






Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios

Human Resources and Family Health Strategy in the North of Minas Gerais: advances and challenges

Ludmila Gonçalves Barbosa^{1,2} , Renata Fiúza Damasceno^{2,3} ,
Denise Maria Mendes Lúcio da Silveira^{2,3} , Simone de Melo Costa³ ,
Maisa Tavares de Souza Leite³ 

Resumo

Introdução: O sistema público de saúde apresenta desafios à área de recursos humanos. **Objetivo:** Avaliar os avanços e desafios na gestão dos recursos humanos inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) no norte de Minas Gerais, Brasil.

Método: Estudo transversal com 317 profissionais vinculados à ESF: cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos. Para a coleta de dados, utilizou-se questionário com variáveis sociodemográficas, econômicas, vínculo empregatício, plano de carreira, educação permanente e continuada e incentivo financeiro. Avaliou-se a remuneração conforme o sexo, o plano de carreira e a categoria profissional; a categoria profissional conforme o sexo, o plano de carreira e a educação permanente; nível de significância: $p < 0,05$. **Resultados:** A maioria era mulheres (65,2%), enfermeiros (46,3%), pós-graduados (51,1%), com vínculo por contrato administrativo (67,4%), sem plano de carreira (90,8%) e incentivos financeiros (61,1%) e participava de educação permanente (57,8%). Mais de 40% trabalharam na ESF de outro município e 117 concluíram especialização em ESF/saúde pública/coletiva. Maior remuneração encontrou-se na medicina ($p < 0,05$) e com homens ($p < 0,05$). Enfermagem apresentou maior percentual de mulheres, de profissionais com plano de carreira e educação permanente ($p < 0,05$). **Conclusão:** Avanços se destacam na qualificação profissional, especialistas na área e/ou capacitação em serviço. Há desafios quanto à precarização do trabalho, o que contribui para a rotatividade dos profissionais.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; medicina comunitária; enfermagem em saúde comunitária; odontologia comunitária.

Abstract

Background: The public health system presents challenges for human resources. **Objective:** To evaluate the advances and challenges in the management of human resources included in the Family Health Strategy - FHS in northern Minas Gerais, Brazil.

Method: A cross-sectional study with 317 professionals linked to the FHS: dentists, nurses and doctors was carried out. For data collection, it was used a questionnaire with variables: sociodemographic and economic characteristics, employment relationship, career path, permanent and continuing education, and financial incentive. It was also evaluated the remuneration according to gender, career plan and professional category; and professional category according to gender, career plan and permanent education;

¹Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

²Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Montes Claros, MG, Brasil

³Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, Montes Claros, MG, Brasil

O trabalho foi realizado nos 13 municípios polos das regiões de saúde do Norte de Minas Gerais (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Ludmila Gonçalves Barbosa – Rua Ary Colen, 375, Bairro Funcionários, CEP: 39401-032 – Montes Claros (MG), Brasil – Email: lud_gb@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Edital 14/2012- Programa de Pesquisa para o SUS.

Conflito de interesses: nada a declarar.



significance level $p < 0.05$. **Results:** The most were women (65.2%), nurses (46.3%), postgraduates (51.1%), bond by administrative contract (67.4%), no career plan (90.8%) and financial incentives (61.1%) and participated in permanent education (57.8%). More than 40% worked in the FHS of another municipality and 117 completed specialization in FHS / public / collective health. The higher remuneration was for medicine ($p < 0.05$) and for men ($p < 0.05$). Nursing presented higher percentage of women, of professionals with career plan and permanent education ($p < 0.05$). **Conclusion:** Advances stand out in professional qualification, specialists and / or capacitation in service. There are challenges concerning to the precariousness conditions of work, which contributes to the turnover of professionals.

Keywords: family health; primary health care; community medicine; community health nursing; community dentistry.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem recebido muito destaque no sistema público de saúde. Criada como um programa que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, a Saúde da Família tem sido a principal estratégia de estruturação da APS dos sistemas locais de saúde desde 1998¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) trata-se de uma abordagem robusta de prestação de cuidados primários a populações definidas por meio da implantação de equipes de saúde multidisciplinares² compostas, no mínimo, de médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Espera-se que os profissionais de nível superior sejam, preferencialmente, especialistas em medicina de família e comunidade (médico) e em saúde da família (enfermeiro e cirurgião-dentista)³.

