

Equidade na gestão de recursos humanos: um estudo de redimensionamento no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Santos

Equity in human resources management: a study about redimensioning in the Department of Basic Attention in Santos Health Secretary

Carolina Ozawa^I, Danielle Abujamra Siufy Nardez^{II}, Eliane Bittencourt Nogueira^{III},
Maria Lucia Martins da Silva Novaes^{IV}, Tatiana das Neves Fraga Moreira^V

Resumo

Estudo inovador realizado pelo Departamento de Atenção Básica do município de Santos, que propôs a análise detalhada do quadro de recursos humanos com vistas ao redimensionamento dos profissionais, agregando aos parâmetros do Ministério da Saúde, conceitos e diretrizes do SUS, tais como acessibilidade, grau de vulnerabilidade do território, população adstrita e índice de utilização dos serviços. Os cálculos foram realizados para todas as categorias profissionais, resultando em um conjunto de planilhas que apontam o déficit e o superávit por unidade e para todo o município. Do ponto de vista qualitativo, o estudo propiciou ainda a discussão sobre os processos de trabalho e os modos de produção de cuidado, impactando assim na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Palavras-chave: Gestão de recursos; Recursos humanos; Atenção básica.

Abstract

It is an innovative study carried out by the Basic Attention Department in Santos municipality, which proposed a detailed analysis of the human resources board, aiming to redirect professionals, aggregating to Health Ministry concepts and guidelines of the Brazilian Health Unique System, as well as accessibility, territory vulnerability, attached population and service usage index. Calculation was carried out to all professional categories, resulting in a set of spreadsheets that point the deficit and the surplus for unit and for the entire municipality. From a qualitative point of view, the study provided yet the discussion about the work processes and the ways of care production, influencing, therefore, the quality of the assistance given to the user.

Keywords: Resources management; Human resources; Primary health care.

^I Carolina Ozawa é Enfermeira de Saúde Pública, especialização em Educação em Saúde Pública, no Programa de Saúde da Família. Mestrado em Saúde Coletiva e Doutorado em Saúde Coletiva. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Santos-SP foi chefe de seção de epidemiologia, coordenadora de saúde coletiva, coordenadora de vigilância, chefe do departamento de especialidades, chefe do departamento de vigilância em saúde, chefe do departamento de atenção básica, atualmente, assessora do gabinete da secretaria de Saúde de Santos-SP.

^{II} Danielle Abujamra Siufy Nardez (dsiuify@ig.com.br) é psicóloga formada pela Universidade Católica de Santos e Pedagoga formada pela Centro Universitário Lusíada, com especialização em Formação e Cuidado em Rede e mestranda no Programa de Ensino em Ciências da Saúde, ambas pela Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista (UNIFESP). Atualmente é coordenadora da Atenção Básica da Região da Orla e Intermediária do município de Santos.

^{III} Eliane Bittencourt Nogueira (eli_bittencourt@hotmail.com) é enfermeira com especialização em Saúde Comunitária e da Família pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) e especialização em Formação e Cuidado em Rede pela Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista (UNIFESP). Atualmente é chefe da Policlínica da Aparecida, no município de Santos.

^{IV} Maria Lucia Martins da Silva Novaes (ml_novaes@hotmail.com) é enfermeira com especialização em Pediatria e Puericultura pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da rede de atenção às urgências e emergências pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Atualmente é coordenadora da Atenção Básica da Região da Zona Noroeste do município de Santos.

^V Tatiana das Neves Fraga Moreira (tatinfm@yahoo.com) é psicóloga formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, cientista social pela Universidade de São Paulo e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é chefe de departamento da Atenção Básica do município de Santos.



Introdução e justificativa

A gestão de recursos humanos é parte importante do desenvolvimento do trabalho em qualquer organização de saúde e está vinculada diretamente à qualidade do atendimento e do serviço prestado aos usuários. Por essa razão, torna-se relevante pensar na adequação dos quadros de profissionais, considerando ainda que “Os trabalhadores do setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, ações e serviços de saúde disponíveis para a população” (Ministério da Saúde 2005).

O Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (Organização Pan-americana da Saúde 2006) é um documento que sintetiza as discussões realizadas nos grupos de trabalho da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e

Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário.

O documento apresenta a necessidade de manter em pauta a temática, fortalecendo políticas de recursos humanos como parte da construção de sistemas de saúde equitativos e de qualidade. Para isso define alguns princípios fundamentais para a elaboração de planos de fortalecimento da força de trabalho em saúde. O primeiro deles aponta que são os recursos humanos a base do sistema de saúde, indo ao encontro de uma das premissas citadas e presente nos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (Ministério da Saúde 2005). O segundo princípio situa o trabalho em saúde como um serviço público, de responsabilidade social e de grande importância para o desenvolvimento humano. Por fim, reafirma que os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e da melhoria dos sistemas de saúde. Nesse aspecto, considera-se que o trabalho em saúde deve ser orientado para a melhoria da situação de saúde da

população e para isso faz-se necessário reunir um contingente bem-distribuído, capacitado, saudável e motivado.

No âmbito federal, os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (Ministério da Saúde 2005) têm por finalidade estabelecer e definir os modos de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde – SUS. Dentre as atribuições e responsabilidades dos gestores das esferas municipais, estaduais e federais sobre a Gestão do Trabalho no SUS, encontra-se a necessidade de elaborar diagnósticos sobre o quadro de trabalhadores, relacionando ainda a necessidade prevista para a implementação dos Planos locais de Saúde.

Dessa forma, o município assumiu o desafio de realizar um estudo de dimensionamento do quadro de profissionais da Atenção Básica, visando à redistribuição de servidores e ao levantamento das reais necessidades da rede, a partir de critérios objetivos, mas que considerasse as especificidades de cada território. Noutras palavras, um dimensionamento de recursos humanos norteado pelo princípio da equidade na distribuição de profissionais, usando como critério a vulnerabilidade de cada território.

A dimensão quantitativa do estudo permitiu avaliar numericamente a distribuição dos trabalhadores por unidades de saúde, comparar os quadros atuais e dimensionados e identificar déficit ou superávit de horas de trabalho, conforme apresentaremos a seguir.

A dimensão qualitativa possibilitou, no decorrer mesmo do estudo, amplo debate sobre os processos de trabalho e contribuiu para difundir a cultura da análise de dados para tomada de decisão entre as chefias locais e do nível central da gestão.

“Dimensionamento do Quadro de Pessoal pode ser entendido como um processo de planejamento contínuo de avaliação da força de trabalho para atender aos objetivos da organização, através da definição de critérios

que identifiquem a necessidade de pessoal, em termos quantitativos e qualitativos, para atender direta, ou indiretamente as necessidades das unidades ou área de trabalho”¹

O município de Santos

A cidade de Santos, no litoral paulista, é um município com 419.400 habitantes (IBGE, 2012) e integra, junto a nove municípios, a região conhecida como Baixada Santista. Está, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, em sexto lugar na lista dos municípios brasileiros por Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) e o terceiro lugar entre os municípios do Estado de São Paulo.

Contextualizando nossa rede de atendimento

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é constituída por seis departamentos integrados que cuidam da Atenção Básica, da Atenção Pré-hospitalar e Hospitalar, das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, dos Serviços da Especialidade, de Regulação e de Infraestrutura e Finanças.

Atualmente, o grande desafio da gestão municipal de saúde é manter a qualidade da atenção oferecida à população, aperfeiçoando o acolhimento e o acesso oportuno, promovendo ações em prol da adequada resolutividade da rede de serviços, incentivando a responsabilização dos profissionais para o cuidado dos pacientes, integrando os serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde.

