

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

Gomes Sancho, Leyla; Martins do Carmo, Juliana; Gomes Sancho, Rafael; Bahia, Ligia
ROTATIVIDADE NA FORÇA DE TRABALHO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 9, núm. 3, noviembre-noviembre, 2011, pp. 431-447

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756999005>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ROTATIVIDADE NA FORÇA DE TRABALHO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO

WORKFORCE TURNOVER RATES IN THE MUNICIPAL HEALTH NETWORK IN BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS: A CASE STUDY

Leyla Gomes Sancho¹

Juliana Martins do Carmo²

Rafael Gomes Sancho³

Ligia Bahia⁴

Resumo Diante da escassa elaboração de pesquisas sobre a rotatividade da força de trabalho no setor público de saúde no Brasil, este estudo objetivou avaliar o índice dessa rotatividade na rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. A partir de reconhecida inscrição na literatura de um parâmetro para o índice de rotatividade na área hospitalar e com base na distribuição da frequência observada neste estudo, formalizou-se um novo parâmetro para a rede ambulatorial, bem como valores para os pontos de corte no que concerne à classificação dos seus níveis qualiquantitativos. Tais valores subsidiaram a análise do comportamento do índice de rotatividade em relação às seguintes variáveis: vínculos empregatícios, distritos sanitários, serviços de atenção à saúde, categorias profissionais e atenção primária e secundária à saúde. O índice geral de rotatividade na rede municipal no período estudado (julho de 2008 a junho de 2009) foi de 8,35%, que, mesmo diante da dificuldade de construção da base de dados, a qual adveio da existência de distintas fontes de informação, apresenta, em termos estatísticos, validade interna.

Palavras-chave índice de rotatividade; força de trabalho; rede municipal de saúde; parâmetro.

Abstract Given the scarcity of studies on workforce turnover rates in the public health care industry in Brazil, the purpose of this study was to assess this rate in the municipal health care network of Belo Horizonte, Minas Gerais. Based on the acknowledged inclusion of a turnover rate parameter for the hospital area in the literature and on the frequency distribution noticed in this study, a new parameter for the outpatient network and values for the cutoff points were made formal to classify turnover on the qualiquantitative levels. These values are the base for the analysis of the turnover rate concerning these variables: employment contracts, sanitary districts, health care services, professional categories and primary and secondary health care. The overall turnover rate in the municipal network in the studied period (July 2008 to June 2009) was 8.35% which, even considering the difficulties faced to build the database - which derived from distinct sources of information - has internal validity in statistical terms.

Keywords rotation rate; workforce; municipal health care network; parameter.

Introdução

Nos últimos anos, e como uma decorrência da organização e da gestão dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), questões relacionadas aos trabalhadores da saúde têm suscitado debates que adicionam subsídios à implementação de políticas no que concerne aos seus principais problemas, tais como a baixa qualificação e formação dos profissionais e a precarização do trabalho na administração pública, dentre outros.

Pouca atenção, no entanto, tem sido dispensada à fixação do trabalhador nos seus postos de trabalho – relevante questão –, a qual tem, em geral, a insatisfação do trabalhador como causa e a rotatividade como uma decorrência. A rotatividade, na literatura, é explicitada como uma consequência tanto de fenômenos localizados externamente à organização – tendo como fatores explicativos a situação de oferta e demanda de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica e as oportunidades de empregos no mercado de trabalho – quanto internamente à organização, a partir de fatores como a política salarial, a política de benefícios, as oportunidades de crescimento profissional, as condições físicas ambientais de trabalho, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal e o grau de flexibilidade das políticas da organização, dentre outros (Chiavenato, 2000).

A rotatividade da força de trabalho tem sido referida como um dos principais problemas para lograr a consecução do pretenso modelo integral de atenção à saúde na direcionalidade da implementação do SUS. Não só em relação à configuração das equipes da Saúde da Família – eixo estratégico do modelo –, bem como em relação a outros programas estruturantes de atenção à saúde (Observa RH/SES-SP, 2006; Oliveira et al., 2006; Junqueira et al., 2010). Entende-se rotatividade de pessoal ou *turnover* como o fluxo de entrada e saída de trabalhadores, ou melhor, a flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente (Chiavenato, 2000).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), ao longo dos últimos vinte anos de implementação do SUS, com o objetivo de consolidar em sua base territorial os princípios e as diretrizes infraconstitucionais e, em consonância, inscrever as disposições da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, vem adotando, principalmente a partir do ano de 2009, ações no sentido de fixar a sua força de trabalho e alcançar a organização de uma rede de atenção à saúde que reconheça a concepção de saúde como um direito humano na perspectiva de um município saudável.