Nessa perspectiva, a ESF tem papel fundamental na consolidação da cobertura universal de saúde no sistema público de saúde brasileiro⁴. Evidências sugerem que a ESF oferece melhor acesso e qualidade e resulta em mais satisfação do usuário do que os postos e centros de saúde tradicionais ou até mesmo alguns serviços de saúde do setor privado⁵. Porém, como a responsabilidade pela gestão da ESF é dos municípios, há grandes variações na capacidade e qualidade das equipes de saúde da família, incluindo padrões variados de pessoal e disponibilidade de diferentes tipos de profissionais de saúde².

Deste modo, a disponibilidade, a formação e os vínculos dos profissionais da APS para o sistema público de saúde representam um dos grandes desafios à implementação dos novos modelos⁶. Aliado a isso, destaca-se que o processo de fortalecimento da ESF está relacionado à valorização dos profissionais de saúde, atores fundamentais para efetivar as mudanças propostas para a reorientação do modelo assistencial⁷. Porém, tem-se observado, ao longo dos anos, a fragilização do trabalho em saúde, grande pilar dos sistemas de saúde, com ausência de efetivas políticas do governo federal⁸.

Neste contexto, a ESF apresenta um crescente desafio para a área de recursos humanos, já que o modelo assistencial adotado,

que preconiza a integralidade, a humanização e a promoção da saúde, é dependente do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde^{9,10}. Dados a importância da ESF e o papel singular dos profissionais de saúde na sua implementação, este artigo tem o objetivo de avaliar os avanços e desafios na gestão dos recursos humanos inseridos na ESF, no norte de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, com 317 profissionais de nível superior que atuam na ESF nos 13 municípios polos das regiões de saúde do norte de Minas Gerais – Bocaiúva, Brasília de Minas, Coração de Jesus, Francisco Sá, Janaúba, Janaúria, Manga, Monte Azul, Montes Claros, Pirapora, Salinas, São Francisco e Taiobeiras. O norte de Minas é uma das regiões do estado de Minas Gerais com maior cobertura populacional da ESF. Os dados foram coletados entre fevereiro e dezembro de 2014, por meio de questionário autoaplicado aos profissionais. O questionário foi construído pelos próprios pesquisadores, mediante pesquisa bibliográfica sobre o tema. Um piloto foi conduzido com participação de 20 profissionais de equipes de saúde da família de Montes Claros. Esses dados foram incluídos no estudo principal, uma vez que não houve modificações no instrumento a partir do estudo piloto.

Para a coleta de dados, foram planejadas duas visitas a cada um dos municípios. Isso possibilitou abordar um maior número de profissionais, por exemplo, aqueles afastados por motivos de licença médica, férias e faltosos ao local de trabalho no dia da primeira visita. Portanto, a coleta foi presencial e no local de trabalho dos profissionais.

Os critérios de inclusão incluíram: ser profissional médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista vinculado à ESF nos municípios sede das Regiões de Saúde do norte de Minas Gerais, independentemente do tempo de atuação na APS/ESF, sexo e idade; aceitar participar da pesquisa conforme descrição do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram avaliados os seguintes atributos relacionados aos recursos humanos: sexo, remuneração mensal em reais (R\$), formação profissional, pós-graduação, vínculo empregatício, plano de carreira, trabalho em ESF de outros municípios,

educação permanente, incentivos financeiros no salário, por exemplos, adicionais por titularidade (pós-graduação) ou por bônus financeiro com contratualização de metas. O tratamento estatístico foi realizado no programa IBM SPSS *statistics* 22.0.

