

RELATÓRIO FINAL:

MONITORAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

- Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em Atenção Básica em Saúde
- Diálogos online: Remuneração por desempenho na atenção básica - 1ª e 2ª edição.
- Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde da família – 2014

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina - FM
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON
Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de
Mercado - EPSM

**MONITORAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO
EM SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).**

Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de
trabalho em Atenção Básica em Saúde

Diálogos online: Remuneração por desempenho na atenção
básica - 1ª e 2ª edição.

Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde
da família – 2014

Belo Horizonte, dezembro de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Vice-diretor: Humberto José Alves

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenador: Francisco Eduardo de Campos

Vice coordenador: Edison José Corrêa

**ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - OBSERVATÓRIO DE
RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE**

Coordenador: Sábado Nicolau Girardi

INSTITUIÇÃO FINANCIADORA:

Ministério da Saúde do Brasil (MS) – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Departamento de Atenção Básica (DAB).

RELATÓRIO FINAL:

**MONITORAMENTO DO
MERCADO DE TRABALHO EM
SAÚDE – PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

**Dimensionamento da estrutura e
dinâmica do mercado de trabalho
em Atenção Básica em Saúde**

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina - FM
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON
Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de
Mercado - EPSM

**MONITORAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO
EM SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).**

**Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de
trabalho em Atenção Básica em Saúde**

Belo Horizonte, dezembro de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Vice-diretor: Humberto José Alves

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenador: Francisco Eduardo de Campos

Vice-coordenador: Edison José Corrêa

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Autores

Lucas Wan Der Maas

Joana Natalia Cella

Júlia Leite de Carvalho Fernandes

Erick de Oliveira Faria

Luis Antônio Bonolo Campos

Sabado Nicolau Girardi

Colaboradores

Alice Werneck Massote

Ana Cristina van Stralen

Cristiana Leite Carvalho

Daniel de Souza Marcolino

Flávio Paiva Loureiro

Jackson Freire Araújo

Joice Carvalho Rodrigues

Márcio Augusto Canedo de Oliveira

Instituição Financiadora:

Ministério da Saúde do Brasil (MS) – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Departamento de Atenção Básica (DAB).

Lista de Tabelas

Tabela 1 – BRASIL, 2010: População ocupada no Macrossetor saúde, no núcleo do setor, com registro no CNES e em estabelecimentos de ABS.	48
Tabela 2 – BRASIL, 2010: Nº de empregos no Macrossetor saúde, no núcleo do setor, registrados no CNES e em estabelecimentos de ABS.	49
Tabela 3 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Nº de trabalhadores em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos da ABS e na ESF, segundo ocupações principais e período.	52
Tabela 4 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Nº de trabalhadores na ESF, segundo ocupações principais e período. ..	72
Tabela 5 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Nº de vínculos na ESF, segundo ocupações principais e período.	72
Tabela 6 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Nº de trabalhadores na ESF, segundo outras ocupações e período.	73
Tabela 7 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão do nº de trabalhadores, em FTE, por 3 mil habitantes, por ocupação e período.....	74
Tabela 8 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido dos vínculos da ESF por ocupação e período.	75
Tabela 9 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários da ESF criados nos últimos 12 meses por ocupação e período.....	76
Tabela 10 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos intermediados da ESF por ocupação e período.	77
Tabela 11 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio de duração dos vínculos da ESF, em meses, por ocupação e período.....	78
Tabela 12 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Carga Horária média dos vínculos da ESF por ocupação e período.....	79
Tabela 13 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão de médicos da ESF, em FTE, por 3 mil habitantes, por porte do município e período.	80
Tabela 14 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão de médicos da ESF, em FTE, por 3 mil habitantes, por região do município e período.	81
Tabela 15 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão de médicos da ESF, em FTE, por 3 mil habitantes, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.	81
Tabela 16 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido de médicos da ESF, em relação ao total de vínculos, segundo porte populacional do município e período.	82
Tabela 17 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido de médicos da ESF, em relação ao total de vínculos, segundo região geográfica do município e período.	83
Tabela 18 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido de médicos da ESF, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.	83
Tabela 19 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio, em meses, de duração dos vínculos de médicos na ESF, por porte populacional do município e período.....	84
Tabela 20 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio, em meses, de duração dos vínculos de médicos na ESF, por região geográfica do município e período.....	85

Tabela 21 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio, em meses, de duração dos vínculos de médicos na ESF, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.	85
Tabela 22 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários de médicos da ESF criados nos últimos 12 meses, por porte populacional do município e período.	86
Tabela 23 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários de médicos da ESF criados nos últimos 12 meses, por região geográfica do município e período.	87
Tabela 24 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários de médicos da ESF criados nos últimos 12 meses, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.	87
Tabela 25 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Distribuição absoluta e relativa (%) dos municípios brasileiros segundo existência de escassez de Médicos em Atenção Básica.	89
Tabela 26 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Distribuição absoluta e relativa (%) dos municípios com escassez de médicos em ABS, segundo graus do Índice.	90
Tabela 27 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Distribuição absoluta e relativa (%) dos municípios brasileiros segundo critérios de designação do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica.	91
Tabela 28 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Matriz de situação dos municípios segundo o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica.	94
Tabela 29 – BRASIL, março de 2014: Proporção de municípios segundo adesão a programas federais e situação de escassez de médicos em comparação a dezembro de 2010.	97
Tabela 30 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Evolução do número de equipes por tipo.	99
Tabela 31 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos em Equipes de Saúde da Família (ESF).	101
Tabela 32 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos em Equipes de Saúde da Família, por mês de referência, em relação ao mês anterior.	101
Tabela 33 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos vínculos de médicos da ESF em outros estabelecimentos, por tipo.	104
Tabela 34 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos com carga horária de 20 horas em Equipes de Saúde da Família (ESF).	105
Tabela 35 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de Médicos com carga horária de 20 horas em Equipes de Saúde da Família, por mês de referência, em relação ao mês anterior.	106
Tabela 36 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos com carga horária de 20 horas em Equipes de Saúde da Família segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.	109
Tabela 37 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos com carga horária de 30 horas em Equipes de Saúde da Família (ESF).	110
Tabela 38 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos com carga horária de 30 horas em Equipes de Saúde da Família, por mês de referência, em relação ao mês anterior.	111
Tabela 39 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos com carga horária de 30 horas em Equipes de Saúde da Família segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.	114

Tabela 40 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos em equipes de Consultório da Rua.....	115
Tabela 41 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos em equipes de Consultório da Rua, por mês de referência, em relação ao mês anterior.....	116
Tabela 42 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos em equipes de Consultório de Rua segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.....	118
Tabela 43 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos em equipes de Atenção Domiciliar (AD).....	119
Tabela 44 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos na Atenção Domiciliar, por mês de referência, em relação ao mês anterior.	120
Tabela 45 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos em equipes de Atenção Domiciliar segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.....	122
Tabela 46 – Resultados da Regressão Logística Multinomial aplicada às Equipes de Saúde da Família aderidas ao PMAQ. Brasil - 2013.	136
Tabela 47 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos em estabelecimentos de saúde segundo tipo de vínculo, por ocupação.	156
Tabela 48 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos em estabelecimentos de saúde segundo carga horária, por ocupação.	157
Tabela 49 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento e ocupação.	158
Tabela 50 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde por natureza jurídica e ocupação.	158
Tabela 51 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo tipo de vínculo, por ocupação.	159
Tabela 52 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo carga horária, por ocupação.	160
Tabela 53 - BRASIL, dezembro de 2012: : Distribuição (%) dos vínculos de médicos da ABS segundo tipo de vínculo, por especialidade médica.	163
Tabela 54 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos de médicos da ABS segundo carga horária, por especialidade médica.	164
Tabela 55 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo tipo de vínculo, por ocupação selecionada.....	166
Tabela 56 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo carga horária, por ocupação selecionada.....	167
Tabela 57 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo tipo de vínculo, por ocupação selecionada.....	172
Tabela 58 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo carga horária, por ocupação selecionada.....	173

Tabela 59 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Médicos, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.	175
Tabela 60 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Enfermeiros, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.	176
Tabela 61 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Cirurgiões-dentistas, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.	177
Tabela 62 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.	178
Tabela 63 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal*, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.	179
Tabela 64 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Agentes Comunitários de Saúde e afins*, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.	180
Tabela 65 – Trajetória dos médicos das equipes da Estratégia da Saúde de Família (ESF) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.	195
Tabela 66 – Trajetória dos médicos com vínculos de 20 horas na Estratégia da Saúde de Família (ESF) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.	198
Tabela 67 – Trajetória dos médicos com vínculos de 30 horas na Estratégia da Saúde de Família (ESF) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.	201
Tabela 68 – Trajetória dos médicos das Equipes de Consultório na Rua (ECR) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.	204
Tabela 69 – Trajetória dos médicos das Equipes de Atenção Domiciliar (EAD) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.	207

Lista de Figuras

Figura 1 – Representação do dimensionamento da Atenção Básica em Saúde e da Estratégia de Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.	38
Figura 2 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: N° de trabalhadores em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos da ABS e na ESF (em milhares).	50
Figura 3 – BRASIL, dez-2010 e mar-14: Incremento bruto no número de profissionais em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos de ABS e na ESF, por profissão.	53
Figura 4 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Médicos (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.	54
Figura 5 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Enfermeiros (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.	55
Figura 6 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Cirurgiões-dentistas (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.	55
Figura 7 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Técnicos de Enfermagem (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.	56
Figura 8 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Auxiliares de Enfermagem (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.	56
Figura 9 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Técnicos de Saúde Bucal (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.	57
Figura 10 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Auxiliares de Saúde Bucal (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.	57
Figura 11 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Evolução da proporção (%) de municípios com escassez de médicos em ABS, por região geográfica.	92
Figura 12 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Evolução da proporção (%) de municípios com escassez de médicos em ABS, por porte populacional.	93
Figura 13 – BRASIL: março de 2014: Distribuição (N e %) dos municípios brasileiros segundo comparação do Índice de escassez de médicos em Atenção Básica com o período de dezembro de 2010.	94
Figura 14 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos da Estratégia de Saúde da Família por origem.	102
Figura 15 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos desligados da Estratégia de Saúde da Família por destino no período posterior.	103
Figura 16 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 20 horas das Equipes de Saúde da Família por origem.	107
Figura 17 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 20 horas desligados da Estratégia de Saúde da Família por destino no período posterior.	108
Figura 18 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 30 horas das Equipes de Saúde da Família por origem.	112
Figura 19 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 30 horas desligados da Estratégia de Saúde da Família por destino no período posterior.	113

Figura 20 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos das em equipes de Consultório da Rua por origem.	116
Figura 21 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos desligados das em equipes de Consultório da Rua por destino no período posterior.	117
Figura 22 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos da Atenção Domiciliar por origem.	120
Figura 23 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos desligados da Atenção Domiciliar por destino no período posterior.	121
Figura 24 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos diretos de médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.	124
Figura 25 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos protegidos de médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.	126
Figura 26 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos de médicos com Plano de Carreira, em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.	128
Figura 27 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos de médicos em municípios com e existência de Programa de Incentivo, Gratificação, Prêmio financeiro por desempenho, em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.	130
Figura 28 – Brasil, 2012: Tempo médio, em anos, dos vínculos de médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.	132
Figura 29 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde segundo região geográfica, por ocupação.....	156
Figura 30 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde segundo estrato do município, por ocupação.....	156
Figura 31 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo região geográfica, por ocupação.	159
Figura 32 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo estrato do município, por ocupação.	159
Figura 33 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por ocupação.	160
Figura 34 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo vinculação a estabelecimentos hospitalares e pronto socorro, por ocupação.	161
Figura 35 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo tipo de atenção, por ocupação.	161
Figura 36 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos em estabelecimentos de ABS segundo região geográfica, por especialidade médica.....	162
Figura 37 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos em estabelecimentos de ABS segundo estrato do município, por especialidade médica.....	162
Figura 38 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos da ABS segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por especialidade médica.	164
Figura 39 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos da ABS segundo vinculação a estabelecimentos hospitalares e pronto socorro, por especialidade médica.	165

Figura 40 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo região geográfica, por ocupação selecionada.....	165
Figura 41 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo estrato do município, por ocupação selecionada.....	166
Figura 42 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por ocupação.	167
Figura 43 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo tipo de atenção, por ocupação selecionada.....	168
Figura 44 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo região geográfica, por ocupação.	168
Figura 45 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo estrato do município, por ocupação.	168
Tabela 55 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo tipo de vínculo, por ocupação.	169
Tabela 56 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo carga horária, por ocupação.	170
Figura 48 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF, segundo adesão da equipe ao 1º ciclo do PMAQ, por ocupação.	170
Figura 49 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por ocupação.	171
Figura 50 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo vinculação a estabelecimentos hospitalares e pronto socorro, por ocupação.	171
Figura 51 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo região geográfica, por ocupação selecionada.....	171
Figura 52 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo estrato do município, por ocupação.	172
Figura 53 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF, segundo adesão da equipe ao 1º ciclo do PMAQ, por ocupação selecionada.....	174
Figura 54 – Layout do Modelo Dimensional do CNES.	185
Figura 55 – Print Screen da página web de consulta da distribuição geográfica das equipes de SF	188
Figura 56 – Print Screen da página web de consulta da distribuição da razão de profissionais por habitantes...	189
Figura 57 – Print Screen da página web de construção de tabelas dinâmicas.	190
Figura 58 – Print Screen da página web de distribuição do salário médio de contratação no mercado de trabalho formal.	191

Lista de Mapas

Mapa 1 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de médicos por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.....	60
Mapa 2 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de enfermeiros por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.....	62
Mapa 3 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Cirurgiões-dentistas por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.....	64
Mapa 4 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.....	66
Mapa 5 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.....	68
Mapa 6 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Agentes Comunitários de Saúde em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.	70
Mapa 7 – BRASIL, março de 14: Municípios brasileiros segundo comparação do Índice de escassez de médicos em Atenção Básica com o período de dezembro de 2010.....	95