Ou seja, configurando uma política de gestão do trabalho em saúde na qual a força de trabalho, considerada como elemento básico do trabalho, atue voltada para a atenção das necessidades do indivíduo ou da coletividade. Ou melhor, que ao fixá-la e organizá-la, no sentido de uma ação transformadora, essa força de trabalho leve a integralidade da atenção à saúde para

uma dada população. E ao introjetar o conceito de força de trabalho como o conjunto de pessoas, em um determinado lugar, que possua a capacidade de ser empregado e que se constitua em um elemento do processo de trabalho ao implicar dispêndio de energia – esforço físico, mecânico e mental do trabalhador (Liedke, 1997). Assim como abarca a concepção de trabalho como uma ação coletiva (força de trabalho), dirigida para uma finalidade (integralidade da atenção à saúde) que antevê um produto potencial (ganho em saúde ou melhora no estado de saúde) sobre um determinado objeto (uma dada população) e na perspectiva de uma construção social (Marx, 1984).

No entanto, a instituição municipal tem se separado com o desafio de fixar seus trabalhadores nos postos de trabalho e de mantê-los em uma mesma equipe ou em uma mesma Unidade Básica de Saúde (UBS). E isso até como uma decorrência da constante ampliação do número de equipes de Saúde da Família e do quantitativo de trabalhadores da saúde nos demais tipos de serviço de atenção da rede. Ademais, o ato de fixar o trabalhador permite não só um incremento na qualidade de assistência, decorrente da constituição de vínculos entre os diversos profissionais que coletivamente prestam a assistência e da constituição de vínculos com os usuários e com a comunidade, como também na potencialidade de investimento na formação e no aprimoramento do profissional que permanece por longo tempo no seu posto de trabalho.

Diante dessas premissas, o estudo pretendeu avaliar o índice de rotatividade (*turnover*) na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, ao valorá-lo em relação às múltiplas dimensões no que tange à organização da rede como também quanto às características dos trabalhadores da saúde. O intuito é não só subsidiar a gestão do trabalho em saúde no município, mas também servir de balizador para outros estudos que contemplam essa temática e, principalmente, que abarquem o dimensionamento efetivado neste trabalho.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e com um desenho do tipo transversal, desenvolvido na Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMSA-BH. Foram considerados o histórico de criação e ocupação dos postos de trabalho e os desligamentos da força de trabalho, relacionada diretamente com a prestação de atenção à saúde aos usuários da rede, no período de julho de 2008 a junho de 2009, e segundo as seguintes dimensões: geral na rede municipal, por distritos sanitários (DS), por vínculo empregatício, por unidade assistencial, por tipo de assistência (primária e secundária) e por categoria profissional.

Configuração da rede municipal

A rede municipal de saúde é composta por um conjunto de serviços distribuídos em nove DS relacionados à atenção primária à saúde (APS) (143 UBS, oito laboratórios, nove farmácias distritais e dez serviços de controles de zoonoses) e à atenção secundária: 12 Centros de Especialidades Médicas/Unidade de Referência Secundária (CEM/URS), oito Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e 23 centros de referência (saúde mental, oftalmologia etc.). Ou seja, um total de 214 serviços de assistência à saúde, sendo que sua força total de trabalho está dimensionada em aproximadamente 15.100 trabalhadores e, destes, cerca de 12.500 atuam diretamente na prestação de atenção ao usuário.

Índice de rotatividade

A avaliação do índice de rotatividade da força de trabalho diretamente relacionada à atenção ao usuário da rede foi realizada através do uso da Taxa Líquida de Substituição (TLS) modificada – empregada em estudo antecessor (Campos et al., 2008) e processada com o auxílio da planilha eletrônica Microsoft Excel.

O índice de rotatividade (R) foi obtido pelo número de desligamentos no período estudado, dividido pelo número de trabalhadores empregados no final do período. Sendo que, para a consecução desse índice, os dados foram apropriados por períodos trimestrais. Isso porque ocorreu uma variação tanto em relação à criação de postos de trabalho quanto à ocupação destes no período estudado. Nesta medida, a taxa utilizada foi:

$$R = \frac{\text{número de desligamentos}^1 \text{ nos períodos estudados}}{\text{número total de trabalhadores}^2 \text{ no final de cada período}}$$

R = índice de rotatividade;

¹ desligamentos nos períodos trimestrais (julho 2008, outubro 2008, janeiro 2009 e abril 2009) = rescisões de trabalhadores sob contrato administrativo, exonerações de trabalhadores efetivos e municipalizados e demissões de trabalhadores sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);

² número total de trabalhadores = julho 2008 (quantitativo referente a 1º de julho a 30 de setembro); outubro 2008 (1º de outubro a 31 de dezembro); janeiro 2009 (1º de janeiro a 31 de março); abril 2009 (1º de abril a 30 de junho).

Construção do banco de dados

A construção do banco de dados para este estudo, considerando os fatores da equação, decorreu do uso das informações do sistema informatizado Arte RH,

da SMSA-BH, do módulo de pagamento do sistema Arte RH da Secretaria de Planejamento e Administração da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) e dos seguintes setores da Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GGTE): Núcleo de Planejamento e Incorporação/Gerência de Planejamento e Acompanhamento em Recursos Humanos (Nupin/GPARH) e Gerência de Pessoal Celetista (Gerpc). E teve as seguintes variáveis selecionadas para a sua composição: boletim de matrícula (BM), categoria profissional, tipo de vínculo, data da admissão, data da exoneração, rescisão ou demissão e lotação por DS e por unidade assistencial.

