

Recursos Humanos em Odontologia no SUS

Human Resources in Dentistry in the Unified Health System

Recursos Humanos en Odontología en el SUS

Recebido: 24/03/2022 | Revisado: 31/03/2022 | Aceito: 04/04/2022 | Publicado: 10/04/2022

Maristela Honório Cayetano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0694-4171>
Universidade de Mogi das Cruzes, Brasil
Universidade Anhanguera, Brasil
E-mail: maricayetano1@gmail.com

Mariana Gabriel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8824-5827>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: marianagabrielodonto@gmail.com

Maria Ercilia de Araujo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2689-2556>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: mercilia@usp.br

Duber Ignacio Osorio Bustamante

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2789-6105>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: duber.osorio1994@gmail.com

Fernanda Campos de Almeida Carrer

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3745-2759>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: fernandacsa@usp.br

Resumo

Os estudos de caracterização da força de trabalho em saúde no setor público são escassos, principalmente na odontologia. Esse estudo longitudinal dos recursos humanos em odontologia na atenção primária e secundária no SUS foi baseado nos micro dados nas avaliações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); e teve como objetivo analisar a contratação, tipo de vínculo e mecanismo de ingresso de cirurgiões dentistas, levando em conta o porte populacional dos municípios, na atenção básica e secundária do SUS. Os dados foram avaliados por meio de análise estatística descritiva e teste t pareado. Concluiu-se que em consideração ao porte populacional dos municípios foram evidentes as diferenças de tipos de contrato, vínculo e forma de ingresso nas metrópoles e nos municípios de pequeno e médio porte. Na atenção secundária os maiores salários estão concentrados nos municípios de grande porte e nas metrópoles; revelando falta de regulamentação do Estado e necessidade de políticas que envolvam a gestão de recursos humanos no SUS.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção primária à saúde; Atenção secundária à saúde; Odontologia; Ensino.

Abstract

The public health workforce studies are scarce, particularly in dentistry. This longitudinal study of the dentistry human resources in the SUS primary and secondary care was based on microdata from the National Program to Improve Access and Quality of Primary Care evaluation and was intended to analyze the hiring, type of employment relationship and hiring mechanism of dental surgeons, taking the population size of the municipalities into consideration, in the Brazilian Unified Health System (SUS) primary and secondary care. The data was evaluated through descriptive statistical analysis and paired t test. It was concluded that considering the population size of the municipalities, the differences in the contract types, employment relationship and the way of hiring in the metropolises and in the small and medium size municipalities were evident. In the secondary care, the highest salaries are concentrated in large size municipalities and in the metropolises; evidencing a lack of regulation in the State and the need for policies which involve the human resources management at SUS.

Keywords: Health human resource; Unified health system; Primary care; Secondary care; Dentistry; Teaching.

Resumen

Los estudios sobre la caracterización de los recursos humanos en salud en el sector público son escasos, especialmente en odontología. Este estudio longitudinal de recursos humanos en odontología dentro de la atención primaria y secundaria del SUS se basó en microdatos de las evaluaciones del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria (PMAC) y tuvo como objetivo analizar la contratación, tipo de vínculo y mecanismo

de admisión de odontólogos, teniendo en cuenta el tamaño de la población de los municipios, en la atención primaria y secundaria del SUS. Los datos se evaluaron mediante análisis estadístico descriptivo y prueba t pareada. Se concluyó que, considerando el tamaño poblacional de los municipios, fueron evidentes las diferencias en los tipos de contratación, vínculo y mecanismos de admisión en las metrópolis y en los municipios pequeños y medianos. En la atención secundaria, los salarios más altos se concentran en las metrópolis y los grandes municipios; revelando la falta de regulación estatal y la necesidad de políticas que involucren la gestión de los recursos humanos en el SUS.

Palabras clave: Recursos humanos en salud; Sistema Único de Salud; Atención primaria en salud; Atención secundaria en salud; Odontología; Enseñanza.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi implantado em 1990, após a Constituição Federal de 1988 ter garantido a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Trata-se de um sistema de saúde universal, público na prestação dos serviços. O SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo, presta serviços a uma população com mais de 200.000 milhões de habitantes, custeado por impostos federais, estaduais e municipais e tem a Atenção Básica (AB) como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2014).

