



**DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS TRABALHADORES DE
SAÚDE DE NÍVEL, SUPERIOR E TÉCNICO DA
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL / CEARÁ.**

RELATÓRIO FINAL

**FORTALEZA- CEARÁ
2007**



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR E TÉCNICO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL / CEARÁ

COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Estação CETREDE / UFC / UECE

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Coordenador

Prof^o. Dr. Paulo César Almeida

Professor Doutor em Saúde Pública e Pesquisador da *Universidade Estadual do Ceará*.

Pesquisadoras Auxiliares

Ismênia Maria Barretos Ramos, Esp.

Especialista em Gestão de SILOS e em Planejamento em Saúde, Técnica Núcleo de Planejamento e Gestão em Saúde da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca, Ms

Mestre em Saúde Pública e Supervisora do Núcleo de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde.

Samya Coutinho de Oliveira, Ms

Mestre em Saúde Pública e Gerente do *Núcleo de Atenção Especializada* da *Secretaria Estadual de Saúde*, Professora da *Universidade Estadual do Ceará*.

Vera Maria Câmara Coelho, Ms

Mestre em Saúde Pública e Coordenadora de Política e Atenção à Saúde da *Secretaria Estadual de Saúde e Secretária Executiva da Comissão Intergestores Bipartite*.

“A implantação de Políticas de Recursos Humanos poderá representar o resgate do trabalho em saúde, da dignidade e da cidadania dos profissionais de saúde, viabilizando assim a consolidação do SUS”

(GUEDES e PEDROSO, 2002:129)

SUMÁRIO

RESUMO	8
APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE FUNDAMENTOS TEÓRICOS	15
2.1 O Modelo Assistencial da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará / Estratégias Gerenciais para a Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)	15
2.2 A Importância Estratégica da Gestão de Recursos Humanos em Saúde	19
2.3 Políticas de Recursos Humanos para Saúde	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Geral	21
3.2 Específicos	21
4 PERCURSO METODOLÓGICO	22
4.1 Tipo de Estudo	22
4.2 Local do Estudo	22
4.3 População	23
4.4 Instrumento de Pesquisa	23
4.5 Técnicas de Coleta de Dados	24
4.6 Procedimentos	24
4.7 Estratégias de Ação	25
4.8 Principais Dificuldades	26
4.9 Período de Realização	26
4.10 Aspectos Éticos e Legais	26
5 DISCUSSÕES E RESULTADOS	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	64

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1	
Distribuição do número de profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade, faixa etária e sexo. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	29
Tabela 2	
Distribuição do número de profissionais de saúde do SUS segundo Microrregião de Saúde / local de trabalho e nível de escolaridade. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	30
Tabela 3	
Distribuição da carga horária dos profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade e Microrregião de Saúde. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	31
Tabela 4	
Remuneração dos profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade e sexo. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	32
Tabela 5	
Distribuição da remuneração dos profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade e Microrregião de Saúde. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	33
Tabela 6	
Distribuição do número de médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo Microrregião de Saúde / local de trabalho e categoria profissional. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	34
Tabela 7	
Distribuição do número de profissionais das áreas Médica, de Enfermagem e de Odontologia segundo municípios da Microrregião de Saúde de Sobral / local de trabalho e área de graduação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	36
Tabela 8	
Distribuição do número de profissionais das áreas Médica, de Enfermagem e de Odontologia segundo municípios da Microrregião de Saúde de Acaraú / local de trabalho e área de graduação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	38
Tabela 9	
Distribuição do número de profissionais das áreas Médica, de Enfermagem e de Odontologia segundo municípios da Microrregião de Saúde de Tianguá / local de trabalho e área de graduação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.....	40

Tabela 10

Distribuição do número de profissionais das áreas Médica, de Enfermagem e de Odontologia segundo municípios da Microrregião de Saúde de Crateús / local de trabalho e área de graduação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 41

Tabela 11

Distribuição do número de profissionais das áreas Médica, de Enfermagem e de Odontologia segundo municípios da Microrregião de Saúde de Camocim / local de trabalho e área de graduação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 42

Tabela 12

Razão do número de profissionais médicos, enfermeiro e odontólogos do SUS por habitante / ano segundo microrregiões de saúde / local de trabalho. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 46

Tabela 13

Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo vinculação com a instituição mantenedora. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 47

Tabela 14

Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo vínculo institucional e microrregião de saúde / local de trabalho. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 49

Tabela 15

Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo modalidade de contratação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 51

Tabela 16

Distribuição dos profissionais de saúde do SUS segundo local de trabalho. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 53

Tabela 17

Distribuição dos profissionais de saúde de nível superior do SUS segundo Microrregional de Saúde / Local de Trabalho. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 54

Tabela 18

Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo nível de atenção. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 56

Tabela 19

Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo a área de atuação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006..... 58

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Microrregiões de Saúde do Estado do Ceará.....	16
Figura 2 Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará.....	18
Figura 3 11 ^a Microrregião de Saúde de Sobral – PDR 2006.....	37
Figura 4 12 ^a Microrregião de Saúde de Acaraú – PDR 2006.....	39
Figura 5 13 ^a Microrregião de Saúde de Tianguá – PDR 2006.....	43
Figura 6 15 ^a Microrregião de Saúde de Crateús – PDR 2006.....	44
Figura 7 16 ^a Microrregião de Saúde de Camocim – PDR 2006.....	45

RESUMO

Este documento trata-se do relatório final da pesquisa *Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores de Saúde de Nível Superior e Técnico da Macrorregião de Saúde de Sobral / Ceará*. O estudo, do tipo descritivo com abordagem quantitativa, foi realizado no período de outubro de 2006 a outubro de 2007, nas 5 Microrregiões de Saúde (Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim) que integram a Macrorregião de Saúde de Sobral – Ceará, envolvendo 3.046 profissionais de nível superior e técnico que trabalham nos serviços de saúde do *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Este estudo teve como objetivos: realizar diagnóstico da situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do *Sistema Único de Saúde (SUS)* na Macrorregião de Saúde de Sobral; levantar a quantidade dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico, do setor público e complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos municípios integrantes da Macrorregião de Saúde de Sobral; conhecer a situação de vencimentos ou salários pagos aos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do Sistema Único de Saúde (SUS) por categoria profissional e modalidades de vínculos empregatícios na Macrorregião de Saúde de Sobral; conhecer o perfil dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico com relação para as variáveis sexo e faixa etária; levantar o regime de trabalho dos profissionais de saúde de nível superior e técnico que atuam nos serviços de saúde da Macrorregião de Saúde de Sobral; identificar a distribuição dos trabalhadores de saúde de nível superior do Sistema Único de Saúde (SUS) da Macrorregião de Saúde de Sobral por local de lotação, base territorial, tipos de ações e serviços e nível de atenção no qual atuam e; realizar a análise da situação dos profissionais de nível superior e técnico de saúde do SUS da Macrorregião de Saúde de Sobral em relação ao perfil de oferta de serviços definidos no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)* bem como, em relação aos parâmetros de cobertura. Os principais resultados mostram que: o maior contingente de trabalhadores de saúde de nível superior e técnico está na faixa etária de 18 a 39 anos (65,9%); a força de trabalho em saúde dos municípios que integram a Macrorregião de Saúde de Sobral é majoritariamente do sexo feminino (71,1%); a distribuição dos profissionais de saúde de nível superior e técnico nas Microrregiões de Saúde confirmam a posição estratégica da Macrorregião de Saúde de Sobral no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*; a média de horas semanais trabalhadas pelos profissionais de nível superior é 41,7 horas semanais e pelos profissionais de nível técnico é 40, horas semanais; a remuneração dos trabalhadores de saúde de nível superior está na faixa de 4 a 8 salários mínimos e dos de nível técnico entre 1 a 4 salários mínimos; a média da remuneração mensal dos trabalhadores de nível é R\$ 3.205,50 e dos trabalhadores de nível técnico R\$ 469,80; a categoria profissional com maior quantitativo é a de enfermeiros (53,5%); a concentração dos trabalhadores de saúde no municípios-sede das Microrregiões de Saúde está relacionada às condições de trabalho e melhor qualidade de vida; a razão de números de enfermeiros (4,3/10.000 hab.) é superior a razão do número de médicos (2,2/10.000 hab.) e de odontólogos (1,5/10.000 hab.); o vínculo municipal envolve 85,1% dos trabalhadores de saúde de nível superior, sendo a modalidade de contratação efetiva a de maior frequência (52,6%); a maioria dos trabalhadores de saúde de nível superior (55,7%) estão lotados nas Unidades Básicas de Saúde da Família, caracterizando área de Atenção Básica como a que concentra o maior número de profissionais em atividade e; 83,8% dos médicos, enfermeiros e odontólogos desenvolvem seus processos de trabalho na área de assistência.

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o relatório final da *Pesquisa Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores de Saúde de Nível Superior e Técnico da Macrorregião de Saúde de Sobral / Ceará*. Trata-se de um estudo de grande relevância para os gestores de saúde pois o mesmo possibilitará que sejam viabilizadas políticas específicas para a área de recursos humanos, em conformidade com o que preconiza a *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB / RH – SUS 2003)* e com as *Diretrizes Organizacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* que preconizam ações estratégicas a serem desenvolvidas por uma força de trabalho quantitativamente necessária e adequadamente qualificada nos níveis de gestão Federal, Estadual e Municipal.

Diante da inexistência de estudos congêneres um grupo de pesquisadores da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-Ceará) e da *Universidade Estadual do Ceará (UECE)* considerou a temática como prioritária e, já em 2005, realizou a primeira etapa deste estudo que envolveu a Macrorregião de Saúde do Cariri-Ceará, que abrange 3 Microrregiões de Saúde, 29 municípios e no qual foram entrevistados 2.162 profissionais de saúde (1.031 de nível superior e 1.131 de nível técnico). A segunda etapa, que se finaliza com os dados registrados neste documento, foi realizada na Macrorregião de Saúde de Sobral-Ceará e também fornecem informações sobre os trabalhadores de saúde nos aspectos relacionados à formação, graduação e pós-graduação, mercado e local de trabalho, vínculo empregatício, carga horária, remuneração, área de atuação profissional e distribuição por ação, serviços, nível de atenção e base territorial. A pesquisa abrangeu 5 Microrregiões de Saúde e 55 municípios, onde foram entrevistados 3.031 profissionais da área da saúde, sendo 1.520 de nível superior e 1.511 de nível técnico.

Esta pesquisa ainda busca confrontar a situação real de recursos humanos com a situação proposta no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)* do estado do Ceará. As intervenções e ajustes que, porventura, possam ser efetivadas, com base em seus resultados, em muito contribuirá para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para o fortalecimento do SUS.

O *Relatório Final* ora apresentado está ordenado de acordo com a seguinte lógica: (1) Apresentação do documento revelando a dimensão do estudo que finaliza a sua segunda etapa; (2) Introdução com justificativa e relevância para sua realização; (3) Revisão de fundamentos teóricos pontuando as questões referentes à inserção de recursos humanos no SUS assim como suas políticas correlatas; (4) Objetivos direcionadores da pesquisa que buscaram levar ao esclarecimento das principais lacunas identificadas; (5) Percorso metodológico adotado que ordenou as interfaces que envolveram serviços e atores sociais, assim como os aspectos relativos à área geográfica onde foi realizada a pesquisa, considerada uma das regiões mais importantes do Estado do Ceará sob o prisma da organização dos serviços de saúde; (6) Discussão e resultados onde são apresentados os resultados gerais, através de tabelas descritivas, que tornaram possível a análise consistente dos dados coletados e; (7) Considerações finais que ressaltam os principais pontos de reflexão gerados por este estudo e que puderam suscitar decisões adequadoras e/ou transformadoras das políticas de recursos humanos para a saúde ora vigentes.

Ressaltamos e agradecemos a importante participação dos Orientadores / Gerentes das Microrregiões de Saúde de Camocim, Crateús, Tianguá, Acaraú e Sobral, dos Pesquisadores de Campo, assim como o apoio institucional dos Gestores Municipais de Saúde, da SESA-Ceará, do Observatório de Recursos Humanos em Saúde / Estação CETREDE /UFC/UECE e, de forma especial ao Ministério de Saúde (MS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) pelo estímulo ao desenvolvimento de estudos que possam subsidiar e/ou fortalecer as instâncias decisórias na formulação e/ou aperfeiçoamento de políticas públicas.

Em depoimento recente M. Chan, Diretora da Organização Mundial de Saúde (OMS), afirmou que *os heróis verdadeiros de nosso tempo são os trabalhadores da saúde, com sua ética curativa e solícita. Estão resolvidos a salvar vidas e aliviar sofrimentos, e trabalham com dedicação notável, freqüentemente em condições difíceis. O mundo necessita de muitos, muitos mais como eles.* Este trabalho representa, em sua essência, uma demonstração da preocupação dos pesquisadores para com a importância inequívoca do papel desta força de trabalho para a consecução exitosa das Políticas Públicas de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A compreensão de que o fator humano é de fundamental importância para o desenvolvimento de todas as ações de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem gerando crescente processo de discussão pela concepção de cidadania e humanização preconizada pela própria Reforma Sanitária.

A necessidade de implantação de Políticas de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo indicativa de priorização para os Gestores de Saúde, pela função estratégica que representa a força de trabalho deste contingente.

Em geral estes atores sociais são destacados como protagonistas ou agentes de mudanças, sem que políticas consistentes voltadas para a gestão e o desenvolvimento de pessoas sejam realmente viabilizadas, apesar das proposições contidas na própria Constituição Federal de 1988, passando pelas recomendações da *IX Conferência Nacional de Saúde* e *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*, até as diretrizes contidas na *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS)*.

Em consonância com a *Política Nacional de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde*, proposta pelo Ministério da Saúde, e diante da premência de levantar à realidade local para subsidiar o desenvolvimento de suas ações estratégicas, um grupo de técnicas da *Secretaria da Saúde do Estado* identificou a necessidade de realizar um estudo que permitisse levantar o *Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores de Saúde de Nível Superior e Técnico*, com relação à quantidade, vinculação trabalhista, lotação, nível de atuação, qualificação, vencimentos, vantagens, perfil de oferta de serviços definido no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)* e parâmetros de cobertura.

Este estudo foi realizado inicialmente na Macrorregião de Saúde do Cariri - Ceará, envolvendo 29 municípios cearenses sendo, sua segunda etapa desenvolvida na Macrorregião de Saúde de Sobral, envolvendo 55 municípios que somados representam dois terços do estado em área territorial.

Na realidade, deste o último concurso público estadual, realizado em 1992, com processo de convocação, nomeação e posse dos candidatos aprovados concluído, que esta Secretaria de Governo não dispunha de informações mais detalhadas sobre as especificidades de sua força de trabalho. O vácuo gerado por mais de uma década sem reposição de pessoal pela via legal do concurso público, determinante Constitucional (inciso segundo do Artigo 37), fez esta Secretaria adotar vínculos informais de trabalho (terceirização e cooperativas), utilizados como estratégia para a manter os serviços de saúde já existentes e ampliar novos serviços, imprescindíveis a uma população com crescimento acelerado e necessidades diversificadas na área da saúde.

Constata-se que, ao longo das últimas décadas, o gerenciamento de pessoas com vínculos diferenciados tem sido um desafio constante para os Gestores desta Pasta, principalmente pela falta de informações sistematizadas deste contingente.

Na Administração Pública a gestão de recursos humanos representa uma macro-função de governo, que não se esgota na regulação dos componentes do sistema de administração de pessoal (descrição de cargos, recrutamento, seleção, treinamento, qualificação, desempenho, carreira e outros). Ela precisa estar em consonância com a missão institucional, motivar, envolver e politizar pessoas, para que elas possam exercer sua função estratégia de transformação.