Construção do parâmetro

Os pontos de corte definidos para o parâmetro utilizado na avaliação do índice de rotatividade na rede municipal de saúde de Belo Horizonte foram obtidos a partir da frequência dos resultados observados e sua conformação derivou-se da percepção de que os valores de corte utilizados nos estudos dessa ordem são inadequados. Isto no caso em que se considere que a estratégia da Saúde da Família tenha sido concebida para expandir o acesso à atenção primária e coordenar a integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e a rede de serviços de atenção à saúde mental e de outros serviços (Van Stralen et al., 2008).

Os valores normalmente usados advêm de pesquisas pioneiras realizadas em unidades hospitalares – as quais agregam à rotatividade os custos do desligamento ou admissão (Anselmi et al., 1997; Nomura et al., 2005) e cuja missão não pressupõe os mesmos atributos relacionados à APS, como, por exemplo, a longitudinalidade (Starfield, 2002) da atenção dispensada por uma rede municipal.

Análise dos dados

A análise dos dados foi efetivada de forma descritiva a partir da formalização do parâmetro para a classificação dos níveis quali-quantitativos da rotatividade. De acordo com a distribuição da frequência observada no estudo, foram estabelecidos os seguintes pontos de corte para a avaliação do índice de rotatividade, considerando que parâmetros são valores estabelecidos a partir do universo apreciado.

| | |
|---------------------|-----------------|
| 0 a 7% – esperado | 15 a 25% – ruim |
| 7 a 15% – aceitável | > 25% – crítico |

Resultados

Índice geral de rotatividade

O índice de rotatividade da força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte – $R = 8,35\%$ –, ao estabelecer sua condição em um nível aceitável de acordo com o parâmetro, foi construído considerando o seguinte quantitativo trimestral de referência: no que tange à força de trabalho (julho de 2008 – 11.350; outubro de 2008 – 11.893; janeiro de 2009 – 12.379; abril de 2009 – 12.493); o relacionado aos desligamentos (julho de 2008 – 292; outubro de 2008 – 279; janeiro de 2009 – 234; abril de 2009 – 192); e a partir dos seguintes índices de rotatividade (julho de 2008 – 2,57%; outubro de 2008 – 2,35%; janeiro de 2009 – 1,89%; abril de 2009 – 1,54%). Ou seja, 4,92% em 2008 e 3,43% em 2009.

É possível, diante da diferença entre os valores dos índices de 2008 e 2009, relacioná-los com as ações implementadas pelo gestor municipal em relação à fixação do trabalhador no seu posto de trabalho, mesmo que não haja sobreposição de trimestres na conformação desses índices nos distintos anos. Isso porque não há um expressivo incremento na força de trabalho no primeiro semestre de 2009, mas um sugestivo decréscimo nos valores do índice.

Índice de rotatividade nos DS e por tipo de vínculo empregatício

Em relação à avaliação do índice de rotatividade por vínculo empregatício e por DS, a partir do contingente específico da força de trabalho, observou-se, de acordo com os resultados demonstrados no Gráfico 1, que, na categoria vínculo empregatício, o maior índice ($R = 42,12\%$) se inscreve como sendo o do contrato administrativo. E este, ao ser balizado com os valores sugeridos como pontos de corte, se enquadra no nível quali-quantitativo crítico.

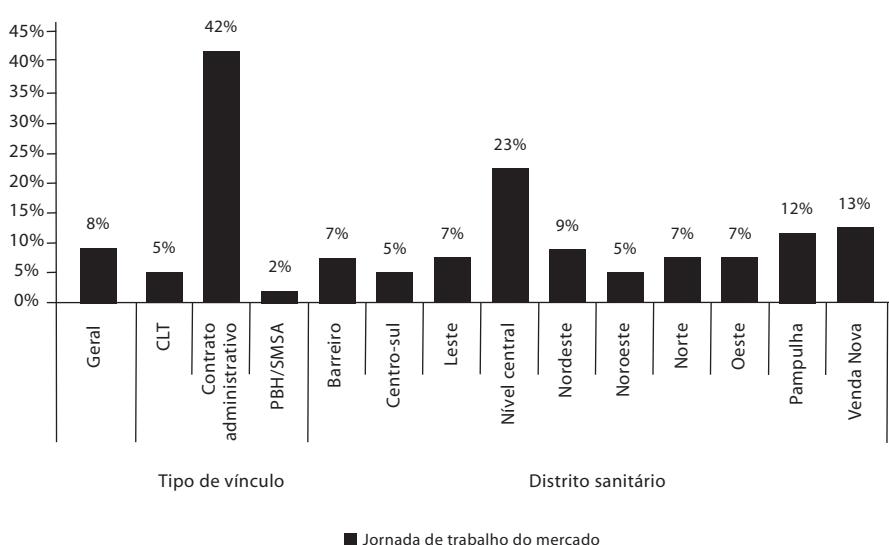
Já na perspectiva do índice de rotatividade por DS, e mesmo que todos refiram valores de índice dentro do intervalo do nível aceitável, o valor aferido em Venda Nova (12,65%) chama a atenção, se comparado com os demais resultados. É provável que, pelo fato de esse DS ser o mais distante do perímetro urbano do município, incorra em desestímulo para os trabalhadores no que se refere ao deslocamento diário.