Com relação a AB, o Ministério da Saúde (MS) vem, ao longo das últimas décadas, implementando diferentes estratégias para superar o desafio da má distribuição de profissionais no Brasil e para contribuir na melhora do acesso aos serviços em saúde da população (Mendonça *et al*, 2010). Na Odontologia, similar ao ocorrido na Medicina, a Estratégia Saúde da Família-ESF foi essencial para a expansão dos postos de trabalho dos dentistas na Atenção Básica do SUS, principalmente após 2004 com a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente” (Pucca *et al*, 2015). A PNSB contribuiu para um incremento considerável na oferta de serviços públicos odontológicos, tanto no nível básico quanto no nível especializado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Qualificar a rede de serviços de atenção básica e secundária e garantir acesso aos usuários é um desafio cotidiano enfrentado pelos gestores do SUS; assim, em 2011, criou-se o programa de avaliação institucional denominado Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (Brasil, 2011), com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade na atenção, permitindo que ações governamentais mais efetivas sejam empregadas, além de gerar incentivos no financiamento. Na Atenção Básica (AB) foi realizado o PMAQ-AB e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são responsáveis pela atenção secundária na Odontologia, foi realizado o PMAQ-CEO (Brasil, 2017a,b; Góes *et al*, 2018; Vieira *et al*, 2021; Zina *et al*, 2022).

No Brasil, durante os anos 1990, foram realizadas reformas que privilegiaram práticas baseadas em processos de desregulamentação do mercado de capitais e de trabalho (Oliveira & Morais, 2016). Essas mudanças afetaram os Cirurgiões Dentistas, que experimentaram transformações no âmbito laboral, pois passaram de uma prática clínica principalmente liberal para práticas que incluem relações de subordinação (de Souza *et al*, 2007; Gabriel *et al*, 2020). Essa transformação, ainda em curso, modificou as escolhas do profissional e o acesso da população aos serviços odontológicos, tanto no âmbito público quanto privado, e isso contribuiu para que os cirurgiões dentistas procurassem empregos no setor público (Pinheiro *et al*, 2011; Cayetano *et al*, 2019). Neste contexto, a literatura tem identificado problemas nas relações de trabalho, associados principalmente ao vínculo empregatício e agente contratante, assim como na distribuição dos recursos humanos em odontologia, principalmente em áreas rurais e remotas (Cayetano, 2019). Com o processo de estruturação do SUS e o compartilhamento da gestão, o fenômeno da municipalização foi ganhando força e os empregos na saúde sofreram uma tendência de migração para a esfera municipal havendo diminuição da oferta de concursos públicos (Pierantoni *et al*, 2011).

A contratação de recursos humanos na atenção básica de saúde no Brasil é financiada com a participação do governo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) entendem que a contratação é um instrumento que pode contribuir para a alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços, contemplando as prioridades assistências voltadas para os usuários. Vale ressaltar que a alocação de profissionais em diferentes regiões e uma força de trabalho em

número suficiente tem sido discutida, assim como a importância de políticas explícitas voltadas para os RHS. Os contratos precários em saúde dificultam o vínculo do profissional com o serviço e com os usuários, resultando em alta rotatividade de pessoal nos serviços públicos (Dussalt & Dubois, 2003). O MS em sua agenda de prioridades de pesquisa, cita a gestão de trabalho e educação em saúde como um dos eixos fundamentais, e um dos itens a pesquisar é a análise e relação da produtividade e os vínculos dos profissionais do SUS (Brasil, 2018b).

As evidências científicas disponíveis sobre recursos humanos em saúde (RHS) sugerem que existe uma tendência de que pesquisas e publicações privilegiem a análise de programas na área médica, em países desenvolvidos e de língua inglesa (Dolea *et al*, 2010). Assim mesmo, os estudos de caracterização da força de trabalho em saúde no setor público são escassos, principalmente na odontologia. Igualmente, os sistemas de saúde ao redor do mundo apresentam características únicas quanto ao financiamento, com verbas destinadas à contratação de recursos humanos providas do setor público, privado e de parcerias público-privadas. Portanto, entender o contexto nacional é essencial para subsidiar a tomada de decisão de gestores, e quanto essa performance impacta na prestação de serviços.