Conduziu-se a estatística descritiva por meio dos valores absolutos e percentuais ajustados pelo número total de respondentes para cada questão. Foram apresentados médias e desvio padrão, valores mínimos e máximos e medianas da remuneração mensal do trabalho na ESF. A avaliação das variáveis deu-se por meio da comparação de medianas da remuneração mensal conforme sexo, plano de carreira e formação profissional, pelos testes não paramétricos, Mann-Whitney U e Kruskal Wallis, pela falta de normalidade na distribuição dos dados relacionados à remuneração mensal ($p < 0,001$), e teste de Kolmogorov Smirnov ($p < 0,001$). Foi verificada a associação da categoria profissional conforme sexo, plano de carreira e participação em atividade de educação permanente pelo teste qui-quadrado de Pearson. Para todos os testes estatísticos, considerou-se o nível de significância $p < 0,05$.

A realização da pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob o número 616.431. Obteve-se o consentimento institucional da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, após aprovação em ata da reunião da Comissão Intergestores da Região Ampliada de Saúde do norte de Minas. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre

e esclarecido, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 317 trabalhadores das equipes de ESF, alocados nos 13 municípios polos de Regiões de Saúde do norte de Minas. A categoria profissional incluiu cirurgiões-dentistas ($n = 86/27,3\%$), enfermeiros ($n = 146/46,3\%$) e médicos ($n = 83/26,3\%$), com perda de informações em dois questionários. Em relação ao sexo, a maioria dos participantes ($n = 206/65,2\%$) eram mulheres. A distribuição das categorias profissionais por sexo foi apresentada na Tabela 1, o maior percentual no sexo masculino foi para medicina ($n = 42/38,5\%$), enquanto no feminino foi para enfermagem ($n = 107/52,2\%$), com significância estatística ($p = 0,001$).

No que se refere à remuneração, o salário mensal na ESF variou de R\$ 900,00 a R\$ 13.000,00, com média igual a R\$ 4.152,03 ($\pm 2.907,80$), e a mediana foi R\$ 2.800,00. Os resultados apresentados na Tabela 2 demonstram que entre as diferentes categorias profissionais a medicina apresentou a maior média de remuneração na ESF (R\$ 8.302,69) e a maior mediana (R\$ 9.500,00) quando comparadas com a odontologia e a enfermagem, com significância estatística na comparação das medianas ($< 0,001$). Ainda em relação à remuneração do trabalho na ESF por categoria profissional, os médicos apresentaram uma variação de renda de R\$ 2.900,00 a R\$ 13.000,00, os enfermeiros, de R\$ 1.300,00 a

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados conforme categoria de formação e sexo. Profissionais da ESF do norte de Minas Gerais, Brasil (2014)

Sexo	Categoria de formação profissional			Total n (%)	p valor
	Medicina n (%)	Enfermagem n (%)	Odontologia n (%)		
Masculino	42 (38,5)	39 (35,8)	28 (25,7)	109 (100,0)	0,001
Feminino	41 (20,0)	107 (52,2)	57 (27,8)	205 (100,0)	
Total	83 (26,4)	146 (46,5)	85 (27,1)	314 (100,0)*	

n= número de profissionais; *Perda de respondentes, valores percentuais ajustados

Tabela 2. Remuneração mensal de profissionais da ESF do norte de Minas Gerais, Brasil, conforme sexo, profissão e plano de carreira profissional (2014)

Variáveis	Remuneração mensal na ESF (em reais - R\$)			Mediana	p valor
	Média (\pm desvio padrão)	Mínimo	Máximo		
Sexo					0,026*
Masculino	4.877,20 ($\pm 3.291,57$)	900,00	12.000,00	2.900,00	
Feminino	3.738,88 ($\pm 2.587,39$)	1.300,00	13.000,00	2.800,00	
Profissão					<0,001*
Medicina	8.302,69 ($\pm 2.539,12$)	2.900,00	13.000,00	9.500,00	
Enfermagem	2.523,08 ($\pm 669,72$)	1.300,00	6.577,00	2.500,00	
Odontologia	2.786,25 ($\pm 724,05$)	900,00	6.000,00	2.700,00	
Plano de carreira					0,886
Sim	3.769,12 ($\pm 2.579,88$)	1.900,00	12.000,00	2.946,00	
Não	4.272,06 ($\pm 2.967,72$)	900,00	13.000,00	2.800,00	

*Significância estatística: $p < 0,05$

R\$ 6.570,00 e os cirurgiões-dentistas, de R\$ 900,00 a R\$ 6.000,00. A média de remuneração dos trabalhadores homens foi maior (R\$ 4.877,20) que a das mulheres ($p = 0,026$). A renda profissional não foi diferente entre os municípios com e sem plano de carreira ($p = 0,886$), contudo naqueles sem plano se observou maior média de remuneração mensal na ESF (R\$ 4.272,06) e maior salário entre os profissionais (R\$ 13.000,00), entretanto apresentaram menor mediana (R\$ 2.800,00).

