

Recursos humanos na Atenção Básica: investimento e força propulsora de produção*

HUMAN RESOURCES IN PRIMARY HEALTH CARE: INVESTMENTS AND THE DRIVING FORCE OF PRODUCTION

RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: INVERSIONES Y FUERZA PROPULSORA DE PRODUCCIÓN

Sayuri Tanaka Maeda¹, Priscilla Francescucci Moleiro², Emiko Yoshikawa Egry³, Suely Itsuko Ciosak⁴

RESUMO

O presente estudo descreve a composição, a qualificação, o investimento salarial, o produto da força de trabalho e discute o acesso dos usuários na perspectiva do tempo em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A pesquisa foi realizada em duas UBS no período de janeiro a dezembro de 2008 e desenvolvida por meio da análise de documentos administrativos. Em ambas, a composição de profissionais por grau de escolaridade revelou: 21% de nível universitário, 27% de nível médio e 50% de nível básico; observando-se variação salarial positiva. As consultas médicas e de enfermagem foram majoritárias em ambas. Os indicadores de produção constataron: 25 e 37 min/habitante/mês para o acesso, respectivamente para UBS A e B; R\$ 8,43 e R\$ 12,11/habitante/mês para o investimento salarial nas duas UBS e 0,07 consultas/habitante/mês nas duas UBS. O tempo disponível dos profissionais é escasso quando confrontado com o potencial de demanda. A produção indicou oportunidade de cuidado < 1 por habitante/mês sob custo reduzido.

DESCRIPTORIOS

Atenção Primária à Saúde
Custos de cuidados de saúde
Acesso aos Serviços de Saúde
Saúde pública

ABSTRACT

The present study describes the composition, the qualification, the salary investment, the workforce produce, and discusses users' accessibility in terms of time at Basic Health Units (BHUs). The study was performed at two BHUs from January to December 2008, and developed by analyzing administrative documents. In both, the composition of professionals according to education level revealed: 21% with a university degree, 27% with a secondary education, and 50% with a primary education; showing a positive salary variation. The medical and nursing conducts were the majority at both. The production indicators confirmed: 25 and 37 min/person/month for accessibility, respectively for BHU A and B; R\$ 8.43 and R\$ 12.11/person/month for the salary investment at both BHUs, and 0.07 appointments/person/month at both BHUs. The professionals' available time is scarce compared to the potential of the demand. The production indicated an opportunity of care < 1 per person/month at a reduced cost.

DESCRIPTORS

Primary Health Care
Health care costs
Health Services Accessibility
Public health

RESUMEN

Se describe composición, calificación, inversión salarial, producto de la fuerza del trabajo, y se discute el acceso de usuarios en perspectiva temporal en Unidades Básicas de Salud (UBS). Investigación realizada en dos UBS entre enero y diciembre 2008, desarrollada mediante análisis de documentos administrativos. En ambas, la composición de profesionales por grado de escolaridad expuso: 21% de nivel universitario, 27% de nivel medio y 50% de nivel básico; observándose variación salarial positiva. Las consultas médicas y de enfermería fueron mayoritarias en ambas. Los indicadores de producción constataron 25 y 37 min/habitante/mes en el acceso, respectivamente para UBS A y B; R\$8,43 y R\$ 12,11/habitante/mes para inversión salarial en las dos UBS y 0,07 consultas/habitante/mes para ambas UBS. El tiempo disponible de los profesionales es escaso frente al potencial de demanda. La producción indicó oportunidad de cuidado <1 por habitante/mes bajo costos reducidos.

