação Relatório Lalonde, que consagra a promoção da saúde como campo de saber e de intervenções políticas. Tal documento 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 sanitárias¹.

No Brasil, a APS ganha notoriedade e é alçada como prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo após a proposição e implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Seu principal objetivo foi reorganizar os serviços e práticas assistenciais e reordenar a demanda, efetivando-se como porta de entrada do sistema^{2,3}.

Entretanto, a implementação e consolidação do PSF, que anos depois passou a ser considerado como Estratégia Saúde da Família (ESF), sofreram dificuldades, principalmente em razão da 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^{4,5}. Além disso, o SUS também enfrentou desafios, muitos em virtude da dificuldade de estabelecer regras genéricas a um país desigual e de tamanha complexidade normativa e técnica.

Nesse cenário, com o passar dos anos se visualizou disparidade na implantação da ESF em municípios de grande porte, sobretudo nas capitais e regiões metropolitanas^{6,7}.

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 de todas as ordens. Nesses locais, nota-se uma rede complexa de serviços de saúde tradicional, responsável, em grande medida, pela relutância à conversão do modelo de assistência centrado no médico, medicamento e hospital para uma lógica de saúde que prioriza as ações de promoção e prevenção^{2,6,8,9}.

De grande relevância são também as problemáticas relacionadas aos Recursos Humanos em Saúde (RHS), tais como a inadequação da formação profissional pregressa, em virtude da manutenção, sobretudo em cidades com alto

desenvolvimento tecnológico, de uma formação abalizadora da especialização e; precariedade dos vínculos empregatícios e condições de trabalho. Em consequência, computam-se altos índices de rotatividade profissional no âmbito da APS, especialmente de médicos, cuja atração e fixação para unidades básicas têm se tornado cada vez mais difíceis¹⁰⁻¹³.

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 consequência, novas modalidades contratuais. Contudo, estas não vieram conduzidas por reformas dos modelos fiscalizatórios e regulatórios do Estado que promovem, por sua vez, adequabilidade da legislação e que disciplina tais modalidades¹⁴. 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 remuneração¹⁵.

A gestão do trabalho já não sinoniza 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, colocando-se, portanto, na condição de ‘contratador dos contratantes de pessoal¹⁴.

Nessa esteira, objetiva-se analisar as características de contratações públicas de RHS para a ESF, nos anos 2000, em grande centro urbano.

Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, com delineamento de pesquisa documental, de abordagem qualitativa, que teve como cenário o município do Rio de Janeiro, RJ.

O objeto desta pesquisa constituiu-se de editais de concursos e processos seletivos públicos. Os critérios de inclusão considerados foram: editais datados entre 2000 e 2011, com previsão de vagas para RHS previstos em equipe mínima para ESF, quais sejam: médico, enfermeiro, dentista, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e agente comunitário de saúde (ACS); sem distinção da situação do concurso (andamento ou finalizado). Os critérios de

exclusão estabelecidos foram: comunicados de chamadas públicas, erratas de editais, e editais incompletos.

Os editais de interesse desta pesquisa foram obtidos entre agosto e dezembro de 2012 nas seguintes bases de dados: Google, por constituir-se do maior site mundial de busca; bancos de concursos online, a saber: PCI Concursos e Folha Dirigida; Diário Eletrônico Oficial municipal; endereços eletrônicos das instituições realizadoras dos processos seletivos de interesse desta pesquisa; busca *in loco*, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O tratamento dos dados se deu por estatística descritiva e análise documental.

Resultados

Da pesquisa documental foram selecionados 54 editais datados entre 2002-2004 e 2008-2011. O maior número de editais são datados de 2010 (n=32), seguido daqueles publicados em 2011 (n=12).

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 (OS) assumem a gestão das equipes e unidades da estratégia.

A Prefeitura como contratante: de 2000 a agosto de 2009

Quando da implantação das primeiras equipes no município do Rio de Janeiro, em 2000, 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 salarial¹⁶, cujos valores variavam de R\$600,00 (ACD) a R\$2.800,00 (médicos).