Ressalta-se, no entanto, que o índice de rotatividade mais relevante – e, por decorrência, situado no nível quali-quantitativo crítico, no que concerne à atenção à saúde – foi o relacionado ao Samu (23,41%), que no gráfico é referido como nível central, em vista de os seus trabalhadores estarem lotados em setor específico nesse nível hierárquico da SMSA-BH. O resultado, em grande medida, sugere uma necessidade premente de intervenção do

gestor do sistema municipal de saúde nesse tipo de atenção. Até porque se evidencia um descompasso entre os diferentes pontos de atenção intrarrede.

Gráfico 1

Índice de rotatividade da força de trabalho na rede municipal, por tipo de vínculo empregatício, por DS e no nível central (Samu) – jul./08 a jun./09



Fonte: SMSA-BH, 2009: dados do sistema Arte-RH, do Nupin (Núcleo de Planejamento e Incorporação e da Gerpec (Gerência de Pessoal Celetista).

Índice de rotatividade nos serviços de atenção à saúde

No que tange aos serviços de assistência – UBS, laboratórios e farmácias distritais, CEM, centros de referência, serviços de controle de zoonoses e UPA –, considerando o quantitativo total da força de trabalho da rede municipal e a partir da adequação dos valores do parâmetro e níveis quali-quantitativos para um período trimestral (até 1,75%, esperado; até 3,75%, aceitável; até 6,25%, ruim; > 6,25%, crítico), foi possível observar, conforme apresentado no Gráfico 2, que ao longo do período estudado se efetivou uma diminuição de serviços com nível quali-quantitativo ruim e crítico e, em contrapartida, houve um aumento de serviços com nível aceitável.

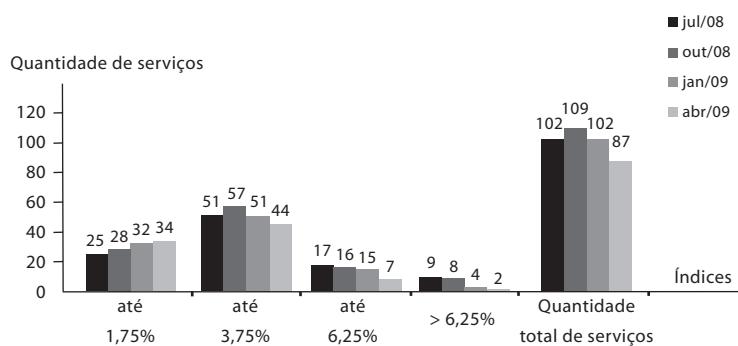
Denotou-se também, como já explicitado, uma maior rotatividade no segundo semestre de 2008, se comparado com o segundo trimestre de 2009, e um decorrente aumento no número de unidades que não apresentaram rotatividade em um trimestre *per se* ou ao longo do período estudado, que

pode ser inferido e demonstrado no gráfico pela diferença entre o número total de serviços de assistência à saúde (214) e a quantidade total de serviços em cada trimestre.

Ademais, esse resultado qualifica a gestão municipal no sentido da promoção de ações para a fixação do trabalhador, diante do decréscimo de serviços de saúde com algum grau de rotatividade, principalmente no segundo trimestre de 2009.

Gráfico 2

Distribuição do quantitativo de serviços de assistência por índice de rotatividade acima de zero por trimestre (jul./08, out./08, jan./09 e abr./09)



Fonte: SMSA-BH, 2009: dados do sistema Arte-RH, do Nupin (Núcleo de Planejamento e Incorporação e da Gerpec (Gerência de Pessoal Celetista).

Depreendeu-se também, a partir do resultado, que 21,6% das 143 UBS se inscreveram com níveis acima do limite aceitável ($> 3,75$), em um ou mais trimestres, assim como aproximadamente 30% dos demais 71 serviços de assistência à saúde da rede.

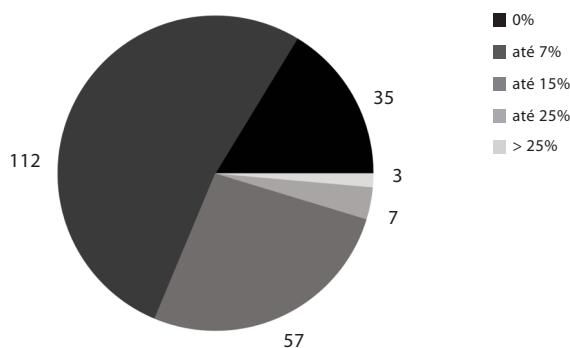
Caso se utilize como referência no denominador da equação a média do contingente ou quantitativo total da força de trabalho lotada nos níveis distrital e local no período de 2008 a 2009, mesmo que se possa incorrer em um viés no resultado diante da incorporação de trabalhadores ao longo do período, que, no entanto, não invalida o pretenso resultado, outra perspectiva de análise pode ser elaborada.