Quanto à existência de plano de carreira, cargos e salários para os profissionais da ESF, destaca-se que 278 (90,8%), entre os 306 respondentes a essa questão, afirmaram não o possuir. Na categoria medicina, apenas dois profissionais (2,4%) afirmaram ter plano de carreira. Na enfermagem e odontologia, o percentual de profissionais com plano de carreira foi maior, 14 (10,2%) e 12 (14,3%), respectivamente, com significância estatística ($p = 0,025$), conforme apresentado na Tabela 3.

Verificou-se que embora a maioria dos participantes ($n = 176/56,4\%$) tenha referido não ter trabalhado em ESF fora do atual município de exercício, demonstrando relativa fixação, o percentual de profissionais que responderam já terem atuado em diferentes municípios, pertencentes ou não ao estado de Minas Gerais, ainda foi considerável, 43,6% ($n = 136$ de 312 respondentes a esse quesito do questionário).

Em relação ao vínculo empregatício, observa-se predomínio do contrato administrativo, relatado por 205 dos profissionais (67,4%), seguido dos vínculos estatutário ($n = 42/13,8\%$) e com programas federais ($n = 31/10,1\%$). Outros vínculos foram citados, como profissional autônomo, terceirizado e com contrato pelo sistema Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

No que diz respeito à existência de vínculos de trabalho com outras instituições, verificou-se que a minoria dos participantes da pesquisa ($n = 82/26,4\%$) relatou possuir outros vínculos empregatícios. Para essa questão, houve perda de respostas para seis profissionais ($n = 311$). Sobre incentivos financeiros para os profissionais, 190 referiram não possuir (61,1%) nenhum tipo de bônus financeiro na remuneração do trabalho na ESF, seja pela contratualização de metas, seja por incentivos financeiros relacionados à pós-graduação (titularidade).

Quanto à formação no nível de pós-graduação, a maioria ($n = 202/51,1\%$) dos profissionais referiu ter concluído algum curso nesse nível, 103 não realizaram (32,5%) e 52 referiram estar em processo de curso (16,4%). Em relação ao tipo de pós-graduação concluída, entre os 184 profissionais que informaram o curso, 97 (52,7%) se especializaram na área de ESF, 11 (6,0%), em Saúde Pública, quatro (2,2%), em Saúde Coletiva, e cinco (2,7%), na área de Medicina da Família e Comunidade.

No que se refere à educação permanente, 148 (57,8%) profissionais, dos 256 que responderam a essa questão, afirmaram ter participado de pelo menos uma capacitação em serviço, sendo a mais destacada o Programa de Educação Permanente (PEP). A participação mensal em atividades de educação permanente foi apontada por 95 profissionais (70,9% dos 134 respondentes).

Na associação entre profissão e participação em atividades de educação permanente, na medicina houve participação de 36 (49,3%) profissionais, na enfermagem, 82 (71,3%) e na odontologia, 28 (42,4%), com diferença significativa entre os percentuais de participação por categoria profissional ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição dos pesquisados conforme categoria profissional e plano de carreira na ESF do norte de Minas Gerais, Brasil (2014)

Categoria profissional	Plano de carreira na ESF			p valor
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Medicina	2 (2,4)	81 (97,6)	83 (100,0)	0,025
Enfermagem	14 (10,2)	123 (89,8)	137 (100,0)	
Odontologia	12 (14,3)	72 (85,7)	84 (100,0)	
Total	28 (9,2)	276 (90,8)	304* (100,0)	

n= número de profissionais; *Perda de respondentes, valores percentuais ajustados

Tabela 4. Distribuição dos pesquisados conforme categoria profissional e participação em atividade de educação permanente no âmbito da ESF do norte de Minas Gerais, Brasil (2014)