DESCRIPTORIOS

Atención Primaria de Salud
Costos de la atención en salud
Accesibilidad a los Servicios de Salud
Salud pública

* Trabalho premiado com o 2º lugar na Sessão Pôster do 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem – SINPESC, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 9-11 out. 2011 ¹Professora Doutora do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. sayuri@usp.br ²Graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista PIBIC/CNPq. Processo nº 101093/2010-1. São Paulo, SP, Brasil. ³Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ⁴Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. siciosak@usp.br

INTRODUÇÃO

Na atenção básica (AB) os recursos humanos (RH) são a essência da capacidade produtiva, representando a maior densidade tecnológica disponibilizada no atendimento das necessidades da população. A AB toma como objeto de trabalho a comunidade viva em movimento, que, teoricamente, deverá lançar mão das tecnologias mais construtivas e compartilhadas no processo de cuidado, portanto menos das instituídas. Considerando a responsabilidade social do financiamento público, buscou-se analisar o que é produzido como serviços de saúde e os recursos dimensionados nesse processo.

É reconhecido que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado. Toma como referência as dimensões multifacetadas do real e diz respeito à *singularidade* dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, além das *particularidades* dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais e os processos mais gerais de *estruturação* da sociedade⁽¹⁻²⁾.

Atualmente a AB encontra-se mais fortalecida a partir da formulação da Norma Operacional/96, que definiu os recursos de transferências intergovernamentais. Em 2006, o Pacto da Saúde ampliou a responsabilidade municipal, constituindo o bloco de financiamento da AB. O Pacto da Saúde redirecionou o conjunto das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) além da AB a média e alta complexidades, de forma a estruturar os recursos regionais públicos e privados. A iniciativa é válida, uma vez que historicamente o sistema de saúde é

herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada, orientada pelo interesse e pelo perfil da oferta destes⁽³⁾.

As práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise, pois vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e comunidades. Os serviços de saúde apresentam dificuldades no processo de produzir o essencial: o cuidado⁽⁴⁻⁶⁾. Entre os diversos fatores, as decisões políticas e determinadas regulações externas à unidade, como a capacitação dos profissionais, interferem na gestão dos serviços para responder às necessidades de saúde, resultando, por exemplo, na desconcentração de esforços na produção dos cuidados⁽⁷⁾.

Quando nos reportamos à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser⁽⁸⁾. A intencionalidade presente nos processos de trabalho não é individual, mas social, de tal modo que

o trabalho orienta-se para as necessidades sociais que o justificam⁽⁹⁾.

Outro aspecto diz respeito ao produto do trabalho como forma da riqueza: o resultado é imaterial, além de não dissociável do próprio trabalho^(7,10). Esses aspectos intangíveis já preocupam um sistema produtivo de manufatura e têm sido estudados na modelagem do sistema, bem como na busca de compreensão de problemas e de implementação de estratégias⁽¹¹⁾.

O financiamento da produção de serviços de saúde tem em seus fundamentos o limite de recursos poupados pela sociedade, com os quais há cobrança e expectativa para impulsionar acesso universalizado ao atendimento⁽¹²⁻¹⁴⁾. Nesse sentido este trabalho busca conhecer a face de investimento salarial em recursos humanos e os seus resultados através dos seguintes objetivos: a) descrever a composição e qualificação da força de trabalho; b) estimar o investimento salarial em força de trabalho; c) construir indicadores desse investimento e da capacidade produtiva das equipes; e d) discutir o acesso dos usuários na perspectiva do tempo.

Os serviços de saúde apresentam dificuldades no processo de produzir o essencial: o cuidado.

MÉTODO

Estudo desenvolvido em duas UBS (A e B) do distrito de Capão Redondo, Área de Supervisão de Saúde de Campo Limpo da Coordenadoria de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de São Paulo, conveniado com a Coordenação da Atenção Básica do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

Elaborou-se um instrumento específico para coleta de dados compatível com a disponibilidade das informações em planilhas do Excel 2007. Baseou-se em dados secundários do período de janeiro de 2006 a dezembro de 2008, tendo como fonte documentos administrativos da UNASP. Quanto aos recursos humanos, foram considerados os salários brutos e nominais em valores da moeda corrente, número de trabalhadores por categorias funcionais e volume de produção das equipes segundo mapa de registros da Coordenação.