Até o momento as *Políticas de Recursos Humanos* vem apresentando-se subsidiárias de outras políticas setoriais, assim como fragmentárias no próprio setor além de retardatárias em seus efeitos e proposições. Parece até que o planejamento das ações que envolvem esta força de trabalho não está sendo priorizado na prática dos dirigentes da área da saúde.

Esta é uma realidade sentida em todo o território nacional, que vem sendo mudada a partir da *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH – SUS)* e da *Norma Operacional de Saúde do Trabalho (NOST – SUS)*, instrumentos de base legal para operacionalização de *Política de Gestão do Trabalho* dentro do *Sistema Nacional de Saúde*, assim como a implantação de ações que possibilitem melhores condições de saúde também para os trabalhadores desta área.

Portanto, os recursos humanos no setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde prestados à população. É crescente o consenso entre gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas de governo, que a formação, o desempenho e a gestão de pessoas afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários.

Sabe-se que a qualidade das ações e serviços de saúde, oferecidos aos usuários do Sistema, equivale-se na mesma medida ao resultado da forma e das condições como são tratados, em cada local, os trabalhadores que neles atuam. Para implementação plena do Sistema Único de Saúde (SUS) e para que sejam alcançados os objetivos e metas previstas nos *Planos de Saúde* das 3 esferas de governo, é necessário tratar realmente a gestão do trabalho como uma questão estratégica.

Considerando as atribuições e responsabilidades dos gestores para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e a insuficiência acerca da situação de recursos humanos no estado decidimos realizar uma análise situacional para avaliar a situação dos trabalhadores de saúde frente a esta problemática. Compreende-se, portanto, que o diagnóstico da situação de recursos humanos no Estado do Ceará é de fundamental importância para subsidiar as *Políticas Públicas* do setor saúde

A proposição de avaliar a situação dos trabalhadores de saúde sustenta-se, por um lado, nos estudos e debates mais amplos ou gerais sobre as tendências e modelos de avaliação e análise das políticas e de programas sociais (FIGUEIREDO & FIGUEIREDO, 1986; COHEN & FRANCO, 1994; FARIA, 2001 E ARRETCHE, 2001); em estudos sobre a avaliação de processos e impactos, das políticas e de programas sociais no Brasil, que trabalham também com a avaliação educacional e com as questões metodológicas dos processos de implementação da avaliação, (LOBO, 2001; PEREZ, 1996, 2001; COHEN & FRANCO, 1994) e, por outro lado, com estudos mais específicos que contemplam os modelos conceituais e métodos sobre avaliação na área da saúde (DENIS, 2001; HARTZ et al, 1995, 2001; CONTANDRIOPOULO, 2001; CHAMPAGNE, 2001).

Justifica-se, então, a realização deste estudo com base na necessidade institucional da *Secretaria de Saúde do Estado do Ceará* de conhecer a situação dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS – Ceará), com a finalidade de obter subsídios que evidenciem o

perfil dos profissionais existentes e gere informações que possibilitem uma análise entre a realidade encontrada e o que está previsto no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*.

O modelo de organização das ações e serviços de saúde especializados está estruturado através das Microrregiões de Saúde que asseguram a oferta de serviços de saúde no primeiro e segundo nível de complexidade. Estas Microrregiões de Saúde são agrupadas formando as Macrorregiões de Saúde que ofertam serviços de saúde no terceiro nível de complexidade. A Macrorregião de Saúde constitui-se, portanto, um sistema com resolubilidade nos 3 Níveis de Atenção para a população residente num território geograficamente definido pelo *Conselho Estadual de Saúde (CESAU)*. Por este motivo torna-se imprescindível o conhecimento da situação dos trabalhadores de saúde, por parte dos gestores, para que seja possível a viabilização plena deste modelo de organização.

Ambas as etapas desta pesquisa tiveram pleno êxito, gerando informações consistentes e importantes que, de certo subsidiarão políticas de suprimento, formação, desenvolvimento e controle de recursos humanos, beneficiando os trabalhadores de saúde domiciliados nestas regiões e gerando impacto positivo na qualidade da atenção oferecida.

2 REVISÃO DE FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 O Modelo Assistencial da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará / Estratégias Gerenciais para a Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A missão da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará é assegurar *a formulação e gestão das políticas públicas em saúde e a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo assim para a melhora da qualidade de vida dos cearenses* (CEARÁ, 2006:20). Esta instituição tem como principais focos estratégicos: (1) Fortalecimento e expansão da atenção à saúde no nível primário; (2) Fortalecimento da atenção à saúde nos níveis secundários e terciários; (3) Vigilância em saúde; (4) Controle social e institucional do Sistema Único de Saúde (SUS); (5) Desenvolvimento institucional; (6) Humanização da atenção à saúde e qualidade do atendimento; (7) Desenvolvimento de recursos humanos e gestão do trabalho; (8) Ensino e pesquisa e; (9) Ciência e tecnologia em saúde.

Através do planejamento estratégico na ação política obteve-se uma maior influência dos atores sociais no processo de tomada de decisão, enfatizando-se o exercício democrático na formulação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivando o diálogo na busca de consensos (CEARÁ, 2006:20).

Um novo ciclo de desenvolvimento vem sendo buscado, priorizando a participação social e a interação com as representações comunitárias e os gestores, para a efetivação de uma melhor qualidade de atenção à saúde.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Ceará esta embasada nas estratégias gerenciais básicas assim relacionadas: na descentralização – traduzida pela municipalização dos serviços de saúde e o estabelecimento de níveis de autonomia de gerências dos sistemas municipais; na hierarquização – estabelecida através da provisão da atenção em saúde em 3 Níveis de Complexidade: primário, secundário e terciário, integrados entre si por meio de sistemas de referência; na regionalização – conseguida através da organização dos municípios em 3 Macrorregiões de Saúde e 22 Microrregiões de Saúde.

Figura 1
Microrregiões de Saúde



- 1ª Microrregião de Fortaleza
- 2ª Microrregião de Caucaia
- 3ª Microrregião de Maracanaú
- 4ª Microrregião de Baturité
- 5ª Microrregião de Canindé
- 6ª Microrregião de Itapipoca
- 7ª Microrregião de Aracati
- 8ª Microrregião de Quixadá
- 9ª Microrregião de Russas
- 10ª Microrregião de Limoeiro
- 11ª Microrregião de Sobral
- 12ª Microrregião de Acaraú
- 13ª Microrregião de Tianguá
- 14ª Microrregião de Tauá
- 15ª Microrregião de Crateús
- 16ª Microrregião de Camocim
- 17ª Microrregião de Icó
- 18ª Microrregião de Iguatú
- 19ª Microrregião de Brejo Santo
- 20ª Microrregião de Crato
- 21ª Microrregião de Juazeiro do Norte
- 22ª Microrregião de Cascavel

O modelo de hierarquização e regionalização da saúde no Ceará está organizado em 3 níveis de complexidade da atenção em saúde: primário, secundário e terciário, alicerçado por instâncias operativas que funcionam como suporte para o desenvolvimento das ações de saúde.

Quadro I

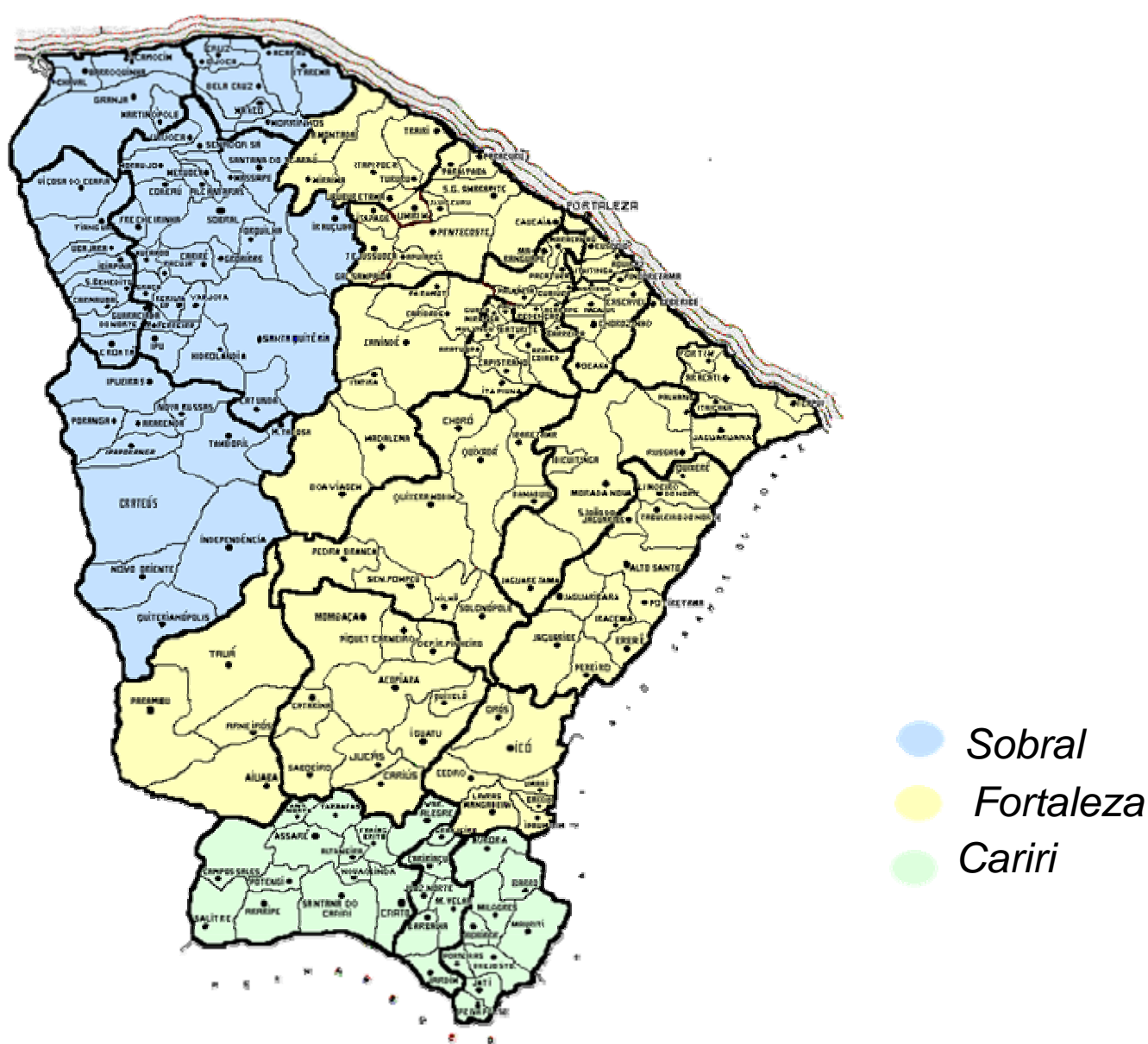
Estrutura do Modelo Assistencial de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Ceará

<i>Níveis de Atenção</i>	<i>Instância Operativa</i>	<i>Função Principal</i>
<i>Primário</i>	Estratégia de Saúde da Família	Interiorização da Assistência Médica
<i>Secundário</i>	Microrregiões de Saúde	Organização de Redes Regionais de Serviços de Saúde
<i>Terciário</i>	Macrorregiões de Saúde	Estruturação de Sistema Estadual de Referência Médica Especializada

Para a consecução das estratégias de Atenção Integrada e Integral este modelo organiza-se através da: Atenção Básica / Estratégia de Saúde da Família - estrutura essencial para a reorganização do nível primário de atenção; Atenção Secundária / Média Complexidade (Microrregiões de Saúde) - espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios de compartilham os seus serviços de saúde, formando uma rede assistencial integrada; Atenção Terciária / Alta Complexidade (Macrorregiões de Saúde) - pólos macrorregionais para o atendimento de internações hospitalares e consultas especializadas, garantindo o acesso aos serviços de saúde e sistema de referência e contra-referência. (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2002).

A descentralização, considerada uma das principais diretrizes orientadoras do funcionamento do *Sistema Único de Saúde (SUS)*, gera a pactuação entre as 3 esferas de governo vem transformando a área da saúde como uma política setorial de grande impacto. Neste setor interagem inúmeros e distintos atores sociais: população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais. Neste contexto interagem pessoas e são elas que realmente tornam possível a viabilização das ações programadas. (Ministério da Saúde, 2006)

Figura 2
Macrorregiões de Saúde



2.2 A Importância Estratégica da Gestão de Recursos Humanos em Saúde

Sabe-se que o fator humano é de importância relevante para que as Instituições de Saúde possam exercer sua missão na vigilância e atenção à saúde. Corroborando com este pressuposto Vergara (2005: 9) ressalta que:

a gestão de pessoas assume um caráter fundamental porque as empresas / organizações podem ser tudo, mas nada serão se não houver pessoas a defini-lhes a visão e o propósito, a escolher estruturas e estratégias, a realizar esforços (...) Elas são construções sociais.

O Autor também pontua que o dinamismo das estruturas organizacionais é impulsionado pela ação humana.

Consoante Nogueira (2006) a gestão de recursos humanos, neste contexto, pode representar a mediação entre o caráter burocrático das organizações e a missão que elas têm a cumprir tornando-se, portanto, uma função política. E como tal tem que ser exercida com competência e efetividade, no sentido de minimizar as dificuldades e otimizar os processos a serem viabilizados.

Ainda o mesmo Autor (2002:31) reforça esta opinião enfatizando que: *é crescente o consenso entre gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários.* Realmente é fato notório que a qualidade dos serviços prestados é produto de trabalho do contingente de profissionais de saúde. Este produto pode ser oferecido à população de forma competente e responsável ou com descaso e omissão, determinando o padrão de qualidade dos serviços de saúde e contribuindo para determinar, positiva ou negativamente, indicadores de saúde.

Ressaltando que o investimento em recursos humanos é uma ação inteligente e prioritária a ser seguida por todos os gestores da área da saúde, citamos Machado (2002:119) que enfatiza: *o mundo a modernidade realça a questão de recursos humanos em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e objetivos institucionais. Pensar recursos humanos como eixo da estrutura organizacional significa pensar estrategicamente, pensar modernamente.*

2.3 Políticas de Recursos Humanos para Saúde

Os avanços nas Políticas Recursos Humanos para Saúde no Brasil ainda são incipientes. Os gestores de saúde são pouco sensibilizados e os trabalhadores de saúde pouco mobilizados. A precarização do trabalho em saúde é uma situação que persiste e as políticas salariais e de interiorização dos profissionais de saúde não são resolutivas. As ações em desenvolvimentos ainda são frágeis não atendendo, portanto, às reais necessidades do Sistema.

Para Santos (2006:21): *no desenvolvimento dos serviços de saúde, é sabido que os recursos humanos têm papel preponderante, daí a necessidade de reaver a importância e a valorização dos profissionais na reorganização das ações e serviços de saúde e na implantação de modelos assistenciais, na busca de assegurar a cobertura universal e equânime.* O que significa dizer que, para o Autor, as Políticas de Recursos Humanos deveriam ser prioritárias, porque elas representam o reconhecimento legal da grande contribuição que os trabalhadores de saúde dão para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Queiroz e Rodrigues (2006) ressaltam que as ações de formação e qualificação de recursos humanos constituem políticas fundamentais, por oferecerem a possibilidade dos profissionais terem contato com as modalidades e níveis de atenção à saúde e seus desdobramentos nos Sistemas Municipais de Saúde. Também no sentido de atender as expectativas de desenvolvimento profissional destes trabalhadores, tornado-os partícipes, militantes e multiplicadores dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS)

Na visão Seixas (2002:112): *para a construção de uma Política de Recursos Humanos, na perspectiva do gestor do Sistema de Saúde, tomamos a noção da política de governo como processo de escolhas públicas, direcionando a razão pública e ao interesse público, em especial, à Política Nacional de Recursos Humanos e sua relação com o processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).* Nesta afirmação o Autor enfatiza a relação entre a razão e o interesse público que, decerto é um binômio determinante na formulação de Políticas Públicas em Saúde, possibilitando a melhoria dos aspectos político, administrativos, técnicos e sociais das mesmas.