Categoria profissional	Educação permanente na ESF			p valor
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Medicina	36 (49,3)	37 (50,7)	73 (100,0)	<0,001
Enfermagem	82 (71,3)	33 (28,7)	115 (100,0)	
Odontologia	28 (42,4)	38 (57,6)	66 (100,0)	
Total	146 (57,5)	108 (42,5)	254* (100,0)	

n= número de profissionais; *Perda de respondentes, valores percentuais ajustados

DISCUSSÃO

A predominância de profissionais enfermeiros entre os participantes deste estudo pode ser explicada pelo maior protagonismo desses profissionais na ESF¹¹, bem como pela ausência de profissionais médicos em algumas equipes de saúde da família e pela cobertura de saúde bucal inferior à cobertura de saúde da família na região norte de Minas Gerais durante o período de realização do estudo¹².

A tendência nacional de feminilização da força de trabalho no setor saúde foi observada neste estudo, no qual predominou o gênero feminino entre os participantes, o que vai ao encontro de outros estudos que apontam essa tendência no mercado de trabalho em saúde no Brasil¹³⁻¹⁷. De acordo com Wermelinger et al.¹⁶, o setor de saúde, em todo o mundo, tem forte vocação feminina, e em países mais ricos essa vocação tem expressão ainda mais forte.

A predominância de profissionais do sexo feminino entre as categorias de profissionais que atuam na APS, com exceção da categoria médica, também é um resultado já apontado na literatura^{13,18}. Em relação a essa categoria, destaca-se que o estudo *Demografia Médica no Brasil*¹⁹ indicou recente tendência de feminilização da profissão na área médica, visto que no período de 2000 a 2016 foram registrados entre os novos médicos mais de 50% de mulheres.

No que se refere à remuneração dos profissionais de nível superior, a medicina apresentou a maior média de salário mensal pelo trabalho na ESF em relação a outras categorias profissionais (cirurgiões-dentistas e enfermeiros). Quanto a essa diferenciação na remuneração, os achados deste estudo se assemelham aos resultados do Censo de Recursos Humanos da APS realizado no estado de Minas Gerais¹⁸. Um estudo realizado em um município de pequeno porte do Paraná chamou a atenção para o desequilíbrio entre os salários pagos aos profissionais de nível superior da ESF. Nos municípios participantes do estudo, pagava-se aos médicos, em média, mais que o triplo dos salários dos cirurgiões-dentistas e enfermeiros¹³.

De acordo com Ney e Rodrigues²⁰, entre os profissionais de nível superior da ESF, os médicos são os detentores de maior poder de negociação, ocasionado pelas múltiplas alternativas que o mercado lhes oferece. Entretanto, a ESF não é o local de trabalho preferido deles. O estudo *Demografia Médica no Brasil*, publicado este ano, apontou que quase 80% dos recém-formados em medicina preferem trabalhar no hospital, enquanto 50% pretendem trabalhar em consultório particular¹⁹.

Neste contexto, esses profissionais podem não investir em qualificação específica para atuarem na ESF e adquirem tratamento diferenciado dos demais membros da equipe, com elevados salários e flexibilização da carga horária²¹. Porém, não é a remuneração que é considerada a principal determinante para fixação dos profissionais médicos em uma instituição

ou cidade. Para os médicos recém-formados, as condições de trabalho e a qualidade de vida são os principais fatores que os levariam a permanecer em um local de trabalho¹⁹.

Outra questão é que profissionais que atuam em municípios sem planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) apresentaram maior média de remuneração mensal. Esse achado pode ser atribuído à consequente restrição dos gastos com pessoal na administração direta determinada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que se reflete nos PCCS, restrição esta que não se aplica da mesma forma nos gastos com contratações intermediadas de pessoal para o serviço público²².

Segundo Vieira²², essa realidade se aplica particularmente aos profissionais médicos, que, pelo caráter de profissão liberal e busca de autonomia no trabalho, tendem a escolher melhores salários, os quais, na maioria dos municípios, não são contemplados nos planos de carreira pelas restrições da LRF.