“As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”²

¹ http://www.saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/XXIV_Congresso_de_Secretarios_Municipais_de_Saude_do_Estado_SP/Gestaodepessoas/Dimensionamento_de_Medicos_Bete_Lelo.pdf

² http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=atributos_ras

Essa concepção de rede de atenção traz em seu bojo a necessidade de articular e fomentar as redes locais e intersetoriais, visando à racionalidade dos processos de trabalho e efetivação de princípios e diretrizes do SUS. Nessa rede, a Atenção Básica possui papel central e estruturante:

“No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (Ministério da Saúde, 2012)

O fortalecimento da Atenção Básica é, portanto, estratégico para avançar na produção do cuidado integral, melhorando indicadores básicos de saúde, como mortalidade infantil, mortalidade geral e, em especial, aquelas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis.

Atualmente, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (DEAB-SMS) é composto de 31 unidades de saúde, sendo 10 Unidades Básicas Tradicionais e 21 Unidades de Saúde da Família (totalizando 36 Equipes de Saúde da Família), uma seção dedicada à articulação dos grupos de prevenção e promoção à Saúde, uma equipe do Consultório na Rua e três Núcleos de Apoio à Saúde da família.

As unidades, na maioria, apresentam em seu quadro médicos (clínicos ou generalistas, pediatras e ginecologistas), enfermeiros e técnicos de enfermagem, dentistas e auxiliares de saúde bucal, oficiais administrativos que atuam na recepção das unidades e Agentes Comunitários de Saúde.

No município, as equipes de Saúde da Família tiveram sua implementação nos meados dos anos 2000, atingindo apenas 11% de cobertura entre a população do município até 2014. Há dois anos, teve início um processo de transformação no modelo atenção vigente e novas equipes foram implementadas. Atualmente, podemos encontrar 28,78% de cobertura entre os usuários atendidos, 36 equipes de Saúde da Família e 19 equipes de Saúde Bucal. A cobertura dos ACS é de 34,39% totalizando 144.325 pessoas para 259 agentes comunitários de saúde^{III}.

A ampliação da ESF é diretriz da Secretaria de Saúde de Santos, com prioridade para as áreas de maior vulnerabilidade, visando à equidade de acesso, à integralidade e à harmonização progressiva dos perfis da oferta de serviços e atividades de prevenção e promoção de saúde.

Diante do quadro que se apresenta, o redimensionamento de recursos humanos faz-se necessário, a fim de manter a qualidade do atendimento prestado à população e a satisfação dos trabalhadores que podem exercer adequadamente suas funções.

Vale destacar que a Lei de Responsabilidade Fiscal^{IV} trouxe novos limites para as despesas com pessoal, restringindo as possibilidades de contratações. Nesse contexto, o dimensionamento de RH, tal como apresentado, pode ser uma ferramenta importante de gestão, garantindo a economicidade, mas priorizando a qualidade da atenção.

Objetivo

O estudo teve como objetivo a análise e o redimensionamento do quadro de recursos humanos do Departamento de Atenção Básica, considerando as características e dados de vulnerabilidade de cada território, a população adstrita, o

^{III} Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE . Acesso em 14-08-16)

^{IV} http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm

índice de utilização das unidades e os parâmetros de composição de equipe do Ministério da Saúde.

Metodologia

Esse estudo teve início em julho de 2015 com a apresentação da proposta de dimensionamento de recursos humanos para integrantes de diferentes níveis da gestão da SMS. Foram realizadas duas reuniões de trabalho aproximando o grupo presente dos cálculos utilizados para o dimensionamento de cada categoria profissional e das principais fontes de dados. Ao término da primeira etapa, o grupo presente deliberou que o estudo deveria ter início pelo Departamento de Atenção Básica, considerando a necessidade de conhecer a rede de atendimento e sua força de trabalho a partir de dados objetivos de cada um dos territórios.

Dado o recorte no Departamento de Atenção Básica, partiu-se para o trabalho de aproximação com a teoria proposta. Esse processo foi mediado por consultoria externa durante quatro meses, com encontros mensais intercalados com reuniões locais entre os profissionais relacionados para o grupo de trabalho que fora constituído para o estudo, denominado grupo de trabalho para o dimensionamento ou GT-dimensionamento.