Tomando o caso do contingente da força de trabalho no nível local – quantitativo de trabalhadores em cada serviço no período –, observou-se, conforme disposto no Gráfico 3, que a maioria dos serviços, principalmente as UBS, se enquadram no nível aceitável ($R = 7$ a 15%) do parâmetro; sendo que três UBS

($R = 15,04\%$, $15,29\%$, $16,57\%$), um controle de zoonose ($R = 16,44\%$), dois centros de referência em saúde mental ($R = 18,96\%$, $21,72\%$), o Samu ($R = 20,39$), dois UPA ($R = 16,25\%$, $15,70\%$), o Núcleo de Cirurgia Ambulatorial ($R = 16,88\%$) e o Centro de Tratamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis ($R = 15,24\%$) se inscreveram no nível ruim e apenas três unidades – três UPA ($R = 40,92\%$, $29,76\%$, $28,02\%$) –, no nível crítico. Chama a atenção o quantitativo de serviços sem rotatividade ao longo do período estudado – 35, aproximadamente 16% do conjunto dos serviços da rede.

Gráfico 3

Distribuição do quantitativo e do índice de rotatividade da rede municipal no ano (jul./08 a jun./09)



Fonte: SMSA-BH, 2009: dados do sistema Arte-RH, do Nupin (Núcleo de Planejamento e Incorporação e da Gerpec (Gerência de Pessoal Celetista).

Índice de rotatividade na atenção primária e secundária à saúde

Na dimensão do DS, e sob a perspectiva dos diferentes tipos de atenção à saúde, outra análise foi elaborada. Sendo que para a sua consecução, apresentada na Tabela 1, se considerou como APS os seguintes tipos de serviços de assistência: UBS, controle de zoonoses, laboratório e farmácia distrital. Já no que concerne à atenção secundária, foram incluídos os demais tipos de serviços, inclusive as UPAs. O Samu não foi incluído nesta análise, dado o fato de sua abrangência transcender a apenas um DS.

Tabela 1

Índice de rotatividade nos distritos sanitários por tipo de atenção: primária e secundária à saúde

| DS | Força de trabalho (DP) | | | Desligamentos | | | Índices | | |
|------------|------------------------|--------------------|------------------|---------------|--------------------|-------|---------|--------------------|-------|
| | APS | Atenção secundária | Média | APS | Atenção secundária | Total | APS | Atenção secundária | Total |
| Barreiro | 1.176 (±58,13) | 260 (5,17) | 1.436 (61,52) | 67 | 29 | 96 | 5,69 | 11,17 | 6,69 |
| Centro-sul | 701 (9,55) | 300 (4,30) | 1.001 (13,81) | 28 | 18 | 46 | 3,99 | 6,00 | 4,60 |
| Leste | 959 (39,70) | 547 (35,55) | 1.506 (74,72) | 53 | 58 | 111 | 5,53 | 10,60 | 7,37 |
| Nordeste | 1.153 (56,25) | 213 (7,32) | 1.366 (57,34) | 84 | 35 | 119 | 7,28 | 16,43 | 8,71 |
| Noroeste | 1.330 (52,91) | 266 (6,29) | 1.596 (58,65) | 57 | 26 | 83 | 4,28 | 9,77 | 5,20 |
| Norte | 1.029 (67,21) | 229 (2,49) | 1.258 (68,95) | 54 | 37 | 91 | 5,25 | 16,14 | 7,23 |
| Oeste | 988 (35,14) | 434 (10,23) | 1.422 (41,23) | 55 | 42 | 97 | 5,57 | 9,68 | 6,82 |
| Pampulha | 498 (15,62) | 237 (7,09) | 735 (17,07) | 36 | 53 | 89 | 7,24 | 22,41 | 12,11 |
| Venda Nova | 1.119 (33,96) | 276 (19,33) | 1.395 (51,03) | 83 | 95 | 178 | 7,42 | 34,39 | 12,76 |

Fonte: SMSA-BH, 2009: dados do sistema Arte-RH, do Nupin (Núcleo de Planejamento e Incorporação e da Gerpec (Gerência de Pessoal Celetista).

A análise sob esse prisma denotou que, em relação à APS, os DS Nordeste, Pampulha e Venda Nova apresentam valores acima do considerado como nível esperado, ao contrário do observado em relação à atenção secundária, onde apenas o distrito Centro-Sul se enquadra na condição de esperado.

Mais uma vez é possível inferir que a distância de determinados DS colaboram com a dificuldade para a fixação do trabalhador, principalmente na especificidade da atenção secundária, que, em larga medida, se constitui por categorias profissionais especializadas que certamente não avaliam o seu deslocamento diário para as áreas fora do perímetro central do município como algo que lhes tragam um bom custo-benefício.