Para elaborar indicadores de acesso, produção e de gastos foram selecionadas as seguintes variáveis: volume e locais de produção física (consultas médicas), o tempo investido por todos os profissionais e os recursos investidos em pagamentos salariais. O número de habitantes adscritos no território foi convencionado como denominador comum.

Para o cálculo dos indicadores de acesso aos serviços e disponibilidade dos profissionais por tempo e tecnologia, consideraram-se as horas regimentais no contrato de trabalho, transformadas em homem-hora/mês em relação

aos habitantes adscritos. Concomitantemente, verificou-se a composição da força de trabalho nas unidades A e B por nível de escolaridade, assim como a divisão de trabalho no interior das equipes.

A agenda dos profissionais (odontólogos, médicos e enfermeiros) serviu de base para projeção aproximada da divisão de trabalho no interior das equipes.

Os dados sobre a produção foram baseados em relatórios de produção física de todas as equipes, consolidados nos períodos de pesquisa obedecendo às diretrizes do Documento Norteador da SMS⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Além do pessoal administrativo, a UBS A dispõe de três equipes-padrão e a UBS B, de seis, acrescida de uma equipe de saúde bucal.

O valor médio na composição de profissionais por grau de escolaridade mostrou que, em ambas, os de nível superior representaram 21%, os de nível médio 27% e os de nível básico, maior contingente de trabalho, 50%. Os agentes comunitários de saúde (ACS) representaram a categoria de menor variação e os mais numerosos no triênio estudado, sendo também a maior força de trabalho das equipes em termos de horas contratadas.

A variação salarial foi crescente para todos os trabalhadores no período estudado, que tiveram reajustes homogêneos, com exceção dos Técnicos em Higiene Dental (THD) e Auxiliar do Cirurgião Dentista (ACD), cujos reajustes foram maiores entre os anos de 2006 e 2007, e dos gerentes, que tiveram um maior reajuste entre 2007 e 2008. Ressalta-se que a categoria médica obteve maiores reajustes a cada ano.

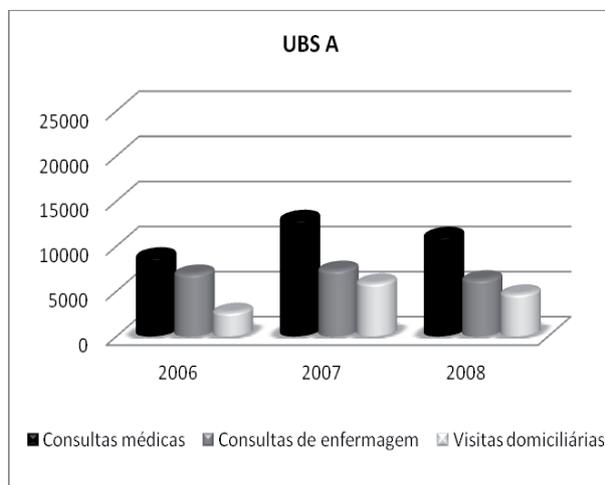


Figura 1 - Perfil de produção UBS A – Distrito de Capão Redondo – São Paulo, 2011

Conforme o Documento Norteador é recomendado ao profissional médico ocupar 50% do seu tempo em consultas, 12% com as visitas domiciliares e na ordem de 5% em atividades de grupo. Visualizou-se que o restante do tempo deverá estar comprometido com as reuniões de equipe e outras de dimensões técnicas.

À enfermeira é recomendado ocupar 35% do seu tempo produzindo consultas, 20% em visitas domiciliares e 10% em trabalho de grupo. A reunião de equipe ocupa, semanalmente, 12,5% do total e, diferentemente do médico, destina ainda 17,5% do seu tempo em atividades de apoio à supervisão, entre outras.

Os odontólogos destinam 35% do seu tempo em consultas, atuando os 5% em trabalho de grupo e 10% em procedimentos coletivos.

Os perfis de produção das unidades pesquisadas podem ser vistos nas Figuras 1 e 2, nas quais é possível detectar que, no decorrer dos anos, foram produzidas mais consultas médicas e de enfermagem.

