

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UM ESTUDO CENSITÁRIO EM MINAS GERAIS

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Ignez Helena Oliva Perpétuo

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Júnia Marçal Rodrigues

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Núbia Cristina da Silva

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Raquel Braga Rodrigues

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Resumo

Foi realizado em 2006 o 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária à Saúde (APS) do Estado de Minas Gerais e este artigo recupera aspectos abordados. Apresenta discussão Recursos Humanos e sua interface com a saúde e APS. É descrita a metodologia adotada, que contemplou dados dos 853 municípios de MG. Posteriormente são apresentados os resultados gerais considerando três temas: vínculo, remuneração e permanência dos profissionais. A opção por estes temas permitiu o enfoque em aspectos considerados vitais na formulação e execução de políticas públicas na área de recursos humanos em saúde, permitindo a abertura de diferentes frentes reflexivas.

Palavras-Chave: Recursos Humanos, Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, Estudo Censitário

Sessão Temática:

E4 – Economia Social: trabalho, educação e saúde em Minas Gerais

Desafios e Perspectivas na Gestão de Recursos Humanos da Atenção Primária à Saúde – Um Estudo Censitário em Minas Gerais

1. Apresentação

Refletir sobre a gestão de Recursos Humanos, no âmbito de suas práticas e de seu papel nos diferentes espaços de inserção, mostra-se essencial para o avanço da discussão desta função e do posicionamento que ela pode assumir nas organizações para o alcance de resultados desejados. A necessária adaptação aos diferentes contextos, já reconhecida pelas abordagens teóricas da área, implica em desafios que passam, muitas vezes, por uma mudança no enfoque da gestão, o que somente é possível quando o debate traz reflexões sobre os mesmos. Neste sentido, o espaço da saúde no Brasil representa um contexto específico que merece atenção dada sua complexidade.

A incorporação de Recursos Humanos (RH) na discussão do setor de saúde ocorreu com as reformas do sistema de saúde, e principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Antes disto, ao longo das décadas de 80 e 90, a temática de RH foi inserida por meio das iniciativas dos órgãos coordenadores e financiadores, que nem sempre apoiaram-se em evidências ou tinham objetivos claros e pré-estabelecidos. tenham sido apoiadas em evidências ou tivessem objetivos estabelecidos (DAL POZ *et alli*, 2002).

Alia-se a esta realidade o fato de que a maior preocupação na área de saúde esteve marcadamente voltada às questões clínicas e do cuidado, o que acabou por deixar em segundo plano outras discussões, como por exemplo, a gestão de RH. No entanto, atualmente, observa-se na literatura (para autores como Mendes, 2002; Vieira, 2005; Nogueira, 2004) a necessidade de introduzir definitivamente a gestão de recursos humanos no debate de políticas públicas de saúde. Entretanto, percebe-se que predominam lacunas e desafios a serem enfrentados neste campo, revelando uma necessidade de avançar na construção de evidências estruturadas acerca desta temática.

A ausência de evidências sistematizadas a respeito dos recursos humanos em Atenção Primária à Saúde (APS), de forma a subsidiar as ações neste setor, é que justificou a proposta de um trabalho censitário desta natureza. Soma-se a isto o fato de que a elaboração de políticas públicas depende, em certa medida, de um diagnóstico da situação real de trabalho dos profissionais da saúde.

É neste contexto que foi realizado o 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária à Saúde, que teve como objetivo principal revelar, inicialmente, quem são as pessoas que trabalham na APS no estado de Minas Gerais, quantas são e onde estão?

Este trabalho tem como objetivo apresentar alguns resultados deste Censo realizado em 2006, e as reflexões que surgiram acerca dos mesmos no âmbito da gestão de RH, a partir de três dimensões: vínculo de trabalho, remuneração e permanência de profissionais. Tais categorias foram estabelecidas a partir dos grandes desafios apontados por Mendes (2002) para a gestão de RH em saúde: a) ações de

desprecarização do trabalho; b) definição de parâmetros regionais de remuneração; c) ações para redução do *turnover*; d) bônus de permanência.

Este artigo recupera os principais aspectos abordados ao longo da realização do Censo e apresenta, em um primeiro momento, uma breve discussão sobre Saúde, a Gestão de Recursos Humanos e a interface entre elas. Em um segundo momento, é apresentada a metodologia adotada ao longo do trabalho, que coletou dados nos 853 municípios do estado. Posteriormente são apresentados alguns resultados a partir dos três temas centrais para a descrição e análise dos resultados: vínculo, remuneração e permanência de profissionais. A opção por estes temas permitiu o enfoque em aspectos considerados vitais na formulação e execução de políticas públicas na área de recursos humanos em saúde.

2. Situando o Debate Teórico e Articulando Gestão de Recursos Humanos e Atenção Primária à Saúde

O atual sistema de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), é conhecido por ser o mais integrado e abrangente na América Latina. Está apoiado no princípio da universalidade – que define que a saúde é para todos e um dever do Estado – e pretende de garantir a promoção, a prevenção e a cura por meio de diversos programas de saúde (BRASIL, 1990).

No que diz respeito à gestão, o modelo brasileiro envolve os três entes federativos determinando suas responsabilidades: i) formulação das políticas por parte do governo federal, ii) regulação e avaliação por parte dos governos estaduais e, iii) implantação/operacionalização das ações pelos municípios (BRASIL, 1990).

O SUS foi organizado para que a prestação de serviços de saúde seja feita de forma regionalizada e hierarquizada. Esta hierarquização se traduz na divisão dos serviços em níveis de complexidade de atenção à saúde: primário, secundário e terciário¹.

No nível primário do sistema tem-se a APS, definida como "um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (BRASIL, 1997). A APS é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e enfatiza a função resolutiva, ou seja, de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população (MENDES, 2002).

Atualmente, a organização do sistema de saúde segue o conceito de sistema integrado e se estabelece a partir da configuração de uma rede horizontal na qual a atenção primária é o centro de comunicação e a porta de entrada, conforme ilustra a Figura 1 (MENDES, 2002).