A caracterização dos RHS, principalmente nas profissões que são os pilares dos sistemas de saúde, incluindo a Odontologia, é necessária para avaliar as discrepâncias de distribuição geográfica, de contratação, recrutamento e remuneração no território nacional, assim como para colaborar com a elaboração de políticas públicas que permitam um adequado estoque e fixação de profissionais em áreas onde são realmente necessários, diminuindo desigualdades no acesso aos serviços de saúde, garantindo a equidade. Tanto o problema das relações de trabalho quanto o de distribuição dos RHS estão diretamente relacionados com as barreiras de desenvolvimento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e efetivo.

O objetivo desse estudo é analisar a contratação, tipo de vínculo e mecanismo de ingresso de cirurgiões dentistas (recursos humanos em odontologia), levando em conta o porte populacional dos municípios, na atenção básica e secundária do SUS.

2. Metodologia

Nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo MS, não sendo possível identificar os participantes, por isso não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Porém, a pesquisa original foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

Foi realizado um estudo de caso descritivo longitudinal (Severino, 2018) sobre as características dos recursos humanos em Odontologia do SUS (contratação, tipo de vínculo e mecanismo de ingresso), utilizando os dados das avaliações realizadas pelo PMAQ AB ciclo II (esse ciclo continha entrevista com o dentista). No PMAQ-CEO, ciclos I e II, a avaliação externa foi realizada por cirurgiões dentistas por meio da aplicação de um questionário estruturado a um dentista que estava trabalhando na unidade no dia da pesquisa (Quadro 1).

2.1. Análise dos dados

Os dados extraídos (Brasil, 2014; 2019) foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel®. As questões não respondidas ou os serviços não avaliados foram eliminados. Posteriormente os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e teste t pareado, por meio do programa SPSS® com nível de significância de 95% para cada variável: agente contratante, tipo de vínculo e mecanismo de ingresso. Na avaliação do PMAQ CEO II foram extraídos também os dados de faixa salarial dos profissionais contratados que não constava nos outros ciclos avaliados; foram consideradas as faixas: 1: até 3 salários-mínimos (SM), 2: 3 a 5 SM, 3: 5 a 8 SM, 4: 8 a 10 SM, 5: mais de 10 SM.

Quadro 1: perguntas selecionadas do módulo de avaliação externa do PMAQ-AB e PMAQ-CEO.

VÍNCULO	
Qual é seu agente contratante?	Administração direta
	Consórcio Intermunicipal de direito público
	Consórcio Intermunicipal de direito privado
	Fundação pública de direito público
	Fundação pública de direito privado
	Organização social (OS)
	Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
	Entidade filantrópica
	Organização não governamental (ONG)
	Empresa
	Cooperativa
	Outro(s)
Qual é seu tipo de vínculo?	Serviço público estatutário
	Cargo comissionado
	Contrato temporário
	Contrato CLT
	Autônomo
Outro(s)	
Qual é a forma de ingresso	Concurso público
	Seleção pública
	Outra forma

Fonte: BRASIL (2017a, b).

Igualmente, foram incluídas nas análises as informações sobre o porte populacional dos municípios em que se encontravam os serviços avaliados tanto nos dois ciclos do PMAQ-CEO, quanto no PMAQ-AB, classificados de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011).

3. Resultados

Os dados foram extraídos e analisados conforme metodologia descrita. Os achados foram divididos em três etapas: PMAQ-AB, PMAQ-CEO I e PMAQ-CEO II.

No PMAQ-AB, foram entrevistados dentistas em 4359 municípios. Já no primeiro ciclo do PMAQ-CEO foram avaliados 932 CEO e no segundo ciclo 1097 (deste último foram considerados somente 1042, pois aqueles que não responderam ao questionário foram descartados).

Observou-se que a maioria dos cirurgiões dentistas tanto na atenção básica quanto na atenção secundária no SUS (tabela 1), são contratados por administração direta, porém, essa proporção é menor nas metrópoles (acima de 900.000 habitantes). Embora os cirurgiões dentistas da atenção básica sejam na sua maioria contratados por administração direta, na atenção secundária há maior proporção de contratos com vínculo estatutário do que na atenção primária, especialmente nas

metrópoles. O mecanismo de ingresso de aproximadamente metade dos cirurgiões dentistas tanto na atenção básica quanto na secundária foi o concurso público, havendo maior proporção de concursados nas metrópoles.

Foram pareados os resultados de PMAQ-AB / PMAQ-CEO I, PMAQ-AB / PMAQ-CEO II, e PMAQ-CEO I e PMAQ-CEO II. Observou-se que a maioria dos dentistas tanto na atenção básica quanto na secundária são contratados por administração direta, porém nem todos possuem vínculo estatutário. (Tabela 2).