Ademais, a inexistência de PCCS apontada pela maioria dos profissionais se refere à frágil interferência estatal na construção de um plano de carreira para a ESF⁶, bem como à incipiência na instituição desse instrumento, de forma geral no Brasil, com mais dificuldades de implantação desses em municípios de menor porte⁷.

Embora não verse sobre o PCCS específico à ESF, um estudo mais recente realizado pelo Ministério da Saúde, divulgado em 2014²³, demonstra aumento na implantação dos PCCS nas secretarias de saúde do país, principalmente a partir de 2011. Observou-se que das 519 secretarias estaduais/municipais pesquisadas, 37% possuem PCCS geral e 26%, PCCS específico para a saúde. As secretarias que não possuem nenhum tipo de PCCS somam 28%. Outro estudo²⁰ realizado no estado do Rio de Janeiro concluiu que a inexistência de PCCS é um dos fatores que levavam à desmotivação e à rotatividade dos profissionais atuantes na ESF.

Segundo Vieira²⁴, torna-se necessária a conscientização de que instituir um PCCS não se resume a ganhos remuneratórios, mas em uma ferramenta poderosa de melhoria nas condições de trabalho, aperfeiçoamento profissional e valorização do trabalhador. A implantação de um plano de carreiras no serviço público de saúde é uma discussão que se arrasta desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, e demanda árduas negociações entre trabalhadores e gestores estatais. Os últimos detêm a premissa de aprovar uma proposta mediante a observação do impacto financeiro resultante do PCCS aos cofres públicos²⁴.

Além disso, a redução dos investimentos em saúde nos últimos anos, decorrente da crise político-econômica que vivencia o país e, especificamente, o estado de Minas Gerais, resulta em cortes significativos de gastos, principalmente na esfera de gestão do trabalho, área negligenciada na história do SUS. Nesse contexto, Paim²⁵ aponta cenários negativos quanto à estruturação de planos de carreira na ESF.

Em relação ao vínculo empregatício, predominou o contrato administrativo para mais da metade dos profissionais, seguido dos vínculos estatutário e com os Programas Federais. Esse dado coincide com os achados do Censo¹⁸ e também com os dados relatados por Alvarenga et al.²⁶ e Brito et al.²¹, porém não conferem com os achados do estudo de base nacional⁷ e do estudo de Giovanella e Almeida⁶ para alguns países da América do Sul, como Chile, Guiana e Paraguai. Nesses estudos, o maior percentual de respostas foi equivalente ao vínculo estatutário.

Estudos apontam que a predominância desses vínculos precários, com perdas de direitos trabalhistas, é crescente no setor público e, por consequência, na ESF, resultando em instabilidade e insegurança aos profissionais, sendo apontados como principais responsáveis pela alta rotatividade deles^{6,27}. Para Giovanella e Almeida⁶, a precariedade dos vínculos indica fraca intervenção estatal no direcionamento da força de trabalho para o sistema público de saúde. Embora não seja uma realidade no norte de Minas, Garrido-Pinzón e Bernardo²⁸ discorrem sobre os novos arranjos na gestão do trabalho, com a inserção da terceirização, entre outras formas de contratação, que resultam em vulnerabilização social do trabalhador da saúde.

Tem-se que os contratos por meio de organizações terceirizadas na saúde não geram estabilidade profissional, por isso são vulneráveis e frágeis, além de impactar na saúde física e psíquica dos profissionais por submetê-los a diferenças salariais, de benefícios e de tratamento. Isso gera um fluxo migratório dos trabalhadores da ESF e interfere no princípio da atenção primária, a longitudinalidade, que pressupõe o vínculo ao longo do tempo entre profissionais e usuários e continuidade do cuidado²⁷.

A existência de mais de um vínculo trabalhista foi verificada em pequena parcela dos participantes do estudo, corroborando os achados de Brito et al.²¹. Esse dado contradiz o estudo censitário¹⁸ que demonstrou que a maioria dos médicos que atuam na ESF em Minas Gerais possui outros vínculos. A realização de plantões em hospitais e nos próprios municípios são as atividades mais frequentes. Segundo esse mesmo estudo, essa multiplicidade estaria relacionada à queda nos salários ofertados na ESF¹⁸, relação essa apontada por outros estudos^{21,29}. Em municípios de pequeno porte e de difícil acesso, observa-se que essa situação é influenciada pela escassez profissional, que torna a oferta de outros vínculos uma forma de atrair e fixar os profissionais.