Lista de Quadros

Quadro 1 – Classificação das bases de dados para análise de recursos humanos em saúde no Brasil	24
Quadro 2 – Agregação da variável natureza jurídica.	27
Quadro 3 – Agregação da variável de tipo de estabelecimento.....	28
Quadro 4 – Códigos das ocupações selecionadas.	28
Quadro 5 – Composição do tipo de vínculo com o estabelecimento.....	31
Quadro 6 – Agregações da variável de tipo de vínculo.....	32
Quadro 7 – Agregações da variável de tipo de equipe.	34
Quadro 8 – Nome, graus de mensuração e categorias dos indicadores componentes do Índice de Escassez de médicos em Atenção Básica.....	37
Quadro 9 – Estratos municipais para certificação do PMAQ-AB.....	43
Quadro 10 – Lista de variáveis utilizadas no modelo de Regressão Logística	134
Quadro 11 – Histórico recente da regulação em Atenção Básica em Saúde.	144
Quadro 12 – Classificação das Profissões e Ocupações da Saúde a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2010.....	147
Quadro 13 – Correspondência entre as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e a Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 e atualização em 2010.	150
Quadro 14 – Categorias e Informações contidas no Questionário <i>online</i> do Módulo IV respondido pelos Gestores.....	154
Quadro 15 – Categorias e Informações contidas no Questionário <i>online</i> do Módulo IV respondido pelas Equipes de Saúde da Família.	154

Sumário

Apresentação	14
1. Introdução	16
2. Metodologia	19
2.1. Sobre as fontes de dados utilizadas	20
2.2. Dicionário de variáveis	27
2.2.1. Variáveis dos estabelecimentos de saúde	27
2.2.2. Variáveis dos vínculos	28
2.2.3. Variáveis dos profissionais	33
2.2.4. Variáveis das equipes de saúde	34
2.2.5. Variáveis do município	35
2.3. Análise dos dados	37
2.3.1. Dimensionamento da ABS	37
2.3.2. Indicadores de mercado de trabalho	39
2.3.3. Análise de trajetória	40
2.3.4. Análise do Módulo IV da Avaliação Externa do PMAQ	41
2.4. Construção do Sistema de Monitoramento de Mercado de Trabalho em Saúde – <i>Data Warehouse</i>	46
3. Dimensionamento do mercado de trabalho em ABS	46
3.1. Participação da Atenção Básica na Força de Trabalho em Saúde	46
3.2. Análise ocupacional da composição do mercado de trabalho da ABS	51
3.3. Análise de Distribuição Geográfica	58
4. O mercado de trabalho da Estratégia de Saúde da Família	71
4.1. Evolução dos estoques de trabalhadores e vínculos na ESF	71
4.2. Evolução dos indicadores de trabalho na ESF	73
4.3. Expansão da cobertura de médicos na ESF	79
5. Expansão da ABS em áreas de escassez de médicos	88
5.1. Evolução do Índice de escassez de médicos em Atenção Básica	88
5.2. Expansão da ESF em áreas de escassez	93
6. Trajetória de médicos na ESF	98

6.1.	Médicos em Equipes de Saúde da Família	99
6.2.	Médicos da ESF com carga horária de 20 horas	104
6.3.	Médicos com carga horária de 30 horas	109
6.4.	Equipes de Consultório na Rua	114
6.5.	Equipes de Atenção Domiciliar	118
7.	Análise da associação entre trabalho médico e desempenho das equipes aderidas ao PMAQ	122
7.1.	Análise descritiva	123
7.2.	Análise de Regressão Logística	133
8.	Conclusão.....	137
9.	Referências.....	141
10.	Apêndices	144
10.1.	Quadros complementares.....	144
10.2.	Diagnóstico da linha de base: dezembro de 2012.....	156
10.2.1.	Total de estabelecimentos de saúde	156
10.2.2.	Estabelecimentos de ABS	159
10.2.3.	Estratégia de Saúde da Família	168
10.3.	Notas sobre a evolução recente do mercado de trabalho formal em saúde (estoques e salários).....	175
10.4.	Tutorial do Sistema de Consulta <i>online</i>	181
10.5.	Matrizes de trajetórias.....	194

Apresentação

Este documento visa apresentar os resultados do componente de tratamento e análise de dados do estudo de monitoramento do mercado de trabalho em saúde do **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Trata-se de um processo de cooperação, estabelecido desde 2012, entre a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCONFM/UFMG) e o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). Esta cooperação tem por objetivo desenvolver e aprimorar metodologias de acompanhamento do mercado de trabalho com vistas à divulgação de informações para a gestão e planejamento da força de trabalho na Atenção Básica em Saúde (ABS).

Do ponto de vista metodológico, a cooperação teve o objetivo de construir um sistema de monitoramento e análise do mercado de trabalho em saúde no Brasil, com foco na ABS. Tal sistema é composto pela reunião e sistematização de dados secundários provenientes de registros administrativos e pesquisas estatísticas oficiais e de processos primários de consulta. De um lado, procedeu-se ao dimensionamento e descrição da estrutura, dinâmica e fluxos do mercado de trabalho por meio do tratamento de dados secundários. Todo o material produzido foi organizado em uma ferramenta de consulta *online* de indicadores do trabalho desenvolvida para facilitar o acesso permanente às análises de conjuntura do mercado de trabalho em ABS. Por outro lado, conduziram-se entrevistas e grupos de diálogos *online* para complementação dos dados secundários e coleta de opinião sobre temas pontuais.

Constituem-se produtos da cooperação, além deste documento:

- Sistema de consulta online disponível na *web site* da EPSM¹ e integrado ao Portal de Gestão do Trabalho do DAB que permite acompanhar informações sobre o trabalho na saúde, com foco na ABS. Trata-se de uma ferramenta de divulgação e análise de dados sobre o tema a qual permite subsidiar o planejamento de RHS. Os dados são acessados pelos usuários de forma dinâmica através da criação de tabelas, gráficos e mapas;
- Relatório técnico tabular dos resultados das Entrevistas Telefônicas Conduzidas por Computador (ETAC) realizadas junto a secretários de saúde e coordenadores da ABS dos municípios brasileiros sobre a situação do emprego na Estratégia de Saúde da

¹ <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>.

Família (ESF). Aborda questões sobre agentes contratantes, tipos de vínculo, carga horária, salários, postos vacantes e estratégias utilizadas pelos municípios para atração e fixação de médicos, além de questões específicas sobre o impacto de programas federais na melhoria do acesso na ABS e na alocação de Recursos Humanos em Saúde (RHS);

- Dois Diálogos *online* (realizados em dezembro de 2012 e julho de 2013) conduzidos por meio de uma plataforma virtual, através da qual foram promovidos debates sobre experiências de remuneração por desempenho na ABS. Estiveram envolvidos nos diálogos gestores municipais e profissionais de saúde. Durante os dias do Diálogo, os participantes contaram com informações de especialistas, materiais para consulta e o apoio de facilitadores. Também foi produto dos Diálogos *online* uma cartilha sobre o tema, elaborada com o objetivo de orientar os gestores municipais.

Neste relatório, apresentam-se os detalhes metodológicos e os resultados referentes às análises de mercado de trabalho realizadas por meio de dados secundários.

1. Introdução

No decorrer das últimas décadas, desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e especificamente da criação do então Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, muitos esforços têm sido empreendidos no Brasil no sentido de ampliar o acesso e a qualidade da assistência à saúde. De fato, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apontada como a principal política de interiorização da saúde no país, sendo, em alguns municípios, a única alternativa de acesso formal à saúde por parte das populações (GIRARDI *et. al.*, 2010a). Desde 2006, com a redefinição das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) assistiu-se a uma profusão de ações governamentais que incidiram direta ou indiretamente nos serviços de ABS, consolidando a ESF como uma política pública universal (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, a partir de 2011, um conjunto de políticas no âmbito Federal tem se destacado no sentido de oferecer subsídios para a gestão municipal da ABS. O programa que é especificamente direcionado para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, o PMAQ, foi instituído naquele ano objetivando a indução dessa melhoria nos níveis nacional, regional e local por meio da pactuação de metas entre os municípios e o Governo Federal. No cômputo geral, o programa opera por meio da indução de processos que visam alcançar os objetivos propostos. Um desses processos é o repasse de recursos financeiros aos municípios em função da negociação e contratualização de compromissos e resultados, das necessidades de saúde das populações e dos processos de trabalho das equipes de ABS. O PMAQ também opera por meio do investimento na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, entre outras estratégias. Outra forma de indução das melhorias é por meio da pactuação de metas para a gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores das equipes de saúde, um dos maiores desafios na execução da ESF, especialmente pela dificuldade de atração e fixação de médicos (BRASIL, 2011a). Até o momento de produção deste relatório, o PMAQ já passou por dois ciclos, o primeiro iniciado em 2011 e o segundo em 2013. No primeiro ciclo, mais de 4 mil municípios e 16 mil equipes aderiram ao programa. Toda trajetória deste ciclo já foi concluída e os resultados são, inclusive, alvo de análise deste relatório².

² O PMAQ possui uma sistemática de condução que passa pela contratualização entre municípios e Governo Federal e pela avaliação das equipes cadastradas e posterior repasse de recursos em função da certificação recebida, entre outras etapas. Como os resultados do 2º Ciclo não estavam disponíveis até a conclusão deste relatório, apenas os municípios e equipes do 1º Ciclo foram consideradas quando se buscou analisar a diferença de situação do mercado de trabalho entre aderidos ou não ao programa.

Concomitante ao PMAQ, programas direcionados ao provimento de RHS também foram instituídos nos últimos anos buscando a ampliação do acesso e da qualidade da saúde, com foco na ABS. Em 2011 foi criado o Programa de Valorização do Trabalhador da Atenção Básica (PROVAB) com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde da ABS para atuar em áreas de identificada necessidade de profissionais. A valorização do profissional se dá através da inserção de médicos na ESF, provendo aos mesmos a possibilidade de cursar Especialização em Saúde da Família, além de uma bonificação constituída pelo acréscimo de 10% da nota em um exame de residência médica que o médico venha a realizar após a sua participação no programa. O recrutamento, contratação, pagamento³ e supervisão do médico são feitos diretamente pelo Ministério da Saúde e cabe ao município manifestar a demanda pelo profissional. Podem se inscrever os profissionais médicos que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao conselho de classe. A atuação do contratado é de um ano, em uma equipe de saúde da família existente nos municípios demandantes. O contrato é firmado por meio do pagamento de uma bolsa e o cumprimento de carga horária semanal de 40 horas (BRASIL, 2011b, 2012). O programa já está na terceira edição e tem contratado cerca de 3.500 profissionais (pelo menos nas duas últimas edições).

De forma semelhante, mas com escala muito superior, foi criado em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM). Neste caso, além do recrutamento de médicos para atuação na ABS dos municípios o programa também visa aprimorar e ampliar a formação médica, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação médica, assim como autorizando e criando mais vagas nos cursos de medicina. O PMM busca atender áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade. A seleção de profissionais foi feita junto a médicos formados em instituições de ensino brasileiras ou com diploma revalidado no país, e quando tal oferta não foi suficiente também foi feita com médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior e com médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior. Como terceira alternativa ao processo seletivo, o programa estabeleceu termo de cooperação com o Governo de Cuba para a contratação de profissionais, os quais representam o maior contingente de médicos do

³ Com exceção da primeira edição do programa, em 2011, em que o próprio município era responsável pelo pagamento do profissional. Isso é apontado, inclusive, como uma das limitações daquela edição do PROVAB, o que impulsionou o pagamento de bolsas pelo Ministério da Saúde, nas edições seguintes.

PMM. A vinculação de todos os profissionais do programa também é direta com o Ministério da Saúde e feita através de bolsa, com cumprimento de carga horária de 40 horas semanais. Ao contrário do PROVAB, no PMM o período de duração do contrato é pelo prazo máximo de 36 meses (BRASIL, 2013a). Até julho de 2014, 3.759 municípios haviam se inscrito no PMM. Estimam-se mais de 14 mil profissionais já contratados atuando nestes locais⁴.

Além destes programas, outras estratégias foram tomadas pelo Governo Federal com o objetivo de ampliar o acesso à ABS. São elas: (i) a Portaria 2.027 de 25 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011c) que altera a carga horária médica da ESF possibilitando a composição de equipes com médicos de 20, 30 ou 40 horas semanais – que anteriormente só poderia ser de 40 horas, o que limitava muito as possibilidades de contratação desses profissionais; (ii) a Portaria 134 de 04 de abril de 2011 (BRASIL, 2011d) que define regras mais claras da correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos registros dos RHS no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – o que trouxe relativa melhoria nos processos de acompanhamento e monitoramento do mercado de trabalho; (iii) a definição de diretrizes para criação de Equipes de Consultório na Rua, que incluem a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, dentre outras necessidades de saúde das populações em situação de rua (BRASIL, 2011e); (iv) e a redefinição da Atenção Domiciliar no SUS pela criação de equipes multiprofissionais voltadas para a promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde⁵ (BRASIL, 2013b).

De maneira geral e, sobretudo no mercado de trabalho médicos, todas as iniciativas citadas acima trouxeram impactos nos dois componentes principais do mercado de trabalho, os componentes da oferta e da demanda da força de trabalho em saúde. O lado da oferta corresponde ao número de pessoas disponíveis para o trabalho num determinado setor de atividade ou tipo de ocupação em uma determinada região, num momento particular. Ou seja, a oferta de força de trabalho corresponde ao conjunto dos ocupados e procurando ativamente ocupar-se num determinado momento. Por sua vez, a demanda por força de trabalho de um

⁴ Até o momento de produção deste relatório o acesso aos dados sobre o PMM havia sido feito de forma parcial e inconclusiva. Apesar disso, algumas análises nesta pesquisa foram realizadas considerando os municípios inscritos no programa em julho de 2014, para que se pudesse compor o contexto de ações públicas com possíveis impactos nos mercados de trabalho da saúde. Como será explicado mais adiante, o Sistema de Monitoramento do Mercado de Trabalho em Saúde já prevê a inclusão de dados definitivos sobre o programa.

⁵ O conjunto de programas e estratégias aqui levantadas foi discriminado no Quadro 11, disponível no Apêndice 10.1 deste relatório.

determinado setor de atividade ou de uma ocupação corresponde ao número de postos ou posições de trabalho disponíveis naquele setor ou ocupação por áreas geográficas em um ponto de tempo (GIRARDI, 1986). O entendimento analítico dos componentes de oferta e demanda, bem como a produção de informações de monitoramento dos sinais dos mercados, são fundamentais para entender os impactos das políticas em questão, além de auxiliar em seu planejamento e execução.