3 OBJETIVOS

Este estudo foi direcionado pelos seguintes objetivos:

3.1 Geral

- Realizar diagnóstico da situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do Sistema Único de Saúde (SUS) na Macrorregião de Saúde de Sobral.

3.2 Específicos

- Levantar a quantidade dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico, do setor público e complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos municípios integrantes da Macrorregião de Saúde de Sobral;
- Conhecer a situação de vencimentos ou salários pagos aos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do Sistema Único de Saúde (SUS) por categoria profissional e modalidades de vínculos empregatícios na Macrorregião de Saúde de Sobral;
- Conhecer o perfil dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico com relação para as variáveis sexo e faixa etária;
- Levantar o regime de trabalho dos profissionais de saúde de nível superior e técnico que atuam nos serviços de saúde da Macrorregião de Saúde de Sobral;
- Identificar a distribuição dos trabalhadores de saúde de nível superior do Sistema Único de Saúde (SUS) da Macrorregião de Saúde de Sobral por local de lotação, base territorial, tipos de ações e serviços e nível de atenção no qual atuam;
- Realizar a análise da situação dos profissionais de nível superior e técnico de saúde do SUS da Macrorregião de Saúde de Sobral em relação ao perfil de oferta de serviços definidos no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)* bem como, em relação aos parâmetros de cobertura.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, que tem a finalidade precípua de levantar informações para a construção de um diagnóstico sobre a situação dos trabalhadores de saúde, de nível superior e técnico, domiciliados na Macrorregião de Sobral-Ceará, com relação ao seu perfil, qualificação, regime e vínculo empregatício, vencimentos e local onde desenvolve seu processo de trabalho, assim como reavaliar a cobertura destes profissionais em conformidade com o que está estabelecido no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*.

Para Tobar (2001:20): *pesquisar é perguntar, incorporar-se ao desconhecido, é buscar domesticar a ignorância. Não é encontrar as respostas, mas melhorar as perguntas.* E foi isto o que foi buscado no estudo ora apresentado.

4.1 Tipo de Estudo

A necessidade de desenvolver uma pesquisa, segundo Gil (2002) dar-se-á quando não se dispõe de informações suficientes que possam resolver ou ordenar as possibilidades de dar respostas ao problema identificado. A inexistência de dados sobre a situação dos trabalhadores de saúde, de nível superior e técnico, do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado do Ceará, constituiu-se no cerne do problema que, de ordem prática, dificultava o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de Políticas Públicas de recursos humanos voltadas realmente para as necessidades específicas de cada Macrorregião de Saúde.

É um estudo voltado para a necessidade de intervenções através da implementação de *Políticas de Recursos Humanos para a Saúde* e, segundo Contandriopoulos et al (1994:21), *pode ser conduzido em diferentes níveis: prático, técnico, de programas de organizações políticas ou de sistemas de saúde.* Tem abordagem, predominantemente, quantitativa tendo em vista a extensão da área geográfica onde o mesmo foi realizado e o número de serviços e de atores sociais envolvidos.

4.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado na Macrorregião de Saúde de Sobral que congrega 5 Microrregiões de Saúde: (1) Microrregião de Saúde de Camocim (formada pelos municípios de Barroquinha, Camocim, Chaval, Granja e Martinópolis) com uma população de 173.497

habitantes; (2) Microrregião de Saúde de Crateús (formada pelos municípios de Ararendá, Crateús, Independência, Itaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril) com uma população de 291.354 habitantes; (3) Microrregião de Tianguá (formada pelos municípios de Carnaubal, Croata, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, São Benedito, Tianguá, Ubajara e Viçosa do Ceará) com uma população de 281.011 habitantes; (4) Microrregião de Saúde de Acaraú (formada pelos municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos) com uma população de 193.903 habitantes e; (5) Microrregião de Saúde de Sobral (formada pelos municípios de Alcântaras, Reriutaba, Graça, Varjota, Frecheirinha, Uruoca, Forquilha, Sobral, Coreaú, Catunda, Senador Sá, Pires Ferreira, Santa Quitéria, Cariré, Santana do Acaraú, Groaíras, Hidrolândia, Ipú, Irauçuba, Massapé, Meruoca, Moraújo, Mucambo e Pacujá) com uma população de 583.414 habitantes. Esta Macrorregião de Saúde tem uma extensão territorial de 46.691,5 Km² e congrega 244 instituições de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, representando um grande pólo no processo de organização de serviços de saúde no âmbito do Estado do Ceará.

4.3 População

Todos os trabalhadores de saúde, de nível superior e técnico, foram considerados como integrantes da população para a realização deste estudo, sendo 332 da Microrregião de Saúde de Camocim, 559 da Microrregião de Saúde de Crateús, 709 da Microrregião de Saúde de Tianguá, 320 da Microrregião de Acaraú e 1.126 da Microrregião de Saúde de Sobral, totalizando uma força de trabalho de 3.046 profissionais de saúde lotados em 641 serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.4 Instrumento de Pesquisa

Utilizou-se como instrumento de pesquisa um formulário estruturado com 21 itens abertos e 13 itens fechados sendo o mesmo dividido em 5 partes quais sejam: (1) Identificação do Entrevistado (idade, sexo e município de residência); (2) Formação Técnico-científica (nível de escolaridade, natureza da instituição formadora, localização da instituição formadora, graduação (se nível superior) ou formação (se nível técnico) e tempo de graduado ou formado); (3) Pós-graduação (tipo, instituição, ano de conclusão e área); (4) Inserção no mercado de trabalho (vínculo e situação de lotação); (5) Local de Trabalho (unidade, natureza

da instituição, carga horária semanal , remuneração e modalidade de contratação) e; (6) Atuação Profissional (área de assistência, de gestão ou de ensino).

4.5 Técnicas de Coleta de Dados

Além do formulário aplicado junto aos trabalhadores de saúde da rede serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram coletados, previamente, dados complementares que subsidiaram a estratégia metodológica utilizada.

Procedeu-se o levantamento de dados referentes à oferta de serviços prestados pelas unidades, utilizando a *Programação Pactuada Integrada (PPI)*, em seguida foram levantadas também informações sobre os trabalhadores de saúde utilizando o *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)* para que fosse possível estimar o quantitativo destes profissionais por unidade/setor. Finalmente realizou-se pesquisa documental para conhecer o perfil assistencial das Unidades de Saúde no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*.

4.6 Procedimentos

- Submissão do Projeto de Pesquisa à *Comissão de Ética do Hospital Geral César Cals (HGGC)* unidade de referência de média e alta complexidade integrante da rede hospitalar da SESA-Ceará; Apresentação do Projeto de Pesquisa ao Comitê Executivo da SESA-Ceará; Apresentação e discussão do Projeto de Pesquisa junto ao grupo de pesquisadores do *Observatório de Recursos Humanos em Saúde / Estação CETREDE / UFC / UECE*; Apresentação do Projeto de Pesquisa nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs Microrregionais) com a participação de técnicos, orientadores microrregionais e gestores de saúde dos municípios envolvidos; Divulgação do Projeto de Pesquisa no *Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS Sobral)*;
- Preparação dos instrumentos a serem utilizados cuja reprodução foi de responsabilidade do *Observatório de Recursos Humanos em Saúde / Estação CETREDE / UFC / UECE* e distribuição de responsabilidade da equipe de pesquisadores;
- Envio do *Termo de Consentimento do Gestor Municipal de Saúde* solicitando o apoio e a autorização do mesmo para que a pesquisa fosse realizada no âmbito municipal;

- Mobilização, identificação, sensibilização e capacitação dos Interlocutores Microrregionais cuja responsabilidade foi assumida pelos orientadores/gerentes microrregionais interinos de Camocim, Acaráu, Tianguá, Crateús e Sobral;
- Mobilização, identificação, sensibilização e capacitação dos pesquisadores de campo cuja responsabilidade foi assumida por técnicos das Microrregiões de Saúde e estudantes de graduação de cursos da área da saúde;
- Testagem do instrumento de pesquisa, realizada na Microrregião de Saúde de Camocim, com a aplicação de 20 formulários, sendo os mesmos posteriormente incorporados junto aos demais por terem sido preenchidos sem nenhum problema de compreensão;
- Revisão do instrumento de pesquisa pela de pesquisadores que concluiu não ser necessária nenhuma alteração no seu conteúdo com base no processo de testagem;
- Realização da coleta de dados pelos pesquisadores de campo que dispunham de carta de apresentação ao gerente da instituição, relação nominal das instituições de sua área de atuação, número de profissionais e formulários específicos, tendo a abordagem individual para a coleta de informações no formulário específico durado, em média, 20 minutos;
- Realização de 15 encontros de monitoramento com as equipes de Interlocutores Microrregionais / Orientadores Microrregionais e Pesquisadores de Campo (em 3 reuniões por Microrregião de Saúde) com a finalidade de capacitar, sensibilizar, esclarecer dúvidas e rever os instrumentos preenchidos; Processamento, discussão e análise dos dados coletados; Elaboração do relatório final da pesquisa.

4.7 Estratégias de Ação

- Em cada município levantou-se o número de unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e o número de profissionais de nível superior e técnico a serem entrevistados;
- Dimensionado o número de *Pesquisadores de Campo* considerando a média de 50 entrevistas para cada pesquisador, perfazendo um total de 75 pesquisadores para 719 unidades e aproximadamente 3.046 profissionais;
- Para o acompanhamento do Trabalho de Campo cada *Pesquisador Auxiliar* supervisionou, em média, 25 *Pesquisadores de Campo*;
- Cada *Pesquisador Auxiliar* foi responsável pelo treinamento dos *Pesquisadores de Campo*, realização das oficinas de sensibilização dos gestores municipais,

distribuição, coleta e ordenação dos formulários, supervisão da *Pesquisa de Campo* e revisão final dos formulários da sua área de responsabilidade;

- Os treinamentos dos *Pesquisadores de Campo* foram realizados de forma descentralizada, tendo cada *Pesquisador Auxiliar* reunido os mesmos nos municípios de sua área de responsabilidade na Microrregião de Sobral;
- Os seminários de sensibilização dos gestores foram descentralizados e cada *Pesquisador Auxiliar* deslocou-se para cada uma das Microrregiões de Saúde onde aconteceram os seminários.
- Após treinamento os *Pesquisadores de Campo* receberam os formulários previstos para a aplicação nas unidades públicas e conveniadas do Sistema Único de Saúde (SUS), do seu respectivo município e, enviaram os mesmos preenchidos para seu respectivo *Pesquisador Auxiliar*;

4.8 Principais Dificuldades

- Mudança da Gestão da Secretaria da Saúde do Estado (Comitê Executivo e Orientadores de Células Regionais de Saúde) que retardou todas as etapas da pesquisa, em especial, a coleta de dados;
- Dificuldade de reunir os Gestores Municipais de Saúde para sensibilização da importância da pesquisa, tendo sido necessárias à realização de mais de uma reunião por Microrregional de Saúde;
- Recusa dos profissionais médicos, principalmente no Município de Sobral, em participar da pesquisa como represália à política salarial do Governo do Estado e apoio ao movimento reivindicatório promovido pelas Entidades Médicas por melhores salários e condições de trabalho.

4.9 Período de Realização

- O estudo foi realizado no período de outubro de 2006 a outubro de 2007.

4.10 Aspectos Éticos e Legais

O estudo foi realizado com base na *Resolução nº 196*, de 10 de outubro de 1996 (*Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*), do *Conselho Nacional de Saúde*, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduos ou como coletividade. Esta pesquisa foi autorizada pelo *Comitê de*

Ética do Hospital Geral Dr. César Cals e os pesquisadores responsáveis pela mesma asseguraram a privacidade e a individualidade dos informantes, tendo utilizado os dados coletados para os fins previamente estabelecidos.

5 DISCUSSÕES E RESULTADOS

As diferenças da capacidade de oferta de serviços de saúde entre a capital e os municípios do interior tem dificultado a organização do *Sistema Único de Saúde (SUS)* no nosso Estado. Estes municípios, independente da sua inserção no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*, apresentam carência de profissionais de saúde de nível superior e técnico, necessários à operacionalização do modelo de atenção constante no referido Plano.

Evidentemente, nos municípios-sede de Microrregiões de Saúde estes profissionais adquirem uma importância crescente, dado que os serviços a serem ofertados à população devem ser de maior complexidade.

Entretanto, quando se trata de atenção à saúde, os recursos humanos devem merecer a olhar especial dos gestores da saúde, uma vez que os mesmos são essenciais para assegurar à população o acesso aos serviços de saúde.

Os dados analisados têm como fonte os relatórios dos formulários aplicados junto a 3.046 profissionais de saúde, de nível superior e técnico, que trabalham nos municípios que integram a *Macrorregião de Saúde de Sobral*. Sendo dados obtidos através de entrevistas, apresentam limitações que residem na decisão de alguns profissionais não terem aceitado participar da pesquisa, notadamente os médicos do Município de Sobral.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA MACRORREGIÃO DE SOBRAL

Perfil dos Profissionais de Saúde Entrevistados

Segundo dados constantes na **Tabela 1**, 58% dos profissionais de nível superior são do sexo feminino (881) e 42% do sexo masculino (639). A participação do sexo feminino no nível técnico chega a 84,4%. Nos dois níveis de escolaridade o sexo feminino representa 71,1% e o masculino a 28,9%. O maior contingente dos trabalhadores de saúde encontra-se na faixa etária de 18 a 39 anos, mulheres de nível superior 68,1% e de nível técnico 63,3%, e os homens de nível superior 66,3% e de nível técnico 70,7%. Um dado que chama atenção é o

número de 24 trabalhadores de saúde com idade igual ou maior de 65 anos, o profissional de nível superior e técnico do sexo masculino nesta faixa etária representa 1,4% e 1,3% respectivamente. Participação bem superior ao registrado para o sexo feminino, nível superior 0,3% e técnico 0,7%.

Tabela 1

Distribuição do número de profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade, faixa etária e sexo. Microrregião de Saúde de Sobral, 2006.

Variáveis	Superior		Técnico		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Faixa Etária						
18-29	460	30,3%	478	31,6%	938	30,9%
30-39	564	37,1%	497	32,9%	1061	35,0%
40-49	325	21,4%	329	21,8%	654	21,6%
50-64	159	10,5%	195	12,9%	354	11,7%
65-84	12	0,8%	12	0,8%	24	0,8%
Total	1520	100,0%	1511	100,0%	3031	100,0%
2. Sexo						
Masculino	639	42,0%	236	15,6%	875	28,9%
Feminino	881	58,0%	1275	84,4%	2156	71,1%
Total	1520	100,0%	1511	100,0%	3031	100,0%

Quantidade de Profissionais de Saúde de Nível Superior e Técnico que Trabalham nos Serviços de Saúde da Microrregião de Saúde de Sobral

O número de profissionais entrevistados que identificou o município onde trabalha foi de 3.046, sendo 50,3% de nível superior (1.533) e 49,7% técnico (1.513). Constata-se que 37,0% destes profissionais trabalham em municípios que integram a *Microrregião de Saúde de Sobral*, 23,3% a *Microrregião de Saúde de Tianguá*, 18,4% *Microrregião de Saúde de Crateús*, 10,9% *Microrregião de Saúde de Camocim* e 10,5% *Microrregião de Saúde de Acaraú*.

Estes dados confirmam a posição estratégica da *Macrorregião de Saúde de Sobral* no *Plano Diretor de Regionalização do Estado*.