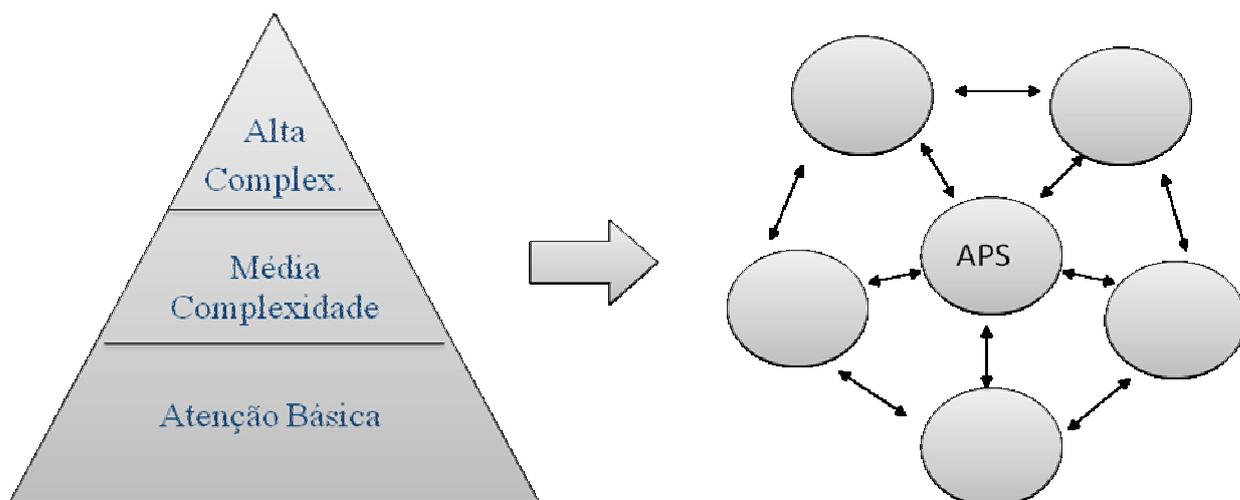


Figura 1 – A organização do sistema de saúde: da complexidade para a rede
 Fonte: Mendes (2002)

A oferta de serviços na atenção primária é constituída pelo Programa Saúde da Família (PSF) e pela chamada Atenção Primária Convencional. O modelo convencional é caracterizado por uma atenção médica seletiva orientada pela demanda espontânea da população, que geralmente busca atendimento quando já tem algum problema de saúde. O PSF, por sua vez, é voltado para a integralidade do cuidado, que envolve ações preventivas e de acompanhamento contínuo das condições de saúde e segue um conjunto de princípios ordenadores da Atenção Primária que caracterizam seu funcionamento². Neste modelo, o atendimento é feito por uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde que prestam serviços a uma população adscrita³. No Brasil, o Programa Saúde da Família é adotado como estratégia do governo federal para prestação de serviços de APS.

O contexto da prática da Atenção Primária à Saúde e as diferentes dimensões da gestão de recursos humanos indicam a necessidade de se conhecer as características desta interface e as interações existentes.

No contexto da saúde, a discussão sobre a gestão de recursos humanos está ainda distanciada do que predomina na literatura acerca do papel e das tendências desta função nas organizações (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004; PUSTAI, 2005). Em grande medida, isso se deve à abordagem que historicamente tem sido predominante na prática de gestão de RH em saúde, com ênfase em aspectos meramente quantitativos da força de trabalho em detrimento de uma visão centrada na motivação e desempenho (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

Além do predomínio de políticas públicas centralizadas de regulação de emprego, que fez com que as políticas setoriais se reduzissem à mera implementação de diretrizes nacionais, observa-se, ainda, uma tendência de pouca valorização dos profissionais de saúde, submetendo as questões de autonomia e auto-regulação, centrais para os profissionais desta área, a metas políticas e operacionais do sistema (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004; PUSTAI, 2005).

Em pesquisa sobre a estruturação da área de RH nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS (2004), foi apontado que a função de recursos humanos no contexto da saúde está fortemente centrada em atividades restritas à administração de pessoal. Além disso, destaca-se a baixa autonomia dos gestores, que têm suas ações limitadas às questões burocráticas, e a não-incorporação das ações de RH às práticas dos dirigentes.

Além das questões supracitadas, percebe-se ainda um relativo grau de desarticulação entre a formulação e a execução de políticas de saúde focadas na gestão de recursos humanos. Este aspecto foi maximizado pela descentralização político-administrativa da gestão de serviços no país proposta pelo SUS que implicou não só na descentralização dos serviços para os municípios, mas também na transferência de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para os estados e municípios. Entretanto, este movimento não foi acompanhado de transferência de capacidade gestora para estes últimos, o que, em certa medida, potencializou problemas crônicos de gestão e conduziu a uma grande diversidade de arranjos e soluções frente às demandas do sistema de saúde (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

Em relação à Atenção Primária à Saúde, a implantação de um novo modelo como o Programa Saúde da Família traz inúmeros desafios para a gestão de recursos humanos (PIERANTONI, 2001). A formação dos profissionais é uma das dimensões críticas, pois a política de saúde proposta exige um tipo de profissional que as instituições de ensino não estão preparadas para formar. Considerando os princípios norteadores da APS, destaca-se que, para este modelo de atenção à saúde, as habilidades dos profissionais envolvidos devem ser diferentes daqueles da atenção especializada. No entanto, os currículos atuais dos cursos de saúde ainda negligenciam certas demandas que o novo modelo de atenção impõe à atuação dos profissionais (STELLA, 2002; PUSTAI, 2005).