Assim, este relatório apresenta um conjunto extensivo de evidências que, combinadas, fornecem um quadro dos possíveis impactos do PMAQ, PROVAB, PMM e outras estratégias tomadas pelo Governo Federal pelo menos nos últimos três anos, para o mercado de trabalho em saúde, com foco na ABS. É importante deixar claro, porém, que as ferramentas utilizadas para esta análise têm a capacidade de fornecer sinais do mercado de trabalho via estatísticas, indicadores e comparação de dados. Constitui-se, então, um dimensionamento das mudanças sensíveis às bases de dados disponíveis e que aqui foram eleitas. Isso significa, por outro lado, que não é uma ferramenta de análise das relações de causalidade entre as políticas em questão e a dinâmica dos mercados laborais, o que demandaria estudos de outras naturezas.

Os sinais que serão apresentados podem ser divididos em cinco grupos de evidências que compõem os capítulos de apresentação dos resultados. O Capítulo 3 busca dimensionar o tamanho ou a participação da força de trabalho em ABS, em relação ao mercado de trabalho em saúde geral a partir de análises setoriais, ocupacionais e de distribuição geográfica. Já o Capítulo 4 faz uma análise particular do trabalho na ESF por meio da evolução do número de trabalhadores, dos indicadores de mercado e da expansão da oferta de Médicos. Seguindo este último tema, os capítulos seguintes, 5 e 6, apresentam, primeiramente, a expansão dessa oferta em áreas identificadas com escassez de Médicos e, na sequência, a trajetória dos profissionais em relação aos serviços da ESF. Por fim, o Capítulo 7 contém uma análise da relação entre condições de trabalho e a avaliação que as equipes de ESF receberam no PMAQ.

2. Metodologia

O tratamento e a análise de dados secundários sobre o mercado de trabalho em saúde no Brasil têm por objetivo dimensionar e descrever a estrutura e os fluxos de trabalhadores em atividades de saúde no país, com foco especial nos possíveis impactos das políticas de

melhoria da ABS e de recrutamento de profissionais de saúde nesse mercado. Do ponto de vista estrutural, o estudo investigou o número de ocupados por ocupação, sua distribuição geográfica e entre segmentos institucionais (natureza jurídica e tipo de estabelecimento) e o perfil dos postos de trabalho. Do ponto de vista dos fluxos ou da dinâmica desse mercado, buscou analisar e descrever os principais movimentos dos trabalhadores, isto é, sua trajetória ocupacional em relação aos serviços de ABS. Tais trajetórias também são analisadas como possíveis impactos dos programas em curso, os quais visam à consolidação do acesso à ABS e ou a alocação e fixação de profissionais em áreas remotas e desassistidas.

A escolha das bases de dados foi feita após a análise de conteúdo das principais fontes disponíveis para análise da força de trabalho no Brasil (vide tópico 2.1). Como o objetivo foi o de analisar o mercado de trabalho com foco na ABS, optou-se pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (MS). Trata-se da única fonte que permite identificar os estabelecimentos públicos que prestam serviços de ABS, isto é, aqueles realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros e Postos de saúde e Unidades mistas. Apesar da centralidade que o CNES assumiu na análise, buscou-se identificar sinais do mercado de trabalho em saúde geral em outras fontes de informação para complementar a análise. Também foram utilizados dados específicos sobre os programas do governo federal que serão analisados. Uma breve descrição sobre as fontes e variáveis utilizadas é feita nos tópicos 2.1 e 2.2 e o detalhamento dos procedimentos analíticos no tópico 2.3.

2.1. Sobre as fontes de dados utilizadas

No Brasil não existem fontes de informação produzidas de forma periódica e por meio das instituições públicas que sejam específicas para coleta de informações sobre os Recursos Humanos em Saúde (RHS). Entretanto, inúmeras fontes, com objetivos distintos, dispõem de bases de dados que podem ser recortadas analiticamente a este respeito. A única base de dados em que se pode contar a quase totalidade dos habilitados em funções (atividades e ocupações) precípuas da saúde, isto é, o chamado Macrossetor saúde (vide BOX 01), é o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nele a população residente no país pode ser discriminada, entre outras características, segundo sua ocupação e formação, o que permite a identificação não só dos ocupados, mas também dos

desocupados e não economicamente ativos da saúde. Há em relação ao Censo pelo menos três limites. O primeiro diz respeito a sua periodicidade que é decenal. O segundo limite, ainda que seus efeitos sejam residuais, é que a identificação da ocupação do entrevistado é feita apenas em relação ao trabalho principal que este ocupa na semana de referência do inquérito, o que não permite identificar os que se ocupam na saúde apenas de forma secundária. O terceiro limite é de classificação dos cursos de graduação que se encontra muito desatualizada em relação aos cursos criados nas últimas três décadas (IBGE, 2013).

Além do Censo Demográfico, informações sobre a oferta de RHS no mercado de trabalho são encontradas no Brasil basicamente em três registros administrativos e duas estatísticas. São registros administrativos os dados dos conselhos profissionais das profissões de saúde de nível superior e algumas de nível técnico; do Sistema do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) composto pela Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); e do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS). As estatísticas disponíveis são a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), ambas do IBGE. Ressalta-se que o SCNES, o sistema RAIS e CAGED e a AMS também se constituem como fonte de demanda de RHS, no que diz respeito aos postos de trabalho ocupados.

Os dados dos conselhos são consultados para dimensionar o estoque de profissionais ativos, entretanto seu contingente corresponde aos profissionais habilitados ao exercício e não discriminam os que atuam ou não diretamente em serviços de saúde, isto é, os efetivamente ocupados ou que procuram trabalho em atividades econômicas de saúde. Sua utilização não é, portanto, imediata, exigindo refinamentos. Para uma análise geral do mercado de trabalho em saúde, que leve também em consideração as ocupações não regulamentadas, ou mesmo que não exigem qualificação específica para o exercício, é preciso lançar mão de outras bases de dados.

A RAIS é o censo anual do emprego formal no país, que abrange informações sobre os estoques do emprego no conjunto dos segmentos institucionais do mercado regulamentado (CLT, estatutário, temporário e avulso). A unidade analítica é o emprego, e não o empregado, constituindo-se, assim, como a principal fonte de demanda de força de trabalho. É possível encontrar dados sobre natureza jurídica, tipo de atividade, faixa etária, grau de instrução, sexo, ocupação, remuneração média, tipo de vínculo, tempo de serviço, etc. Além disso,

também podem ser analisados os fluxos de mercado de trabalho por tipo de admissão e causa de desligamento. O uso da RAIS é limitado, no entanto, por se restringir ao mercado formal, ainda que seja abrangente para a totalidade do Macrossetor Saúde (MTE, 2014).

O CAGED, assim como a RAIS, é um levantamento do MTE de nível nacional com os mesmos níveis de desagregação geográfica, setorial e ocupacional. Diferentemente daquele, sua coleta é mensal e a unidade de análise se refere às admissões e desligamentos do mês-base, e não aos estoques de emprego. Sua cobertura se restringe ainda aos movimentos de empregos celetistas, isto é, regidos segundo CLT, excluindo-se, portanto, movimentações de estatutários, temporários e afins. A utilização do CAGED para análise de RHS tem sido de extrema importância para verificação da conjuntura do mercado de trabalho, isto é, dinâmicas de criação de empregos no setor e flutuação de salários ao longo do ano (MTE, 2010a).

O SCNES é o registro administrativo do Ministério da Saúde que pretende abranger todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam eles públicos ou privados, ainda que não exista obrigatoriedade de preenchimento para os estabelecimentos que não prestam serviços ao SUS. Está disponível para todo o território nacional e com atualizações que podem ser diárias. Seu objetivo geral é coletar informações sobre infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e tipos de serviços. No que se refere aos recursos humanos em saúde, é possível identificar a ocupação, o tipo de vínculo e a carga horária. Apesar dos diversos problemas dessa fonte, em especial o não versionamento da base e a falta de atualização das informações de profissionais que não prestam serviços ao SUS, trata-se da principal alternativa de dimensionamento das atividades de assistência direta à saúde, sobretudo em estabelecimentos públicos de atenção básica e sobre especialidades médicas. O SCNES não possui abrangência para serviços de saúde prestados em outros tipos de estabelecimentos que não de saúde (MS, 2006).

A PNAD é uma pesquisa amostral de caráter domiciliar que coleta anualmente um conjunto de informações demográficas, educacionais e de trabalho e rendimento da população brasileira. Trata-se de um levantamento intercensitário com abrangência geográfica até o nível das unidades da federação. Contam-se os ocupados em atividades de saúde, definidos segundo a ocupação ou o setor de atividade. Por se tratar de uma pesquisa amostral não específica para área da saúde, a pesquisa se mostra representativa apenas para as profissões mais numerosas tais como Médicos, Cirurgiões-dentistas e Pessoal de enfermagem de nível superior e técnico.

Por esta mesma razão, os dados de profissões só são abrangentes para a totalidade do país, perdendo sua representatividade para níveis geográficos menores (IBGE, 2013).

A AMS se constituiu como a principal base de dados sobre recursos humanos em estabelecimentos de saúde nos anos de 1970 e 80, entretanto, o inquérito foi descontinuado nos anos 90, comprometendo a análise de séries históricas⁶. Trata-se de pesquisa censitária, realizada através de entrevista, que abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país que prestam assistência à saúde individual ou coletiva. São coletadas informações sobre infraestrutura, produção e recursos humanos. Nesse caso, os dados se referem aos postos de trabalho segundo ocupações de nível superior, técnico, médio, elementar e administrativo da saúde. A classificação de ocupação, no entanto, não permite comparações com outras fontes de dados, além de ser incompleta (IBGE, 2009).

O Quadro 1 classifica as bases de dados de mercado de trabalho segundo abrangência, tipos de análises possíveis em RHS e limites.

⁶ Está disponível para os anos de 1976 a 1990, 1992, 1999, 2002, 2005 e 2009.

Quadro 1 – Classificação das bases de dados para análise de recursos humanos em saúde no Brasil

Base de dados	Abrangência	Tipo de análise em RHS	Limites
Censo Demográfico	População residente no território nacional.	Oferta de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e algumas profissões e ocupações de saúde de pessoas ocupadas, desocupadas e não economicamente ativas na semana de referência.	Atualização decenal. Limitado aos trabalhos principais da semana de referência. Classificação de cursos de graduação incipiente.
Conselhos profissionais	Profissionais inscritos (ativos ou não) em cada conselho.	Oferta de RHS, segundo profissões de nível superior e algumas de nível técnico da saúde referentes aos profissionais com registro ativo.	Não é possível discriminar condição de atividade dos ativos. Disponível apenas para profissões de saúde de nível superior e algumas de nível técnico.
Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)	Empregos formais, ativos ou não em 31 de dezembro, na totalidade dos estabelecimentos empregadores do país.	Oferta e demanda de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e profissões e ocupações referentes aos empregos do mercado de trabalho formal.	Limitado ao mercado de trabalho formal.
Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED)	Movimentos mensais de admissão e desligamentos do mercado celetista.	Oferta e demanda de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e profissões e ocupações de saúde referentes aos movimentos de admissão e desligamento no mercado de trabalho celetista.	Limitado aos segmentos celetistas do mercado de trabalho formal e aos movimentos de admissão e desligamento.
Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Estabelecimentos de saúde.	Oferta e demanda de RHS, segundo profissões e ocupações de saúde referentes aos vínculos em estabelecimentos de saúde.	Limitado aos estabelecimentos de saúde e sub-representado para trabalhadores não SUS.
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD	Amostra da população residente no território nacional.	Oferta de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e algumas profissões e ocupações de saúde de pessoas ocupadas na semana de referência.	Amostra não é representativa para a maioria das ocupações e profissões de saúde.
Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS	Estabelecimentos de saúde.	Oferta e demanda de RHS, segundo profissões e ocupações de saúde referentes aos postos de trabalho em estabelecimentos de saúde.	A pesquisa foi descontinuada na década de 1990. A classificação de ocupação não permite comparação com outras fontes de dados e é incompleta.

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado.

Box 1 – Definição de Macrossetor Saúde

O dimensionamento do número de profissionais e outros trabalhadores de saúde, ou de profissões e ocupações que podem ser contadas como atividades econômicas de saúde, passa pela definição dessas atividades, então agrupadas no denominado Macrossetor Saúde (ZAYEN *et. al.*, 1995; NOGUEIRA; GIRARDI, 1999). Em uma primeira aproximação, as atividades do Macrossetor podem ser entendidas apenas como aquelas de prestação de serviços de saúde, as quais, por sua vez, incluem a função de prestação de serviços de saúde em estabelecimentos assim denominados.

O conceito de Macrossetor, porém, amplia essa noção, abrangendo trabalhadores tais como os que (i) prestam serviços de saúde em estabelecimentos cuja atividade econômica não está vinculada com a saúde (por exemplo, médicos e pessoal de enfermagem dos serviços próprios de empresas industriais e serviços de medicina do trabalho); (ii) exercem atividades não caracterizadas como prestação de serviços pessoais, mas que estão especificamente voltadas para a saúde (por exemplo, atividades de saneamento, saúde animal, ensino de saúde ou de administração da saúde pública); (iii) e dedicam-se a atividades de produção e venda de bens relacionados com a saúde (por exemplo, fabricação e venda de medicamentos e equipamentos médicos e odontológicos e comercialização de seguros e planos de saúde).

Nesta pesquisa, o CNES foi escolhido como referência para o acompanhamento do mercado de trabalho em saúde, como já explicado acima, em função da possibilidade de identificar os trabalhadores ocupados em estabelecimentos públicos de ABS e em equipes de ESF. Para tanto, foi definido um período de referência, considerado como a **linha de base** a partir da qual foram investigadas as tendências pregressas e os movimentos posteriores. A linha de base é o mês de dezembro de 2012⁷, momento em torno do qual o PMAQ-AB e o PROVAB foram estabelecidos⁸. Para efeitos de construção da série histórica, os meses de dezembro de 2010 e de 2011 delinearam o período anterior às políticas, isto é, da tendência pregressa. Após a linha de base, os dados para a identificação de possíveis impactos das políticas foram retirados por trimestre. Até o momento, os períodos considerados foram os de março, junho, setembro e dezembro de 2013 e março de 2014⁹.

⁷ Neste relatório, apenas os dados correspondentes a toda série histórica foram analisados. Apesar disso, no Apêndice 10.2 estão disponíveis dados referentes à linha de base. Estes dados foram apresentados em uma oficina, como o primeiro produto da cooperação EPSM e DAB.