No período compreendido entre 2002 e 2009, dez editais de remanejamento de servidores públicos municipais para a ESF foram encontrados. Não foi constatada abertura de editais de remanejamentos entre os anos 2000-2001 e 2005-2007. Entretanto, ressalta-se que no ano 2000, 22 equipes foram implantadas no município. Assim, sugere-se que ao menos um remanejamento anterior a 2002 já havia

sido realizado para implantação das primeiras equipes de Saúde da Família.

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 131¹⁷. 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 determinado período de validade.

Outra explicação para o referido crescimento de equipes mesmo sem editais publicados pela prefeitura é que, desde os anos iniciais da implantação da ESF, profissionais de saúde também eram contratados por outras instituições, especialmente no que tange à contratação de ACS que nunca foram contratados diretamente pela Prefeitura. Uma das prerrogativas para assumir cargo de ACS é ser morador do local de desenvolvimento das atividades na ESF e, em virtude disso, grande parte das contratações desses profissionais se dava por meio de Associações de Moradores ou Organizações não Governamentais atuantes na região.

A maior parte dos editais de remanejamentos previa inscrição presencial, com seleção por avaliação curricular e entrevista individual, cujos critérios considerados eram, principalmente, a formação complementar em áreas afins a ESF, experiência na Atenção Básica e inserção em atividades docentes.

Notou-se a priorização de especialistas para os cargos 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 científica. Para ele as tarefas são mais importantes e deve-se buscar a organização estrutural perfeita, donde trabalhadores ajustam-se às exigências do posto de trabalho¹⁸. Nesse contexto, o modelo taylorista constitui-se como ferramenta de gestão do trabalho empregada para obtenção do aumento da eficiência e produtividade do trabalhador.

O último edital de remanejamento, publicado em 2009, trouxe alguns diferenciais em relação aos anteriores, entre eles a modalidade de inscrição, posto que os editais anteriores só aceitaram inscrição presencial, enquanto o de 2009 previu inscrição exclusiva pela internet. Questiona-se: trata-se de uma forma tácita de selecionar aqueles

com acesso mínimo à informática? Um critério oculto? Um pré-requisito não apresentado? Ou configura-se apenas como tendência a ser seguida, em virtude da massificação das tecnologias da informação e da busca pela democratização do acesso digital no sentido de incluir digitalmente e, por consequência, socialmente todas as pessoas?

Com efeito, cumpre assegurar que tal modalidade viabiliza as chances de participação em concursos públicos daqueles que residem em locais mais distantes. Ademais, fomenta a concorrência e a competição que exigem melhor preparo dos candidatos. Por outro lado, esse processo seletivo se torna excludente, haja vista a utilização da internet como modalidade única de inscrição. Assim, aqueles sem acesso à internet tem o processo de participação em certames obstado pela inflexibilidade dos editais de concursos, ainda que eventualmente residam próximos ao local de atuação prevista.

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

Compreende-se que as contratações de RHS nesse período configuraram-se como processo seletivo simplificado, com classificação de candidatos por meio de avaliação curricular e entrevistas. 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 APS 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 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 (USF), quer seja por proximidade com a residência ou mesmo por almejem atuar numa área de melhor acesso ou mais segura.

Se por um lado houve diversos motivos pelos quais os servidores municipais poderiam aderir à ESF, por outro, diversas unidades ficaram desfalçadas 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.

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 escala¹⁹.

Outrossim, 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 desfalçado 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.

Não obstante ao exposto, o remanejamento constituiu-se numa oportunidade para os profissionais de saúde se realocarem em outras unidades e níveis de complexidade. 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.

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 OS foram qualificadas no Brasil, por meio de Lei, como pessoas jurídicas de direito privado, porém sem fins lucrativos, e cuja atuação seja direcionada ao ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, saúde entre outros²⁰.