No PMAQ-AB e no primeiro ciclo do PMAQ-CEO não havia informação sobre os salários recebidos pelos dentistas, a tabela 3 mostra os resultados apresentados no Ciclo II em SM. Observou-se que a maioria dos cirurgiões dentistas recebem entre 3 e 5 SM mensais (principalmente em municípios de pequeno e médio porte) e a menor proporção recebem mais de 10 SM (concentrados na maioria nos municípios de grande porte e metrópole). (Tabela 3).

Tabela 1 – Análise descritiva PMAQ-AB, PMAQ-CEO I e II, e porte populacional dos municípios em média e desvio-padrão.

TIPO DE AVALIAÇÃO	VARIÁVEL	PORTE POPULACIONAL				
		PEQUENO PORTE I Até 20.000 hab.	PEQUENO PORTE II 20.001 a 50.000 hab.	MÉDIO PORTE 50.001 a 100.000 hab.	GRANDE PORTE 101.000 a 900.000 hab.	METRÓPOLE mais de 900.000 hab.
PMAQ-AB	AGENTE CONTRATANTE ADM DIRETA	2,01±1,559	4,29±3,112	6,56±5,272	12±15,44	55,33±71,437
	AGENTE CONTRATANTE OUTRO	0,31±0,784	0,84±1,627	1,42±2,671	3,17±6,301	31,94±70,206
	VÍNCULO ESTATUTÁRIO	0,98±1,270	1,98±2,454	3,37±4,238	7,58±11,206	50,67±74,632
	VÍNCULO OUTRO	1,35±1,473	3,16±2,882	4,52±4,638	7,60±11,547	37,11±70,428
	INGRESSO CONCURSO	1,11±1,320	2,28±2,625	3,85±4,411	8,42±10,923	56,56±70,812
	INGRESSO PROCESSO SELETIVO	0,31±0,712	0,79±1,449	1,36±2,507	2,93±7,149	19,61±45,217
	INGRESSO OUTRO	0,90±1,297	2,09±2,551	2,66±3,684	3,83±7,594	11,61±21,514
PMAQ-CEO I	AGENTE CONTRATANTE ADM DIRETA	6,11±5,799	7,16±5,519	7,09±6,357	9,61±9,978	55,40±58,459
	AGENTE CONTRATANTE OUTRO	2,07±3,757	1,50±3,121	1,95±4,121	2,80±6,290	7,87±14,677
	VÍNCULO ESTATUTÁRIO	4,23±5,441	4,91±5,588	5,34±6,201	7,60±8,892	54,47±56,876
	VÍNCULO OUTRO	4,09±4,600	3,71±4,066	3,87±4,629	4,69±6,418	9,73±14,013
	INGRESSO CONCURSO	4,48±5,157	5,20±5,851	5,88±6,900	8,72±9,626	58,60±62,035

	INGRESSO PROCESSO SELETIVO	1,78±4,338	1,38±3,357	1,27±2,776	1,13±3,497	3,73±0,784
	INGRESSO OUTRO	2,43±3,211	1,94±3,322	1,92±2,960	2,20±4,533	5,73±6,464
	AGENTE CONTRATANTE ADM DIRETA	5,15±4,942	5,61±4,539	6,11±5,004	9,39±7,211	10,79±7,103
	AGENTE CONTRATANTE OUTRO	0,57±1,709	0,87±3,057	2,14±4,731	1,20±3,118	1,57±4,420
	VÍNCULO ESTATUTÁRIO	2,51±3,724	2,71±3,166	4,19±4,629	7,31±5,860	9,71±5,912
PMAQ-CEO II	VÍNCULO OUTRO	2,86±2,453	3,56±3,792	4,02±4,781	3,42±5,292	2,18±4,468
	INGRESSO CONCURSO	2,95±4,340	3,25±3,243	4,77±4,712	8,27±6,413	10,77±6,759
	INGRESSO PROCESSO SELETIVO	1,12±1,925	1,86±3,655	2,07±4,375	1,38±3,259	0,90±2,642
	INGRESSO OUTRO	1,30±1,924	1,00±1,902	1,27±2,244	0,89±2,705	0,80±3,136

* p<0.05 Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 - Análise de teste t pareado para PMAQ-AB, PMAQ-CEO I e PMAQ-CEO II.