Os encontros com a consultora tratavam essencialmente das fontes dos dados e da metodologia aplicada nos cálculos para o dimensionamento de cada categoria profissional, bem como da forma de organização de toda a informação coletada. Partiu-se igualmente de documentos norteadores, tais como a portaria 1.101, de junho de 2002, que define os parâmetros assistências do SUS e a Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012). É importante destacar que as fontes de dados foram amplamente debatidas, bem como os critérios de seleção das informações; ambos foram pactuadas

de modo a refletir a realidade do município e da nossa rede de atendimento.

Segue breve relato da construção coletiva dos critérios e as fontes de dados utilizadas em cada categoria profissional. Devemos ressaltar que as chefias das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família contribuíram significativamente com o estudo, fornecendo os dados necessários para a caracterização de cada um dos serviços.

Critérios e parâmetros utilizados

O estudo partiu de dados basais para a caracterização do território e das unidades:

- população do município: dados do IBGE (IBGE, 2012), apresentados por bairro e divididos por faixa etária e sexo;
- população adstrita às unidades: número de prontuários ativos para as unidades básicas tradicionais e população cadastrada no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para as unidades de saúde da família. Ambos tomaram como recorte o mês de agosto de 2015;
- nível de vulnerabilidade dos territórios: a inter-relação de três parâmetros: o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS 2010^v; distribuição de pontos de concentração de população em situação de rua por bairro e a distribuição de locais de comércio de sexo por bairro^{vi};
- quadro atual dos servidores lotados por equipe de saúde;
- postos de trabalho: setores que ficam abertos ao atendimento à população por no mínimo 8 horas por dia e exigem a permanência de um técnico de enfermagem para sua execução durante o período.

^v <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php>

^{vi} “Avaliação da Intervenção com profissionais do sexo na cidade de Santos” – Seção de Referência em aids (Secretaria Municipal de Saúde de Santos) - Julho/15

Foram informados pelas chefias das Unidades em setembro de.

- horário de funcionamento das unidades de saúde.

A área de abrangência de cada Unidade foi analisada a partir do mapa IPVS 2010, considerando-se o grupo de vulnerabilidade que representava a maior parte do território da Unidade. Ao término da análise, as unidades foram classificadas em quatro níveis de vulnerabilidade: Baixa, Média, Alta e Muito Alta.

A partir dos critérios e índices citados, teve início o cálculo por categoria profissional, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, oficiais administrativos, dentistas, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e profissionais do NASF.

Apresentação dos cálculos

A partir de dados base, calculamos dois índices importantes que nortearam o dimensionamento de diversos cargos. O primeiro deles é a proporção de pessoas residentes na área de abrangência da Unidade que efetivamente fazem uso desse serviço, denominado **Índice de Utilização das Unidades**. Em seguida, calculamos a **Unidade de referência (UR)**, com base na população que efetivamente utiliza as Unidades e a vulnerabilidade da área, tendo como parâmetro a composição de equipes previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012), na qual define que uma equipe da ESF ficará responsável por 2,5 mil a 4 mil pessoas. Assim, foi possível calcular o número de equipes (com horas de profissionais equivalentes ao calculado nas Equipes de Saúde da Família) que é necessário em cada Unidade.

Cálculos por categoria profissional

Optamos por elaborar planilhas eletrônicas para auxiliar na elaboração de todas as etapas. Isso permite alterações necessárias e atualizações

a qualquer tempo. Apresentaremos abaixo os parâmetros utilizados, os cálculos e a planilha referente aos auxiliares e técnicos de enfermagem, como exemplo:

- parâmetros utilizados;
- horário de funcionamento da unidade;
- postos de trabalho;
- jornada de trabalho;
- unidade de referência.

Resultado

Do ponto de vista quantitativo, o estudo possibilitou o análise entre o quadro atual e o dimensionado, evidenciando as diferenças entre as unidades do departamento: se por um lado há falta de cirurgiões-dentistas, oficiais administrativos e técnicos de enfermagem, por outro há superávit de médicos pediatras. A partir da análise do superávit, foi possível propor remanejamentos entre as unidades, otimizando os recursos existentes.