⁸ Mais especificamente, o 1º Ciclo do PMAQ foi iniciado no segundo semestre de 2011 e a 1ª edição do PROVAB foi iniciada no primeiro semestre de 2012.

⁹ Estes períodos estavam disponíveis até o momento de início da produção deste relatório. Entretanto, o Sistema de Monitoramento do Mercado de Trabalho em Saúde já possui dados para junho de 2014.

Para efeitos de identificação, definiu-se como **estabelecimento público de atenção básica em saúde** o estabelecimento do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade mista, isto é, aqueles destinados a realização de atendimentos de ABS a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades médicas básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior e médio. No caso das Unidades mistas, ainda podem dispor de urgência/emergência e de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (MS, 2006). Consequentemente, definiu-se como **trabalhador em atenção básica em saúde** o profissional com pelo menos um vínculo em estabelecimento público de ABS.

Destaca-se como limite importante deste estudo a não identificação dos trabalhadores que prestam assistência em ABS nos estabelecimentos do setor de saúde suplementar e mesmo em estabelecimentos públicos que não aqueles recortados. Tal limite é minimizado tendo em vista que o objetivo central é a análise do impacto de programas governamentais direcionados especificamente para os estabelecimentos públicos de ABS, assim como foram definidos. Apesar disso, os dados da RAIS e do Censo Demográfico foram utilizados para dimensionar a participação da ABS, nos setores público e privado, em relação ao total da economia e ao conjunto do Macrossetor saúde (vide tópico 3.1)¹⁰.

Finalmente, dados sobre o PMAQ-AB e o PROVAB foram relacionados aos dados do CNES para que se produzissem análises específicas sobre profissionais, municípios e equipes de saúde da família aderidas aos mesmos. No caso do PMAQ-AB foram utilizados alguns dados do Censo das Unidades Básicas de Saúde e da Avaliação Externa do 1º Ciclo, que foram disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS). As informações foram cruzadas através do código da equipe (código do estabelecimento + código da área). Para o PROVAB, utilizaram-se os dados de inscrição e situação mensal dos médicos contratados nos três ciclos do programa, disponibilizados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGETS). Neste caso, as informações foram cruzadas através do CPF do profissional.

¹⁰ O Apêndice 10.3 apresenta uma nota sobre a evolução do mercado de trabalho formal das profissões principais da ABS, com base nos dados da RAIS de 2003 a 2013.

2.2. Dicionário de variáveis

Neste tópico é apresentado um dicionário das variáveis utilizadas. Em quase todos os casos, as variáveis sofreram alterações em relação aos dados originais. Além disso, outras variáveis foram criadas. O dicionário está dividido em: (i) variáveis dos estabelecimentos de saúde; (ii) variáveis dos vínculos; (iii) variáveis dos profissionais; (iv) variáveis das equipes de saúde; e (v) variáveis dos municípios de localização dos estabelecimentos.

2.2.1. Variáveis dos estabelecimentos de saúde

Natureza jurídica: Informa a natureza jurídica da organização que administra o estabelecimento de saúde. As seguintes agregações foram realizadas:

Quadro 2 – Agregação da variável natureza jurídica.

Categoria	Agregações
Público - Administração Direta	Administração direta da saúde (MS, SES e SMS); Administração direta de outros órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc.)
Público - Administração indireta	Administração indireta da saúde (Autarquias; Empresa pública; Fundação pública).
Privado lucrativo	Empresa Privada
Privado não lucrativo	Entidade beneficente sem fins lucrativos; Organização Social.
Outro	Cooperativa; Economia mista; Fundação privada; Serviço Social Autônomo; Sindicato.

Tipo de estabelecimento: Identifica o tipo de estabelecimento de acordo com a natureza da atividade realizada. As seguintes agregações foram realizadas:

Quadro 3 – Agregação da variável de tipo de estabelecimento.

Categoria	Agregações
Unidade Básica de Saúde	UBS, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade Mista.
Hospital	Hospital Geral, Hospital Especializado, Hospital Dia.
Pronto Socorro	Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado, Atendimento e Unidade móvel de nível pré-hospitalar.
Unidade especializada	Policlínica, Clínica especializada, CAPS, CASF.
Consultório	Consultório isolado
SADT	SADT, LACEN, Centro de Hemoterapia e ou Hematologia.
Secretaria de Saúde	Secretaria de Saúde
Outro	Un. móvel fluvial, Un. móvel terrestre, Farmácia, Un. de vigilância em saúde, Cooperativa, Centro de parto normal, Centro de Regulação de Serviços de Saúde, Un. de atenção à saúde indígena, Polo academia da saúde, Telessaúde, Central de regulação médica das urgências.

2.2.2. Variáveis dos vínculos

Ocupação: Código da ocupação referente ao vínculo do trabalhador com o estabelecimento, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (MTE, 2010b). A ocupação foi analisada neste relatório basicamente para ocupações principais das equipes de saúde da família – Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas, Técnicos de Enfermagem (TEN), Auxiliares de Enfermagem (AEN), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares de Saúde Bucal (ABS). Em algumas análises foram consideradas outras ocupações. São elas: Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Profissionais da Educação Física, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.¹¹

Quadro 4 – Códigos das ocupações selecionadas.

¹¹ É importante ressaltar que o foco desta análise recaiu sob as profissões principais da ESF, mas o Sistema de Monitoramento do Mercado de Trabalho em Saúde permite analisar todas as profissões e ocupações da saúde. Por esse motivo foram feitas duas classificações especiais, derivadas da CBO, sendo uma que identifica e discrimina 44 profissões e ocupações de saúde e outra a que fez o mesmo para 52 especialidades médicas. As classificações estão disponíveis nos Quadros 12 e 13 do Apêndice 10.1 deste relatório.

Ocupações principais	
Ocupação	Códigos
Médicos (MED)	2251, 2252, 2253, 2231*
Enfermeiros (ENF)	2235
Cirurgiões-dentistas (CD)	2232
Técnicos de Enfermagem (TEN)	3222-05 até 3222-25 e 3222-45
Auxiliares de Enfermagem (AEN)	3222-30 até 3222-40 e 3222-50
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	5151-05
Técnicos de Saúde Bucal (TSB)	3224-05 e 3224-25
Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)	3224-15 e 3224-30
Outras ocupações	
Assistentes Sociais (ASS)	2516-05
Farmacêuticos (FARM)	2234
Fisioterapeutas (FISIO)	2236
Fonoaudiólogos (FONO)	2238
Nutricionistas (NUT)	2237
Profissionais da Educação Física (EDF)	2241
Psicólogos (PSIC)	2215
Terapeutas Ocupacionais (TO)	2239

* O código 2231 corresponde à classificação de médicos, anterior a 2010, entretanto, alguns poucos registros posteriores a este período não atualizaram o código.

Carga horária: refere-se à carga horária semanal do vínculo, pela soma das cargas ambulatorial (quando o profissional presta atendimento ambulatorial), hospitalar (quando o profissional realiza atendimento na internação) e de outro tipo (quando o profissional realiza atividades administrativas e outras que não se enquadram nas opções anteriores). Foi realizada a agregação em faixas de carga horária: 1 a 19 horas; 20 horas; 21 a 29 horas; 30 horas; 31 a 39 horas; 40 horas; Mais de 40 horas; Sem informação ou inconsistente (sendo inconsistente a soma que perfazia mais de 60 horas semanais).

Full Time Equivalente: corresponde a contagem de profissionais equivalente a tempo integral de trabalho. Dessa forma, cada 40 horas de trabalho semanal em determinada ocupação equivale a um profissional.

Tipo de vínculo: Tipo vínculo do trabalhador com o estabelecimento de saúde, isto é, de que forma é regida a vinculação com o estabelecimento para o desempenho da função contratada. O tipo de vínculo é composto de três variáveis: tipo de vinculação, tipo de vínculo e tipo de sub-vínculo, conforme combinação do Quadro 5. As combinações foram ainda agregadas de acordo com o Quadro 6.

Quadro 5 – Composição do tipo de vínculo com o estabelecimento.

VINCULAÇÃO		VÍNCULO		SUB_VÍNCULO	
Código	Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição
1	Vínculo empregatício	01	Estatutário	00	Sem subtipo
		02	Emprego público	00	Sem subtipo
		02	Emprego público	01	CLT
		03	Contrato por prazo determinado	00	Sem subtipo
		04	Cargo comissionado	00	Sem subtipo
		04	Cargo comissionado	01	Cargo comissionado não cedido
		04	Cargo comissionado	02	Cargo comissionado cedido
		05	Celetista	01	Contrato por OSCIP/OS
		05	Celetista	02	Contrato por ONG
		05	Celetista	03	Contrato por entidade filantrópica
		05	Celetista	04	Contrato por rede privada
2	Autônomo	01	Intermediado por OS	00	Sem subtipo
		02	Intermediado por OSCIP	00	Sem subtipo
		03	Intermediado por ONG	00	Sem subtipo
		04	Intermediado por instituição/ entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos	00	Sem subtipo
		05	Intermediado por empresa privada	00	Sem subtipo
		06	Consultoria	00	Sem subtipo
		07	Sem intermediação	00	Sem subtipo
		08	Intermediado por cooperativa	00	Sem subtipo
3	Cooperativa	00	Sem tipo	00	Sem subtipo
4	Outros	01	Bolsa	00	Sem subtipo
		02	Contrato verbal/informal	00	Sem subtipo
		03	Proprietário	00	Sem subtipo
5	Residência	00	Sem tipo	00	Sem subtipo
6	Estágio	00	Sem tipo	00	Sem subtipo

Fonte: PMF/GOV-SC.

http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/04_01_2010_10.32.25.6b007b9af985e1b6d792baf995e4fed0.PDF acessado 23 de agosto de 2012.

Quadro 6 – Agregações da variável de tipo de vínculo.

Categoria	Agregações
Estatutário	Estatutário; Emprego Público sem subtipo.
Celetista	Celetista; Emprego público com subtipo CLT.
Cargo comissionado	Cargo Comissionado.
Outro vínculo empregatício	Vínculo empregatício sem tipo.
Contrato por prazo determinado	Contrato por prazo determinado.
Autônomo sem intermediação	Consultoria; Sem intermediação (RPA).
Autônomo intermediado	Intermediado por OSCIP, Entidade filantrópica sem fins lucrativos, Cooperativa, Empresa privada, ONG e OS.
Bolsa	Bolsa
Outro	Contrato verbal/informal; Proprietário; Cooperado.
Não informado	Tipo não informado.

Trabalho protegido: indicador para análise de proteção do trabalho, sendo considerado protegido os vínculos dos tipos Estatutário, Celetista e Cargo Comissionado e desprotegido os demais tipos (Outro vínculo empregatício, Contrato por prazo determinado, Autônomo sem intermediação, Autônomo intermediado, Bolsa, Outro, Não informado).

Vínculo intermediado: indicador para análise de terceirização que considera como vínculos intermediados os de tipo autônomo com OSCIP, Entidade filantrópica sem fins lucrativos, Cooperativa, Empresa privada, ONG e OS e, como não intermediados, os demais tipos.

Tempo de duração do vínculo: para vínculos em equipes de ABS, foi calculado o tempo de duração, em meses, pela diferença entre a data de referência (último dia do mês correspondente) e a data de entrada na equipe. O tempo de permanência foi categorizado em: 1 - Até 6 meses; 2 - Mais de 6 meses até 1 ano; 3 - Mais de 1 até 2 anos; 4 - Mais de 2 até 3 anos; 5 - Mais de 3 até 4 anos; 6 - Mais de 4 até 5 anos; 7 - Mais de 5 anos; 8 - Sem informação.

Trabalho temporário criado nos últimos 12 meses: indicador que marca os vínculos do tipo contrato por prazo determinado com tempo de duração de até 12 meses, em relação ao total de vínculos com o mesmo tempo de duração.

2.2.3. Variáveis dos profissionais

Situação em relação à ABS: informa se o trabalhador é exclusivo da ABS, isto é, se todos os vínculos que o mesmo possui no período estão em estabelecimentos de ABS, ou se, não sendo exclusivo, se possui vínculo com outro estabelecimento público, ou privado, ou ambos (1 – Ocupado exclusivamente na ABS; 2 – Ocupado na ABS e em outro(s) estabelecimento(s) público(s); 3 – Ocupado na ABS e em estabelecimento(s) privado(s); 4 – Ocupado na ABS, em outro(s) estabelecimento(s) público(s) e em estabelecimento(s) privado(s); 5 – Não ocupado na ABS).

Situação em relação aos serviços hospitalares e de pronto atendimento: informa se o trabalhador da ABS, isto é, aquele com pelo menos um vínculo em estabelecimentos de ABS, possui ou não um vínculo em hospital, pronto socorro e ou pronto atendimento do setor público (1 – ABS sem vínculo em urgência e emergência do setor público; 2 - ABS com vínculo em urgência e emergência do setor público; 3 – Não ABS).

Condição na ABS: informa a condição do profissional em relação ao tipo de ABS (1 – Exclusivo da ESF; 2 – Exclusivo da ABS Convencional; 3 – ESF e ABS convencional; 4 – Não ABS).

Adesão ao PROVAB: informa se o profissional médico é cadastrado no Programa de Valorização do Trabalhador da Atenção Básica. A identificação se deu a partir de banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). Identificaram-se profissionais médicos concluintes do PROVAB, no caso da primeira edição do programa e dos profissionais ativos, mês a mês, no caso das segunda e terceira edições. Os dados de concluintes do 1º ciclo se aplicam apenas aos dados de dezembro de 2012, os de ativos no 2º ciclo aos dados de março, junho, setembro e dezembro de 2013 e os de ativos no 3º ciclo aos dados de março de 2014.

Adesão ao Programa “Mais Médicos”: se o profissional médico é cadastrado no Programa “Mais Médicos”. Esta variável foi incluída no modelo de consulta *online*, mas o processo de acesso à informação respectiva ainda não foi concluído. Nesse sentido, neste documento e

na versão do sistema de consulta *online* apresentado concomitantemente, ainda não é possível fazer a análise correspondente.

2.2.4. Variáveis das equipes de saúde

Equipe de Atenção básica: indica se é uma equipe de atenção básica ou não. Foram assim consideradas as Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESF-SB), Equipes de Atenção Básica (EAB), Equipe de saúde da família para população ribeirinha e fluvial (ESF-PRF), Equipe dos consultórios na rua (ECR), Equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EAD) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesse sentido, não foram consideradas equipes de atenção básica as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, as Equipes de Atenção à saúde do Sistema Penitenciário e as Equipes de Saúde da Família Transitórias.