No município do Rio de Janeiro, a qualificação de OS se deu mediante Lei específica publicada em 2009, segundo a qual estas organizações deveriam desenvolver suas atividades direcionadas à saúde apenas no âmbito

da ESF, em unidades de saúde criadas a partir da referida Lei e em hospital municipal específico²¹.

Atualmente existem cinco destas organizações contratadas pela SMSDC, as quais, juntas, gerem 580 equipes de saúde na Atenção Básica nas mais diversas modalidades²².

Os contratos de gestão assinados entre as OS e a SMSDC, antevêm a participação de tais organizações como gerenciadoras de unidades e equipes de Saúde da Família, sendo também responsáveis pela contratação dos profissionais. Nessa ótica, em dois anos (2009-2011), muitas contratações de pessoal de saúde foram realizadas por meio de diferentes modalidades de contratação, especialmente mediante publicização de processos seletivos.

- **Processos seletivos**

A coleta de dados angariou 44 editais de processos seletivos realizados por OS, dos quais 70% foram publicados em 2010. Em corroborio, entre os anos de 2010 e 2011, o número de equipes de Saúde da Família no município obteve um incremento de 90%¹⁷.

No que tange às vagas para os profissionais com atuação na equipe mínima de Saúde da Família e Saúde Bucal, foram ofertadas 6.094 do total de vagas anunciadas no conjunto de editais. O maior percentual de vagas foi ofertado para os ACS (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 publicação da Portaria nº 2.027 de 2011, era a única ocupação a ter mais de um profissional por equipe²³. Os menores, por sua vez, foram para os profissionais que compõem equipes de Saúde Bucal. Também não se constitui surpresa, visto que uma mesma equipe de Saúde Bucal, nessa época, poderia ser responsável pela população adscrita de até duas equipes de Saúde da Família, o que exige menor quantitativo profissional²⁴.

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 aponta que os médicos são os profissionais mais raros no mercado de trabalho brasileiro²⁵. Campos e Malik discutem a rotatividade médica na ESF como um dos fatores mais críticos para a consolidação da estratégia²⁶. Assim, tanto a escassez como a alta rotatividade tem exigido maior número de contratações dessa categoria.

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 àqueles 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 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)²⁷. 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 taxa 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.

Para o processo seletivo diversas estratégias foram utilizadas, quais sejam: provas, análise curricular, entrevistas e dinâmicas de grupo.

A análise dos editais por categoria

profissional apontou que houve simplificação do processo de seleção para os médicos, o que pode dever-se a um reduzido número de candidatos nos certames.

Do total de editais, a estratégia mais utilizada foi a prova. Tal fato pode dever-se ao porte do município, o que implica geralmente em um alto número de candidatos participantes de concursos, atraindo, inclusive, profissionais de regiões adjacentes, se fazendo necessária uma etapa balizadora que classifique os mais qualificados, diminuía o número de candidatos e, por consequência, facilite a escolha dos profissionais a serem contratados.

Destaca-se ainda o uso da dinâmica de grupo como etapa de seleção, visto ter sido adotada apenas para o processo de seleção de ACS, o que pode ser imputado, em parte, ao fato de serem os profissionais em maior contato com a população. Assim, a dinâmica pode ter sido utilizada para observação do comportamento dos candidatos frente a situações problemáticas²⁷.

A não utilização desta estratégia de seleção para outros profissionais pode ser em razão da inviabilidade de aplicação da mesma ante ao 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.

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. Constatou-se 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 ACS deve ser feito segundo uma lógica particular de cada município, pois o candidato à vaga 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, os ACS precisam apenas saber ler e escrever.

Assim, o candidato à vaga de ACS, é avaliado, em grande parte por sua competência, atitude e experiência de vida mediante simulação de situações problemáticas na comunidade, seja por meio de testes escritos, seja por entrevistas individuais e/ou coletivas. Mesmo porque, uma vez aprovado e contratado, o ACS receberá o treinamento adequado para o desenvolvimento de suas atividades⁵. A exigência de conteúdos mais complexos pode se dar pelo alto número de candidatos, o que exige etapas mais restritivas.