O processo iniciado pelas oficinas de trabalho tornou-se espaços fomentadores do diálogo entre diferentes atores, não apenas sobre a distribuição dos recursos entre os serviços, mas também a respeito do modelo de Atenção Básica que almejamos construir em nosso município.

Considerações finais

O processo de analisar, com o detalhamento proposto nesse estudo, o quadro de recursos humanos do Departamento de Atenção Básica, foi uma tarefa inédita na Secretaria de Saúde de Santos, que pode garantir não apenas a adequação do número de profissionais por unidade de saúde, mas também servir como subsídio para discutir os processos de trabalho e os modos de produção de cuidado para garantir a qualidade do atendimento à população. A ferramenta permitiu o olhar mais objetivo sobre o tema, agregando aos parâmetros assistenciais e de composição de equipe propostos pelo Ministério da Saúde,

AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM						
POLICLÍNICA	DIMENSIONADA		ATUAL		SUPERÁVIT/DÉFICIT	
	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	HORAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	HORAS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	HORAS
CONSELHEIRO NÉBIAS	13	510	9	350	-4	-160
MARTINS FONTES	11	438	10	390	-1	-48
VILA MATHIAS	9	378	10	400	1	22
RCH/ID	8	321	7	280	-1	-41
VALONGO	8	320	8	320	0	0
CARUARA	6	232	3	120	-3	-112
MONTE CABRÃO	5	213	3	120	-2	-93
MORRO NOVA CINTRA	9	350	10	390	1	40
MARAPÉ	11	435	9	360	-2	-75
MORRO SÃO BENTO	10	382	8	320	-2	-62
JABAQUARA	6	250	6	240	0	-10
VILA PROGRESSO	7	300	3	120	-4	-180
MORRO SANTA MARIA	6	253	3	120	-3	-133
MORRO DA PENHA	6	234	3	120	-3	-114
MONTE SERRAT	5	216	3	120	-2	-96
MORRO JOSÉ MENINO	6	227	4	160	-2	-67
APARECIDA	14	570	12	480	-2	-90
EMBARÉ	18	717	14	540	-4	-177
GONZAGA	11	450	10	390	-1	-60
CAMPO GRANDE	14	550	11	420	-3	-130
PONTA DA PRAIA	17	684	14	510	-3	-174
JOSÉ MENINO/POMPÉIA	14	540	13	520	-1	-20
RÁDIO CLUBE	17	688	17	680	0	-8
BOM RETIRO	10	408	10	390	0	-18
ALEMOA	8	313	9	350	1	37
SÃO JORGE/CANELEIRA	7	281	6	230	-1	-51
SÃO MANOEL	8	319	9	340	1	21
AREIA BRANCA	8	312	5	200	-3	-112
PIRATININGA	5	183	2	80	-3	-103
CASTELO	9	378	10	400	1	22
TOTAL	286	11451	241	9460	-45	-1991

aspectos relevantes como a vulnerabilidade dos territórios, o índice de utilização de cada unidade e as características atuais da Atenção Básica de Santos. O estudo retrata a realidade e possibilita adequações e atualizações decorrentes de remanejamentos ou novas contratações, por exemplo, assim como permite ser replicado para outros departamentos ou secretarias, adaptando-se às características locais.

Dessa forma, é possível aos gestores locais propor discussões centradas em dados técnicos e critérios pactuados com todos os membros da equipe, buscando garantir a especificidade de cada serviço dentro de uma rede complexa de

unidades da atenção básica dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

Referências

1. IBGE. IBGE. 2012. ftp://ftp.ibge.gov.br/perfil_municipios/2013/munic2013.pdf (acesso em 12 de agosto de 2016).
2. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: MS, 2012.
3. Ministério da Saúde. "Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS." 20. Brasília : MS, 2005.
4. Organização Pan Americana da Saúde. *Chamado à Ação de Toronto 2006-2015 : rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.