Além da formação, as deficiências da gestão de recursos humanos em saúde expressam-se em situações como os recrutamentos feitos com critérios clientelísticos e influências políticas; a inexistência de planos de cargos e salários unificados; e as diferenças salariais acentuadas entre instituições e entre diferentes regiões do país (PUSTAI, 2005).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2001), o êxito das ações de saúde vincula-se à qualidade da gestão de RH, e é neste ponto que residem outras grandes dificuldades do sistema, como a falta de critérios para promoção do desenvolvimento profissional e a flexibilidade nas relações de trabalho. Existem também dificuldades da gestão em lidar com as diferentes formas de vínculo, diversificação da carga horária e fixação das equipes de profissionais em determinadas localidades (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004).

Por fim, a distribuição desigual de profissionais entre as diferentes regiões – com concentração de pessoal nos grandes centros, escassez ou excesso de profissionais em algumas categorias – compõe o quadro de desafios para a gestão de RH no contexto da saúde no Brasil (OPAS, 2001; PUSTAI, 2005).

Diante destes desafios, destacam-se três temáticas que podem ser colocadas como questões fundamentais para a gestão de recursos humanos em saúde: vínculo de trabalho; questões relativas à remuneração dos profissionais; e a discussão sobre permanência dos mesmos, de forma a assegurar uma distribuição mais equitativa da força de trabalho.

A discussão sobre vínculo remete às mudanças observadas na forma como o mundo do trabalho é organizado em sua estrutura, funcionamento e distribuição do espaço. Tais transformações – ocorridas, principalmente, durante as décadas de 80 e 90 – que culminaram na desregulamentação dos mercados, conduziram a uma situação onde não mais está garantida a estabilidade no emprego típica do século XX, passando a predominar as formas flexíveis. A partir deste contexto, a realidade evidencia diferentes mecanismos nas relações entre profissionais e organizações, que se expressam, muitas vezes, em formas precárias de emprego (KÓVACS, 2005).

As formas de emprego tendem a ser precárias quando não resultam da opção dos indivíduos e, ao mesmo tempo, têm uma cobertura deficiente do ponto de vista das condições de risco e proteção social; quando o acesso a formação é reduzido ou nulo e as relações associativas para defesa dos interesses são insuficientes ou mesmo inexistentes (KÓVACS, 2005).

Segundo Nogueira *et alli* (2004), o debate em torno da irregularidade dos vínculos de trabalho na administração pública brasileira pode ser dividido em duas linhas temáticas: a dos vínculos estabelecidos por uma pessoa com a administração pública, ou seja, a admissão e contratação de trabalhadores por este setor; e a dos vínculos indiretos estabelecidos por mediação de uma entidade privada qualquer, ou seja, os contratos de terceirização.

No que se refere à remuneração, observa-se que, no contexto das instituições públicas de saúde, ela está vinculada predominantemente ao nível de escolaridade, e o fator tempo assegura ganhos salariais no decorrer dos anos. Neste tipo de instituição não predominam as políticas de remuneração calcadas em fatores vinculados, por exemplo, ao resultado dos profissionais para o alcance dos propósitos da organização (BARBOSA *et alli*, 2006).

Muitos dos novos programas de atenção à saúde nos âmbitos comunitário, ambulatorial e hospitalar dependem da criação de diferenciais de remuneração que de fato atuem como incentivadores do compromisso com a continuidade, qualidade e eficiência dos serviços prestados. Como acontece claramente no caso do PSF, tais programas tornam-se inviáveis se inexistente dedicação em tempo integral por parte da equipe de saúde. Por razões diversas, tais incentivos não têm sido aplicados consistentemente aos quadros próprios, mas estão passando pela criação de "quadros paralelos" em cada instituição, através de formas variadas de terceirização (NOGUEIRA, 1999).

A definição do que é "salário relativo" e "salário absoluto" é também relevante para esta discussão. O primeiro se define a partir da percepção que o indivíduo tem do seu salário em relação ao dos outros, enquanto o "salário nominal ou absoluto",

representa o volume de dinheiro fixado em contrato individual pelo cargo ocupado. O salário relativo é o que mais preocupa o empregado, segundo indica a prática (VAZ, 2002). Na saúde, esta discussão ganha relevância quando se considera os diferentes espaços de inserção dos profissionais e a percepção que eles têm a respeito da valorização de um ou outro campo de atuação no que se refere à remuneração recebida.

A discussão sobre a permanência dos profissionais do ponto de vista do sistema de saúde diz respeito ao papel que a gestão de recursos humanos pode ter na retenção de pessoas. Segundo Milkovich (2000), a retenção tem como objetivo assegurar a permanência de recursos humanos com os melhores desempenhos na organização. Apesar de ser fortemente influenciada por critérios que estão além do campo de atuação de RH – como a percepção e as expectativas individuais dos empregados – aspectos que a influenciam como as condições e conteúdo do trabalho, as oportunidades de carreira e a remuneração estão diretamente ligadas à gestão.

No contexto da saúde, argumenta-se que a retenção do trabalhador tem sido considerada um elemento capaz de promover melhoria na qualidade da assistência oferecida ao usuário do serviço de saúde. Esta possibilidade de impacto nos serviços prestados decorre da constituição de vínculos entre os diversos profissionais que coletivamente prestam assistência; entre a equipe de PSF e a comunidade onde o serviço está inserido; e também da formação e do aprimoramento do profissional que permanece por longo tempo em um serviço (OBSERVARHSP, 2006).

3. Metodologia da Pesquisa

O Censo teve como objetivo central identificar todos os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde no estado, considerando a totalidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas nos 853 municípios de Minas Gerais. As perguntas que nortearam o trabalho foram as seguintes: a) Quem são os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde? b) Quantos são os profissionais da APS no estado? Onde estão localizados estes profissionais?

Na sua execução foram definidos critérios balizadores sobre quais estabelecimentos de saúde deveriam ser visitados e quais profissionais seriam incluídos na coleta de dados. Assim, definiu-se que uma Unidade Básica de Saúde é: (a) um estabelecimento voltado exclusivamente à APS, na forma de Posto de Saúde (PS), Unidade de Saúde (US), Centro de Saúde (CS), Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF), entre outras denominações; (b) um espaço localizado dentro um estabelecimento de saúde que presta também outros níveis de atenção, como Unidade Mista de Saúde, Policlínica ou mesmo Hospital.