As *Microrregiões de Saúde de Sobral, Crateús e Acaraú* apresentaram uma maior participação de profissionais de nível superior. Nesta última, inclusive, a participação chega a 72,5%. Nas *Microrregiões de Saúde de Tianguá e Camocim*, onde a quantidade de profissionais com formação técnica é maior, não representam 60% do total, conforme **Tabela 2**.

Tabela 2
Distribuição do número de profissionais de saúde do SUS segundo microrregião de saúde / local de trabalho e nível de escolaridade. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Microrregião/ Local de Trabalho	Nível de Escolaridade		Total
	Superior	Técnico	
Sobral	573 37,4%	553 36,5%	1126 37,0%
Acaraú	232 15,1%	88 5,8%	320 10,5%
Tianguá	304 19,8%	405 26,8%	709 23,3%
Crateús	282 18,4%	277 18,3	559 18,4
Camocim	142 9,3%	190 12,6%	332 10,9%
Total	1533 100,0%	1513 100,0%	3046 100,0%

Considerando os 2.986 profissionais de saúde de nível superior e técnico que responderam o quesito carga horária, o que representa 98% do total de entrevistados, pode-se afirmar que a média de horas semanais trabalhadas por estes profissionais não apresentam diferenças significativas, 41,7 horas semanais para o nível superior e 40,4 horas semanais para o nível técnico.

A **Tabela 3** permite observar que apenas as profissionais de nível superior que atuam nos municípios da *Microrregião de Saúde de Sobral* tem carga horária inferior e média registrada, 39,2 horas semanais. Em relação aos profissionais de nível técnico esta situação inverte-se, 3 das 5 *Microrregiões de Saúde*, apresentam carga horária semanal abaixo da

média, *Microrregião de Saúde de Acaraú* 35,8 horas, *Microrregião de Saúde de Crateús* 39,4 horas e *Microrregião de Saúde de Camocim* 39,5 horas.

Tabela 3
Distribuição da carga horária dos profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade e microrregião de saúde. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Nível de Escolaridade	Microrregião	N	Carga Horária			
			Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Superior	Sobral	538	32,2	14,8	8	292
	Acaraú	228	41,7	10,5	8	100
	Tianguá	302	42,9	14,3	6	180
	Crateús	281	44,2	15,3	8	140
	Camocim	141	43,6	16,9	12	152
Total		1490	41,7	14,6	6,0	298
Técnico	Sobral	543	40,8	11,1	20	240
	Acaraú	87	35,8	12,1	8	80
	Tianguá	402	41,8	15,7	20	180
	Crateús	276	39,4	5,4	16	80
	Camocim	188	39,5	7,9	18	80
Total		1496	40,4	11,6	8	240

O valor da remuneração foi informado por 2.946 profissionais de saúde, sendo 1.457 de nível superior e 1.487 de nível técnico, representando as duas categorias 96,7% do total de 3.046 profissionais entrevistados.

A **Tabela 4** mostra a distribuição das frequências da remuneração, segundo o sexo e o nível de escolaridade, evidenciando que 95,6% dos profissionais de nível superior percebem mais 4 de 4 salários mínimos.

Fazendo análise segundo o sexo, constata-se que os profissionais do sexo masculino, na faixa salarial de 4 a 8 salários mínimos, representam 53,6% enquanto as do sexo feminino chega a 83,4%. Na faixa acima de 8 salários mínimos, esta situação se inverte, o sexo masculino tem uma participação de 43,0% contra apenas 11,5% do sexo feminino.

No nível técnico o comportamento em relação ao sexo é semelhante ao do nível superior, a distribuição é desigual, dado que 19,4% dos homens percebem entre 4 e 8 salários mínimos, enquanto que apenas 0,4% das mulheres enquadram-se nesta faixa de salarial.

Tabela 4
Remuneração dos profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade e sexo.
Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Nível de Escolaridade	Remuneração	Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Superior	< 1 Sal. Mínimo	1 0,2%	3 0,4%	4 0,3%
	1 Sal. Mínimo	- -	4 0,5%	4 0,3%
	1--- / 4 Sal. Mínimo	20 3,2%	36 4,3%	56 3,8%
	4--- / 8 Sal. Mínimo	333 53,6%	697 83,4%	1.030 70,7%
	> 8 Sal. Mínimo	267 43,0%	96 11,5%	363 24,9
Total		621 100,0%	836 100,0%	1.457 100,0%
Técnico	< 1 Sal. Mínimo	38 16,7%	302 23,9%	340 22,8%
	1 Sal. Mínimo	43 18,9	378 30,0%	421 28,3%
	1--- / 4 Sal. Mínimo	102 44,9%	577 45,7%	679 45,6%
	4--- / 8 Sal. Mínimo	44 19,4%	5 0,4%	49 3,3%
Total		227 100,0	1.262 100,0	1.489 100,0

A remuneração dos profissionais de saúde, que atuam nos municípios que integram as *Microrregiões de Saúde de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim*, caracteriza-se pela diferenciação entre as categorias profissionais, notadamente devido o nível de escolaridade e a carga horária cumprida por estes profissionais.

Apresenta-se na **Tabela 5** as remunerações agrupadas por nível de escolaridade e por Microrregião de Saúde para avaliação. O valor da remuneração dos profissionais de saúde mostra que os profissionais de nível superior tem uma remuneração média mensal de R\$ 3.205,50 e do nível técnico de R\$ 469,80, a preços correntes de agosto de 2007.

Tabela 5
Distribuição da remuneração dos profissionais de saúde do SUS segundo nível de escolaridade e Microrregião de Saúde. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Nível de Escolaridade	Microrregião	N	Remuneração (Em R\$)			
			Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Superior	Sobral	514	2.635,20	2.003,20	320,00	10.500,00
	Acarauá	288	3.528,20	2.578,60	220,00	20.000,00
	Tianguá	303	3.345,10	2.842,20	840,00	18.300,00
	Crateús	273	3.792,90	3.382,90	357,00	25.000,00
	Camocim	139	3.327,40	2.566,90	411,00	14.000,00
Total		1457	3.205,50	2.662,60	220,00	25.000,00
Técnico	Sobral	530	436,50	177,24	120,00	3.000,00
	Acarauá	88	566,50	407,05	350,00	2.900,00
	Tianguá	405	545,30	480,40	150,00	3.015,00
	Crateús	276	408,10	134,24	150,00	1.600,00
	Camocim	190	446,40	328,26	200,00	2.800,00
Total		1489	469,80	322,20	120,00	3.015,00

Os dados apresentados evidenciam a diferença entre os valores praticados pelas Microrregiões de Saúde, em relação à remuneração média dos profissionais de nível superior. O maior valor mensal registrado é na *Microrregião de Saúde de Crateús* (R\$ 3.792,90) e o menor na *Microrregião de Saúde de Sobral* (R\$ 2.635,20).

Para os profissionais de nível técnico a remuneração média mensal mais alta é a praticada na *Microrregião de Saúde de Acarauá* (R\$ 566,50) e a menor é a da *Microrregião de Saúde de Crateús* (R\$ 408,10).

De acordo com estes dados, se comparados com aqueles relacionados à carga horária, constata-se que a *Microrregião de Saúde de Crateús* apresenta a maior remuneração para profissionais de nível superior (R\$ 3.792,90), é também a que registra a maior carga horária (44,2 horas semanais). Já a *Microrregião de Saúde de Sobral*, que tem a menor remuneração para estes profissionais (R\$ 2.635,20), apresenta a menor carga horária (39,2 horas semanais).

No entanto em relação ao nível técnico observa-se que a *Microrregião de Saúde de Acaraú*, que pratica o mais alto valor de remuneração (R\$ 566,50), apresenta a menor carga horária (35,8 horas semanais).

DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR POR MICRORREGIÃO DE SAÚDE

A **Tabela 6** apresenta o número de médicos, enfermeiros e odontólogos distribuídos por *Microrregiões de Saúde*. O maior quantitativo é de enfermeiros, 650 (53,5%), seguido de médicos, 335 (27,5%) e, por último, de odontólogos, 231 (19,0%).

Todas as *Microrregiões de Saúde* apresentaram uma quantidade de médicos, enfermeiros e odontólogos superior a 70% do total de profissionais de nível superior (vide **Tabela 6**). A maior participação é da *Microrregião de Saúde de Acaraú*, dos 232 profissionais de saúde de nível superior, 193 são médicos, enfermeiros e odontólogos, totalizando 83,2%.

Tabela 6
Distribuição do número de médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo Microrregião de Saúde / local de trabalho e categoria profissional. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Microrregião/ Local de Trabalho	Nº de Profissionais de Nível Superior (A)	Categoria Profissional			Total (B)	% B/A
		Médico	Enfermeiro	Odontólogo		
Sobral	573	95 20,7%	281 61,2%	83 18,1%	459	80,1
Acaraú	232	58 30,1%	91 47,2%	44 22,8%	193	83,2
Tianguá	304	71 28,6%	128 51,6%	49 19,8%	284	81,6
Crateús	282	77 36,7%	100 47,6%	33 15,7%	210	74,5
Camocim	142	34 32,1%	50 47,2%	22 20,8%	106	74,6
Total	1.533	335 27,5%	650 53,5%	231 19,0%	1.216	79,3

As maiores participações de médicos, em ordem decrescente, são as das *Microrregiões de Saúde de Crateús* (36,7%), *Camocim* (32,1%), *Acaraú* (30,1%), *Tianguá* (28,6%) e *Sobral* (20,7%). Esta última *Microrregião de Saúde* destacou-se pela maior participação dos enfermeiros, 61,2% do total das 3 categorias profissionais.

Médicos, Enfermeiros e Odontólogos que Trabalham nos Municípios da Macrorregião de Saúde de Sobral

Analisando a **Tabela 7**, observa-se que o município de Sobral possui o maior número de médicos, enfermeiros e odontólogos, vindo em seguida Santana do Acaraú e Ipú. Nos municípios de Forquilha e Graça não tem registro de nenhum médico, mas o número de enfermeiros e odontólogos em Forquilha é muito alto, o terceiro maior entre todos os municípios (24) da *Microrregião de Saúde de Sobral*.

Os municípios de Sobral e Ipú são classificados como pólos microrregionais, neste estudo o número de médicos é muito pequeno. O que impede uma análise conclusiva sobre a inserção destes municípios no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*. No entanto pode-se afirmar que o município de Santana do Acaraú apresentou um número de profissionais (44) que o coloca numa posição de destaque, entre os demais municípios que integram esta *Microrregião de Saúde*.

Os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, que trabalham no município de Acaraú, representam 18,7% dos entrevistados na *Microrregião de Saúde de Acaraú*; vindo em seguida os municípios de Itarema (34) e Cruz (31). Em Bela Cruz o número de enfermeiros (16) é o maior da Região, conforme dados registrados na **Tabela 8**. O quantitativo destes profissionais, que trabalham nos municípios de Acaraú (34), Bela Cruz (33) e Cruz (31), apresentam diferenças muito pequenas.

Tabela 7
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos segundo municípios da Microrregião de Saúde de Sobral / local de trabalho e categoria profissional. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Município	Categoria Profissional						Total	%
	Medico	%	Enfermeiro	%	Odontólogo	%		
Sobral	24	25,3	102	36,3	10	12,0	136	29,6
Uruoca	5	5,3	8	2,8	4	4,8	17	3,7
Moraújo	1	1,1	5	1,8	1	1,2	7	1,5
Senador Sá	2	2,2	9	3,2	3	3,6	14	9,0
Pacujá	-	-	-	-	-	-	-	-
Groaíras	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Quitéria	6	6,3	8	2,8	4	4,8	18	3,9
Massapê	6	6,3	14	5,0	2	2,4	22	4,8
Mucambo	3	3,2	9	3,2	2	2,4	14	3,1
Coreaú	1	1,1	9	3,2	6	7,2	16	3,5
Santana do Acaraú	13	13,7	18	6,4	13	15,7	44	9,6
Meruoca	2	2,1	6	2,1	-	-	8	1,7
Frecheirinha	4	4,2	4	1,4	1	1,2	9	2,0
Pires Ferreira	2	2,1	3	1,1	3	3,6	8	1,7
Ipú	2	2,1	13	4,6	8	9,6	23	5,0
Reriutaba	6	6,3	10	3,6	4	4,8	20	4,4
Irauçuba	3	3,2	5	1,8	5	6,0	13	2,8
Catunda	6	6,3	5	1,8	2	2,4	13	2,8
Forquilha	-	-	16	5,7	8	9,6	24	5,2
Cariré	2	2,1	6	2,1	2	2,4	10	2,2
Graça	-	-	8	2,8	2	2,4	10	2,2
Hidrolândia	3	3,2	6	2,1	1	1,2	10	2,2
Varjota	2	2,1	11	3,9	1	1,2	14	3,1
Alcântara	2	2,1	6	2,1	1	1,2	9	2,0
Total	95	100,0	281	100,0	83	100,0	459	100,0