A análise de produção nas duas UBS mostrou que ambas são influenciadas pela sazonalidade; por exemplo, nos meses com baixa temperatura e reduzida umidade relativa do ar ocorreu um aumento de consultas médicas, de enfermagem e de procedimentos como inalações, decorrentes de infecções respiratórias.

Os indicadores de acesso, gastos e produção podem ser vistos na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Foi possível visualizar que a divisão do trabalho está previamente definida, segundo Documento Norteador, padronizando grupo de atividades, sem ter por base uma leitura das necessidades, como avaliação e perfis epi-

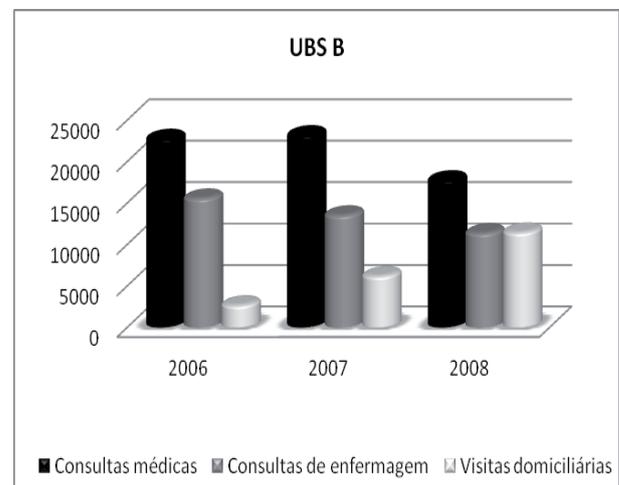


Figura 2 - Perfil de produção UBS B – Distrito de Capão Redondo – São Paulo, 2011

Tabela 1 - Comparativo de indicadores de gastos, de produção e de acesso da população. UBS com ESF do Distrito de Capão Redondo - São Paulo, 2011

Indicador	Ano	UBS A	UBS B
Acesso (per capita habitante/mês)	2006	26 min	34 min
	2007	26 min	35 min
	2008	25 min	37 min
Gastos (per capita habitante/mês)	2006	R\$ 6,22	R\$ 8,12
	2007	R\$ 7,46	R\$ 9,96
	2008	R\$ 8,43	R\$12,11
Produção (per capita habitante/mês)	2006	0,06 consultas	0,09 consultas
	2007	0,08 consultas	0,10 consultas
	2008	0,07 consultas	0,07 consultas

miológicos. Certamente, o modelo de agendas resultou das metas de produção, pactuadas no ato de firmar o convênio SMS e OS-UNASP.

Apesar das definições do Documento Norteador, as diferenças ocorridas nos perfis de produção das UBS sugerem que as equipes reajustaram a oferta de serviços de acordo com as necessidades, alterando a dinâmica da produção.

Considerando que a folha de pagamentos representa maior valor em termos de gastos, e ao atribuir um percentual de 55% em relação às despesas totais nas unidades, foi possível verificar que o investimento total na AB no ano de 2008 foi para UBS A de R\$ 183,92 hab/ano e na UBS B de R\$ 264,21 hab/ano. No mesmo ano, as despesas de saúde per capita no município de São Paulo foram de R\$ 367,47⁽¹⁴⁾, mostrando que o investimento na AB da UBS A representou 50% dos gastos totais em saúde e na UBS B 72%, indicando um investimento expressivo na atenção primária à saúde.

O maior gasto em RH recaiu sobre o salário dos médicos, justificado pela dificuldade de sua fixação. Por outro lado, esse fenômeno da diferenciação salarial acaba por reafirmar a centralidade da figura do médico na organização da atenção à saúde, atribuindo a esse profissional capacidade resolutive dos problemas diagnosticados.