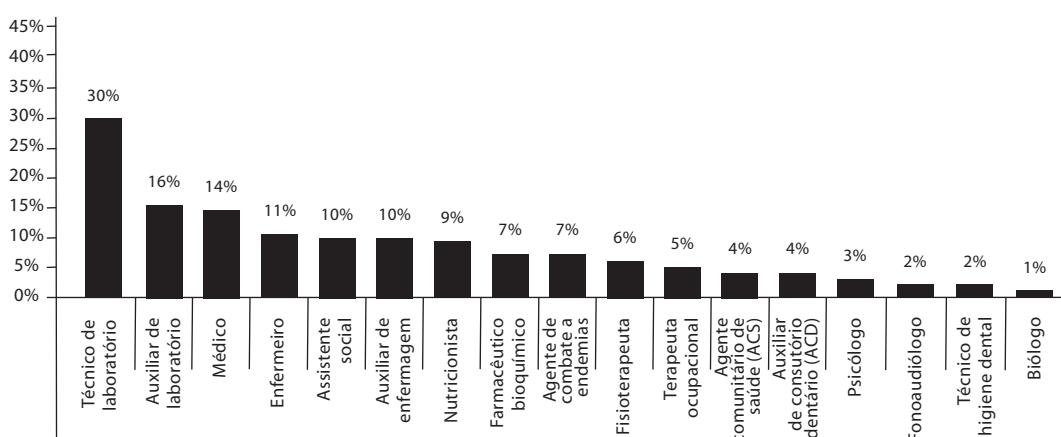
A avaliação, no entanto, para maior credibilidade, necessitaria de estudo complementar, de cunho qualitativo, qual seja, a da satisfação da força de trabalho em relação a seus inúmeros atributos.

Índice de rotatividade por categoria profissional

A última análise consubstanciada em relação ao índice de rotatividade, como apresentado no Gráfico 4, se referiu às categorias profissionais, na qual se utilizou no denominador da equação a média do quantitativo da força de trabalho por categoria no período. É importante ressaltar que nessa análise não se dimensionou a força de trabalho por subcategorias, como, por exemplo, os médicos da Saúde da Família etc. Isso porque há uma deficiência no que concerne à padronização das categorias profissionais nos bancos de dados utilizados, levando a que, por exemplo, o valor do índice encontrado em relação aos médicos evidencie o conjunto de todas as subespecialidades vinculadas à rede (clínico, Saúde da Família, cirurgião, ginecologista etc.).

Gráfico 4

Índice de rotatividade por categoria profissional e respectivos intervalos de confiança



Fonte: SMSA-BH, 2009: dados do sistema Arte-RH, do Nupin (Núcleo de Planejamento e Incorporação e da Gerpec (Gerência de Pessoal Celetista).

No que tange à análise, chama a atenção o resultado relativo às categorias profissionais de auxiliar de laboratório e técnico de laboratório. Isso porque, ao representarem um contingente pequeno da força de trabalho, apresentaram, por sua vez, um número de desligamentos importante e, por decorrência, um índice de rotatividade alto se comparado com as demais categorias profissionais. Já os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que, ao contrário, correspondem a um importante contingente

da força de trabalho na área da saúde, apresentaram valores mais baixos, porém superiores ao do nível esperado. Surpreende, no entanto, o valor encontrado para a categoria dos agentes comunitários de saúde (4,40%; IC 5,27-7,98), que, sendo o maior contingente da força de trabalho, se inscreveu no nível esperado.

Mesmo que o encontrado nessa análise possa ser, hipoteticamente, considerado como um mero acaso, vale lembrar que há sempre uma preocupação por parte da gestão de sistemas de saúde com as categorias profissionais de maior relevância em detrimento daquelas que, se não tão relevantes em termos de impacto em relação à atenção à saúde, são por vezes necessárias para que um modelo de atenção seja implementado na sua concretude. No caso específico, por exemplo, a eficiência e a efetividade de um laboratório de patologia clínica, instrumento requerido para a efetividade da atenção individual, tem na rotatividade dessas categorias um fator impeditivo para a produção qualificada de seus produtos – os exames complementares.

É importante ressaltar que, durante o período estudado, não houve qualquer desligamento na categoria dos odontólogos, bem como afirmar que o resultado em relação às categorias profissionais seria mais robusto caso se avaliasse os dados relativos a uma série histórica.

Comentários, discussão e conclusão

O índice de rotatividade considerado ideal é aquele em que a organização consegue reter seu pessoal bem qualificado e substituir aqueles que apresentam deficiência no desempenho (Silva, 2001). A rigor, não há um número que defina esse índice ideal, o qual dependerá da situação específica de cada organização e do mercado. Na perspectiva de setores extrassáude, alguns estudos contabilizam os seguintes índices: 2,9% ao ano, no setor da indústria (IEDI, 2005), e 8% na área de serviços (Huzek et al., 2009). Recente estudo realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), encomendado pelo Ministério do Trabalho, registra que a rotatividade no mercado de trabalho formal brasileiro aumentou nos últimos anos, sendo o tempo médio de permanência do funcionário no emprego de apenas 5,1 anos, bem como a variação na entrada e saída de trabalhadores, entre 2003 e 2008, de 29,6% para 33,9%. Mas, em 2009, devido à crise no mercado de trabalho provocada pelos abalos na economia, apresentou um recuo da taxa (Portal da Unicamp, 2010).