Figura 3
11ª Microrregião de Saúde de Sobral – PDR 2006

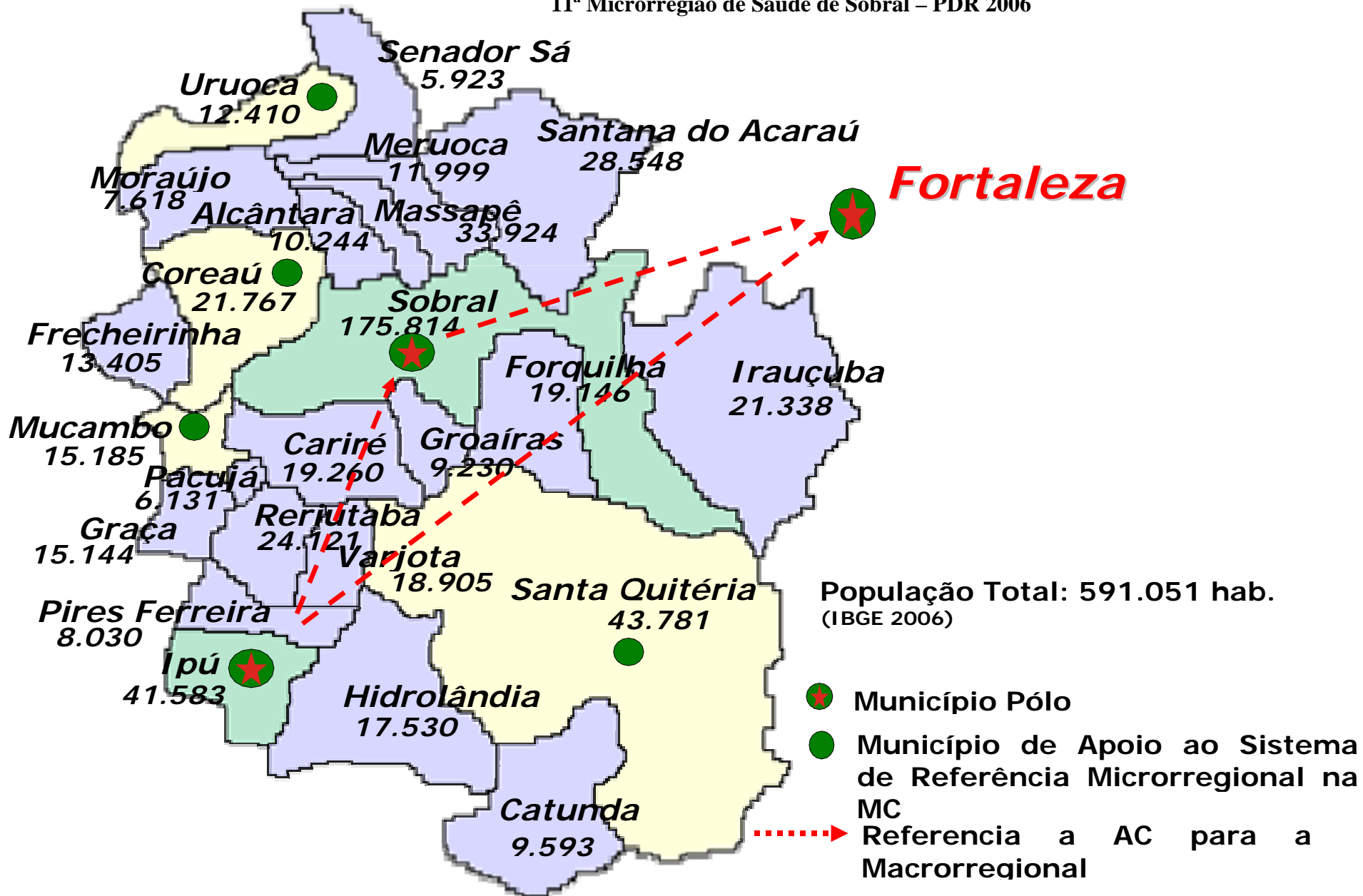
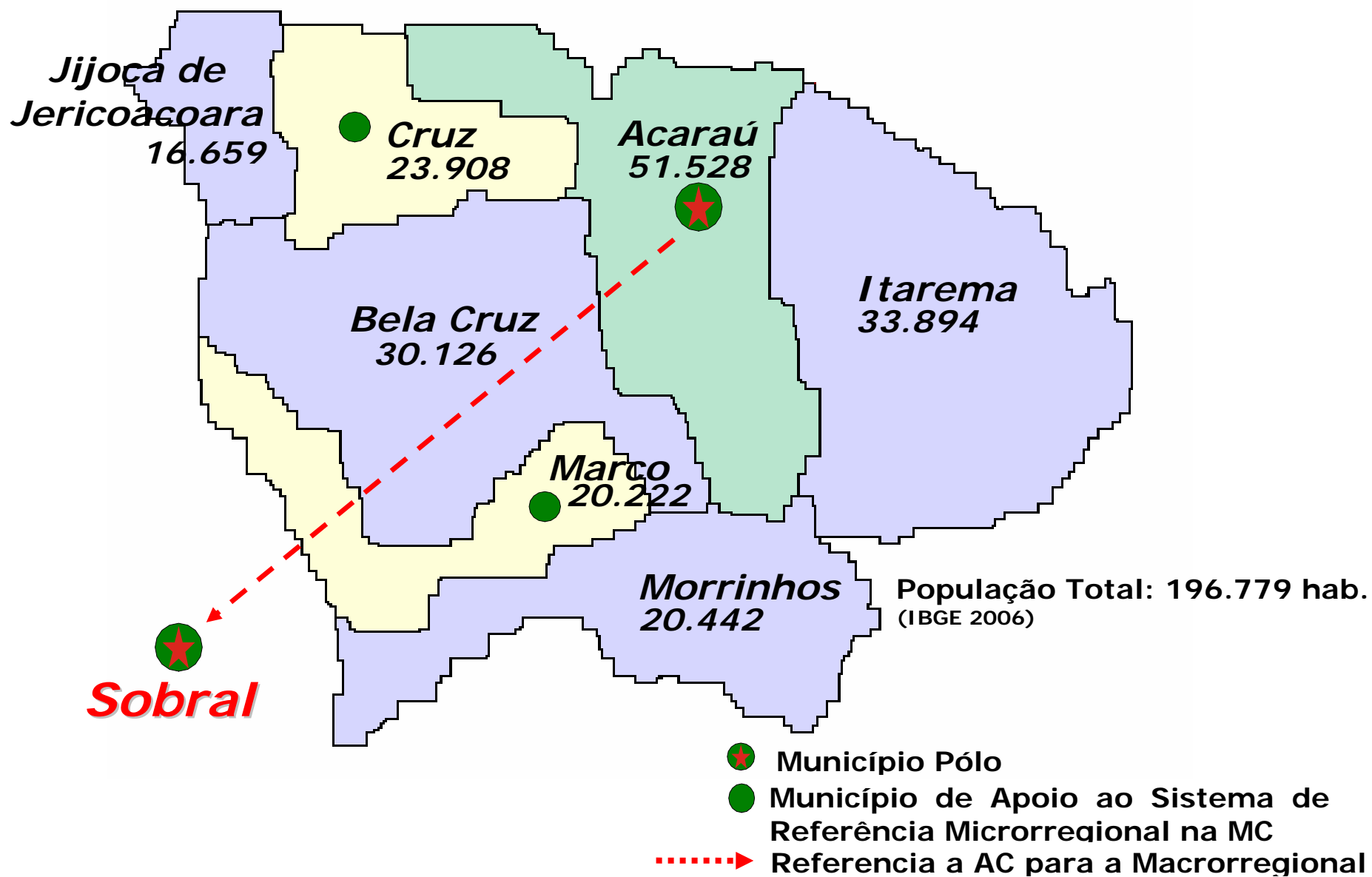


Tabela 8
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos segundo municípios da Microrregião de Saúde de Acaraú / local de trabalho e categoria profissional. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Município	Categoria Profissional						Total	%
	Medico	%	Enfermeiro	%	Odontólogo	%		
Acaraú	13	22,4	13	14,3	10	22,7	36	18,7
Cruz	10	17,2	14	15,4	7	15,9	31	16,1
Bela Cruz	8	13,8	16	17,6	9	20,5	33	17,1
Marco	6	10,3	15	16,5	6	13,6	27	14,0
Morrinhos	5	8,6	8	8,8	1	2,3	14	7,3
Jijoca	3	5,2	10	11,0	5	11,4	18	9,3
Itarema	13	22,4	15	16,5	6	13,6	34	17,6
Total	58	100,0	91	100,0	44	100,0	193	100,0

Figura 4

12ª Microrregião de Saúde de Acaraú – PDR 2006



Dos municípios que integram a *Microrregião de Saúde Tianguá* (**Tabela 9**), verifica-se que 28,6% do total de médicos, enfermeiros e odontólogos trabalham no município de Tianguá (71), quantidade bem superior a do município de São Benedito que tem a segunda maior participação (12,1%). Os municípios de Guaraciaba do Norte, Viçosa do Ceará, Carnaubal, Ibiapina e Ubajara apresentam um número destes profissionais bem semelhante.

Tabela 9
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos segundo municípios da Microrregião de Saúde de Tianguá / local de trabalho e categoria profissional. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Município	Categoria Profissional						Total	%
	Medico	%	Enfermeiro	%	Odontólogo	%		
Tianguá	28	39,4	29	22,7	14	28,6	71	28,6
São Benedito	9	12,7	17	13,3	4	8,2	30	12,1
Guaraciaba	6	8,5	17	13,3	6	12,2	29	11,7
Viçosa	4	5,6	20	15,6	2	4,1	26	10,5
Ibiapina	6	8,5	12	9,4	7	14,3	25	10,1
Ubajara	7	9,9	13	10,2	5	10,2	25	10,1
Carnaubal	8	11,3	11	8,6	7	14,3	26	10,5
Croatá	3	4,2	9	7,0	4	8,2	16	6,5
Total	71	100,0	128	100,0	49	100,0	248	100,0

Na **Tabela 10**, observa-se que o município de Crateús tem uma maior participação (25,7%) no total de médicos, enfermeiros e odontólogos que trabalham nos municípios da Microrregião de Saúde de Crateús. Vindo em seguida Nova Russas (12,9%) e Ipueiras (11,0%). Um dado que chama atenção é o pequeno número de odontólogos que trabalham nos municípios desta Microrregião de Saúde, exceto Ipueiras.

Tabela 10
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos segundo municípios da Microrregião de Saúde de Crateús / local de trabalho e categoria profissional. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Município	Categoria Profissional						Total	%
	Medico	%	Enfermeiro	%	Odontólogo	%		
Crateús	25	32,5	24	24,0	5	15,2	54	25,7
Nova Russas	11	14,3	10	10,0	6	18,2	27	12,9
Ipueiras	5	6,5	10	10,0	8	24,2	23	11,0
Mons. Tabosa	6	7,8	8	8,0	1	3,0	15	7,1
Tamboril	6	7,8	10	10,0	-	-	16	7,6
Quiterianópolis	2	2,6	6	6,0	-	-	8	3,8
Novo Oriente	5	6,5	9	9,0	1	3,0	15	7,1
Independência	6	7,8	9	9,0	4	12,1	19	9,0
Ararendá	2	2,6	3	3,0	3	9,1	8	3,8
Poranga	5	6,5	5	5,0	3	9,1	13	6,2
Itaporanga	4	5,2	6	6,0	2	6,1	12	5,0
Total	77	100,0	100	100,0	33	100,0	210	100,0

O quantitativo de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que trabalham nos municípios da *Microrregião de Saúde de Camocim* é menor que o registrado na *Microrregião de Saúde de Acaraú*. No município de Camocim (**Tabela 11**) trabalham 39,6% dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que atuam nesta Microrregião de Saúde, vindo em seguida Granja, que é o segundo com maior número de profissionais.

A concentração dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos nos municípios – sede das Microrregiões de Saúde está relacionada às melhores condições de trabalho decorrentes de uma maior oferta de serviços especializados, bem como pelas condições gerais de vida oferecidas por estes municípios, que são classificados como de maior porte populacional.

Tabela 11
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos segundo municípios da Microrregião de Saúde de Camocim / local de trabalho e categoria profissional. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Município	Categoria Profissional						Total	%
	Medico	%	Enfermeiro	%	Odontólogo	%		
Camocim	20	58,8	15	30,0	7	31,8	42	39,6
Granja	7	20,6	17	34,0	10	45,5	34	32,1
Chaval	2	5,9	5	10,0	2	9,1	5	8,5
Martinópolis	2	5,9	5	10,0	2	9,1	9	8,5
Barroquinha	3	8,8	8	16,0	1	4,5	12	11,3
Total	34	100,0	50	100,0	22	100,0	106	100,0