Na identificação inicial dos estabelecimentos pesquisados, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴ como primeira relação válida das UBS em Minas Gerais. Isso permitiu que se definisse a logística da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados. Pela natureza censitária da pesquisa, as informações foram coletadas por meio de questionário preenchido via entrevista em contato direto com um dos seguintes informantes, por ordem de prioridade: a) gerente ou coordenador da UBS (se houvesse); b) enfermeiro(a); c) profissional com

mais tempo de trabalho na unidade; d) informante designado pelo Secretário Municipal de Saúde; e) o próprio Secretário Municipal de Saúde.⁵

O questionário continha duas partes: a primeira destinada a coletar informações para identificar e caracterizar a UBS e o informante, além de registrar dados sobre a entrevista; a segunda constituída por um quadro em que foram registrados os profissionais que trabalhavam em Atenção Primária à Saúde na UBS e suas características. A data de referência do Censo foi o dia 01 de maio de 2006, existindo uma variável no questionário (“Status”) onde foi registrada a situação de cada um dos profissionais enumerados em relação a esta data de referência e à data da entrevista. As informações coletadas são detalhadas no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Descrição do questionário utilizado

UBS	INFORMANTE	PROFISSIONAIS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Município ▪ GRS ▪ Horário de funcionamento ▪ Tipo de atendimento ▪ Número de equipes PSF ▪ Número de profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informante ▪ Cargo/função ▪ Formação ▪ Telefone 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome ▪ Identificação ▪ Sexo ▪ Idade ▪ Categoria profissional ▪ Modo de atuação ▪ Tipo de vínculo contratual ▪ Status 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carga horária semanal ▪ Tempo de trabalho na UBS ▪ Tempo de trabalho no município ▪ Pós-graduação ▪ Remuneração

Fonte: 1º Censo de Recursos Humanos de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. 2006

Após esta definição do questionário, foi realizada sua validação por meio de pré-teste em um conjunto de 283 UBS, definidas de tal forma que garantisse a representatividade da diversidade presente no processo de coleta de dados. O trabalho de campo após o pré-teste foi realizado entre os meses de maio e agosto⁶ de 2006. Na fase inicial da coleta, antes mesmo do preenchimento do questionário, o trabalho de campo exigiu a validação das listagens iniciais das UBS existentes no CNES. Sua validação foi feita pelo supervisor de campo junto à Gerência Regional de Saúde (GRS) e pelos pesquisadores junto às Secretarias Municipais de Saúde. Após validação, a listagem era repassada ao supervisor, que checava as informações obtidas junto a cada município, via telefone, com o informante do pesquisador em cada município visitado.

Após a validação das listagens, os pesquisadores visitaram todas⁷ as UBS informadas e preencheram o questionário dentro da hierarquização de informantes indicada anteriormente. É importante destacar que, ao término de cada questionário aplicado nas UBS, o informante teve de assinar e registrar, com carimbo ou identificação específica, que forneceu as informações. Os questionários preenchidos eram posteriormente entregues pelos pesquisadores ao supervisor de sua equipe ao final de cada dia de trabalho.

Os supervisores, por sua vez, revisaram cada questionário recebido, para verificar a completude de seu preenchimento e a consistência dos dados coletados. Após providenciar a correção de eventuais problemas, e ao término do trabalho em cada uma das microrregiões, os supervisores enviavam os questionários à coordenação em Belo Horizonte. Por segurança, todos os questionários foram fotocopiados, ficando sempre uma cópia em poder do supervisor.

De posse dos questionários em Belo Horizonte, a coordenação da pesquisa realizou controle de qualidade da atividade de coleta dos dados por meio de checagem, via telefone, em uma amostra de 10% (dez por cento) das UBS pesquisadas, e da análise de consistência de **todos** os questionários recebidos. Dados inconsistentes foram corrigidos com base em verificação telefônica antes do envio do material para a equipe de digitação. O processamento foi realizado por uma equipe de seis digitadores, utilizando o *software SPSS⁸Data Entry BuilderTM*.

Quadro 2 – Síntese do Percurso Metodológico

Natureza da Pesquisa	Quantitativa
Tipo de Estudo	Censo
Universo	Profissionais que atuam na APS do estado de Minas Gerais
Instrumento de Coleta de dados	Questionário
Categorias de Análise	Vínculo, Remuneração e Tempo de permanência dos profissionais
Tratamento de dados	Estatística descritiva utilizando o <i>software SPSS</i>

Fonte: 1º Censo de Recursos Humanos de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. 2006

4. Resultados

O 1º Censo de Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde gerou uma expressiva quantidade de dados pelos recortes propostos: modo de atuação dos profissionais, porte dos municípios, microrregiões do estado de Minas Gerais, categoria profissional, dentre outros, que não serão apresentados neste artigo em função do formato exigido⁹. O recorte proposto para a apresentação de dados deste trabalho considera os resultados gerais de cada uma das temáticas centrais, a partir da divisão dos profissionais em: Atenção Primária Convencional, Programa Saúde da Família (PSF) e Apoio à Equipe de PSF.

4.1. Caracterização dos Profissionais

O censo registrou 55.423 profissionais atuando na APS em Minas Gerais. Os dados de modo de atuação evidenciam um predomínio de profissionais da APS trabalhando no PSF (67,90%). No modo Convencional encontram-se 26,40% e no Apoio à equipe de PSF 5,70% dos profissionais. A Tabela 1 a seguir apresenta a distribuição detalhada dos profissionais de saúde encontrados no levantamento.