		PEQUENO PORTE I Até 20.000 hab.		PEQUENO PORTE II 20.001 a 50.000 hab		MÉDIO PORTE 50.001 a 100.000 hab.		GRANDE PORTE 101.000 a 900.000 hab.		METRÓPOLE mais de 900.000 hab.	
Tipo de avaliação	Variável	t	p*	t	p*	t	P*	t	p*	t	p*
PMAQ-AB/	ADM	5,224	0,0001*	7,020	0,0001*	-0,0092	0,927	-2114	0,0036*	-0,320	0,754
PMAQ-CEO I	DIRETA										
	ADM	4,430	0,001*	1,802	0,073	1,513	0,132	-0,301	0,764	-1,015	0,327
	OUTRO										
	VÍNCULO	5,622	0,001*	8,395	0,001*	3,631	0,001*	-0,048	0,962	-0,181	0,859
	ESTATUT.										
	VÍNCULO	6,126	0,001*	-0,073	0,942	-2,302	0,023*	-3,272	0,001*	1,214	0,245
	OUTRO										
	INGRESSO	6,370	0,001*	8,100	0,001*	3,725	0,001*	0,341	0,734	-0,175	0,863
	CONCURSO										
	INGRESSO	3,593	0,001*	2,236	0,026	-0,213	0,832	-3,214	0,002*	1,086	0,296
	PROCESSO										
	SELETIVO										
	INGRESSO	4,054	0,001*	-2,966	0,003	-4,034	0,001*	-2,894	0,004*	-0,712	0,488
	OUTRO										

PMAQ-AB/	ADM	7,615	0,001*	2,534	0,012	-1,018	0,310	-1,376	0,170	-2,555	0,021
PMAQ-CEO II	DIRETA										
	ADM	1,802	0,073	0,991	0,322	1,334	0,184	-3,324	0,001*	-1,850	0,082
	OUTRO										
	VÍNCULO	5,503	0,001*	5,654	0,001*	2,751	0,006	0,093	0,926	-2,268	0,037
	ESTATUT.										
	VÍNCULO	4,323	0,001*	-1,882	0,061	-2,906	0,004*	4,493	0,001*	-2,150	0,046
	OUTRO										
	INGRESSO	5,780	0,001*	5,836	0,001*	3,809	0,001*	0,348	0,728	-2,654	0,017
	CONCURSO										
	INGRESSO PROCESSO	6,455	0,001*	3,228	0,001*	1,376	0,170	-2,281	0,024	-1,795	0,090
	SELETIVO										
	INGRESSO OUTRO	-1,858	0,065	-7,373	-0,001*	-7,540	0,001*	-5,013	0,001*	-2,287	0,035
PMAQ-CEO I/	ADM	1,537	0,127	4,994	0,001*	1,221	0,224	-0,689	0,492	2,986	0,010
PMAQ-CEO II	DIRETA										
	ADM	4,278	0,001*	1,219	0,224	0,054	0,957	2,388	0,018	1,571	0,138
	OUTRO										
	VÍNCULO	2,715	0,008	5,154	0,001*	1,525	0,129	0,091	0,928	3,033	0,009
	ESTATUT.										

VÍNCULO	2,432	0,916	1,433	0,153	0,176	0,861	1,678	0,095	2,096	0,055
OUTRO										
INGRESSO	2,513	0,013	4,745	0,001*	1,007	0,316	0,212	0,833	2,891	0,012
CONCURSO										
INGRESSO	1,420	0,158	-0,533	0,594	-1,378	0,170	-1,578	0,116	1,457	0,167
PROCESSO										
SELETIVO										
INGRESSO	3,147	0,002*	3,687	0,001*	3,000	0,003*	2,706	0,007	3,388	0,004
OUTRO										*

* p<0.05 Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 - Análise descritiva e média e desvio-padrão dos salários pagos aos dentistas do CEO segundo o PMAQ CEO ciclo II em salários-mínimos (SM).