Figura 5

13ª Microrregião de Saúde de Tianguá – PDR 2006

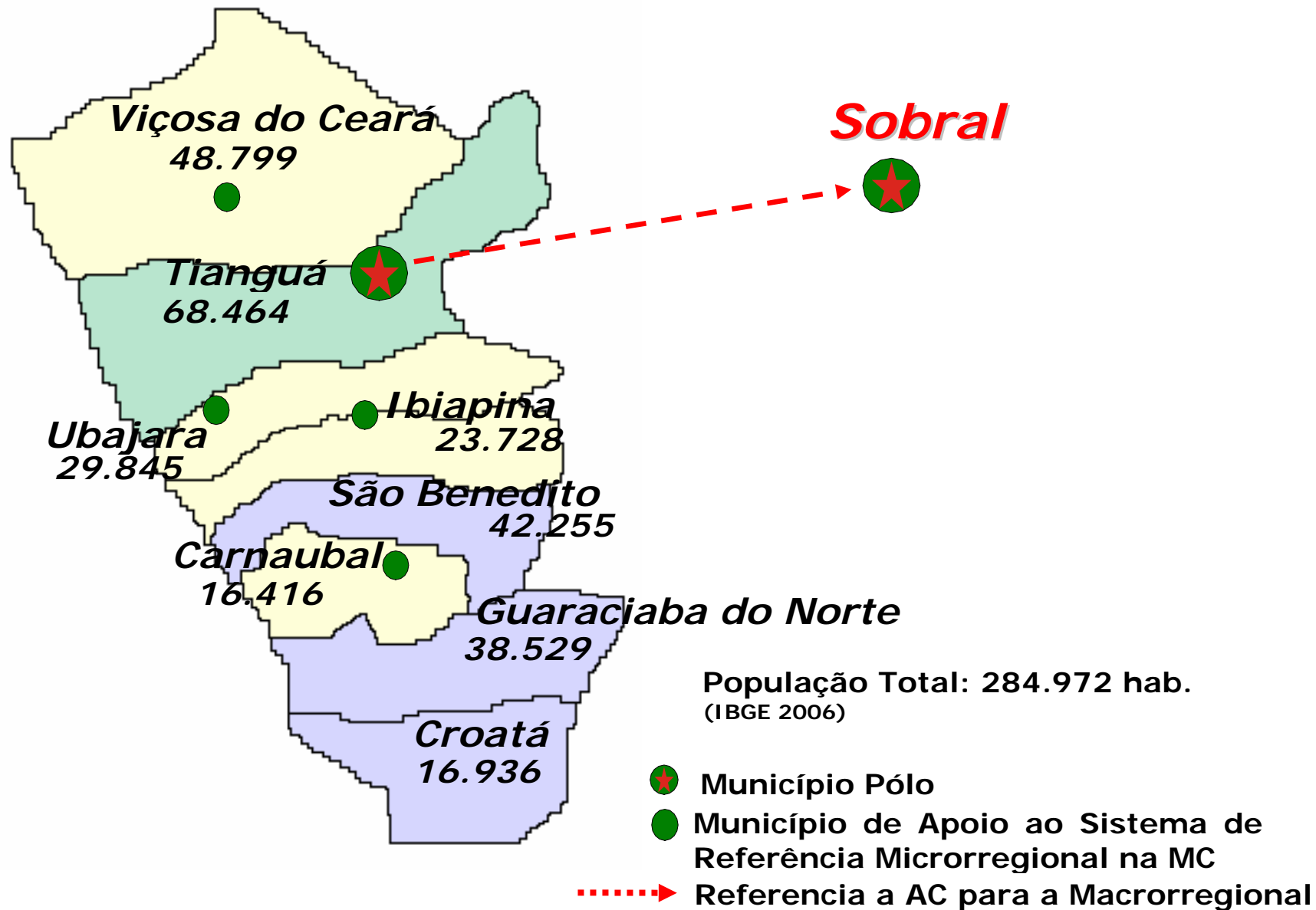


Figura 6
15ª Microrregião de Saúde de Crateús – PDR 2006

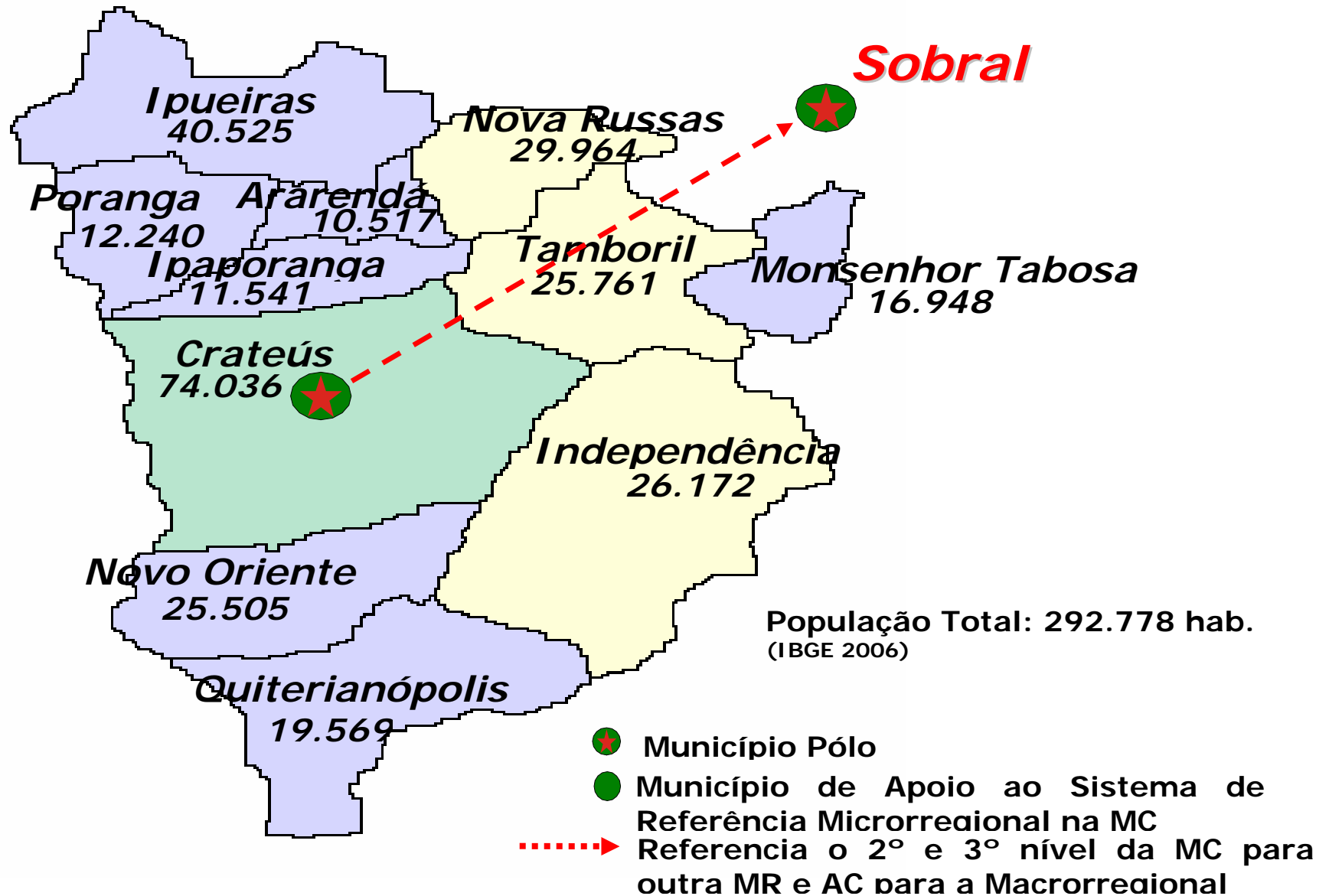
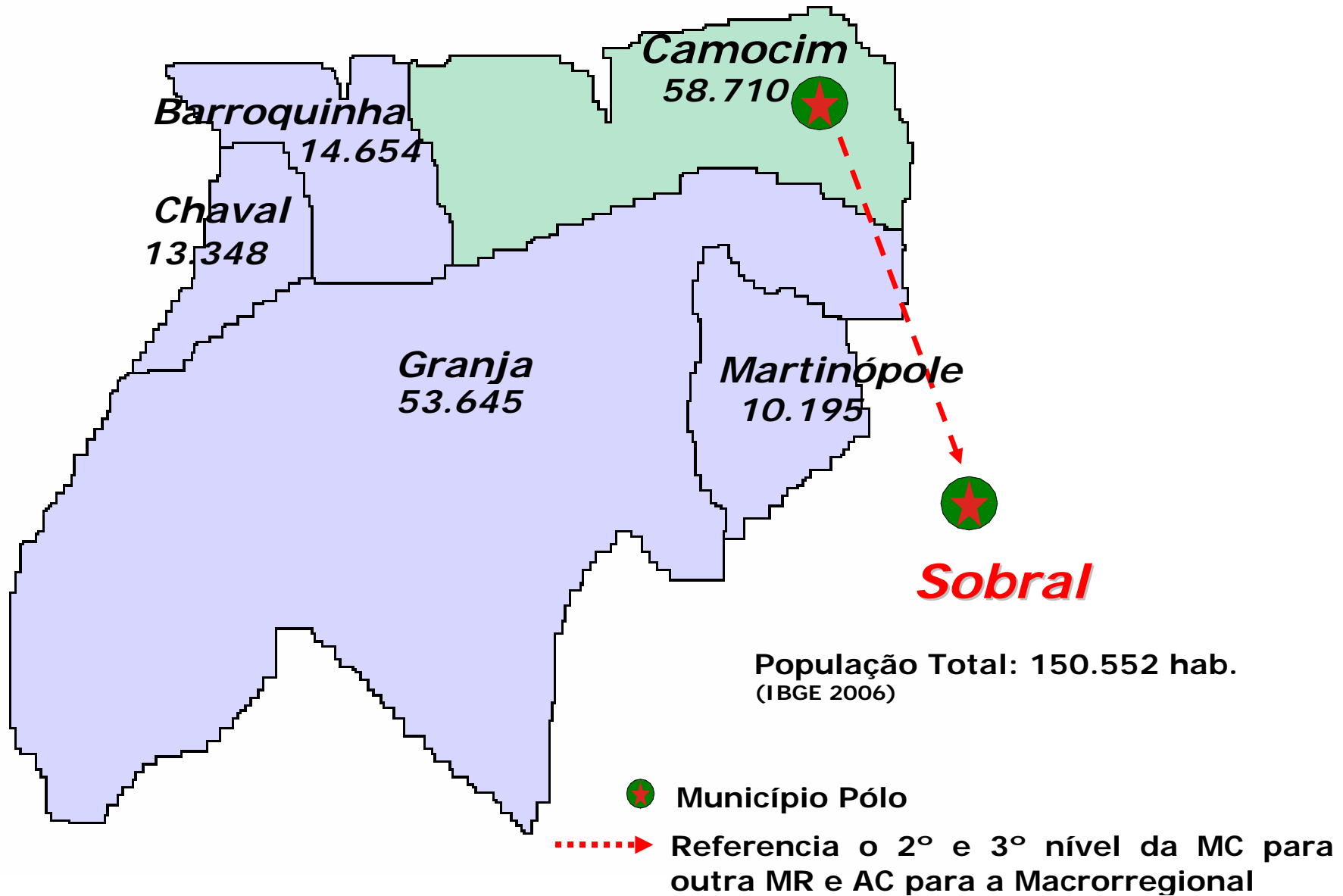


Figura 7

16ª Microrregião de Saúde de Camocim – PDR 2006



Razão do Número de Trabalhadores Médicos, Enfermeiros e Dentistas por Habitante Ano

Ao comparar-se as Microrregiões de Saúde percebe-se que o número de médicos, enfermeiros e dentistas por 10.000 habitantes têm pouca variação. A *Microrregião de Saúde de Sobral* apresenta a menor razão em relação aos médicos (1,6/10.000 hab.) e a maior de enfermeiros (4,7/10.000 hab.).

Conforme dados da **Tabela 12**, a razão do número de enfermeiros por 10.000 habitantes é superior a dos profissionais médicos e dentistas, em todas as Microrregiões de Saúde. Não existe um número ideal de profissionais médico, enfermeiro e odontólogo por habitante a ser adotado, no entanto a *Organização pan-americana de Saúde (OPAS)* recomenda para os países americanos (1973) que, para uma população de 10.000 habitantes, haja uma média de 8 médicos, 4,5 enfermeiros e 2 odontólogos. Tomando como base essa recomendação, verifica-se que em todas as Microrregiões de Saúde o número de médicos é muito inferior a 8. Em relação aos enfermeiros a situação é bem melhor, como está delineada nas *Microrregiões de Saúde de Sobral* (4,7/10.000 hab.) e de *Acaraú* (4,6/10.000 hab.). Na *Microrregião de Saúde de Tianguá* (4,5/10.000 hab) esta relação está em equilíbrio, já na *Microrregiões de Saúde de Crateús* (3,4/10.000 hab) e de *Camocim* (3,3/10.000 hab) estão numa proporção inferior.

A situação do número de odontólogos, com exceção da Microrregião de Saúde de *Acaraú* que registra uma razão de 2,2/10.000 hab, todas as outras se encontram com razão menor que 2 (dois).

Tabela 12
Razão do número de profissionais médicos, enfermeiro e odontólogos do SUS por habitante / ano segundo microrregiões de saúde / local de trabalho.
Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Microrregião/ Local de Trabalho	População 2006	Médico / 10.000 hab.	Enfermeiro / 10.000 hab.	Odontólogo / 10.000 hab.
Sobral	591.051	1,6	4,7	1,4
Acaraú	196.779	2,9	4,6	2,2
Tianguá	284.972	2,5	4,5	1,7
Crateús	292.778	2,6	3,4	1,1
Camocim	150.552	2,2	3,3	1,5
Total	1.516.132	2,2	4,3	1,5

Instituição Mantenedora do Vínculo com os Profissionais Médicos, Enfermeiros e Odontólogos

A **Tabela 13** apresenta o número de 1.035 médicos, enfermeiros e odontólogos empregados pelos municípios nas *Microrregiões de Saúde de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim*, o que representa 85,1% de um contingente de 1.216 profissionais entrevistados que responderam este quesito. Os Governos Estadual e Federal apresentaram participações menores que as Instituições Privadas que é de 3,8%. O número de profissionais com mais de 1 emprego (90) representam 7,4% do total.

Tabela 13
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS segundo vinculação com a instituição mantenedora. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Vínculo Institucional	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Total	%
Federal	7	5	1	13	1,1
Estadual	5	20	7	32	2,6
Municipal	254	574	207	1.035	85,1
Privado	18	26	2	46	3,8
Mais de 1 vínculo	51	25	14	90	7,4
Total	335	650	231	1.216	100,0

Todas as *Microrregiões de Saúde*, conforme dados da **Tabela 14**, apresentaram o número de empregos de médicos, de enfermeiros e de odontólogos nos Governos Municipais, superior a todas as demais instituições. A maior participação é a da *Microrregião de Saúde de Acaraú* 90,7%, vindo em seguida as *Microrregiões de Saúde de Sobral* com 88,2%, de *Crateús* 82,9%, de *Camocim* 81,1% e de *Tianguá* 78,6%.

O Governo Estadual tem participação menor que 4% em todas as *Microrregiões de Saúde* pesquisadas, sendo a maior verificada na *Microrregião de Saúde de Sobral* 3,5%, e a menor na *Microrregião de Saúde de Acaraú*. A *Microrregião de Saúde de Tianguá* registrou apenas 1,6%. A participação do Governo Federal é constatada nas *Microrregiões de Saúde de Sobral, de Acaraú e de Crateús*, com 1,1%, 2,6% e 1,4% respectivamente.

A participação das Instituições Privadas é inferior a 7%. A *Microrregião de Saúde de Tianguá* é a de maior representação 6,9% e a menor é a *Microrregião de Saúde de Acaraú*, tendo *Microrregião de Saúde de Crateús* obtido uma participação de apenas 0,5%.

As Microrregiões de Saúde onde os profissionais possuem mais de um emprego foram Tianguá 12,9%, Camocim 12,3% e Crateús 11,9%.

Tabela 14
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS
segundo vínculo institucional e Microrregião de Saúde / local de trabalho.
Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Microrregião de Saúde / Local de Trabalho	Vínculo Institucional	Categoria Profissional			Total	%
		Médico	Enfermeiro	Odontólogo		
Sobral	Federal	1	3	1	5	1,1
	Estadual	1	11	4	16	3,5
	Municipal	85	244	76	404	88,2
	Privado	3	19	-	22	4,8
	Mais de 1 Vínculo	5	4	2	11	2,4
Total		95	281	83	458	100,0
Acarauá	Federal	4	1	-	5	2,6
	Estadual	2	1	-	3	1,6
	Municipal	47	87	41	175	90,7
	Privado	-	-	1	1	0,5
	Mais de 1 Vínculo	5	2	2	9	4,6
Total		58	91	44	193	100,0
Tianguá	Federal	-	-	-	-	-
	Estadual	-	4	-	4	1,6
	Municipal	44	104	47	195	78,6
	Privado	11	6	-	17	6,9
	Mais de 1 Vínculo	16	14	2	32	12,9
Total		71	128	49	248	100,0
Crateús	Federal	2	1	-	3	1,4
	Estadual	2	3	2	7	3,3
	Municipal	55	92	27	174	82,9
	Privado	-	1	-	1	0,5
	Mais de 1 Vínculo	18	3	4	25	11,9
Total		77	100	33	210	100,0
Camocim	Federal	-	-	-	-	-
	Estadual	-	1	1	2	1,9
	Municipal	23	47	16	86	18,1
	Privado	4	-	1	5	4,7
	Mais de 1 Vínculo	7	2	4	13	12,3
Total		34	50	22	106	100,0
Total Geral		335	650	231	1.216	100,0

Modalidades de Contratação dos Profissionais Médicos, Enfermeiros e Odontólogos

Neste estudo foram definidas três categorias de vínculo de cada profissional com as instituições contratantes. As definições utilizadas foram:

- **Efetivo:** contrato de trabalho pelo Regime Jurídico disciplinado por meio de Estatuto que enumera direitos e deveres dos servidores públicos municipais, estaduais e federais.
- **Contrato Comissionado:** contrato de admissão por tempo determinado para atender à necessidade temporária de interesse público, utilizando as normas de categoria dos servidores públicos.
- **Terceirizado:** contratado por meio de empresa intermediária, mediante acordo de prestação de serviços.

Ao analisar-se a situação de 1.208 profissionais com indicação da modalidade de contratualização, constatou-se que 635 possuem *vínculo efetivo*, sendo esta categoria preponderante (52,6%). A *contratação comissionada* chega a 27,6% e a *terceirização* 17,2%. Os profissionais que possuem mais de um vínculo representam apenas 2,6%. Os dados desta distribuição encontram-se relacionados na **Tabela 15**.

A observação da distribuição espacial dos profissionais por *Microrregiões de Saúde*, considerando a modalidade de contratação, demonstra uma semelhança entre elas, onde a maioria dos profissionais têm vínculo efetivo: *Microrregiões de Saúde de Sobral* 59,0%, *Tianguá* 58,5%, *Acaraú* 54,7% e *Camocim* 43,4%. No caso da *Microrregião de Saúde de Crateús* há diferenciação entre a situação das demais *Microrregiões*, onde o número de profissionais com contratação comissionada (83) é superior aos que possuem vínculo efetivo (72).

Na análise dos resultados relacionados à modalidade de contratação dos profissionais, constata-se que o número de médicos com vínculo efetivo nas *Microrregiões de Saúde de Sobral, Acaraú e Tianguá* é maior do que as outras modalidades. Já nas *Microrregiões de Saúde de Crateús e Camocim* o maior número dos profissionais médicos é através de contratação comissionada e terceirização respectivamente.

Tabela 15
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS
segundo modalidade de contratação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Microrregião de Saúde / Local de Trabalho	Modalidade de Contratação	Categoria Profissional			Total	%
		Médico	Enfermeiro	Odontólogo		
Sobral	Efetivo	48	167	52	267	59,0
	Contrato Comissionado	17	76	19	112	24,7
	Terceirizado	25	35	12	72	15,9
	Mais de 1 Modalidade	1	1	-	2	0,4
Total		91	279	83	453	100,0
Acarauá	Efetivo	23	60	22	105	54,7
	Contrato Comissionado	21	20	14	55	28,7
	Terceirizado	13	10	7	30	15,6
	Mais de 1 Modalidade	1	1	-	2	1,0
Total		58	91	43	192	100,0
Tanguá	Efetivo	25	80	40	145	58,5
	Contrato Comissionado	16	25	4	45	18,1
	Terceirizado	18	16	5	39	15,7
	Mais de 1 Modalidade	12	7	-	19	7,7
Total		71	128	49	248	100,0
Crateús	Efetivo	22	37	13	72	34,4
	Contrato Comissionado	27	46	10	83	39,7
	Terceirizado	24	15	10	49	23,5
	Mais de 1 Modalidade	4	1	-	5	2,4
Total		77	99	33	209	100,0
Camocim	Efetivo	9	24	13	46	43,4
	Contrato Comissionado	11	20	7	38	35,8
	Terceirizado	12	5	1	18	17,0
	Mais de 1 Modalidade	2	1	1	4	3,8
Total		34	50	22	106	100,0
Todas as Microrregiões de Saúde	Efetivo	127	368	140	635	52,6
	Contrato Comissionado	92	187	54	333	27,6
	Terceirizado	92	81	35	208	17,2
	Mais de 1 Modalidade	20	11	1	32	2,6
Total Geral		331	647	230	1.208	100,0

Para os enfermeiros, as *Microrregiões de Saúde* em que a maioria possui *vínculo efetivo* são: Sobral, Acaraú, Tianguá e Camocim. Na *Microrregião de Saúde de Crateús* a situação é semelhante à observada para os profissionais médicos.