Tabela 1 - Distribuição das categorias profissionais por modo de atuação – Minas Gerais, 2006

	PSF/PACS	Convencional	Apoio à Equipe de PSF	Total	
	%	%	%	%	No
Total Ensino Superior	49,0	41,6	9,4	100	16.939
Médico(a)	42,4	45,6	12,0	100	7.666
Enfermeiro(a)	82,8	15,1	2,2	100	4.250
Dentista	40,6	50,7	8,7	100	3.032
Psicólogo(a)	13,9	67,9	18,2	100	610
Farm/Bioq.	9,7	83,4	6,9	100	434
Fisioterapeuta	22,3	63,7	14,0	100	394
Ass. Social	17,1	57,7	25,3	100	293
Fonoaudiólogo(a)	8,3	78,5	13,2	100	121
Nutricionista	27,3	65,9	6,8	100	88
Terapeuta Ocup.	8,5	66,0	25,5	100	47
Educador(a) Físico(a)	-	25,0	75,0	100	4
Total Ensino Médio/Fund.	77,8	18,4	3,8	100	37.588
Téc. Enfermagem	44,2	52,9	3,0	100	2.466
Aux. Enfermagem	48,7	43,4	7,8	100	8.648
ACS	100,0	-	-	100	22.576
THD	56,2	34,9	8,9	100	539
ACD	48,4	42,1	9,4	100	1.965
Trab. em Vig. San.	7,5	59,2	33,3	100	1.396
Outro	11,6	76,7	11,7	100	896
Total	67,9	26,4	5,7	100	55.423

Fonte: 1º Censo de Recursos Humanos de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. 2006

Em geral, há uma concentração de profissionais nas regiões de Belo Horizonte, Contagem, Betim e Juiz de Fora, nas quais existem mais de 1.500 profissionais atuando na APS. No restante do estado, predominam as regiões em que existem menos de 1.000 profissionais de saúde trabalhando no PSF/PACS e menos de 500 na atenção convencional e apoio à equipe de PSF.

A maior parte dos profissionais que atuam na atenção primária no estado é do sexo feminino, com idade entre 30 e 49 anos. Apenas nas categorias de médicos e de Trabalhadores em Vigilância Sanitária há um percentual maior de profissionais do sexo masculino.

A seguir são apresentados os dados relativos a cada eixo temático proposto para este trabalho.

O quadro 3 apresenta a síntese que elucida a situação geral da APS encontrada ao longo da realização do Censo. Com efeito, observam-se três dimensões de análise: vínculo, remuneração e tempo de trabalho, considerando a distribuição dos

profissionais por modos de atuação e por qualificação (profissionais de nível superior e de nível médio e fundamental).

Quadro 3 – Síntese das dimensões de análise do 1º Censo de RH da APS

	PSF/PACS		Convencional		Apoio à equipe de PSF	
	Profissional nível superior	Profissional nível médio	Profissional nível superior	Profissional nível médio	Profissional nível superior	Profissional Nível Médio
Tipo de vínculo	Contrato administrativo		Estatutário		Estatutário	
Remuneração ¹⁰	Entre R\$1.000,00 e R\$3.000,00, destacando-se o Médico com mais de R\$4.000,00	Até R\$500,00	Entre R\$1.000,00 e R\$2.000,00 inclusive Médicos	Até R\$1.000,00	Entre R\$1.000,00 e R\$3.000,00, inclusive Médicos	Até R\$1.000,00
Tempo de trabalho	Até cinco anos de trabalho no município		Mais de dez anos de trabalho no município		Mais de dez anos de trabalho no município	

Fonte: 1º Censo de Recursos Humanos de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. 2006

4.2. Vínculo

Na realização do Censo foram definidas diferentes categorias de vínculo possível de cada profissional com a UBS:

- a) CLT: As regras disciplinadoras de relação de trabalho regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).
- b) Estatutário: Regime jurídico disciplinado por meio do Estatuto que enumera direitos e deveres dos servidores públicos federais, estaduais e municipais.
- c) Autônomo: Todo profissional que exerce sua atividade sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos.
- d) Contrato Administrativo: Agrupamento excepcional dentro da categoria dos servidores públicos. Contratação admitida por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.
- e) Terceirizado: Contratado por meio de empresa intermediária, mediante acordo de prestação de serviços. A relação de emprego, neste caso, é estabelecida com a empresa prestadora de serviços e não diretamente com o contratante destes.

Considerando tais definições, a análise dos resultados relacionados ao vínculo dos profissionais evidencia uma diferenciação entre profissionais que atuam no PSF e aqueles que atuam no modelo convencional. Considerando os profissionais que atuam no PSF, 63% apresentam como tipo de vínculo preponderante o contrato administrativo. Na categoria de profissionais médicos este percentual chega a 66,1%.

Os dados dos profissionais que atuam no modelo convencional demonstram, embora com percentuais inferiores, uma "inversão" quando comparado ao modelo PSF, ou seja, o número de profissionais com vínculo estatutário é superior, chegando a 51% no total de recenseados. Da mesma forma, os profissionais identificados como sendo de apoio à equipe de PSF apresentam percentuais de vínculo estatutário superiores àqueles apresentados pelos demais tipos de vínculos.

A fim de elucidar possíveis diferenças entre regiões do estado, tendo em vista a gestão municipal da saúde, os dados foram analisados segundo o porte dos municípios. Esta análise demonstra que as cidades com até 5 mil habitantes apresentam majoritariamente o vínculo contrato administrativo para todos os profissionais quando se considera o modelo PSF (69,6%).

Esse percentual é maior quando se consideram os municípios com população entre 5.001 e 10 mil habitantes (73,9%), passando a ser crescente conforme maior o porte do município: 72,6% naqueles com população de 10.001 a 20 mil habitantes; 73,8%, de 20.001 a 50 mil habitantes; 71,8%, de 50.001 a 100 mil habitantes; 78,6%, de 100.001 a 500 mil habitantes.

Há uma inversão, no entanto, quando são observadas as cidades com mais de 500 mil habitantes. Nestas cidades, o percentual cai a 8,6%, mas não se descaracteriza a manutenção de contratos não-estáveis de trabalho, também identificados por meio de terceirizados (37%) e CLT, com 11,7%. Mesmo assim, há um equilíbrio entre contratos estáveis e vínculos estatutários nestas cidades de maior porte.