TIPO DE AVALIAÇÃO	VARIÁVEL	PORTE POPULACIONAL					MÉDIA DESVIO-PADRÃO
		PEQUENO PORTE I Até 20.000 N(%)	PEQUENO PORTE II 20.001 a 50.000 hab. N(%)	MÉDIO PORTE 50.001 a 100.000 hab. N(%)	GRANDE PORTE 101.000 a 900.000 hab. N(%)	METRÓ POLE mais de 900.000 hab. N(%)	
PMAQ-CEO II	Não respondeu	55(5%)	17(5,5%)	12(6,2%)	12(4,3%)	3(2,7%)	
	ATÉ 3 SM	99(50,3%)	124(40,3%)	52(26,8%)	60(21,6%)	9(8,1%)	1,55±0,859
	3 A 5 SM	64(32,5%)	113(36,7%)	81(41,8%)	102(36,7%)	37(33,3%)	1,68±0,864
	5 A 8 SM	20(10,2%)	49(15,9%)	34(17,5%)	63(22,7%)	38(34,2%)	1,96±1,065
	8 A 10 SM	2(1,0%)	5(1,6%)	10(5,2%)	23(8,3%)	12(10,8%)	2,28±1,206
	+ DE 10 SM	2(1,0%)	0	5(2,6%)	18(6,5%)	12(10,8%)	2,75±1,179

* p<0.05. Fonte: Elaboração própria.

4. Discussão

Quando avaliados os dados do PMAQ-AB, embora a maioria dos cirurgiões-dentistas que trabalham na atenção básica sejam contratados pela administração direta, menos da metade tem o regime estatutário como vínculo, revelando que ainda são empregados por outro tipo de mecanismo de ingresso como indicação para o cargo, por exemplo; que, de acordo com Junqueira *et al.* (2010), são formas arcaicas de empreguismo e clientelismo que colocam em risco a lisura dos processos de recrutamento e admissão de RHS. Outro dado que chama atenção é o fato de uma fatia dos cirurgiões-dentistas da atenção básica serem recrutados em contratos temporários e outros tipos de contratos, que mais uma vez demonstra a precarização do trabalho e a desvalorização do profissional, comprometendo sua permanência no serviço público; visto que a estabilidade e plano de carreira e de aposentadoria ficam comprometidos.

Os profissionais da saúde sentem a necessidade de incentivo financeiro e de segurança nos elos empregatícios e que a falta desse modelo gera insegurança e falta de identidade do profissional à proposta do SUS, especialmente na ESF, na qual é fundamental um profissional motivado, capaz de exercer o cuidado para além do ato operatório. As evidências têm revelado que questões trabalhistas e financeiras interferem sobremaneira neste quadro (Tavares *et al.*, 2017).

Conforme o Inciso II do Artigo 37 da Constituição Federal do Brasil (1988), a contratação de profissionais para a Administração Pública dever ser realizada por concurso público; porém, com a municipalização dos RHS, novos contratos de trabalho foram introduzidos, imprimindo outros padrões de admissão, originalmente empregados no setor privado, como a contratação indireta ou terceirização. Em estudo qualitativo com cirurgiões-dentistas de Salvador, Bahia (Brasil), Bleicher (2012) revela a permanência da prática liberal dos cirurgiões-dentistas, mesmo aqueles que trabalham com odontologia suplementar (convênios odontológicos), que é uma das formas precárias de assalariamento, levando a uma incerteza futura.

Rizzotto *et al.* (2014), avaliando a força e gestão do trabalho na saúde por meio do PMAQ-AB no Paraná (Brasil), revelaram que a maioria da força de trabalho é composta pelos profissionais de nível médio e que há baixa oferta de serviços odontológicos, reforçando que ações voltadas ao fortalecimento de políticas de RHS devem ser priorizadas na gestão da AB e do SUS. Avaliando as condições de trabalho das equipes de saúde da família do Pará, um estudo revelou que a maioria dos contratos de trabalho são temporários e a maior forma de seleção é a indicação, evidenciando mais uma vez a precarização do trabalho no SUS (Alvarenga *et al.*, 2018).

A introdução da PNSB e a institucionalização dos CEO garantiram a integralidade do cuidado (Spezia *et al.*, 2018), porém, esta multiplicidade de tipos de contrato e vínculos observados no PMAQ-AB II e PMAQ-CEO geram tensões no ambiente de trabalho, pois profissionais exercendo a mesma função têm contratos distintos, o que resulta em benefícios, aposentadorias, metas e remunerações diferentes.

Os resultados da avaliação dos dados do PMAQ-CEO mostraram também maior número de contratados pela administração direta com vínculo estatutário, porém também apresenta outros tipos de contrato, incluindo contratos temporários.