As informações referentes à modalidade de vínculo dos profissionais odontólogos são semelhantes a dos profissionais enfermeiros, diferindo apenas na *Microrregião de Saúde de Tianguá*, onde o número de odontólogos terceirizados é maior do que aqueles com vínculo de contratação comissionada.

Local de Trabalho dos Profissionais Médicos, Enfermeiros e Odontólogos

Os dados constantes na **Tabela 16** demonstram que 1.294 profissionais entrevistados informaram o local de trabalho, mais da metade atuam em Unidades Básicas de Saúde da Família 55,7%, seguida dos Hospitais Locais 11,4%, Hospitais Pólos 9,4%, Hospitais de Pequeno Porte 7,0%, Clínicas Especializadas 6,7%, Centros de Saúde 6,4% e Hospitais de Apoio ao Sistema de Referência 3,4%.

Os profissionais odontólogos que trabalham em Unidades Básicas representam 67,7% do total de entrevistados nesta categoria. No caso dos enfermeiros, 61,9% atua em Unidades Básicas de Saúde da Família e apenas 31,0% em Hospitais. Para os médicos esta situação modifica-se uma vez que 45,4% trabalham em Hospitais e 41,4% em Unidades Básicas de Saúde da Família.

Tabela 16
Distribuição dos profissionais de saúde do SUS segundo local de trabalho. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Local de Trabalho	Categoria Profissional						Total	%
	Médico	%	Enfermeiro	%	Odontólogo	%		
Unidade Básica de Saúde da Família	189	41,4	375	61,9	157	67,7	721	55,7
Centro de Saúde	24	5,3	34	5,6	24	10,3	82	6,4
Clínica Especializada	36	7,9	9	1,5	42	18,2	87	6,7
Hospital de Pequeno Porte	47	10,3	43	7,1	1	0,4	91	7,0
Hospital Local	72	15,8	68	11,2	7	3,0	147	11,4
Hospital de Apoio ao Sistema de Referência	24	5,3	20	3,3	-	-	44	3,4
Hospital Pólo	64	14,0	57	9,4	1	0,4	122	9,4
TOTAL	456	100,0	606	100,0	232	100,0	1.294	100,0

Na **Tabela 17** pode-se identificar que a maior parte dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos atuam em Unidades Básicas de Saúde da Família localizadas nos municípios que integram a *Macrorregião de Saúde de Sobral*, totalizando 465 (35,9%), seguida das *Microrregiões Regiões de Saúde de Tianguá e Crateús* com 251 (19,4%), *Microrregião de Saúde de Acaraú* com 210 (16,3%) e *Microrregião de Saúde de Camocim* com 117 (9,0%).

Considerando o total de municípios que integram as *Microrregiões de Saúde* acima referidas, constata-se que a concentração de profissionais na *Microrregião de Saúde de Sobral* é decorrente do grande número de municípios (24) com relação às demais *Microrregiões de Saúde de Acaraú* (7 municípios), *Tianguá* (8 municípios), *Crateús* (11 municípios) e *Camocim* (5 municípios).

Tabela 17

**Distribuição dos profissionais de saúde de nível superior do SUS segundo Microrregional de Saúde / Local de Trabalho.
Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.**

Microrregião de Saúde / Trabalho	Categoria Profissional	Local de Trabalho							Total	%
		Unidade Básica de Saúde da Família	Centro de Saúde	Clínica Especializada	Hospital de Pequeno Porte	Hospital Local	Hospital de Apoio ao Sistema de Referência	Hospital Pólo		
Sobral	Médico	64	6	6	23	13	8	10	130	
	Enfermeiro	145	11	5	32	18	13	30	254	
	Odontólogo	51	7	19	1	3	-	-	81	
	Total	260	24	30	56	34	21	40	465	35,9
Acarauá	Médico	26	8	9	7	14	9	5	78	
	Enfermeiro	49	10	1	2	16	4	4	86	
	Odontólogo	25	10	10	-	1	-	-	46	
	Total	100	28	20	9	31	13	9	210	16,3
Tianguá	Médico	38	2	8	10	15	1	16	90	
	Enfermeiro	75	8	-	2	18	1	10	114	
	Odontólogo	41	3	3	-	-	-	-	47	
	Total	154	13	11	12	33	2	26	251	19,4
Camocim	Médico	46	3	11	2	29	-	24	115	
	Enfermeiro	70	2	2	-	16	-	13	103	
	Odontólogo	26	2	3	-	1	-	1	33	
	Total	142	7	16	2	46	-	38	251	19,4
	Médico	15	5	2	5	1	6	9	43	
Enfermeiro	36	3	1	7	-	2	-	49		
Odontólogo	14	2	7	-	2	-	-	25		
Total	65	10	10	12	13	8	9	117	9,0	
TOTAL		721	82	87	91	147	44	122	1.294	100,0

Distribuição dos Profissionais Médicos, Enfermeiros e Odontólogos por Nível de Atenção

Os dados analisados indicam que 1.090 profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos) responderam este quesito, correspondendo a 89,6% do total de entrevistados (vide **Tabelas 6 e 18**).

Do contingente de 1.000 profissionais, 752 atuam apenas em serviços de saúde classificados no Nível de Atenção Básica, correspondendo a 69,0% do total. O restante dos profissionais (232) trabalha em Serviços de Saúde Especializados de Média e Alta Complexidade (21,3%).

Os profissionais que atuam em mais de um nível de atenção são em número de 106, representando um percentual de 9,7%, conforme está registrado na **Tabela 18**. Em síntese, constata-se que na maioria das *Microrregiões de Saúde (Sobral, Acaraú, Tianguá e Camocim)* o número de profissionais que atuam em Serviços Básicos de Saúde é maior, seguido dos que atuam na Média e Alta Complexidade. Apenas na *Microrregião de Saúde de Crateús* verifica-se um número de profissionais que atuam em mais de um nível de atenção (42) superior aos do que atuam na Média e Alta Complexidade (35).

Tabela 18
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS
segundo nível de atenção. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Microrregião de Saúde	Nível de Atenção	Categoria Profissional			Total
		Médico	Enfermeiro	Odontólogo	
Sobral	Básico	63	181	68	312
	Média Complexidade	8	33	12	53
	Alta Complexidade	2	13	-	15
	Mais de 1 Nível	17	8	-	25
Total		90	235	80	405
Acarauá	Básico	26	65	30	121
	Média Complexidade	23	9	12	44
	Alta Complexidade	2	-	-	2
	Mais de 1 Nível	6	3	-	9
Total		57	77	42	173
Tianguá	Básico	27	70	44	141
	Média Complexidade	30	19	3	52
	Alta Complexidade	-	1	-	1
	Mais de 1 Nível	14	9	-	23
Total		71	99	47	217
Crateús	Básico	31	59	26	116
	Média Complexidade	20	12	2	34
	Alta Complexidade	1	-	-	1
	Mais de 1 Nível	25	16	1	42
Total		77	87	29	193
Camocim	Básico	11	38	13	62
	Média Complexidade	11	8	5	24
	Alta Complexidade	6	-	-	6
	Mais de 1 Nível	4	-	3	7
Total		32	46	21	99
Total Geral		327	544	219	1.090

Áreas de Atuação dos Profissionais Médicos, Enfermeiros e Odontólogos

Dos 1.216 médicos, enfermeiros e odontólogos entrevistados, 1.209, isto é 99,%, responderam a área que atuavam (conforme dados da **Tabela 19**), 83,8% na assistência, 9,4% na gestão, apenas 0,3% na de ensino. Os que atuam em mais de uma área representa 6,5%.

O maior contingente que trabalham nas áreas de ensino e gestão é de enfermeiros, representando 100% e 85% respectivamente.

Na distribuição por microrregião de saúde, verifica-se que em todas, o número de profissionais que atuam na assistência é superior a 80%, Acaraú 87,0%, Crateús 85,6%, Tianguá 85,4%, Camocim 82,7% e Sobral 80,9%. Na área de gestão a microrregião de saúde que tem uma maior participação é de Tianguá 12,1% e a menor é a de Camocim com 5,8% de participação.

Tabela 19
Distribuição do número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos do SUS
segundo a área de atuação. Macrorregião de Saúde de Sobral, 2006.

Microrregião de Saúde / Local de Trabalho	Área de Atuação	Categoria Profissional			Total	%
		Médico	Enfermeiro	Odontólogo		
Sobral	Assistência	82	211	76	1.369	80,9
	Ensino	-	4	-	4	0,9
	Gestão	4	38	3	45	9,9
	Mais de 1 Área	8	26	4	38	8,3
Total		94	279	83	456	100,0
Acarauá	Assistência	56	71	41	168	87,0
	Ensino	-	-	-	-	-
	Gestão	1	14	2	17	8,8
	Mais de 1 Área	1	6	1	8	4,2
Total		58	91	44	193	100,0
Tianguá	Assistência	66	99	46	211	85,4
	Ensino	-	-	-	-	-
	Gestão	-	28	2	30	12,1
	Mais de 1 Área	5	-	1	6	2,5
Total		71	127	49	247	100,0
Crateús	Assistência	72	79	28	179	85,6
	Ensino	-	-	-	-	-
	Gestão	-	13	3	16	7,7
	Mais de 1 Área	5	8	1	14	6,7
Total		77	100	32	209	100,0
Camocim	Assistência	31	36	19	86	82,7
	Ensino	-	-	-	-	-
	Gestão	1	4	1	6	5,8
	Mais de 1 Área	1	9	2	12	11,5
Total		33	49	22	104	100,0
Todas as Microrregiões de Saúde	Assistência	307	496	210	1.013	83,8
	Ensino	-	4	-	4	0,3
	Gestão	6	97	11	114	9,4
	Mais de 1 Área	20	49	9	78	6,5
Total Geral		333	646	230	1.209	100,0

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que desenvolvem seus processos de trabalho nas Instituições de Saúde são elementos imprescindíveis para a eficiência e eficácia dos serviços nos quais estão inseridas, principalmente porque são elas que contribuem, de forma decisiva, para o êxito das Políticas de Saúde viabilizadas. Os gestores de saúde devem, portanto, estar atentos à sua dimensão subjetiva, caráter gregário, potencial criador, capacidade resolutiva e estrutura desejante, para que este contingente possa executar o seu trabalho com dignidade, plenitude e convergência com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos principais fatores que devem ser buscados é o estímulo à qualificação e à evolução profissional, visto que repercutem, positivamente, na dinâmica dos serviços de saúde oferecidos à população.

No Brasil, e mais especificamente nos estados do Nordeste, ainda são enfrentados grandes desafios no que tange a políticas insatisfatórias para a maioria da população que não vivencia plenamente seus direitos de cidadania. Também os trabalhadores de saúde, que labutam bravamente com o complexo binômio saúde-doença, nos dias atuais, configuram-se como um grupo de resistência, vocação, talento e ousadia para realizar, com ética e competência, sua missão humanitária, a despeito das fragilidades do Sistema.

O estudo que finaliza o *Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores de Saúde de Nível Superior e Técnico do Sistema Único de Saúde na Macrorregião de Sobral-Ceará* desvenda os seus aspectos conclusivos com relação ao perfil dos entrevistados, formação técnico-científica, qualificação, inserção no mercado de trabalho, local (ais) de trabalho e atuação profissional com relação às áreas de gestão, atenção e/ou ensino que são:

- o maior contingente de trabalhadores de saúde de nível superior e técnico que atuam nos serviços de saúde está na faixa etária de 18 a 39 anos (65,9%), tendo sido identificado um percentual de 0,8% de profissionais com idade igual ou superior a 65 anos ainda plenamente ativos;
- a força de trabalho em saúde dos municípios que integram a Macrorregião de Saúde de Sobral é majoritariamente do sexo feminino (71,1%);
- a distribuição dos profissionais de saúde de nível superior e técnico nas Microrregiões de Saúde de Sobral (37,0%), Acaraú (10,5%), Tianguá (23,3%), Crateús (18,4%) e Camocim

(10,9%) confirmam a posição estratégica da Macrorregião de Saúde de Sobral no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*;

- o comparativo entre a média das horas semanais trabalhadas pelos profissionais de saúde de nível superior e técnico não apresenta diferenças significativas, sendo 41,7 horas para o nível superior e 40,4 horas para o nível técnico;
- a remuneração de 95,6% dos trabalhadores de saúde de nível superior está acima de 4 salários mínimos e de 73,9% de nível técnico percebem de 1 a 4 salários mínimos;
- a diferenciação de remuneração entre trabalhadores de saúde de nível superior e técnico, com relação ao sexo, é percebida nas faixas salariais mais elevadas, privilegiando os profissionais do sexo masculino;
- os trabalhadores de saúde de nível superior percebem uma remuneração média mensal de R\$ 3.205,50 e os de nível técnico de R\$ 469,80, a preços correntes de agosto de 2007;
- a categoria de enfermeiros (53,5%) detêm o maior quantitativo de profissionais de nível superior, seguida dos médicos (27,5%) e dos odontólogos (19,0%);
- a concentração de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos nos municípios-sede das Microrregionais de Saúde esta relacionada ao favorecimento de melhores condições de trabalho e qualidade de vida;
- nas Microrregiões de Saúde a razão do número de enfermeiros (4,3 / 10.000 hab.), é superior a razão do número de médicos (2,2 / 10.000 hab.) e de odontólogos (1,5 / 10.000 hab.);
- nas Microrregiões de Saúde pesquisadas o número de profissionais médicos é muito inferior a 8 / 10.000 hab. como recomenda a *Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)*;
- 85,1%, dos trabalhadores de saúde de nível superior possuem vínculo municipal, com relação às outras instituições mantenedoras;
- a modalidade de contratação por vínculo efetivo dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos é majoritária nas Microrregiões de Saúde de Sobral (59,0%), Tianguá (58,5%), Acaraú (54,7%) e Camocim (43,4%), excetuando-se a Microrregião de Saúde de Crateús onde o vínculo por contratação comissionada é superior (39,7%);
- a modalidade de contratação por vínculo terceirizado em todas as Microrregiões de Saúde representam 17,2% das demais modalidades, apenas a Microrregião de Saúde de Crateús apresenta uma participação neste vínculo de 23,5%;
- a maioria dos trabalhadores de saúde de nível superior das Microrregiões de Saúde trabalha em Unidades Básicas de Saúde da Família (55,7%);

- a Microrregião de Sobral concentra o maior quantitativo de trabalhadores de nível superior na área da Atenção Básica;
- o maior quantitativo de trabalhadores de saúde de nível superior das Microrregiões de Saúde pesquisada atua na área da Atenção Básica;
- 83,8% dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos desenvolvem seus processos de trabalho na área da assistência.

Estes resultados apontam para a necessidade de serem implementadas políticas de valorização e desenvolvimento de recursos humanos, notadamente na área de Educação em Saúde, através de ações continuadas que promovam a formação e/ou capacitação dos trabalhadores de saúde de nível técnico, assim como a qualificação e/ou atualização dos trabalhadores de saúde de nível superior. Ressaltam-se como estratégias o aumento da oferta de Cursos Técnicos descentralizados na área da saúde, assim como de Cursos de Especialização, Mestrado e Residência em Saúde da Família, observando-se as necessidades específicas identificadas, em consonância com as prioridades definidas no *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*.