Destaca-se a situação do profissional médico, para o qual predomina o vínculo efetuado via contrato administrativo (percentuais entre 71,7% e 83,9% dos médicos) nos municípios com menos de 500 mil habitantes. De forma contrária, nos municípios com população superior a este número, apenas 21,2% dos médicos são contratados por esta via. Neste caso, o vínculo estatutário é majoritário para médicos que atuam no PSF, com percentual de 60,1%. Neste bloco estão quatro municípios: Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora e Contagem.

Os dados permitem discutir a diversidade da situação de vínculo dos profissionais de saúde, que é consequência, em parte, da descentralização do SUS, a qual torna evidente a multiplicidade de formas de contrato e vínculos em realidades também com características peculiares. A organização do modelo de saúde brasileiro de forma regionalizada, com descentralização administrativa e operacional, tornou os municípios os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços de saúde, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não-Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), bem como contratos com cooperativas (BRASIL, 2002).

Sobre esta complexidade considera-se uma perspectiva de aumento da informalidade atual dos contratos de trabalho no SUS, embora se reconheça que esta modalidade de contratação de trabalho aumenta a imprevisibilidade, diminui as garantias e a estabilidade. Desta forma, o contrato administrativo, de natureza legal e largamente utilizado, ao expressar vinculação menos estável ao emprego, pode proporcionar descontinuidade na permanência do profissional na medida em que ele

fica sujeito a circunstâncias que fogem ao seu controle e pode acabar dificultando inclusive sua permanência em uma cidade ou região.

Este cenário, em última instância, pode contribuir para o surgimento de situações associadas à precarização dos vínculos de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde¹¹, o trabalho precário tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde por comprometer a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudicar a qualidade e a continuidade dos serviços prestados pelo SUS.

Ainda que este quadro a respeito do vínculo de trabalho não sinalize padrões de qualidade sobre os serviços prestados, ele fornece elementos reflexivos sobre as mutabilidades que acompanham a composição de equipes por parte dos municípios, notadamente quando se observa o ciclo eleitoral, por exemplo.

Nesta linha de argumentação, destaca-se que o vínculo surge, em grande medida, como um dos balizadores das ações públicas em recursos humanos na saúde, pois pode sinalizar qual o grau de continuidade de uma ação no plano público que se volte à manutenção de uma oferta de serviços de saúde pautada pelo Programa Saúde da Família.

4.3. Remuneração

A remuneração é um componente de difícil apreensão pela ausência de padronização destas informações e pela variedade das formas praticadas em diferentes realidades. Neste sentido, é importante ressaltar que o valor da remuneração informado, por meio dos intervalos apresentados no instrumento de coleta e tabelas, refere-se ao total bruto dos valores recebidos pelos profissionais.

A remuneração dos profissionais da APS em Minas Gerais caracteriza-se pela diferenciação entre as categorias profissionais, principalmente devido à carga horária de trabalho e ao nível de escolaridade dos profissionais. Para equacionar esta complexidade, apresenta-se no quadro 4, a seguir, uma síntese da distribuição da carga horária semanal dos profissionais, de acordo com o modo de atuação e agrupados por nível de escolaridade. Esta referência deve ser utilizada para a análise das informações sobre a remuneração das diferentes categorias profissionais

Quadro 4 – Síntese da distribuição da carga horária dos profissionais da APS em Minas Gerais

Escolaridade	Profissionais de nível superior	Profissionais de nível fundamental/médio
Modo de atuação		
PSF/PACS	31 a 40 horas	31 a 40 horas
Convencional	11 a 20 horas (exceto enfermeiros que se concentram na faixa de 31 a 40h)	31 a 40 horas
Apoio à equipe de PSF	11 a 20 horas	Distribuição equilibrada entre as faixas de 21 a 30h e entre 31 e 40h

Fonte: 1º Censo de Recursos Humanos de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. 2006

Estas considerações preliminares servem para balizar a descrição dos resultados sobre remuneração dos profissionais da APS em Minas Gerais. No que diz respeito à distribuição nas diferentes regiões do estado, observa-se características diferenciadas entre os modos de atuação. Nas regiões Nordeste e Noroeste concentram-se os maiores valores de remuneração para Médicos e Enfermeiros do PSF, os Dentistas do modo Convencional apresentam remuneração superior ao restante do estado na região Nordeste e, os Técnicos de enfermagem do PSF encontram-se na mesma situação na região Noroeste.

Com relação às categorias profissionais de nível superior, os dados sobre remuneração no estado evidenciam a diferença entre os valores praticados para os Médicos que atuam no PSF (57,5% acima de R\$ 4.000,00) dos demais profissionais de nível superior do modelo convencional e apoio à equipe de PSF, que se concentram na faixa entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00. Os Enfermeiros e Dentistas que atuam no PSF estão na faixa de remuneração entre R\$ 2.000,01 e 3.000,00.

Para o nível médio/fundamental, aproximadamente 82% dos profissionais que atuam no PSF recebem até R\$ 500,00, apresentando diferenciação quanto aos demais modos de atuação. É importante observar que a categoria profissional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) representa 60% do total de profissionais deste modo de atuação. Para os profissionais de nível médio e fundamental que atuam no modelo convencional, 50,3% recebem até R\$ 500,00 e 33,4% entre R\$ 500,01 a R\$ 1.000,00.

Estas situações ressaltam como a escolaridade desponta como elemento decisivo para a definição dos valores recebidos pelos profissionais de nível superior, que chegam a ser até 15 vezes maior que os salários pagos aos profissionais de nível médio e fundamental.

4.4. Tempo de Trabalho

Os dados sobre o tempo de trabalho dos profissionais foram coletados em relação à unidade de saúde e em relação ao município, considerando as seguintes faixas: até

6 meses; de 7 meses a 1 ano; de 1 a 2 anos; de 2 a 5 anos; de 5 a 10 anos; mais de 10 anos. Devido à similaridade entre o tempo de trabalho no município e o tempo de trabalho na unidade básica de saúde, considerando os modos de atuação, optou-se pela utilização somente da primeira para fins de descrição e análise.