Neste estudo, o índice de rotatividade da força de trabalho, o qual está diretamente relacionado com as ações e os procedimentos dispensados pela rede municipal de saúde para a população sob sua responsabilidade, foi de 8,35%, o qual, de acordo com o parâmetro utilizado, se classifica como em

nível aceitável e não diferente ao referido em outras áreas prestadoras de serviço. Mesmo que a utilização do método – TLS modificada – para avaliar os índices de rotatividade na rede municipal de saúde, tendo como pressuposto para o seu uso o fato de que a TLS, ao encobrir o giro ocorrido no período estudado, leve a que se infira uma taxa menor do que a real (Liedke, 1997). Foi detectado, ao se construir o banco de dados para o presente estudo, que um mesmo boletim de matrícula pertenceu a um ou mais trabalhadores da rede em um período menor do que um ano. Ou seja, configurou-se um giro e uma ocupação de um mesmo posto de trabalho no período.

Tem sido referido na literatura que a heterogeneidade de vínculos empregatícios é um importante dado que compõe o conjunto de transformações ora sendo vivenciadas pela gestão do trabalho na perspectiva da implementação do SUS. Sendo que as novas formas de contrato utilizadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, diante da desresponsabilização da esfera federal em relação à manutenção da sua força de trabalho e consequentes restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal – fator limitante de gastos com pessoal –, mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, levando a que se estabeleçam novas relações de trabalho (Brasil, 2007).

A utilização de diversos mecanismos de incorporação de pessoal e de modalidades de contratação tem auxiliado a gestão do SUS no sentido de dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços ou pela ampliação dos existentes, mas também tem levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando conflitos e impasses na implementação do SUS. Sendo que as modalidades mais comuns são as seguintes: trabalhador empregado regido pela CLT com prazo determinado; trabalhador empregado regido pela CLT com prazo indeterminado; servidor público regido pelo Regime Jurídico Único; servidor público não efetivo em cargos comissionados, cargos de confiança, contratações excepcionais baseadas em legislação especial; trabalhadores temporários, autônomos contratados como prestadores de serviço; terceirizações e bolsas de trabalho (estagiários) (Dal Poz, 2002).

Na SMSA-BH, as formas de contratação têm sido a regida pela CLT com prazo indeterminado – agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate a endemias (ACE) – e a contratação administrativa por tempo determinado – para todas as demais categorias profissionais. Diante das modalidades de contratação efetivada pela SMSA-BH, a rede municipal inscreveu uma rotatividade de 42,12% da sua força de trabalho regida pelo contrato administrativo, corroborando a hipótese da precariedade do trabalho, no sentido da decorrência de uma instabilidade do vínculo do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores (Nogueira et al., 2004), o que estimula o descompromisso com a instituição. Entende-se, como já referido na literatura, que o meio institucional evidencia comportamentos de adesão, resistência

ou de aprendizagem e, por conseguinte, facilita ou impõe obstáculos ao alcance dos resultados (Canesqui et al., 2006).

O índice de rotatividade equivalente a zero não é habitual na prática e nem seria desejável, pois denotaria um estado de total rigidez e esclerosamento da organização (Silva, 2001). Porém, um índice de rotatividade da força de trabalho muito elevado também não é desejável, já que reflete um estado de fluidez e entropia da organização, ao não conseguir fixar e assimilar adequadamente seus trabalhadores. Na rede municipal de saúde de Belo Horizonte, durante o período do estudo realizado, não foi observada rotatividade em 35 serviços, ou seja, em 16% da totalidade de seus serviços. O que se evidenciou na rede municipal no período de um ano foi a manutenção de um índice de rotatividade esperada (até 7%) em 52% dos serviços e a presença, em alguns trimestres, dos distintos tipos de serviços de assistência à saúde, de índices de rotatividade que variaram entre o esperado (até 7%), a nulidade (0%) e o aceitável (até 15%). Os serviços que refletiram índice ruim (até 25%) e crítico ($> 25\%$), seja em um único trimestre ou em mais de um, representam uma pequena parcela do conjunto desses serviços. Ou seja, *a priori* não se pode afirmar que a SMSA-BH sofra de esclerosamento ou que esteja em processo de desorganização.

A continuidade do cuidado, considerada como um dos atributos da APS, é uma dimensão qualitativa do serviço experimentada pelo paciente que depende não só do grau de coordenação e integração da rede, mas do grau de vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades.

Mesmo que não haja uma definição unívoca da atenção primária no contexto da Saúde da Família, mas a entendendo como um modelo operacionalizado mediante estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de Saúde da Família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focada na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (Andrade et al., 2006), pode-se, de acordo com o resultado observado neste estudo, sugerir, em alguma medida, a possibilidade de sua configuração. Isso porque o índice geral de rotatividade na rede municipal de saúde de Belo Horizonte se encontra em um nível aceitável ($R = 8$) e o relacionado especificamente com a APS, em um nível esperado ($R \geq 4,28$ a $\leq 7,42$).

Não há, no entanto, essa evidência no que tange à atenção secundária, que se mostrou com índices de rotatividade mais altos ($R \geq 4,60$ a $\leq 12,76$), especialmente em relação aos centros de referência em saúde mental e UPAs. Na perspectiva de explicar a rotatividade nos Centros de Referência em Saúde Mental, estudo recente refere que a cada cinco ou sete anos há uma

mudança de toda a força de trabalho da saúde mental nos Estados Unidos. Ainda segundo as autoras, no Brasil, e em contraposição ao resultado encontrado neste estudo, a força de trabalho, diante do desconforto em emitir opiniões a respeito de seu local de trabalho – considerando o desemprego – e da escassa proteção social, se depara com um desencorajamento na mudança de emprego (Rebouças et al., 2008).