Foi desvelado também que para todos os cargos, em mais de 40% dos editais contendo etapa de prova, previa-se questões de conhecimento geral. O anúncio de perguntas vertendo sobre o SUS foi direcionado para os enfermeiros e ACS em apenas um edital, o que não invalida a presença de tais nos demais concursos, pois poderiam estar contempladas nos conhecimentos específicos ou gerais.

- **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.

A maior média salarial prevista entre os cargos de nível superior equivale foi oferecida aos médicos (R\$7.773,69), 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 para os médicos era de R\$7.500,00, visto que em apenas dois editais esse valor foi diferente. Nestes, os valores oferecidos foram R\$7.984,50 e R\$9.752,37.

Pode-se inferir que o salário base 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 da categoria 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 cujo valor 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, que é de R\$6.134,57. Quando comparada às 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%, respectivamente²⁸.

Para os cargos de dentista e enfermeiro, o piso salarial estabelecido, segundo os editais, era de R\$3.900,00. Apenas em um edital 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 editais lançados em período posterior ao desta investigação.

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 em 18% e 48%, respectivamente.

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

Em todos os editais que contemplaram vagas para técnicos de enfermagem e THD, o salário oferecido foi de 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 ainda 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 e ACS também são superiores à média nacional, às médias de todas as regiões e, às calculadas segundo porte populacional.

A média salarial dos ACD 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, que é 12% maior.

No que se refere à remuneração indireta, nesse caso, benefícios oferecidos pelas Organizações Sociais, ela varia de acordo com a categoria profissional. Evidenciou-se, a partir das proporções calculadas, que os profissionais que mais recebem benefícios são os ACS (96,9%), seguido dos médicos (91,7%).

Tais proporções foram 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 antevêm vagas para a categoria X

As categorias com menor previsão de benefícios, segundo editais, são àquelas de nível médio, quais sejam: técnicos de enfermagem e 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*²⁸ 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 à proporção de editais por tipo de benefício, observou-se que o auxílio alimentação foi prenunciado em 100% dos editais com previsão de benefícios. A proporção de editais com garantia de auxílio refeição alcançou maior percentual para os ACD (50%) e 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. 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%).

Foi ainda constatado outro benefício, que não os citados, oferecido aos médicos. Em 36,4% dos editais contemplando vagas para médicos se previu uma gratificação para atuação em áreas de difícil provimento, cujo valor era igual ou superior a R\$1.500,00.

A escassez de médicos e sua alta rotatividade tem fomentado a criação de incentivos como estratégia de atração e fixação desses profissionais, tal como recomendado pelo relatório final da pesquisa *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos*²⁹. 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.

- **Jornada de trabalho e modelo de contratação**

Em todos os editais a carga horária prevista era de 40 horas, para todos os profissionais, em cumprimento à Portaria nº 648 de 2006²⁴, dado que a Portaria nº 2.027²³, que flexibiliza a carga horária médica foi editada somente em agosto de 2011.

A modalidade de contratação prevista para todos os cargos foi a 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 por Tempo de Serviço (FGTS), inerente a essa modalidade de contratação.

Ficou evidenciado em pesquisa realizada por Medeiros et al.³⁰ 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.

Conclusões

Mediante análise de 54 editais de concursos e processos seletivos públicos, evidenciou-se que 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. Todavia, desde 2009 a contratação se dá por meio de Organizações Sociais, com tempo de contrato definido e maiores vencimentos.

No período 2002-2011 identificaram-se 6.094 vagas para profissionais com atuação em equipe mínima na Saúde da Família, das quais o maior percentual destinou-se a ACS (59%) e os menores para profissionais da Saúde Bucal.