Tipo de equipe: modalidade da equipe, agregada segundo quadro a seguir.

Quadro 7 – Agregações da variável de tipo de equipe.

Categoria	Agregações
Equipe de saúde da família (ESF)	1 - ESF; 24 - ESF1; 27 - ESF2; 30 - ESF3; 33 - ESF4.
Equipe de saúde da família com saúde bucal (ESF-SB)	2 - ESFSB_M1; 3 - ESFSB_M2; 25 - ESF1SB_M1; 26 - ESF1SB_M2; 28 - ESF2SB_M1; 29 - ESF2SB_M2; 31 - ESF3SB_M1; 32 - ESF3SB_M2; 34 - ESF4SB_M1; 35 - ESF4SB_M2.
Equipe de atenção básica (EAB)	16 - EAB1; 17 - EAB2; 18 - EAB3; 19 - EAB1SB; 20 - EAB2SB; 21 - EAB3SB
Equipe de saúde da família para população ribeirinha e fluvial (ESF-PRF)	12 - ESFPR; 13 - ESFPRSB; 14 - ESFF; 15 - ESFFSB.
Equipe dos consultórios na rua (ECR)	41 - eCR MI; 42 - eCR MII; 43 - eCR MIII.
Equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EAD)	22 - EMAD; 46 - EMAD2; 47 - ECD.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	6 - ENASF1; 7 - ENASF2; 43 - NASF1; 44 - NASF2; 45 - NASF3.
Outras	4 - EACS; 5 - EPEN; 8 - EMSI; 9 - EMSIAL; 10 - EACSSB_M1; 11 - EACSSB_M2; 36 - ESFTRANS; 37 - ESFTRANSSB_M1; 38 - ESFTRANSSB_M2.

Adesão ao PMAQ: se a equipe aderiu ao PMAQ no 1º ciclo (0 - Não PMAQ; 1 - PMAQ);

Conceitos da certificação do PMAQ: notas das equipes aderidas ao PMAQ na Certificação Externa. Divide-se em: 1 – Ótimo (muito acima da média); 2 – Bom (acima da média); 3 – Regular (mediano ou abaixo da média); 4 – Sem informação; 5 – Não se aplica. Esta variável é mais bem explicitada no Tópico 2.3.4.

2.2.5. Variáveis do município

Hierarquia geográfica: Neste relatório foram analisados alguns dados segundo Região, Unidade da Federação e Município. O sistema de consulta, porém, também dispõem de macro e micro regiões do IBGE e das regiões de saúde.

Porte populacional: Classificação do município segundo faixas de porte populacional no período de referência em questão: 1 – Capitais e Regiões Metropolitanas; 2 – Mais de 100 habitantes; 3 – Mais de 50 até 100 mil habitantes; 4 – Mais de 20 até 50 mil habitantes; 5 – Mais de 10 até 20 mil habitantes; 6 – Até 10 mil habitantes. Para os dados de dezembro de 2010 utilizou-se a população contabilizada no Censo Demográfico. Para os períodos seguintes, utilizaram-se as estimativas populacionais do IBGE de 2011 a 2014. Tanto o Censo quanto as estimativas correspondem à população no meio do ano, em junho. Mesmo assim elas foram consideradas como referência para todos os períodos do CNES que estavam disponíveis para o ano respectivo.

Índice de escassez de médicos em ABS: indicador desenvolvido pela EPSM (GIRARDI *et al.*, 2010b; 2012) que identifica e classifica os municípios brasileiros de acordo com a escassez de médicos em ABS. Trata-se de um índice composto a partir da razão de médicos por habitantes (número de médicos nas especialidades de saúde da família, clínica médica e pediatria, equivalente a tempo completo em horas ambulatoriais de trabalho semanal); proporção de domicílios na pobreza, segundo critério de elegibilidade do Programa Bolsa Família (renda *per capita* abaixo de R\$140,00) e Taxa de Mortalidade Infantil.

Na construção do indicador foram designados com escassez de médicos em ABS os municípios com: (i) um médico para mais de 3.000 habitantes ou com ausência de médicos, que foram automaticamente incluídos; (ii) um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e TMI de mais de 100% acima da média nacional; e (iii) m médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza.

Entre os municípios designados, isto é, identificados com escassez de médicos, procedeu-se à mensuração da escassez. Para tanto, os três indicadores selecionados foram classificados num gradiente de 0 a 5 de acordo com a intensidade da ocorrência do evento conforme descreve o Quadro 10. A soma proveniente das notas em cada um dos indicadores é o valor do índice, variável de 1 a 15. Quanto mais próximo de um, menor é o grau de escassez, quanto mais próximo de 15, maior. Os valores foram divididos em cinco categorias, cada uma somando três valores do índice (1 a 3: Traços de escassez; 4 a 6: Escassez Baixa; 7 a 9: Escassez Moderada; 10 a 12: Escassez Alta; 13 a 15: Escassez Severa).

Quadro 8 – Nome, graus de mensuração e categorias dos indicadores componentes do Índice de Escassez de médicos em Atenção Básica.

Indicadores	Pesos	Escalas
Nº de habitantes por médico em ABS equivalente a tempo integral (40 horas) em dezembro de 2012	0	1 médico p/ até 3.000 hab.
	1	1 médico p/ mais de 3.000 até 4.000 hab.
	2	1 médico p/ mais de 4.000 até 5.000 hab.
	3	1 médico p/ mais de 5.000 até 10.000 hab.
	4	1 médico p/ mais de 10.000 até 15.000 hab.
	5	1 médico p/ mais de 15.000 hab./sem médico
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 2010	0	TMI abaixo da média nacional
	1	TMI até 10% acima da média
	2	TMI mais de 10% até 25% acima da média
	3	TMI mais de 25% até 50% acima da média
	4	TMI mais de 50% até 100% acima da média
	5	TMI mais de 100% acima da média
Proporção de domicílios elegíveis ao Programa Bolsa Família em 2010 – com renda domiciliar <i>per capita</i> de até R\$140,00	0	Menos de 10% de domicílios pobres
	1	De 10% a menos de 20%
	2	De 20% a menos de 30%
	3	De 30% a menos de 40%
	4	De 40% a menos de 50%
	5	50% ou mais

Fonte: adaptado de Girardi *et. al.*, 2012.

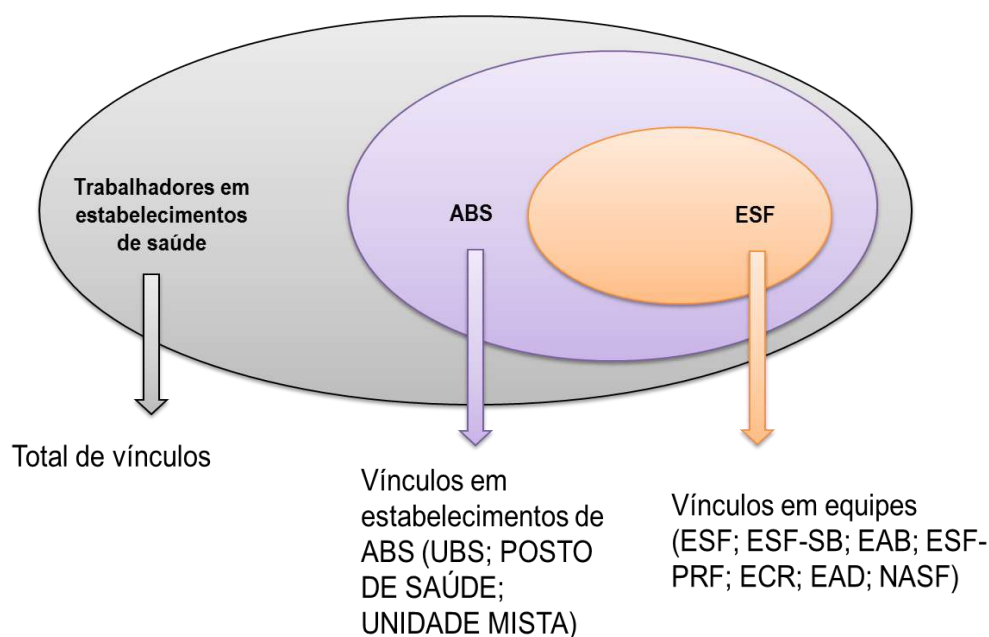
2.3. Análise dos dados

2.3.1. Dimensionamento da ABS

O dimensionamento da ABS a partir do CNES segue a representação da Figura 1. O círculo maior corresponde à totalidade da base de dados, a qual descreve o total de vínculos de trabalhadores em estabelecimentos de saúde em um dado período de referência. A análise do mercado de trabalho em ABS corresponde a uma seleção dos vínculos de trabalhadores em estabelecimentos públicos de ABS, assim como foram definidos neste estudo: as UBS,

os Postos de saúde e as Unidades Mistas. A análise da ESF, por sua vez, abarca vínculos de trabalhadores em equipes de atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESF-SB), Equipes de Atenção Básica (EAB), Equipe de saúde da família para população ribeirinha e fluvial (ESF-PRF), Equipe dos consultórios na rua (ECR), Equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EAD)¹² e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ressalta-se que a análise da ABS, necessariamente considera a ESF. É possível que se faça esta análise desconsiderando a ESF, isto é, elegendo apenas a ABS convencional, mas isso não foi abordado nesse relatório, estando disponível no sistema de consulta *online*.

Figura 1 – Representação do dimensionamento da Atenção Básica em Saúde e da Estratégia de Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.



Fonte: EPSM.

¹² Parte dos vínculos em equipes de Atenção Domiciliar está registrada em estabelecimentos hospitalares, devido à natureza do cuidado prestado por elas. Dessa forma, tais vínculos não são contados na dimensão ABS, uma vez que esta se limita às UBS, Postos de Saúde e Unidades Mistas.

2.3.2. Indicadores de mercado de trabalho

Com o objetivo de produzir informações sintéticas que ofereçam os principais sinais do mercado de trabalho, foram construídos os seguintes indicadores:

- *Número de profissionais por equivalente de tempo integral*: medida de *Full Time Equivalent* – FTE, que fornece a oferta de profissionais segundo a hipótese de que todos trabalhassem 40 horas semanais. Trata-se de um ajuste feito pela divisão de todas as horas trabalhadas por 40:

$$\text{FTE} = \frac{\sum \text{das horas semanais de todos os vínculos em estabelecimentos de saúde}}{40}$$

- *Razão do número de profissionais por habitante*: proporção, em três mil (parâmetro da saúde da família), do número de profissionais por equivalente de tempo integral em relação ao total da população residente:

$$\text{Razão profissionais de saúde/população} = \frac{\text{Nº de profissionais em FTE}}{\text{População residente}} \times 3000$$

- *Proporção de trabalho protegido*: proporção, em cem, do número de vínculos do tipo estatutário, celetista e cargo comissionado, em relação ao total de vínculos:

$$\text{Proporção de trabalho protegido} = \frac{\text{Nº de vínculos do tipo estatutário celetista e cargo comissionado}}{\text{Total de vínculos}} \times 100$$

- *Proporção de vínculos temporários criados nos últimos 12 meses*: proporção, em cem, do número de vínculos temporários criados nos últimos 12 meses, em relação ao total de vínculos criados nos últimos 12 meses:

$$\text{Prop. vínc. temp. nos últimos 12 meses} = \frac{\text{Nº de vínculos temporários criados nos últimos 12 meses}}{\text{Total de vínculos temporários criados nos últimos 12 meses}} \times 100$$

- *Proporção de vínculos intermediados*: proporção, em cem, do número de vínculos intermediados por OS, ONG, OSCIP, empresa privada, filantrópica e cooperativa, em relação ao total de vínculos:

$$\text{Proporção de vínculos intermediados} = \frac{\text{Nº de vínculos intermediados por ONG, OS OSCIP, empresa, filantrópica e cooperativa}}{\text{Total de vínculos}} \times 100$$

- *Média de horas semanais de trabalho*: quociente entre a soma das horas semanais contratadas de todos os vínculos, e o total de vínculos:

$$\text{Média de horas semanais de trabalho} = \frac{\sum \text{das horas semanais de todos os vínculos}}{\text{Total de vínculos}}$$

- *Média de tempo de duração do vínculo*: quociente entre a soma dos tempos de duração do vínculo, em meses, de todos os vínculos, em relação ao total de vínculos:

$$\text{Tempo médio de emprego} = \frac{\sum \text{do tempo de emprego (em meses) de todos os vínculos}}{\text{Total de vínculos}}$$

2.3.3. Análise de trajetória

Do ponto de vista dos fluxos do mercado de trabalho, buscou-se analisar e descrever os principais movimentos dos trabalhadores, isto é, sua trajetória ocupacional em relação aos serviços de ABS, mais especificamente em equipes da ESF. Tais trajetórias foram analisadas como possíveis impactos dos programas federais, que direta ou indiretamente buscam a ampliação do acesso e da qualidade através da alocação e fixação de profissionais, sobretudo Médicos. Nesse sentido, realizou-se um exercício descritivo dos fluxos de Médicos na ESF, considerando os movimentos de admissão e desligamento desses profissionais nas equipes

de ESF entre os períodos, bem como sua permanência. Em um primeiro momento, foram considerados todos os médicos em equipes de ESF e, em seguida, de forma particular, os médicos de 20 horas em equipes de ESF, de 30 horas, em Equipes de Atenção Domiciliar (EAD) e em Equipes de Consultório na Rua (ECR).

Para tanto, foram construídas matrizes comparativas da situação do profissional em pares de meses de referência, iniciando pela situação em dezembro de 2011 em comparação a dezembro de 2010 e assim consecutivamente até o período mais recente (par dos meses de março de 2014 em relação a dezembro de 2013). As situações analisadas foram: (1) se o profissional estava ocupado em equipe do tipo correspondente (ESF Geral, EAD, ECR, ESF 20 horas, ESF 30 horas), com pelo menos um vínculo; (2) se não estava ocupado em equipe do tipo correspondente, mas ocupado na ABS, com pelo menos um vínculo; (3) não ocupado na ABS; e (4) não registrado no CNES.