A maioria das pesquisas realizadas no Brasil, no que concerne ao binômio ‘rotatividade’ e ‘força de trabalho em saúde’, se atém à avaliação de algumas categorias profissionais, a saber: médicos, particularmente os vinculados à Saúde da Família, enfermeiras, auxiliares de saúde e ACS (Brasil, 2002; Ferraz et al., 2005). Certamente os resultados apresentados, a partir deste estudo, evidenciam e ao mesmo tempo corroboram alguns resultados já referidos em outros trabalhos. Entretanto, o grande diferencial, mesmo com informação relativa a um período de apenas um ano, foi o de ter efetuado a avaliação do índice de rotatividade de todas as categorias profissionais que se relacionam com os usuários e a comunidade e na perspectiva de todos os serviços disponibilizados na rede municipal de saúde. Diante dessa assertiva, não há como efetivar qualquer juízo de valor a respeito dos valores encontrados nas diversas categorias profissionais, bem como em alguns tipos específicos de serviços.

Mesmo que não tenha sido um objeto e um objetivo do estudo, vale citar a dificuldade de adequação entre distintas fontes de informações secundárias e a construção da base de dados para a consecução de estudo dessa natureza. É imprescindível, nessa medida, que os sistemas de informação sejam (re)desenhados no sentido de atender à missão que hoje se coloca para a gestão dos trabalhadores do setor saúde – na observação também já referida em estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (Brasil, 2007).

Colaboradores

Leyla Gomes Sancho concebeu o estudo em termos teóricos e metodológicos, analisou os dados, elaborou a discussão dos resultados e redigiu o texto. Juliana Martins do Carmo participou na elaboração e coleta dos dados. Rafael Gomes Sancho participou na elaboração e formatação do banco de dados e dos relatórios. Ligia Bahia colaborou na análise dos dados.

Notas

¹ Professora adjunta do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). <lsancho@uol.com.br>

Correspondência: Avenida Horácio Macedo, s./n., Ilha do Fundão, CEP 21941-598, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Enfermeira da Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). <martinsdocarmo@yahoo.com.br>

³ Project Management Professional na Chemtech/Siemens. Graduação em Engenheira de Automação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). <rgsancho@gmail.com>

⁴ Professora adjunta do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). <lgiabahia@terra.com.br>

Referências

- ANDRADE, Luiz O. M. et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ANSELMI, Maria Luiza et al. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 23, n. 85/86, p. 31-41, set. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em 10 centros urbanos*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: Conass, 2007. 291 p.
- CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda et al. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.
- CANESQUI, Ana Maria et al. Saúde da Família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1.881-1.892, 2006.
- CHIAVENATO, Idalberto. Administração de recursos humanos In: _____. (Org.). *Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos*. São Paulo (SP): Atlas, 2000. p. 178-190.
- DAL POZ, Mario Roberto. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 82-88, 2002.

- FERRAZ, Lucimare et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr./jun. 2005.
- HUZEK, Daniele et al. *Rotatividade em hospitais filantrópicos da região centro-sul do Paraná, 2009*. Disponível em: <www.eadfea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/729>. Acesso em: 11 ago. 2010.
- IEDI. *Rotatividade do pessoal ocupado na indústria: nível e evolução nos anos recentes – 2001-2005*. Disponível em: <www.iedi.org.br>. Acesso em 9 ago. 2010.
- JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.
- LIEDKE, Elida Rubini. Trabalho. In: CATTANI, Antonio David (Org.). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 268-274.
- MARX, Karl. *O capital*. São Paulo: Difel, 1984.
- NOGUEIRA, Roberto Passos et al. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE e MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 81-103.
- NOMURA, Felicia Hiromi et al. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 648-653, set.-out. 2005.
- OBSERVA RH/SES-SP. *Perfil da força de trabalho na SES-SP, 2006*. Disponível em: <www.observervarh.org.br/observervarh/reportorio/Reportorio_ObservaRH/SES-SP/Perfil_forca_trabalho_SP.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- OLIVEIRA, Eliane dos Santos et al. *Diagnóstico de recursos humanos em saúde em municípios fronteiriços com a América do Sul e Mercosul, 2006*. Disponível em: <www4.enesp.fiocruz.br/observervarh/arquivos/perfil_gestores.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2010.
- PORTAL DA UNICAMP. *Rotatividade no emprego aumenta no país*. Disponível em: <www.unicamp.br/.../10-de-setembro-de-2010-textos>. Acesso em: 18 fev. 2011.
- REBOUÇAS, Denise et al. Work in mental health: a job satisfaction and work impact study. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, mar. 2008.
- SILVA, Glenio Luiz da Rosa. *Controle do turnover*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 725 p.
- VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 148-58, 2008.

Recebido em 15/03/2011

Aprovado em 18/07/2011