Como resultado do indicador de acesso, verificou-se que maior possibilidade ocorreu na UBS B. O indicador de gastos calculado também mostrou diferenças em relação ao investimento per capita nas duas comunidades e que na UBS B houve um investimento maior nesse sentido, mostrando uma relação direta entre possibilidade de acesso e investimento na saúde.

Apesar disso, a UBS B apresentou um indicador de produção igual ao da UBS A, no ano de 2008, que foi de 0,84 consulta/habitante/ano. No município de São Paulo, no mesmo ano, a relação consulta médica da atenção básica por habitante foi de 1,58⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, mostrando que esse indicador nas duas UBS está aquém do esperado.

CONCLUSÃO

A AB inovou de forma radical a estrutura de trabalho; no entanto, a mensuração dos resultados continua tradicional, cotejando consultas, visitas domiciliares, grupos e procedimento, privilegiando o registro da produção individual, além da reaproximação com as raízes de pagamentos por produção. Sendo assim, a leitura é a produtividade individual.

Quanto à produção em equipe, embora não exista oficialmente a figura do coordenador, ela se faz necessária, considerando a diversidade do trabalho e o tamanho das equipes. Ainda que consideremos a importância do trabalho em equipe, verifica-se que o trabalho é mensurado por categoria, segundo agendas definidas externamente, diluindo a força da equipe.

As dimensões qualitativas propostas pelas teorias gerenciais, pós-Reforma Sanitária (acolhimento, escuta, orientações, vínculo e co-responsabilização), não são legitimadas na mensuração quantitativa, dada a intangibilidade e as expressões subjetivas adjacentes ao processo de produção que, de fato, imprimem qualidade nas relações de cuidados. Não se consumam como produções das equipes as reuniões, diversas atividades de supervisão em vigilâncias e a maioria das ações intangíveis. Tais ações compõem e imprimem qualidade nos processos de cuidado, de forma a propiciar a partilha de responsabilidade usuário e profissionais.

A velocidade da produção pode variar em função de problemas apresentados pelos usuários. Os momentos de produção e consumo ocorrem simultaneamente, além de envolverem pessoas distintas. Outra característica é o envolvimento da subjetividade das pessoas na execução dos cuidados, a exemplo de consultas médicas e de enfermagem que demandam abordagem e tempo diferenciado na consulta de um novo usuário e daquele que se submete à consulta de retorno.

Assim, cuidar em saúde envolve o sujeito que presta cuidados e um conjunto de diversas estações de trabalho, desde recepção até guarda de prontuários. Nesse sentido os recursos humanos constituem a força motriz da AB,

que requer uma proatividade na busca de um trabalho continuado, utilizando tecnologias de leve a leve-dura, envolvendo o usuário, co-participante nas decisões sobre o atendimento a sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Breilh J, Granda E. *Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo: Instituto da Saúde/ABRASCO; 1986.
2. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto* [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2011 out. 29]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
4. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2003-2004;8(14):73-91.
5. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29.
6. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009;18 Supl 2:11-23.
7. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):460-8.
8. Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2005.
9. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992 (Cadernos CEFOR 1, - Série Textos).
10. Kon A. *Economia de serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier/Campus; 2004.
11. Sellitto MA, Ribeiro JLD. Construção de indicadores para avaliação de conceitos intangíveis em sistemas produtivos. *Gestão Produção*. 2004;11(1):75-90.
12. Marques RM, Mendes A. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):403-15.
13. Mendes AN, Marques RM. O financiamento da Atenção à Saúde no Brasil. *Pesquisa Debate*. 2001;12(19):65-91.
14. Maeda ST, Ciosak SI, Egly EY. Una propuesta metodológica para la apropiación de costos de producción en la atención prenatal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 1:987-96.
15. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Documento norteador: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população [Internet]. São Paulo; 2005 [citado 2011 out. 29]. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/os2/os/pdf/DOCUMENTONORTEADOR.pdf>
16. São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. *Matriz de indicadores de saúde* [Internet]. São Paulo; 2008 [citado 2011 out. 29]. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?matriz.def>