Ressalte-se que a situação reflete uma condição do indivíduo e não dos vínculos de trabalho. Assim, considerou-se como ***mantido*** o profissional que permaneceu na situação (1) nos dois períodos, ainda que em vínculos diferentes (por exemplo, o médico que migrou de uma EAD para outra EAD, não alterou sua situação). Já o profissional ***admitido*** é aquele que estava nas situações de (2) a (4) no mês anterior e passou a situação (1) no mês seguinte. Por fim, o Médico ***desligado*** é aquele que estava na situação (1) e passou para uma das outras. Ao final, identificou-se a origem dos admitidos e o destino dos desligados, que podem ser a própria ABS (seja a ABS convencional ou a ESF, ainda que em outro tipo de equipe); outros estabelecimentos de saúde que não de ABS, e fora do CNES. Este último, enquanto *proxy* do núcleo do Macrossetor Saúde pode indicar a admissão de novos profissionais, até então não ativos na assistência direta à saúde.

2.3.4. Análise do Módulo IV da Avaliação Externa do PMAQ

Complementarmente ao CNES, realizou-se uma análise dos dados do Módulo IV da Avaliação Externa do PMAQ. Tal Avaliação foi conduzida pelo DAB/MS com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa em todo o Brasil e ocorreu por meio de um conjunto de ações de análise das condições de acesso e qualidade da ABS em municípios, e respectivas equipes participantes do PMAQ. A maior parte desta Avaliação foi realizada por meio de

entrevistas e observação nas UBS ao longo do segundo semestre de 2012. Os instrumentos de coleta se dividiram em três módulos, sendo o primeiro referente à observação da unidade, contendo informações sobre infraestrutura, composição das equipes de saúde da família, equipamentos, medicamentos, insumos, etc.¹³ Já o segundo módulo foi feito por entrevista com um profissional da ESF e pela verificação de documentos visando colher informações sobre o tipo de vinculação do profissional respondente, o processo de trabalho das equipes e as ações de prevenção e promoção da saúde. O terceiro módulo correspondeu a entrevistas com usuários que estavam presentes nas unidades por ocasião do trabalho de campo, sobre acesso e satisfação (MS, 2012).

O Módulo IV, especificamente, foi realizado pela *internet* com o objetivo de coletar informações complementares aos demais módulos. O mesmo foi respondido pelos gestores e equipes, constituindo-se de dois questionários, os quais deveriam ser respondidos através da plataforma do Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB). De maneira geral, os dados coletados versam sobre os mesmos conteúdos dos módulos anteriores¹⁴. As informações dos vínculos dos profissionais e relações de trabalho foram respondidas pelos gestores, os quais deveriam preencher, para todos os integrantes das equipes aderidas ao PMAQ, entre outras questões, o agente contratante, o tipo de vínculo, o mecanismo de ingresso, se possui Plano de Carreira e se o município possui Programa de incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho (*op. cit.*).

As informações obtidas nos módulos da Avaliação Externa compuseram 70% da Certificação das equipes aderidas, as quais também foram avaliadas segundo o resultado dos indicadores contratualizados (20%) e a aplicação de processos autoavaliativos (10%). O desempenho foi então identificado através de uma nota que foi comparada às notas obtidas pelo conjunto das equipes pertencentes aos municípios enquadrados em um mesmo **Estrato de Certificação**. Estes estratos foram definidos pela pontuação do município nos indicadores de Produto Interno Bruto, Percentual da população com plano de saúde, Percentual da população com Bolsa Família, Percentual da população em extrema pobreza e Densidade demográfica e pelo Porte populacional. Ao todo foram definidos seis estratos, como mostra o Quadro 9 (*op. cit.*).

¹³ Este Módulo foi aplicado à totalidade das UBS do Brasil, independente da adesão ou não de equipes ao PMAQ. Este processo ficou conhecido como “Censo das Unidades Básicas de Saúde”.

¹⁴ A lista de dados que foram coletados no Módulo IV foi descrita nos Quadros 14 e 15, disponíveis no Apêndice 10.1 deste relatório.

Quadro 9 – Estratos municipais para certificação do PMAQ-AB.

Estrato	Agregações
01	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
02	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
03	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
04	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
05	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
06	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php

A comparação do desempenho da equipe com o desempenho das equipes do Estrato correspondente foi feita através da relação da nota da equipe com a média e o desvio padrão das notas das equipes do Estrato. Por fim, as equipes foram classificadas em três categorias, a saber: (i) **Regular**: equipes com resultado menor do que a média do seu Estrato; (ii) **Bom**: equipes com resultados maior ou igual a média do Estrato e menor do que mais de 1 desvio padrão da média; e (iii) **Ótimo**: equipes com resultado maior ou igual a mais de 1 desvio padrão da média¹⁵. Além de uma classificação geral, as equipes também receberam conceito por dimensões avaliadas. São cinco dimensões: I – Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica; II – Estrutura e condições de funcionamento da UBS; III – Valorização do Trabalhador; IV – Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e V – Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário (*op. cit.*).

O estudo desenvolvido no presente relatório teve como objetivo analisar a relação entre o desempenho das equipes na Certificação do PMAQ e as condições de trabalho dessas equipes. Em outras palavras, buscou-se compreender em que medida a qualidade do trabalho é explicativa do bom desempenho das equipes, e vice-versa. Para tanto, consideraram-se as

¹⁵ As equipes também poderiam ser classificadas como insatisfatórias, caso não cumprissem com os compromissos assumidos no ato da contratualização. Estas equipes não foram identificadas nos bancos de dados do DAB. Vale ressaltar que as equipes com desempenho Regular mantém o recurso do PAB qualidade em 20%, o qual é destinado quando as mesmas aderem ao PMAQ, mas não recebem recursos adicionais. As equipes com desempenho Bom aumentam o recurso do PAB qualidade para 60%. As equipes com desempenho Ótimo aumentam o recurso para 100%.

informações dos vínculos dos médicos, das equipes avaliadas, que foram respondidas pelos gestores no Módulo IV da Avaliação Externa¹⁶. Para cada uma das variáveis foi analisada a distribuição dos médicos de acordo com os conceitos obtidos pelas respectivas equipes na Certificação do PMAQ, seja o conceito geral ou o conceito por dimensão. A dimensão III, de Valorização do Trabalhador, não foi considerada, para não incorrer em erro de tautologia. As seguintes variáveis foram analisadas:

- i. Vínculo protegido: assim como no indicador construído para análise dos dados do CNES, consideraram-se como vínculos protegidos os do tipo estatutário, celetista e cargo comissionado. Esta variável foi utilizada como balizadora, uma vez que na nota da Certificação do PMAQ, os contratos temporários com a administração pública receberam o mesmo peso daqueles considerados como plenamente protegidos;
- ii. Agente contratante direto: indica se o profissional foi contratado diretamente pela Administração Pública Municipal ou se de forma indireta (Consórcio intermunicipal, Fundação, OS, OSCIP, ONG, Entidade Filantrópica, Empresa, Cooperativa);
- iii. Existência de Plano de Carreira: indica se o profissional possui ou não Plano de Carreira, independente do tipo (por exemplo, progressão por antiguidade, progressão por avaliação de desempenho e progressão por titulação);
- iv. Existência de incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho: indica se o município possui algum Programa do tipo, para os profissionais da Atenção Básica, independente de ser aplicado ou não ao médico.

Das 16.823 equipes aderidas ao 1º Ciclo do PMAQ, 15.515 contavam com respostas preenchidas às questões do Módulo IV. Entre estas equipes foram identificadas informações sobre 8.993 Médicos, com 9.296 vínculos.

Com o intuito de aprofundar a análise da relação entre a nota obtida pelas equipes na Certificação do PMAQ e os atributos de trabalho dos médicos, foi realizada uma análise com instrumentos Econométricos, mais especificamente a aplicação de **Regressão Logística**. O que caracteriza a aplicação do modelo logístico, ao invés do modelo linear, por exemplo, é o fato de a variável dependente (Y) ser categórica, ou seja, pode ser mensurada usando um

¹⁶ Apesar de o Módulo IV dispor de dados para todas as categorias profissionais, optou-se por realizar análise somente com Médicos, em função da complexidade que seria apresentar um resultado para cada categoria.

número limitado de categorias que nomeiam atributos da população em questão. De maneira geral, uma regressão considera as probabilidades de “sucesso” ou “fracasso” em função das variáveis independentes adotadas.

Para simplificar a explicação do modelo, considere Y uma *dummy* binária definida por:

$$Y = \begin{cases} 1: & \text{se a nota da equipe é ótima ou boa} \\ 0: & \text{se a nota da equipe é regular} \end{cases}$$

A probabilidade de sucesso de Y é dada pela função de distribuição binomial, sendo n o número de observações, y o evento em questão e p a probabilidade de sucesso do evento:

$$P(y|n, p) = \binom{n}{y} p^y (1 - p)^{1-y}$$

Após a transformação logística dessa função, o panorama resultante demonstra a chance (π_i) de o cuidado prestado ser ótimo dado a influências das variáveis adotadas no modelo, conforme a equação abaixo, onde β_0 e β_1 são os coeficientes gerados (FIGUEIRA, 2006):

$$\pi(x) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 x_1)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1)}$$

Considerando o cenário de variável Y com mais de uma categoria (J_i), onde as mesmas devem assumir uma soma igual a um e x_i variáveis independentes, a equação se define como:

$$\pi_{ij} = \frac{1}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_i x_i)}$$

Como a variável Y em questão apresenta três categorias (Regular, Bom e Ótimo), e foi utilizada mais de uma variável explicativa, o modelo se configura como uma **Regressão Logística Multinomial**, no qual, segundo Alisson (1999), pode ser expressa por:

$$\pi_{ij} = \frac{1}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_i x_i)}$$

Na prática, estima-se a probabilidade de uma equipe assumir uma categoria da nota de Certificação em relação a uma categoria tomada como referência. O número de equações do modelo é sempre o total de categorias menos um, já que para cada categoria diferente da de referência, estima-se uma chance correspondente.

2.4. Construção do Sistema de Monitoramento de Mercado de Trabalho em Saúde – *Data Warehouse*

Parte significativa do método de monitoramento do mercado de trabalho em saúde depende do tratamento e análise de fontes de dados secundários que englobam o tema, como já se abordou aqui em relação ao CNES, a RAIS, o Censo Demográfico, entre outros. O principal desafio deste trabalho se refere ao manuseio de um extenso conjunto de dados, cuja operacionalização é inviável ou ineficiente apenas com ferramentas básicas como Excel e softwares estatísticos. No caso do CNES, cada mês de referência envolve tabelas que somam em torno de quatro milhões de linhas e até o momento, oito meses já foram tratados. Assim, o desafio de monitorar o mercado de trabalho em saúde, neste estudo, passou a ser o de criar um processo de operacionalização do tratamento e análise dos dados do CNES, integrado a outras fontes, de modo a possibilitar sua análise de forma mais eficiente e por meio de um trabalho especializado de bases de dados. A partir de extrações dos dados em questão foi construído o Sistema de Monitoramento do Mercado de Trabalho em Saúde com o objetivo de fornecer capacidade de análise às equipes técnicas da EPSM e do DAB/MS, além de usuários da *web site* da EPSM. Para tanto, ao longo dos mais de dois anos de vigência do termo de cooperação tal sistema foi criado com o desenvolvimento de um *Data Warehouse* ^(DWH). O detalhamento técnico do DWH é apresentado no Apêndice 10.4 deste relatório.

3. Dimensionamento do mercado de trabalho em ABS

3.1. Participação da Atenção Básica na Força de Trabalho em Saúde

Dimensionar o tamanho do mercado de trabalho em ABS é um desafio tão complexo quanto o de identificar o tamanho da força de trabalho em saúde como um todo. Tal desafio ocorre na medida em que as principais bases de dados na área não permitem identificar se o indivíduo ocupado exerce ou não atividades precípua da ABS. O desafio é minimizado no que se refere ao setor público, já que é possível identificar, por meio do CNES, os ocupados em estabelecimentos públicos destinados exclusivamente à realização de atendimentos de ABS. Em outros estabelecimentos públicos e em estabelecimentos privados, no entanto, os ocupados que prestam atendimento de ABS estão irregularmente distribuídos em locais que também são destinados a média e alta complexidade ou mesmo a outra atividade que não a de saúde (indústrias, sindicatos, cooperativas, entre outros). Em suma, o dimensionamento do mercado de trabalho em ABS através das bases de dados disponíveis deve ser feita por meio de estimativa e tendo como pressuposto que o valor estimado estará sub-representado. Também deve ser feito um esforço de comparar diferentes bases de dados, no sentido de complementação das estimativas. Apresentamos a seguir um exercício comparativo entre as principais bases de dados sobre o tema com o objetivo de estimar a participação da ABS na força de trabalho em saúde no Brasil.

Em 2010, cerca de seis milhões de pessoas estavam ocupadas no Macrossetor Saúde, no trabalho principal da semana de referência, segundo os critérios do Censo Demográfico do IBGE (Tabela 1). Ressalta-se que esse número tão expressivo, que representava algo em torno de 7% de toda a população ocupada no Brasil, não considera aqueles que se ocupavam no setor apenas em seus trabalhos secundários, os desocupados que procuravam trabalho na área e os ocupados em profissões não regulamentadas, situadas nas franjas das classificações ocupacionais e dos mercados informais. Destes seis milhões, 61,3%, ou 3,7 milhões de pessoas, estava ocupada no núcleo do Macrossetor, isto é, em atividades de assistência direta a saúde.

Tabela 1 – BRASIL, 2010: População ocupada no Macrossetor saúde, no núcleo do setor, com registro no CNES e em estabelecimentos de ABS.

	N
População ocupada no Macrossetor Saúde ¹	6.049.479
Núcleo do setor ¹	3.708.704
Ocupados com registro no CNES ²	1.797.069
% em relação ao núcleo do setor	48,5
Ocupados no SUS (público ou conveniado) ²	1.600.133
Ocupados em estabelecimentos públicos de ABS ²	697.832
% em relação ao total de ocupados no SUS	43,6
Estimativa do número de ocupados na ABS do setor suplementar ³	979.357

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico/IBGE e do CNES/MS.