Os resultados encontrados em relação ao tempo de trabalho no município revelam que os profissionais do modelo convencional e apoio à equipe de PSF têm um comportamento similar entre si e que se opõe aos padrões observados para profissionais do PSF. Percebe-se certa diferenciação, ainda, entre profissionais de nível superior e de nível médio e fundamental.

Os profissionais de nível superior possuem tempo de trabalho no município inferior ao dos profissionais de nível médio e fundamental, o que se destaca mais fortemente no modelo convencional e no apoio à equipe de PSF. De forma geral, os profissionais com estes modos de atuação trabalham há mais tempo no mesmo município em comparação aos do PSF.

Considerando os dados agregados do estado, observa-se que 64,8% dos profissionais de nível superior que atuam no PSF têm até 5 anos de trabalho no município. Já os profissionais do modelo convencional e do apoio à equipe de PSF situam-se, em maior parte, na faixa de mais de 10 anos de trabalho na mesma localidade (29,1% e 38,7% dos profissionais, respectivamente).

Quanto aos de nível médio e fundamental, 45,3% dos profissionais do PSF têm até 5 anos de trabalho no mesmo município. Daqueles que atuam no modelo convencional, 35,1% estão no mesmo local há mais de 10 anos e no modelo apoio à equipe de PSF, 39,8%.

No PSF, as faixas de tempo com maiores percentuais, considerando todas as categorias profissionais, são aquelas entre 1 e 2 anos e entre 2 e 5 anos. No entanto, nos municípios acima de 500 mil habitantes, predominam as faixas entre 2 e 5 anos e de 5 a 10 anos, evidenciando uma tendência de que quanto maior o porte do município, maior o tempo de permanência dos profissionais do PSF no mesmo município.

Como o tempo de trabalho no município é uma dimensão que pode ser conseqüência de interações de diversas variáveis, considerou-se que os resultados encontrados para esta dimensão deveriam ser analisados juntamente com outros elementos referentes aos recursos humanos a fim de explicitar possíveis relações. Observou-se que profissionais com vínculos contrato administrativo e CLT possuem tempo de trabalho no município inferior àqueles com vínculo estatutário, sendo esta diferença mais acentuada para profissionais do PSF.

Este aspecto é importante para o entendimento da realidade do PSF em Minas Gerais. À medida que se tem um movimento de implementação do Programa como forma prioritária de organização da atenção primária, torna-se necessária uma determinada configuração que possibilite que seus princípios ordenadores sejam cumpridos.

É nesta via que o tempo de trabalho no município gera a reflexão de que a mobilidade ou rotatividade tende a não favorecer o programa, uma vez que o princípio da longitudinalidade pode ser reconhecido como uma relação necessariamente mais estreita entre usuário e profissional que é construída ao longo do tempo.

5. Considerações Finais¹²

A caracterização feita pelo Censo das dimensões de vínculo, remuneração e tempo de permanência dos profissionais da APS em Minas Gerais evidenciou a multiplicidade dos arranjos de gestão para um contingente de profissionais que prestam um serviço essencial à saúde da população. O vínculo caracterizado por contratos que não asseguram a estabilidade, as diferenças regionais de remuneração e a curta permanência dos profissionais nos municípios ilustram a complexidade e o desafio que se apresenta para a formulação de políticas públicas de gestão de recursos humanos que busquem equacionar estes fatores.

Considerando a APS como a estratégia de organização do SUS e suas particularidades no que diz respeito ao tipo de prática a ser desenvolvida e o perfil necessário, o desafio da gestão de recursos humanos se amplia dado o reconhecimento tardio das dimensões da gestão do trabalho no processo de consolidação do SUS, visto que o conteúdo predominante das normas e regulamentos instituídos, esteve inicialmente voltado somente para a própria organização dos serviços de saúde e transferência de recursos financeiros (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Os resultados obtidos pelo levantamento censitário realizado fazem emergir diversas questões importantes para a formulação de políticas públicas. Com efeito, a própria diversidade nas práticas remuneratórias, vínculos de trabalho, tempos de permanência de cada profissional, considerando sua atuação em diferentes formas, e a diversidade geográfica de um estado com mais de 800 municípios, reforçam sua relevância no entendimento e reflexão sobre o quadro geral do nível primário da saúde, que apresenta diferentes formas de manifestação e em cada uma delas suas idiosincrasias e particularidades.

Stella (2002), por exemplo, discute que o processo de consolidação da gestão descentralizada do SUS enfrenta grandes dificuldades no que se refere à ausência, insuficiência e qualidade de recursos humanos em alguns municípios brasileiros, particularmente naqueles de pequeno porte sem estrutura econômico-social. A concentração de escolas médicas e de enfermagem em grandes centros é colocada pela autora como um fator que favorece a manutenção de um quadro de distribuição desigual de profissionais. Esta concentração tende a atrair alunos que visam especialização, alta tecnologia, salários atrativos e sociedade de consumo, circunstâncias que favorecem o distanciamento das áreas rurais e mais pobres do país.

Considerando, portanto, as responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e a necessidade da gestão de recursos humanos na APS algumas perguntas podem ser formuladas a partir das evidências encontradas pela pesquisa realizada. Tais interrogações sinalizam a importância da continuidade de

pesquisas neste campo e apresentam também aspectos críticos a serem considerados pelos gestores em função do estabelecimento de políticas públicas de gestão de recursos humanos.

Em relação ao vínculo de trabalho, por exemplo, deve-se considerar a importância de avançar nas definições quanto às alternativas viáveis de contratação de profissionais do PSF, no que diz respeito às formas e seu financiamento e também à diferenciação em função as diferentes categorias profissionais. Principalmente, no que diz respeito às formas ditas precárias de contratação versus novos arranjos que permitam minimizar tal situação.