O mecanismo de ingresso desses profissionais foi predominantemente o concurso público, deixando claro que nos CEO há maior proporção de concursados quando comparados ao PMAQ-AB, mostrando que o processo de terceirização da gestão está mais avançado na atenção básica. Essa terceirização que se iniciou com as organizações sociais, além da possibilidade de contratação por CLT ao invés de estatutário, foram algumas das formas de tornar os contratos de trabalho dos cirurgiões-dentistas e outros profissionais de saúde do SUS precários e sem garantias futuras. Ainda observamos que nas metrópoles, com mais de 900.000 habitantes, há maior número de ingressantes nos CEO concursados, com menor quantidade de ingressantes por concurso público nos municípios de pequeno porte. Nas metrópoles também se encontra o maior percentual de vínculo estatutário.

Ao analisar os salários recebidos pelos cirurgiões dentistas na atenção básica observou-se que a maioria recebe entre 3

e 5 SM e uma pequena faixa recebe mais de 10 salários-mínimos. Os maiores salários estão concentrados nos municípios de grande porte e metrópoles, enquanto os salários até 3 SM são pagos principalmente nos municípios de pequeno porte.

Levando em consideração o porte populacional observou-se nesse estudo que há diferenças entre os agentes contratantes, tipo de vínculo e forma de ingresso no SUS pelos cirurgiões dentistas.

A falta de regulamentação do estado e as diferenças regionais na contratação de cirurgiões dentistas (tanto nos tipos de vínculo quanto nos mecanismos de acesso), provocam falta de estabilidade, plano de carreira e vínculo com o profissional com o serviço público, assim como dificuldades da população para acessar ao serviço.

Organizações como a OMS já manifestaram a relevância do planejamento relacionado com os RHS. A Estratégia Global de Recursos Humanos em Saúde: 2030, ressalta a importância de otimizar o desempenho, a qualidade e o impacto dos RHS, recorrendo a políticas informadas por evidências, contribuindo para o bem-estar, a cobertura universal em saúde, a resiliência e fortalecimento dos sistemas de saúde (World Health Organization, 2016).

5. Considerações Finais

Conclui-se que quando levado em consideração o porte populacional dos municípios foram encontradas diferenças tanto nos tipos de contrato, quanto no vínculo e forma de ingresso dos cirurgiões-dentistas no SUS nas cidades de pequeno e médio porte. Também foram encontradas diferenças entre o tipo de serviço (AB e CEO). Os maiores salários na atenção secundária estão concentrados nos municípios de grande porte e metrópoles. Tudo isso revela falta de regulamentação do Estado e necessidade de estudos que forneçam evidências científicas para colaborar com políticas que envolvam a gestão de recursos humanos no SUS.

Referências

- Alvarenga, E. C., Oliveira, P. T. R., Pinheiro, H. H. C. & Carneiro, V. C. C. B. (2018). Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. *Rev. Nufen Phenom. Interd.*, 10(1):58-60. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912018000100005
- Araújo M. B. S. & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 12(2):455-64. <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/abstract/?lang=pt>
- Bleicher, L. (2012). Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia. *Rev. Bahiana Saúde Publ.* 36(3):668-682. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/14259>
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.* 160 p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Programa de Melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.* Brasília. <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. *Programa de Melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. Microdados Ciclo 1.* <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>
- Brasil (2017a). Ministério da Saúde. *Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).* Brasília, DF; 2017a. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf
- Brasil (2017b). Ministério da Saúde. *Instrumento de avaliação externa para os centros de especialidades odontológicas (CEO).* http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf
- Brasil (2019). Ministério da Saúde. *Programa de Melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. Microdados Ciclo 2.* <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS.* Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 27 p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
- Campos, E., Ribeiro, P. & Costa, H. H. (2018). Condiciones de trabajo de los Equipos de Salud Familiar de Pará. *Rev Nufen PhenomInterd.* 2018;10(1):58–72. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-25912018000100005&script=sci_abstract&tlng=es
- Cayetano, M. H., Gabriel, M., Tavares, J., Araujo, M., E., Martins, J. S., Michel-Crosato, E. & Carrer, F. C. A. (2019). Is the profile of dental students compatible with the Brazilian public health service? *Rev. ABENO.* 19(2):2-12. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1022760>

Cayetano, M. H. (2019) *Panorama do recrutamento, contratação e remuneração dos recursos humanos em odontologia no serviço público* [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia. 160 p. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-11042019-091220/pt-br.php>