1. Dados do Censo Demográfico de 2010 referentes ao trabalho principal na semana de referência de 19 a 23 de julho.
2. Dados do CNES de dezembro de 2010.
3. Estimativa a partir considerando 43,6% do total de ocupados não SUS e os subestimados em relação ao núcleo do setor

Comparando os dados do Censo Demográfico referente ao núcleo do Macrossetor com os do CNES do mesmo período, isto é, buscando associar os casos correspondentes aos ocupados em estabelecimento de assistência direta à saúde nas duas bases, sugere-se que os registros do CNES corresponderiam a 48,5% do núcleo se as duas bases fossem totalmente equiparáveis. Apesar de uma comparação limitada, é plausível que pelo menos a metade dos ocupados em estabelecimentos de saúde não esteja registrada no CNES, o qual se mostra incompleto para os ocupados em estabelecimentos privados não conveniados ao SUS e para os ocupados em funções de apoio (administração, limpeza, logística, manutenção, etc.). De fato, das 1,8 milhões de pessoas com registro no CNES, 1,6 estão ocupadas no SUS.

Em relação ao total de ocupados no SUS e, portanto, partindo do pressuposto que este contingente representa a população ocupada em serviços públicos de assistência direta à saúde, quase 700 mil, ou 43,6%, são de ocupados em estabelecimentos de ABS. Aplicando o mesmo percentual relativamente ao núcleo do setor que foi subestimado no CNES, estima-se em torno de 980 mil ocupados em atividades da ABS no setor suplementar. Em suma, quase 1,7 milhões de pessoas prestavam serviços de ABS à população brasileira em 2010, o que

corresponderia a quase metade do total de ocupados nas atividades nucleares da saúde e a quase um terço do Macrossetor¹⁷.

Fazendo o mesmo exercício do ponto de vista dos empregos formais, consideraram-se os registros da RAIS como referência na comparação com CNES. Observou-se, em 2010, algo em torno de 4,7 milhões de empregos formais no Macrossetor, dos quais 3,2 milhões no núcleo. Por sua vez, os registros de empregos formais no CNES somavam 1,9 milhões, o que representaria 60,2% do núcleo do setor, caso as duas bases fossem equiparáveis. Este percentual é aceitável tendo em vista que o setor público, maioria no CNES, é aquele que mais gera empregos formais. Destes registros, 1,8 milhões eram de empregos no SUS (público e privado conveniado) e 709 mil em ABS (39,5% em relação ao total de empregos no SUS). Estimam-se 651 mil empregos na ABS do setor suplementar.

Tabela 2 – BRASIL, 2010: N° de empregos no Macrossetor saúde, no núcleo do setor, registrados no CNES e em estabelecimentos de ABS.

	N
N° de empregos no Macrossetor Saúde ¹	4.737.180
Núcleo do setor ¹	3.225.367
Empregos com registro no CNES ²	1.941.456
% em relação ao núcleo do setor	60,2
Empregos no SUS (público ou conveniado) ²	1.796.381
Empregos em estabelecimentos de ABS ²	709.189
% em relação ao total de empregos no SUS	39,5
Estimativa do n° de empregos na ABS do setor suplementar ³	651.947

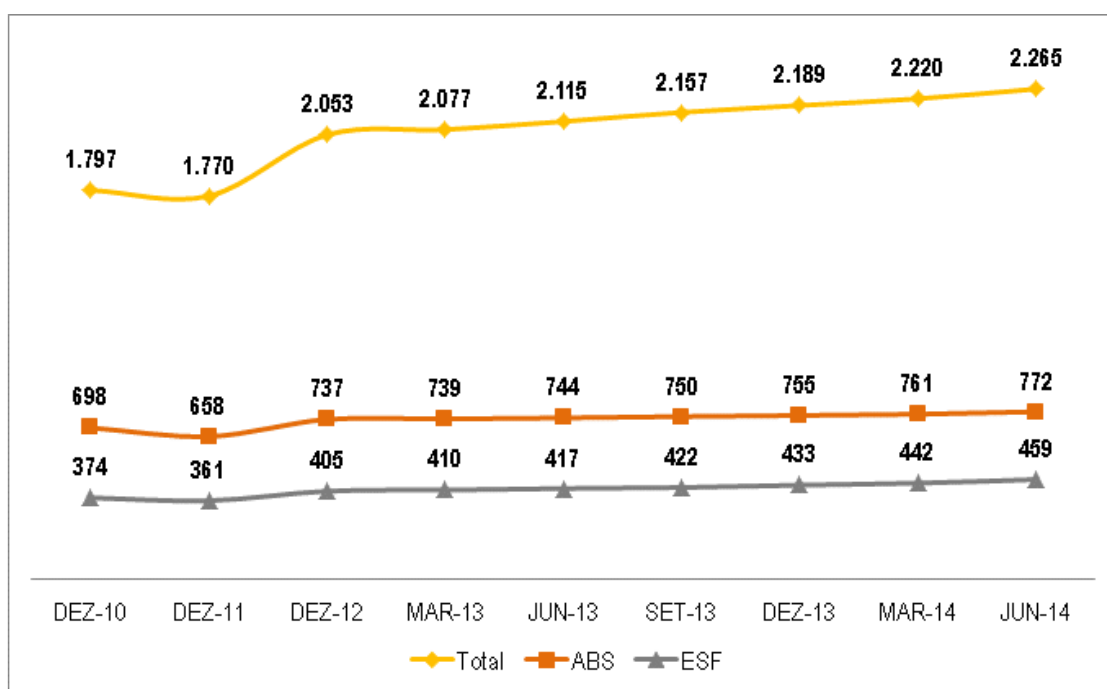
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico/IBGE e do CNES/MS.

1. Dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) referentes aos vínculos ativos em 31 de dezembro de 2010.
2. Dados do CNES de dezembro de 2010 referentes aos vínculos empregatícios.
3. Estimativa considerando 39,5% do total de empregos não SUS, mais os subestimados em relação ao núcleo do setor.

¹⁷ É possível que esta estimativa da Atenção Básica no setor suplementar esteja muito acima da realidade, tendo em vista que neste setor não há utilização de Agentes Comunitários de Saúde que, no setor público, representa quase um terço da força de trabalho ocupada.

A Figura 2 mostra a evolução dos estoques de trabalhadores em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos de ABS e na ESF, no período de dezembro de 2010 a março de 2014. No cômputo geral, assistiu-se crescimento ao longo de toda a série, com exceção de dezembro de 2011, em que todos os estoques diminuíram como resultado da Portaria 134 de 04 de abril de 2011 que redefiniu regras para a correta inserção, manutenção e atualização dos registros dos profissionais de saúde no CNES¹⁸. No total de estabelecimentos, o número de trabalhadores passou de 1,797 para 2,265 milhões no período (incremento de 468 mil pessoas). Considerando apenas os ocupados em estabelecimentos de ABS, também houve aumento, neste caso de 698 mil, no início da série, para 772 mil, no final (74 mil a mais). No que se refere apenas aos trabalhadores da ESF o aumento foi de 374 para 459 mil, isto é, 85 mil pessoas a mais.

Figura 2 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: N° de trabalhadores em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos da ABS e na ESF (em milhares).



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

¹⁸ O efeito dessa Portaria será observado em praticamente todas as análises de série histórica, dessa forma, optou-se por não citá-la a partir daqui a não ser que comentários específicos se façam necessários.

No que diz respeito à participação dos trabalhadores da ABS em relação ao total, houve um decréscimo de 38,8% para 34,1%, se comparados o primeiro e último meses do período analisado. Porém, não é possível afirmar com isto que o mercado de trabalho geral da saúde cresceu mais do que o da ABS, em função de o CNES seguir sub-representado para alguns setores e ocupações. Dessa forma, não se pode mensurar o quanto desse aumento se deu pela ampliação da cobertura de registro. O mesmo não ocorre na comparação entre ESF e ABS, tendo em vista que ambos os setores estão bem representados no CNES. Neste caso, a participação da ESF, em relação à ABS geral, cresceu de 53,6% para 59,5%, destacando a expansão da política enquanto estratégia de acesso aos serviços de ABS.

3.2. Análise ocupacional da composição do mercado de trabalho da ABS

Do ponto de vista ocupacional, como mostram a Tabela 3 e a Figura 3, de dezembro de 2010 e março de 2014, todas as ocupações principais sofreram incremento no número de trabalhadores em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos de ABS e nas equipes de ESF. Exceção aos AEN que sofreram queda em todas as dimensões – ao longo da série, as atividades de assistência direta à saúde deixaram de empregar quase 30 mil profissionais (de 313.253 para 284.845; queda de 9,1%). Estes foram substituídos por técnicos, os quais, além disso, expandiram sua oferta em quase 90 mil pessoas, passando de 197.422 para 315.610 indivíduos, com incremento de 59,9%.

Analisando todas as ocupações e cenários, o maior crescimento foi de TEN na ESF, 74,1%, destacando o peso da política de saúde da família para a reconfiguração do mercado de trabalho de pessoal de enfermagem de nível médio. Outras profissões com forte aumento dos estoques foram os Médicos e Enfermeiros, os quais receberam algo em torno de 50 mil profissionais a mais, cada. Os primeiros apresentaram incremento na ESF muito próximo ao observado no total de estabelecimentos, 20,7% contra 17,3%. Por outro lado, o número de Enfermeiros avançou muito mais no total (40%) do que na ESF (17,9%). Por fim, os ACS e os ocupados em profissões da Saúde Bucal apresentaram acréscimos pequenos, em termos absolutos, relativamente aos demais grupos profissionais. Os TSB, especificamente, apesar de registrarem os menores números de pessoas, variaram, na ESF, de 36,9% para 44,1%, em relação ao total.

Ressalta-se, ainda em relação à Tabela 3, que todas as oito profissões mantiveram ou diminuíram sua participação na ABS, relativamente ao conjunto do núcleo do Macrossetor Saúde representado pela totalidade do CNES, a despeito dos cenários de aumentos absolutos no número de pessoal, como destacado acima. A mesma situação de redução da participação em relação ao total foi verificada para a ESF, com exceção dos TSB, que passaram de 36,9% para 44,1%, e dos ACS, de 76,7% para 80,9%. Por outro lado, a participação da ESF, em relação à ABS, aumentou em todas as ocupações, mesmo entre os AEN, que reduziram os estoques absolutos de profissionais ao longo da série. Em março de 2014, as profissões com maior representatividade eram os ACS (81,6%), ASB (72,4%) e TSB (63,8%), as quais são demandadas predominantemente na ESF.

Tabela 3 – BRASIL, dez-10 e mar-14: N° de trabalhadores em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos da ABS e na ESF, segundo ocupações principais e período.

Período	Profissão	N de trabalhadores			%	%	%
		Total	ABS	ESF			
DEZ- 2010	Médicos	276.802	77.317	33.289	27,9	12,0	43,1
	Enfermeiros	128.813	53.281	32.435	41,4	25,2	60,9
	Cirurgiões-dentistas	98.989	40.145	21.403	40,6	21,6	53,3
	Técnicos de enfermagem	197.422	40.824	15.454	20,7	7,8	37,9
	Auxiliares de enfermagem	313.253	88.910	28.284	28,4	9,0	31,8
	Técnicos em saúde bucal	5.139	3.567	1.895	69,4	36,9	53,1
	Auxiliares de saúde bucal	38.085	29.935	21.495	78,6	56,4	71,8
	Agentes Comunitários de Saúde	269.531	267.283	206.837	99,2	76,7	77,4
MAR- 2014	Médicos	324.723	81.861	40.186	25,2	12,4	49,1
	Enfermeiros	180.290	61.340	38.241	34,0	21,2	62,3
	Cirurgiões-dentistas	115.641	42.369	25.006	36,6	21,6	59,0
	Técnicos de enfermagem	315.610	60.168	26.899	19,1	8,5	44,7
	Auxiliares de enfermagem	284.845	73.456	25.642	25,8	9,0	34,9
	Técnicos em saúde bucal	6.602	4.563	2.909	69,1	44,1	63,8
	Auxiliares de saúde bucal	42.937	33.246	24.059	77,4	56,0	72,4
	Agentes Comunitários de Saúde	284.080	281.586	229.784	99,1	80,9	81,6

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 3 – BRASIL, dez-2010 e mar-14: Incremento bruto no número de profissionais em estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos de ABS e na ESF, por profissão.

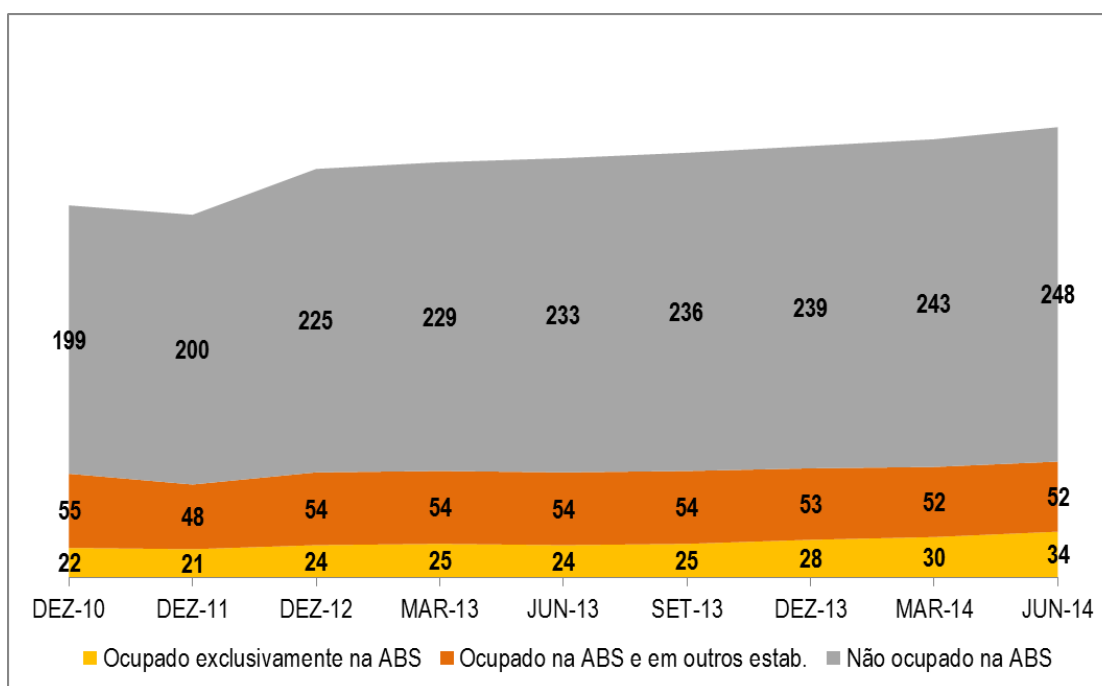


Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

As Figuras de 4 a 10 ilustram a composição do número de profissionais ocupados em estabelecimentos de saúde segundo sua situação em relação à ABS. Comparativamente, os grupos profissionais com as menores proporções de trabalhadores exclusivos da ABS (com um único ou todos os vínculos em estabelecimentos do tipo) são os Médicos e os TEN. Este comportamento foi observado ao longo de toda a série estudada. Note que os trabalhadores das oito profissões diminuíram sua participação relativa nesta situação, exceto Médicos, que ampliaram de 22 para 34 mil trabalhadores, o que representava de 8,0% a 10,1% da força de trabalho médica registrada no CNES. Os Enfermeiros e Cirurgiões-dentistas foram os que mais diminuíram a exclusividade com a ABS, ainda que tenham registrado incremento no número de indivíduos, de 43 para 50 mil e de 28 para 30 mil, respectivamente. As categorias com as maiores proporções de exclusividade são os ASB, com algo em torno de 74% e 32 mil pessoas, e os TSB, com 64% e 4 mil profissionais.