Os dados sobre remuneração colocam as seguintes questões: i) como tratar as diferenças regionais de remuneração? ii) como equacionar a capacidade de pagamento dos municípios, considerando recursos disponíveis e a lei de responsabilidade fiscal? iii) é possível trabalhar incentivos de remuneração variável ou por resultados para os profissionais do PSF?

Já permanência dos profissionais pode ser balizada por aspectos como: i) as políticas públicas devem estimular a permanência dos profissionais no Município ou no Programa PSF? ii) como pensar a carreira dos profissionais da APS, considerando a articulação entre as esferas federal, estadual e municipal? iii) quais os principais fatores que influenciam a permanência dos profissionais para atuar no PSF?

Enfim, o que em última instância pode ser depreendido dos resultados encontrados é que o papel dos gestores públicos na sua prática voltada à saúde é ao mesmo tempo rico e desafiador. Rico por apresentar em sua diversidade aspectos múltiplos distintos das soluções meramente de cunho quantitativo apresentadas nos manuais e desafiador, por trazer em seu interior informações pouco comuns como as levantadas pelo 1º censo de RH da APS em MG.

6. Referências

BARBOSA et alli, 2006. *Remuneração em instituições de saúde no Brasil: realidade atual e perspectivas*. IN: XXX Encontro Nacional da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração, ENANPAD. Salvador, Bahia.

BORELLI, F.R.G. *A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado*. Dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. *Lei nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Avaliação normativa do programa Saúde*

da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONASS. *Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.* Brasília, Conass, 2004, documenta, v1.

COSTA, J.S.M. *Assistência humanizada e estrutura organizativa. A necessária interface: a experiência do grupo de trabalho de humanização em um hospital de Belo Horizonte.* (dissertação) Faculdade de Ciências Econômicas. Belo Horizonte, 2004.

DAL PÓZ *et. alli.* *Agenda das organizações internacionais para o desenvolvimento de RH em saúde: novos problemas e soluções.* In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002

FONSECA, Cláudio Duarte da; SEIXAS, Paulo Henrique D'Angelo. *Agenda Nacional de Recursos Humanos em saúde: diretrizes prioridades* In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. p.289-322.

KÓVACS, Ilona (org.). *Flexibilidade de emprego: riscos e oportunidades.* Oeiras: Celta Editora, 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.* Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.6, no.2, 2001.

MENDES E.V. *A atenção primária à saúde no SUS.* Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MILKOVICH, George T; BOUDREAU, John W. *Administração de recursos humanos.* São Paulo: Atlas, 2000.

NOGUEIRA, R.P. *Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho.* In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRRN, 1999. p. 443-450.

NOGUEIRA, R.P. *et alli.* *Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública.* IN: Barros, A.F.R. (org.) *et.al.* Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

OBSERVARHSP. OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DE SÃO PAULO. *Recursos humanos em atenção básica à saúde e o programa de saúde da família. Cidade de São Paulo: 10 anos de saúde da família.* 2006. Disponível em:

<http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html> acessado em 20/03/2007 15:00.

OPAS. *Desenvolvimento e fortalecimento da gestão dos recursos humanos no setor da saúde*. In: 43º conselho diretor 53ª sessão do comitê regional. Washington DC, EUA, 24 a 28 de setembro de 2001.

PIERANTONI, C. R. *As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2001 v.6, n.2.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática*. IN: Barros, A.F.R. (org.) *et.al*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

PUSTAI, O. D. *O Sistema de Saúde no Brasil*. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliano ERJ. Medicina ambulatorial. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2004. 1600 p. p. 69-75.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STELLA, R.C.R. *Desafios e estratégias para a interiorização do trabalho em saúde*. In: BRASIL, Ministério da saúde. Políticas de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VAZ, Elcio Elionei de Pauli. *Gestão de salários e as mudanças na forma de remuneração nas empresas*. IN Ciência e Cultura, n. 32 e 33, FCSA 04 e 05, pp. 67-91, Curitiba, jul./ago. 2002

¹ O acesso da população à rede deve acontecer nas unidades básicas de atenção à saúde por meio da atenção primária. Os casos não passíveis de resolutividade na atenção primária devem ser referenciados para os níveis secundário (policlínicas de especialistas) e terciário (hospitais) (COSTA, 2004).

² Atenção ao primeiro contato: acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde; longitudinalidade: pressupõe existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; integralidade: as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas; coordenação: requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos (Starfield, 1998; 2002).

³ A adscrição é a vinculação de uma população a uma unidade de saúde a partir do estabelecimento de uma base territorial. Ela permite delinear a realidade de saúde da comunidade, que está em permanente movimento, organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo a necessidade de saúde da população (BRASIL, 2004).

⁴ Mês de referência: abril/2006.

⁵ A maior parte dos informantes das Unidades Básicas de Saúde foi de Enfermeiros (39,4% do total de respondentes da pesquisa).

⁶ O período compreendido entre os dias 11/05/2006 e 23/05/2006 corresponde à realização do teste piloto, sendo que o restante do trabalho de campo foi realizado entre os dias 12/06/2006 e 11/08/2006.

⁷ Nesta fase, foram registradas somente sete ocorrências dignas de interferência por parte da coordenação central em Belo Horizonte, devidamente registradas em *Diário de Campo* da pesquisa.

⁸ *Statistical Package for Social Science*

⁹ Os resultados completos encontram-se disponíveis para consulta em: i)“Barbosa, A.C.Q. e Rodrigues (org.), J.M. 1ºCenso de Recursos Humanos da Atenção Primária do estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG” e, ii) www.face.ufmg.br/observatorio

¹⁰ A remuneração está indicada segundo carga horária de trabalho a ser apresentada.

¹¹ Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1285> Visitado em 03/09/2006.

¹² A partir de: Barbosa, A.C.Q. e Rodrigues, J.M. (orgs.) 1ºCenso de Recursos Humanos da Atenção Primária do estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006.