A maioria dos profissionais não conta com incentivos financeiros pelo trabalho na ESF. Esse resultado condiz com o contexto apresentado, em que prevalecem vínculos precários e ausência de plano de carreira, o que certamente confirma a inexistência de políticas de incentivos baseadas em resultados por meio da contratualização de metas. Em contramão a esses resultados, deve-se destacar o esforço do Ministério da Saúde

por meio da indução financeira, de reorientar a atenção à saúde dos municípios, priorizando a atenção primária. Uma forma de indução foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, que vincula a contratualização, por adesão espontânea, das equipes de saúde da família a repasse de recursos federais para implantação e alcance dos padrões de acesso e de qualidade na APS³⁰. Um estudo realizado em Curitiba, Rio de Janeiro e Lisboa (Portugal) demonstrou que a contratualização das ESF resultou em melhoria de indicadores e desempenho dos serviços. Há que se ressaltar que o processo de contratualização é complexo e demanda reestruturação organizacional interna, pois, sem esse atributo, torna-se um mero instrumento de verificação de cumprimento de metas e perde o caráter de possibilitar a transformação de realidades³¹.

A conclusão de curso no nível de pós-graduação foi constatada para mais da metade dos participantes, com grande frequência para os da área de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família, corroborando os achados de Gonçalves et al.¹⁷ e Brito et al.²¹. Os dados demonstraram busca e/ou acesso dos trabalhadores ao aperfeiçoamento da prática profissional, em áreas do conhecimento importantes para a implementação e a consolidação da proposta da ESF. Nesse sentido, uma das iniciativas do Ministério da Saúde foi criar o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) pelo Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010³², em parceria com as demais esferas governamentais, instituições públicas de ensino superior e unidades internacionais para a formação continuada dos profissionais da área. O (UNA-SUS) ofertou cursos de pós-graduação e de extensão universitária a distância³³.

No que se refere à educação permanente, destaca-se o Programa de Educação Permanente (PEP), referido pelos profissionais. Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado da Saúde constituiu uma intervenção educacional intitulada como Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP), ou seja, estratégia educacional para os médicos que atuam na ESF³⁴. Porém, os profissionais enfermeiros e cirurgiões-dentistas também participaram de atividades de educação em serviço, sendo provável que instituíram os próprios processos de educação permanente de acordo com as necessidades advindas do serviço. Os achados do atual estudo se assemelham com os resultados de D'Ávila et al.³⁵ e Machado et al.³⁶. Os resultados positivos podem ser explicados, em parte, pela implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a criação de polos de educação permanente em saúde em diferentes municípios brasileiros, para a difusão da educação permanente de profissionais da saúde^{37,38}, sem especificidade para o tipo de categoria profissional.

No campo dos avanços, destaca-se a conclusão de cursos de pós-graduação com formação de profissionais em área específica para atuação na ESF, bem como a participação em atividades de educação permanente, iniciativas que qualificam o trabalhador em serviço. Cabe ressaltar também o resultado referente aos incentivos financeiros atrelados à contratualização de metas. Apesar de esse avanço não ser uma realidade para a maioria dos profissionais, considera-se que o incentivo financeiro possa contribuir para transformar os processos de trabalho das equipes participantes.

De acordo com os resultados, os desafios permanecem no campo da precarização do trabalho, com intensa variação de remunerações mensais entre as categorias profissionais da ESF e inexistência de proteções trabalhistas, fatos que poderão contribuir para o fluxo migratório de profissionais entre municípios, dificuldades para instalar novas equipes, aumentar

a cobertura populacional e garantir a efetividade dos princípios da APS, como a longitudinalidade do cuidado aos usuários dos serviços de saúde. Essa constatação aponta para a necessidade de estudos que possam verificar a influência do tipo de vínculo trabalhista na efetividade da atenção à saúde, no âmbito da ESF.