A contratação prevista era de regime jurídico celetista, jornada de trabalho de 40h, com descrição das remunerações base e benefícios previstos para cada categoria. As médias salariais previstas para todos os cargos foram, sobremaneira, maiores que as médias percebidas por profissionais da ESF no âmbito nacional e regional.

Destarte o exposto, constatou-se que o município do Rio de Janeiro tem investido na provisão de RHS para atuação na ESF, mediante parceria estabelecida com OS. Contudo, não se pode inferir que o incremento no número de vagas e processos seletivos para ESF deve-se exclusivamente a estratégia de ampliação da cobertura populacional pela APS. Em parte, tal responsabilidade recai sobre a rotatividade percebida no município, sobretudo no que compete a categoria médica, que acabam por demandar novas contratações e, portanto, novos processos seletivos.

Cumprir esclarecer que o aprofundamento da análise e discussão dos resultados foi limitado em razão da inexistência de estudos com objeto de estudo semelhante ao desta pesquisa. Ademais, a pesquisa não averiguou os resultados e desempenho dos profissionais nos referidos concursos. Igualmente, não foi objeto de estudo a efetiva incorporação dos concursados, tampouco sua permanência na ESF.

Nessa perspectiva, espera-se que esta pesquisa subsidie novas investigações que possam olhar para as diferentes vertentes da APS, especialmente no que compete à gestão de RHS, tais como: a rotatividade no âmbito da APS, formação profissional em congruência com o SUS

e fatores macropolíticos, sociais e econômicos relacionados à atração e fixação de pessoas.

Almeja-se que a ESF se expanda e se solidifique nos grandes centros urbanos, cuja rede de atenção à saúde concentra e privilegia, em grande medida, as unidades de alta complexidade clínica, técnica e tecnológica.

Necessita-se, para tanto, de uma política efetiva de financiamento da saúde que priorize as ações de cunho promocional e preventivo, e de uma política de gestão de RHC que busque equacionar as problemáticas relacionadas à formação, regulação e valorização dos profissionais da saúde.

Referências

- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. 1974 Apr.; Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981 [cited 2013 Sep 05]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005;12(supl):S255-64.
- Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde: uma introdução sobre os problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *J Manag Prim Health Care*. 2011; 2(1):18-24.
- Machado CV, Lima LC, Viana LS. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(supl 1):S42-S57.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- Caetano R, Dain S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*. 2002;12(1):11-23.
- Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1935-43.
- Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis*. 2002;12(1):47-58.
- Mattos RA. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis*. 2002;12(1):77-108.
- Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012;22(4):1293-311.
- Pierantoni CR, Varella TC, Monteiro VO, Santos MR, França T. Reconfigurando perfis profissionais: a especialização em saúde da família. In: Pierantoni CR, Viana AL (Orgs). *Educação e Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 224-39.
- Varella TC, Pierantoni CR. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. *A Década de 90 em Destaque*. *Physis*. 2008;18(3):521-44.
- Farah BF. 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]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- Pierantoni CR. Reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(2):341-60.
- Dedecca CS. O trabalho no setor saúde. São Paulo *perspect*. 2008;22(2):87-103.
- 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* 2002; 29 out.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Brasília, DF. [acesso 2013 ago 30] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php
- Lacaz FAC. 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. *Cad. psicol. soc. trab*. 2007;10(1):93-103.
- Bohlander, G, Snell S, Sherman A. *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2003.
- 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* 1998; 15 mai.
- 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 Município do Rio de Janeiro* 2009; 20 mai.
- Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF. [acesso 2012 jan 12] Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>
- 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* 2011; 25 ago.
- Portaria nº 648 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). In: Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. p.9-54.
- Neri MC. Escassez de médicos. *Relatório de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2008.
- Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. adm. pública*. 2008;42(2):347-68.

27. Santos MR. 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.
28. Estação de Trabalho de Sinais de Mercado em Saúde. Monitoramento da Qualidade do Emprego da Estratégia Saúde da Família - 2010. Relatório final. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Jul 2010.
29. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados, 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
30. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(supl 1):S1521-31.