Também é imprescindível e urgente a adoção de medidas que beneficiem e fortaleçam a atuação de gestores e trabalhadores de saúde, através da desprecarização das relações de trabalho, realização de concursos públicos, implantação de plano de cargos e carreiras, revisão das políticas salariais e estímulo à fixação de profissionais de saúde em municípios mais distantes.

Estas ações conjuntas possibilitarão a oferta de serviços de saúde descentralizados e resolutivos, nos 3 níveis de Atenção, consolidando o modelo assistencial em implantação no Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, A. C. Q. e RODRIGUES, J. M. (Org.) – Primeiro senso de recursos humanos da atenção primária do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde / UFMG, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Sistema de planejamento do SUS (Planeja SUS): instrumentos básicos. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo *Sistema Público Estadual* 1995 – 2002. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2002.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – A saúde no Ceará: uma conquista de todos – relatório de gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: OMNI Editora, 2006.

CHIAVENATO, I. – Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. – Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento. São Paulo: Editora Hucitec / ABRASCO, 1994.

GIL, A.C. – Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, J. da S. e PEDROSO, V. G. – Política de recursos humanos: construção e perspectiva. In: Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 127 – 146.

MACHADO, H. M. – Gestão pública e ética no trabalho. In: Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 119 – 126.

NOGUEIRA, R. P. – Resultado do estudo de avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde. In: Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 31 – 44.

_____ Regulação do trabalho nas instituições públicas de saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.unb/ceam/polrhs>. Acesso em: 10. jan. 2006.

SANTOS, J. B.F. dos (Org.) – Observatórios de recursos humanos em saúde – estação CETREDE / UFC / UECE: reflexões de pesquisas. Fortaleza: EdUECE, 2006.

TOBAR, F. – Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VERGARA, S.C. – Gestão de pessoas. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento do Gestor Municipal de Saúde**Termo de Consentimento do Gestor Municipal de Saúde**

Declaro, para os devidos fins, que fui informado sobre a realização da pesquisa *Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores de Saúde dos Municípios da Macrorregião de Sobral*, a ser realizada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará em parceria com o Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE / UFC / UECE. Reconheço a importância da mesma para o Município de _____ e dou o meu consentimento para que os Pesquisadores de Campo possam aplicar o instrumento de coleta de dados junto aos profissionais de todos os Serviços de Saúde.

_____, _____ / _____ / 2007

Assinatura do Gestor Municipal de Saúde

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A *Secretaria da Saúde do Estado do Ceará*, em parceria com o *Observatório de Recursos Humanos do Ministério da Saúde / Organização Pan-Americana de Saúde*, pretende realizar pesquisa sobre o tema “**Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores de Saúde do SUS na Macrorregião de Sobral**”.

O objetivo deste estudo é conhecer a Situação dos Trabalhadores de Saúde no SUS em relação à quantidade, distribuição por localidade, ações e serviços, categoria profissional, especialidades e vencimentos.

Informamos que garantiremos o anonimato e o sigilo das informações prestadas, nem divulgaremos nome ou qualquer outra dado que possa identificá-lo (a) ou que esteja relacionada à sua identidade.

Durante a pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, terá toda a liberdade para retirar seu consentimento.

Em caso de dúvidas favor contactar com o coordenador da pesquisa o **Prof. Dr. Paulo César de Almeida** pelos telefones: (85) 3224.8486 / 9969.4598. Ressaltamos ainda que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Geral Dr. César Cals.

Eu, _____, após ter sido devidamente esclarecido (a) sobre esta pesquisa, concordo participar da mesma.

_____, ____/____/____

Assinatura

Anexo 3 – Manual de Preenchimento do Instrumento de Coleta de Dados

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR E TÉCNICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MACRORREGIÃO DE SOBRAL / CEARÁ

I. Orientações Gerais

1. A presente pesquisa envolve os *Trabalhadores de Saúde de Nível Superior e Técnico do SUS* da administração direta e indireta, cedidos de outras esferas de gestão e/ou terceirizados que atuam em serviços de saúde nas áreas da Atenção Primária, de Média e Alta Complexidade e na Gestão do SUS.

2. A pesquisa terá duração de 12 (doze) meses, no período de outubro / 2006 a outubro / 2007 e constará das seguintes etapas:
 - Sensibilização dos gestores municipais quanto à importância da pesquisa para o SUS;
 - Treinamento dos pesquisadores de campo;
 - Aplicação dos formulários nos municípios pelos pesquisadores de campo;
 - Envio dos formulários devidamente preenchidos pelos pesquisadores de campo para os pesquisadores auxiliares responsáveis pelas áreas nas quais estão inseridos os municípios;
 - Revisão dos formulários pelo pesquisador auxiliar responsável;
 - Encaminhamento dos formulários para digitação e processamento dos dados;
 - Análise dos dados e elaboração do Relatório Final com posterior publicação.

3. O formulário a ser utilizado é composto de 5 (cinco) partes sendo:
 - 1ª Parte - Identificação;
 - 2ª Parte - Formação Técnico-científica;
 - 3ª Parte - Pós-graduação (Nível Superior);
 - 4ª Parte - Inserção no Mercado De Trabalho;
 - 5ª Parte - Locais de Trabalho.

II . Orientações para o Preenchimento do Formulário

- **Código do Entrevistador** – preencher com letras iniciais do nome (ex. M.I.F.F).

- **1ª Parte - Identificação**

Idade: preencher com a idade em anos.

Sexo: preencher com um X o sexo do profissional entrevistado, sendo M (masculino) e F (feminino).

Município de Residência: preencher o nome do município de residência do profissional entrevistado.

- **2ª Parte - Formação Técnico-científica (*)**

Nível de Escolaridade: marque um X se o entrevistado é de nível superior ou técnico.

Natureza da Instituição Formadora: marque com um X se a instituição na qual o entrevistado concluiu seu curso de graduação ou formação é pública ou privada.

Localização da Instituição Formadora:

UF: Unidade Federada (Estado) onde está localizada a instituição formadora do entrevistado: sendo: (1) Ceará; (2) Piauí; (3) Maranhão; (4) Outros.

Graduação (se nível superior) e Formação (se nível técnico): preencher o nome do curso de graduação (se nível superior), e formação (se nível técnico).

Tempo de graduado (se nível superior) e de formado (se nível técnico): preencher o tempo de graduado (se nível superior) e de formado (se nível técnico) em anos, tendo como base o ano de conclusão.

(*) Auxiliares com curso de formação concluído serão classificados como técnicos.

- **3ª Parte - Pós-graduação (se nível superior)**

Preencher considerando o tipo de curso de pós-graduação concluído (de 9 a 14) referindo a instituição, o ano de conclusão e área do curso.

- **4ª Parte - Inserção no Mercado de Trabalho (*)**

Instituição com a qual mantém vínculo: preencher com quais instituições o entrevistado mantém vínculo.

(*) Se mais de um vínculo registrar os códigos sem vírgula.

➤ **5ª Parte - Local (ais) de Trabalho (de 16 A 22)**

Preencher o local de trabalho considerando os tipos de unidades a seguir relacionadas:

Unidade Básica de Saúde da Família: considerar os Postos de Saúde, Unidades Básicas de Saúde da Família; Programa Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), tanto na área rural como na urbana, e Ambulatórios de Sindicatos de Trabalhadores.

Centro de Saúde: considerar Centro de Saúde, Centro Experimental de Saúde Pública, Centro Integrado de Saúde.

Clínicas Especializadas: considerar clínicas que ofereçam Atenção Especializada; como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Radiologia, Traumato-ortopedia, Fisioterapia, Odontologia, Fonoaudiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Centro de Hemoterapia, Laboratório de Análises Clínicas e de Saúde Pública; Centro de Diagnóstico Clínico, Centro de Saúde do Trabalhador, Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, Policlínica e Unidade Móvel Odontológica.

Hospital de Pequeno Porte (HPP): considerar os hospitais que aderiram a *Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte* listados a seguir:

Nº	MUNICÍPIO	HOSPITAIS
1	Barroquinha	Unidade Mista de Barroquinha
2	Carnaubal	Unidade Mista Nossa Senhora Auxiliadora
3	Catunda	Hospital Geral de Catunda
4	Chaval	Unidade Mista de Chaval
5	Coreaú	Hospital Fernando Teles Camilo
6	Croata	Hospital Municipal Monsenhor Antonino
7	Freicheirinha	Hospital Maternidade Menino Jesus de Praga
8	Groaíras	Hospital Maternidade Joaquim Guimarães Neto
9	Hidrolândia	Hospital Maternidade Dr. Luis G. Fonseca Mota
10	Irauçuba	Unidade Mista de Irauçuba
11	Martinópolis	Hospital Imaculada Conceição

12	Meruoca	Hospital Chagas Barreto
13	Moraújo	Unidade Mista de Moraújo
14	Morrinhos	Unidade Mista de Saúde de Morrinhos
15	Reriutaba	Hospital Rita do Vale Rego
16	Uruoca	Unidade Mista de Uruoca
17	Varjota	Unidade Obstétrica de Varjota

Hospital Local: considerar os hospitais cuja atenção é ofertada para a população do município.

Hospital de Apoio ao Sistema de Referência: considerar os hospitais listados a seguir:

<i>Nº</i>	MUNICÍPIO	<i>HOSPITAIS</i>
1	Mucambo	Hospital Municipal Senador Carlos Jereissati
2	Uruoca	Hospital Municipal de Uruoca
3	Cruz	Hospital Municipal Dona Maria Muniz
4	Ubajara	Unidade Mista de Ubajara; Hospital Santo Antônio
5	Independência	Centro Cearense de Oftalmologia

Hospital Pólo: considerar os hospitais que recebem referência dos municípios da Microrregião e/ou Macrorregião de Saúde:

<i>Nº</i>	MUNICÍPIO	<i>HOSPITAIS</i>
1	Sobral	Hospital do Coração; Hospital Dr. Estevam; Santa Casa de Sobral; Clínica Dr. Alves
2	Ipú	Hospital Maternidade Francisco Araújo
3	Acaraú	Hospital Dr. Moura Ferreira
4	Tianguá	Hospital Madalena Nunes
5	Crateús	Hospital São Lucas
6	Camocim	Hospital Deputado Murilo Aguiar

(*) No caso dos profissionais não estarem lotados em nenhum destes tipos de unidades especificar local continuando como sub – item do item 22.

Ex.: 22.a) Secretaria Municipal de Saúde 22.a.1____ 22.a.2____ 22.a.3____
22.a.4____ 22.a.5____ 22.a.6____ 22.a.7____

- na coluna natureza de instituição: marcar com “X” se a instituição na qual o entrevistado trabalha é Municipal (MUN), Estadual (EST), Federal (FED), Particular (PART) ou Filantrópica (FILANT).
- na coluna carga horária: preencher o regime semanal de trabalho cumprido em cada estabelecimento referido.
- na coluna remuneração: preencher com o valor bruto de remuneração recebida pelo entrevistado em cada estabelecimento.

Instituições de Origem: colocar se é Municipal (1), Estadual (2) ou Federal (3)

Lotação: Assinalar onde está lotado

- a. Se na instituição de origem (1);
- b. Se cedido para o Município (2);
- c. Se cedido para o Estado (3);
- d. Se cedido para a União (4);
- e. Em outros casos (outros).

Modalidade de Contratação: colocar se é Efetivo (1), Cargo Comissionado (2) ou Terceirizado (3).

Área de Atuação do Profissional: preencher com um X a área de atuação do entrevistado, considerando como:

Área de Gestão: se o profissional utiliza carga horária exercendo cargo e/ou função de Direção, Assessoramento, ou Técnica na Administração e/ou Gerência de Unidades, Órgãos ou Serviços de Saúde;

Área da Assistência: se o profissional utiliza a sua carga horária exercendo atividades de assistência direta aos usuários nos serviços de saúde;

Área de Ensino: se o profissional utiliza a sua carga horária em atividades de preceptoria de residências ou na coordenação de estágios.

Se na Assistência, identifique em que nível de atenção: preencher com um X os níveis de atenção no qual atua o entrevistado:

Atenção Primária: se atua em Unidades Básicas da Saúde da Família, Posto de Saúde, Centro de Saúde, Ambulatório de Clínicas Básicas isolados ou instalados em Hospitais Locais e Unidades Mistas, Setor de Internação de Hospitais Locais e Unidades Mistas;

Média Complexidade: se atua em Unidade Ambulatorial / Clínica Especializada, Unidade de Apoio em Diagnóstico e Terapêutica (SADT), Hospital de Apoio do Módulo Assistencial e Hospital de Apoio Microrregional;

Alta Complexidade: se atua em Ambulatório de Especialidades Médicas com procedimentos de alta complexidade / alto custo e no setor de internação de Hospital Geral ou Especializado com procedimentos de alta complexidade / alto custo (vê anexos).

Se no Ensino, identifique o nível educacional no qual atua: preencher com um X a área de ensino na qual atua:

Formação

Graduação

Pós-graduação

Se na Gestão, identifique a área: preencher com um X a área de atuação considerando as opções relacionadas:

Vigilância Epidemiológica

Vigilância Sanitária

Regulação, Controle e Avaliação

Auditoria

Farmácia

Outros

Anexo 4 – Carta de Apresentação do Pesquisador de Campo**OBSERVATÓRIO DE RH / ESTAÇÃO CETREDE – CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**

_____, _____ de _____ de 2007

A (o) Senhor (a) Gerente do Serviço de Saúde

A Secretária da Saúde do Estado do Ceará, em parceria com o Observatório de Recursos Humanos Estação CETREDE da Universidade Federal do Ceará, esta realizando a Pesquisa: Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores de Saúde de Nível Superior e Técnico do SUS na Macrorregião de Sobral / Ceará.

A finalidade maior deste estudo é o conhecimento da realidade laboral na qual estão inseridos profissionais da área da saúde, e seus produtos deverão subsidiar Políticas Públicas para a área de recursos humanos.

Para a aplicação do instrumento de pesquisa (do tipo formulário) apresentamos o (a) pesquisador (a) de campo _____. Para tanto, solicitamos o apoio e colaboração de V.Sa. no sentido de facilitar o seu trabalho nessa Instituição.

Esclarecemos ainda que o Gestor Municipal está ciente desta Pesquisa, já tendo assinado o Termo de Consentimento para a sua realização.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paulo César Almeida
COORDENADOR DA PESQUISA

Anexo 5 – Autorização do Comitê de Ética

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE ESTUDOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



Fortaleza, 23 de novembro de 2006


Ofício N° 022/2005

Pesquisador Responsável: Paulo César de Almeida

Título do Projeto: Diagnóstico da situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do Sistema Único de Saúde – SUS

Por este termo declaro que o projeto de Pesquisa “Diagnóstico da situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do Sistema Único de Saúde – SUS . Quando esta segunda etapa será realizada na região de Sobral, no período de dez /06 a março/ 2006

Atenciosamente,


Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo

Coordenador do CEP/ HGCC


Dr. Ernane Ximenes Rodrigues

Diretor Geral / HGCC

Anexo 6 – Glossário de Termos

➤ **Recursos Humanos:**

Expressão utilizada para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto e um serviço.

➤ **Profissionais de Saúde:**

Todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde detêm formação profissional específica, capacidade prática e acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde.

➤ **Trabalhadores do SUS:**

São aqueles que realizam ações, atividades ou funções em serviços de saúde estatais ou privados, conveniados ou contratados pelo SUS.

➤ **Trabalhadores da Área da Saúde do SUS:**

São aqueles que realizam ações, atividades ou funções em serviços de saúde estatais ou privados, conveniados ou contratados pelo SUS.

➤ **Força de Trabalho:**

Termo que descreve e interpreta as relações sociais que lastreiam os trabalhadores inseridos em um ramo de atividade específica.

➤ **Gestão ou Gerência de Trabalho no SUS:**

É o processo que envolve ação ou efeito de gerir toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema.

➤ **Avaliação:**

Consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.