Ademais, é preciso envidar esforços para que a questão da precarização dos contratos de trabalho e remuneração dos profissionais, em especial na ESF, seja inserida na agenda prioritária dos três entes federativos, mediante a promoção de concursos públicos para a seleção de profissionais efetivos e remunerações adequadas, minimizando a rotatividade nos municípios mineiros.

O que é pujante nessa discussão é que a estruturação do SUS por meio da ESF perpassa pela discussão e mudança da gestão de recursos humanos na saúde vigente no país.

REFERÊNCIAS

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). PMID:21561655.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1501140>. PMID:26039598.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Andrade MV, Coelho AQ, Xavier M No, Carvalho LRD, Atun R, Castro MC. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). *PLoS One*. 2018;13(8):e0201723. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0201723>. PMID:30096201.
- Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):36-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x>. PMID:21859440.
- Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017;33(33 Suppl 2):e00118816. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00118816>. PMID:28977122.
- Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014;38(spe):94-108.
- Giovanella, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Pública*. 2018;34(8):e00029818. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029818>.
- Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):383-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>. PMID:20499011.
- Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):156-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200006>.
- Silva SS, Assis MMA, Santos AM. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e1090016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de implantação de equipes [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2016 jul 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php
- Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni L Jr. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde Debate*. 2015;39(104):29-41. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040174>.
- Gil GCR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):490-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200015>. PMID:15905911.
- Canesqui AM, Spinelli MAS. Family health in Mato Grosso State, Brazil: profile and assessment by physicians and nurses. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1881-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900019>. PMID:16917585.
- Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moyses NN, Ferraz W. Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate*. 2010;45:54-70.
- Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(100):26-34.
- Barbosa ACQ, Rodrigues JM. Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, UFMG; 2006.

19. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva; Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2018.
20. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012;22(4):1293-311. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>.
21. Brito GEG, Mendes ACG, Santos PM No, Farias DN. Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil. *Rev APS*. 2016;19(3):434-45.
22. Vieira, NP. Gestão do trabalho em saúde: planos de carreira, cargos e salários como demanda histórica na saúde pública e características de sua implantação em municípios paulistas [Tese de doutorado]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo; 2014.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS [online]. Rio de Janeiro: ObservaRH-IMS, UERJ; 2014 [citado em 2017 mar 3]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_5_2015_0_Sumario_Executivo_Avaliacao_de_Politicas_e_Programas_Nacionais.pdf
24. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, França T, Miranda RG. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde Debate*. 2017;41(112):110-21. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711209>.
25. Paim JS. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 2013;10(29):1927-53. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>. PMID:24127081.
26. Alvarenga EC, Oliveira PTR, Pinheiro HHC, Carneiro VCCB. Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. *Rev Nufem: Phenom Interd*. 2018;10(1):58-72.
27. Mandarinini MB, Alves AM, Sticca MG. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. *rPOT*. 2016;16(2):143-52. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2016.2.661>.
28. Garrido-Pinzón J, Bernardo MH. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):e00050716. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00050716>. PMID:28977271.
29. Cavalcante MVS, Lima TCS. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. *Argumentum*. 2013;5(1):235-56. <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v5i1.3585>.
30. Poli P No, Faoro NT, Prado JC Jr, Pisco LAC. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1377-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.02212016>. PMID:27166888.
31. Costa SV, Escoval A, Hortale VA. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3593-604.
32. Brasil. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 8 de dezembro de 2010.
33. Oliveira AEF, Ferreira EB, Sousa RR, Castro EF Jr, Maia MFL. Educação a distância e formação continuada: em busca de progressos para a saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(4):578-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400014>.
34. Leite MTS, Sena RR, Vieira MA, Mendonça JMG, Dias OV, Santos MIP, et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de Minas Gerais. *REME - Rev Min Enfer*. 2012;16(4):594-600.
35. D'Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):401-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>. PMID:24863817.
36. Machado JFFP, Carli ADD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate*. 2015;39(104):102-13. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040223>.
37. Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 14 de fevereiro de 2004.
38. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União, Brasília*, 21 de agosto de 2007.

Recebido em: Jun. 21, 2017

Aceito em: Jan. 03, 2019