Dolea, C., Stormont, L. & Braichet, J. M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 88(5):379-85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2865654/>

Dussalt, G. & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum. Resour. Health.* 1(1):16. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-1>

Escoval, A., Ribeiro, R. S. & Matos, T. T. (2010). A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Rev. Port. Saúde Públ.* 9:41-57. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98311/1/RUN%20-%20RSPSP%20-%20vol%20tematico9a03%20-%20p41-57.pdf>

Figueiredo, N., Angeiras, G., P. S. & Martelli, P. J. L. (2016). *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7

Gabriel, M., Cayetano, M. H., Chagas, M. C., Araujo, M. E., Dussalt, G., Pucca Jr., G. A. & Carrer, F. C. A. (2018). Mecanismos de ingresso de cirurgiões dentistas no SUS: Uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro. <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mecanismos-de-ingresso-de-cirurgioes-dentistas-no-sus-uma-agenda-prioritaria-para-o-fortalecimento-do-brasil-sorridente/16916?id=16916>

de Goes, P. S. A., Figueiredo, N., Petrónio, J. L., Luvison, I. R., Werneck, M. A. F., Ribeiro, M. A. B., de Araujo, M. E., Padilha, W. W. N. & de Lucena E. H. G. (2018). Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.* 18(1)e3433. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-966859>

IBGE *Indicadores Sociais. uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010*. (2011). <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>

Junqueira, T. S., Cotta, R. M. M., Gomes, R. C., Silveira, S. F. R., Siqueira-Batista, R., Pinheiro, T. M. M. & Sampaio, R. F. (2010). As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Públ.* 26(918-28). <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZT4LCVxqQQFM5V9rRy4LWTL/abstract/?lang=pt>

Mendonça, M. H. M., Martins, M. I. C., Giovanella, L. & Escorel, S. (2010). Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 15:2355-65. <https://www.scielo.br/j/csc/a/89F5tnhmgNXGDLzTKtw6Wd/abstract/?lang=pt>

Oliveira, R. S. & Morais, H. M. M. (2016). Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. 2016:119-37. <https://www.scielo.br/j/tes/a/BHXYHGdMRLDsQDqBsYmf53M/?lang=pt>

Pierantoni, C. R., Dal Poz, M. R. & França, T. T. (2011). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Monografia CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH; 326 p. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2954>

Pinheiro, V. C., Menezes, L. M. B., Aguiar, A. S. W., Moura, W. V. B., de Almeida, M. E. L. & Pinheiro, F. M. C. (2011). Inserção dos egressos do curso de odontologia no mercado de trabalho. *RGO.* 59(2):277-283. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59n2/a16v59n2.pdf>

Pucca, G. A., Gabriel, M., de Araujo, M. E. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: Carrer, F. C. A. (2015). Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J. Dent. Res.* 94:101333-7. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034515599979?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20pubmed

Rizotto, M. L. F., Gil, C. R. R., Carvalho, M., Fonseca, A. L. N. & Santos, M. F. (2014). Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde Debate.* 38:Especial:237-51. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bxscQJptsWYKJSyGDqKSyHc/?lang=pt>

Severino, A. J. (2017). *Metodologia do trabalho científico*. Cortez editora.

Spezzia, S. A. (2018). Integralidade nos centros de especialidades odontológicas. *Int. J. Sci. Dent.* 1(49)1-10. <https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/30517#:~:text=Sob%20o%20ponto%20de%20vista,algum%20tipo%20de%20doen%C3%A7a%20bucal>

Lenzi, T. L., Rocha, R. O. & Dotto, P. P. (2017). Perfil de atuação dos cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Pesqui em Saúde/Brazilian J Heal Res.* 9(3):135-41. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-44422010000100007&script=sci_arttext

Vieira, J. M. R., Quadros, L. N., dos Santos Lira, I. L., & Gomes, A. C. (2021). A prática do planejamento em saúde na atenção secundária: uma análise a partir do PMAQ-CEO-1º Ciclo. *Research, Society and Development*, 10(11), e423101119786-e423101119786. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19786>

World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. (2016). https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1

Zina, L. G., Neves, É. S. M., Portugal, É. L. A., de Paula, J. S., Chalub, L. L. F. H., de Abreu, M. H. N. G., ... & Werneck, M. A. F. (2022). Estudo de avaliabilidade da atenção especializada em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. *Research, Society and Development*, 11(3), e52111326158-e52111326158. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26158>