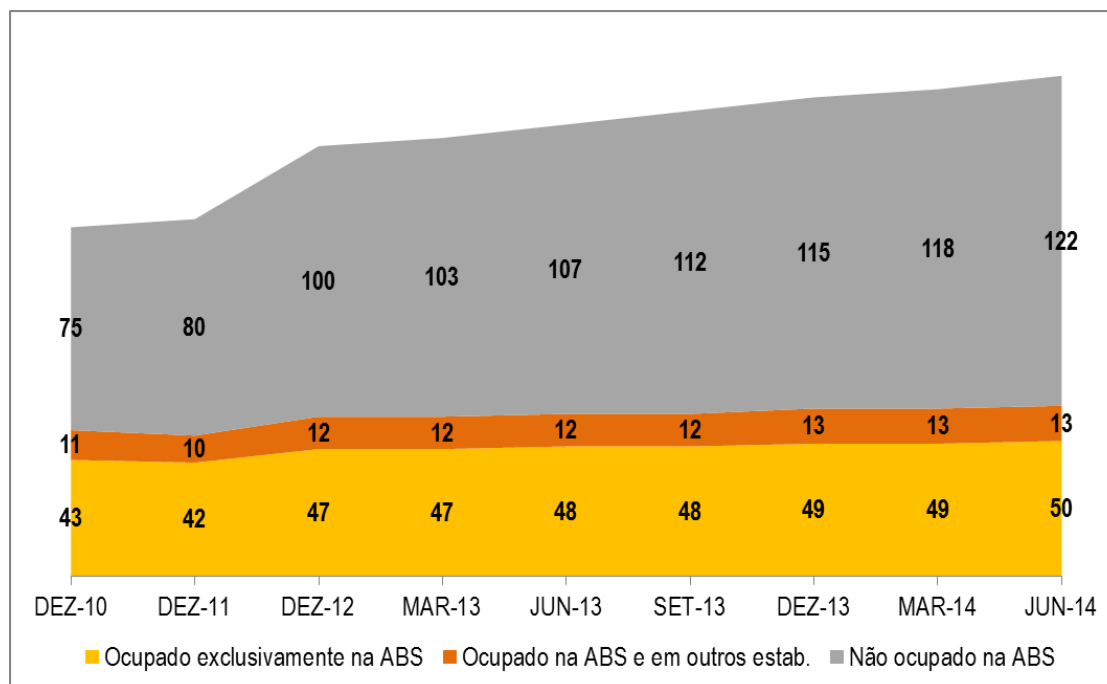
Os estoques de ocupados na ABS, mas com vínculos em estabelecimentos de outro tipo, decaíram, proporcionalmente, entre Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas e TEN. Para as demais profissões se mantiveram praticamente os mesmos. Em termos absolutos, tal queda ocorreu apenas no estoque de Médicos, de 55 para 52 mil pessoas, e no de AEN, de 15 para 14 mil. Apesar desses movimentos, a categoria médica permaneceu com as maiores proporções de ocupação concomitante na ABS e fora dela (variação entre 20% e 15,6%). Os Cirurgiões-dentistas também mantiveram valores significativos nesta opção, em torno de 11%. Por fim, a proporção de pessoas não ocupadas na ABS, isto é, sem qualquer vínculo em estabelecimentos do tipo, cresceu para todas as categorias, sobretudo Enfermeiros, que passaram de 58,2% para 65,9%, ou de 75 para 122 mil trabalhadores. Também aumentaram de forma significativa os Cirurgiões-dentistas, de 59 para 74 mil pessoas (59,4% a 63,4%).

Figura 4 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Médicos (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.



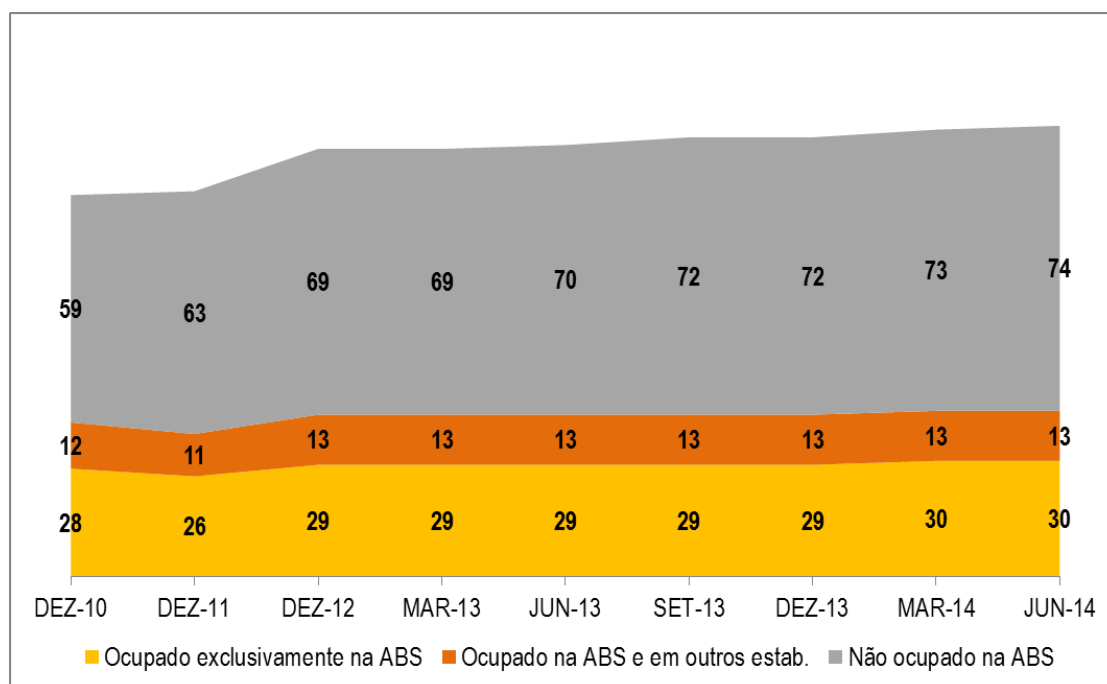
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 5 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Enfermeiros (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.



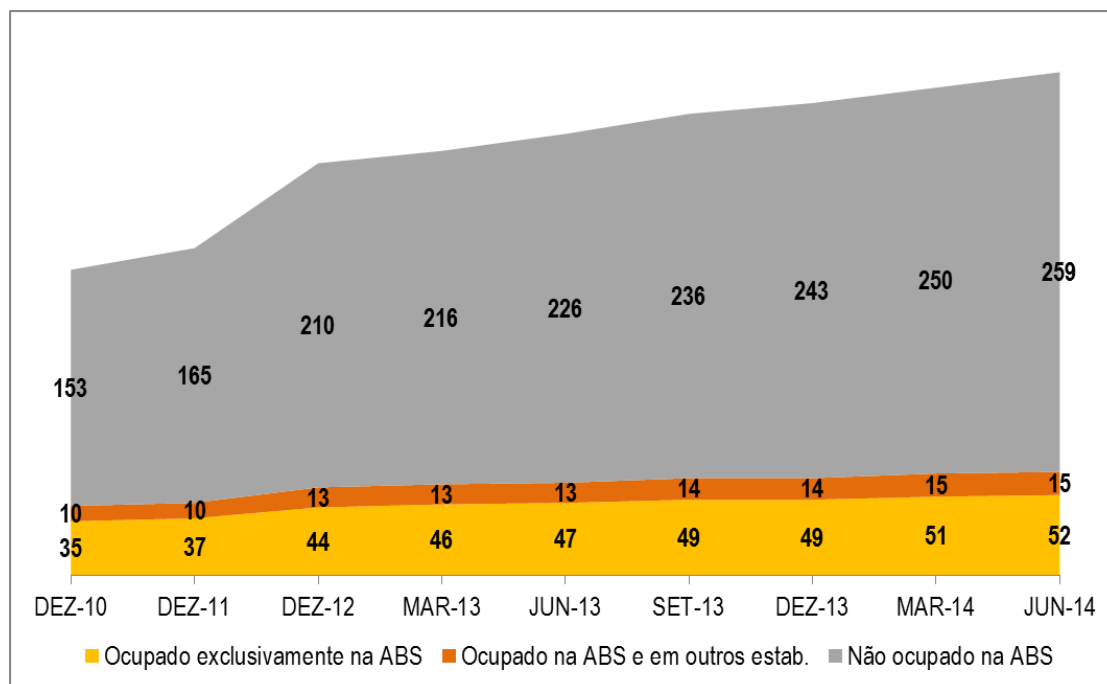
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 6 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Cirurgiões-dentistas (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.



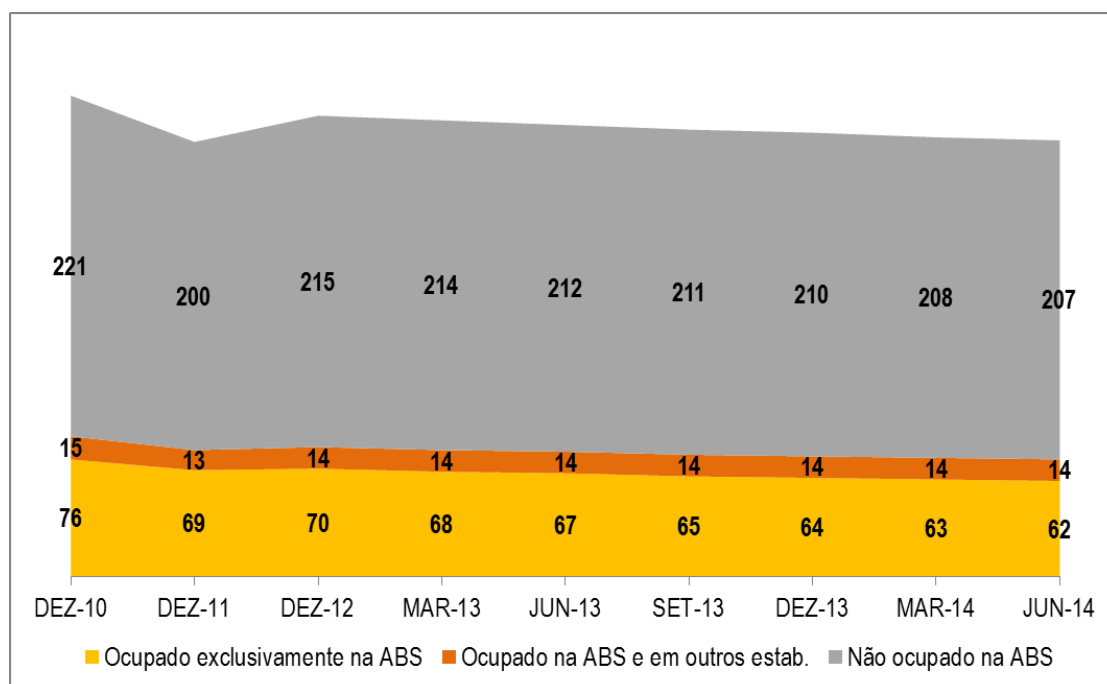
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 7 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Técnicos de Enfermagem (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.



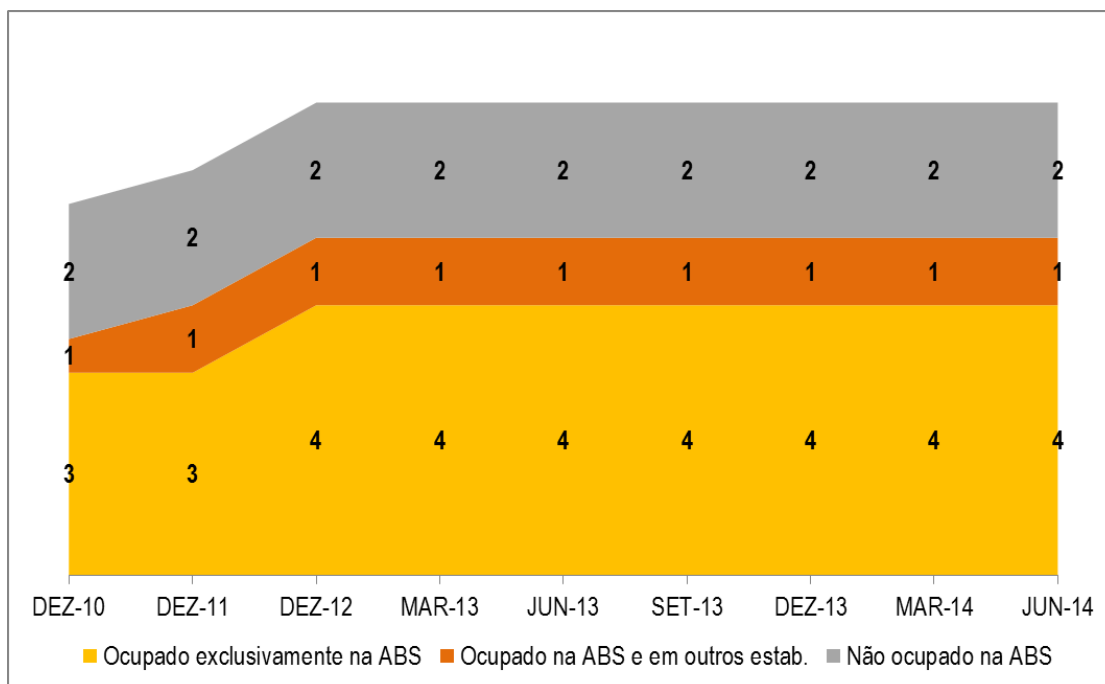
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 8 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Auxiliares de Enfermagem (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.



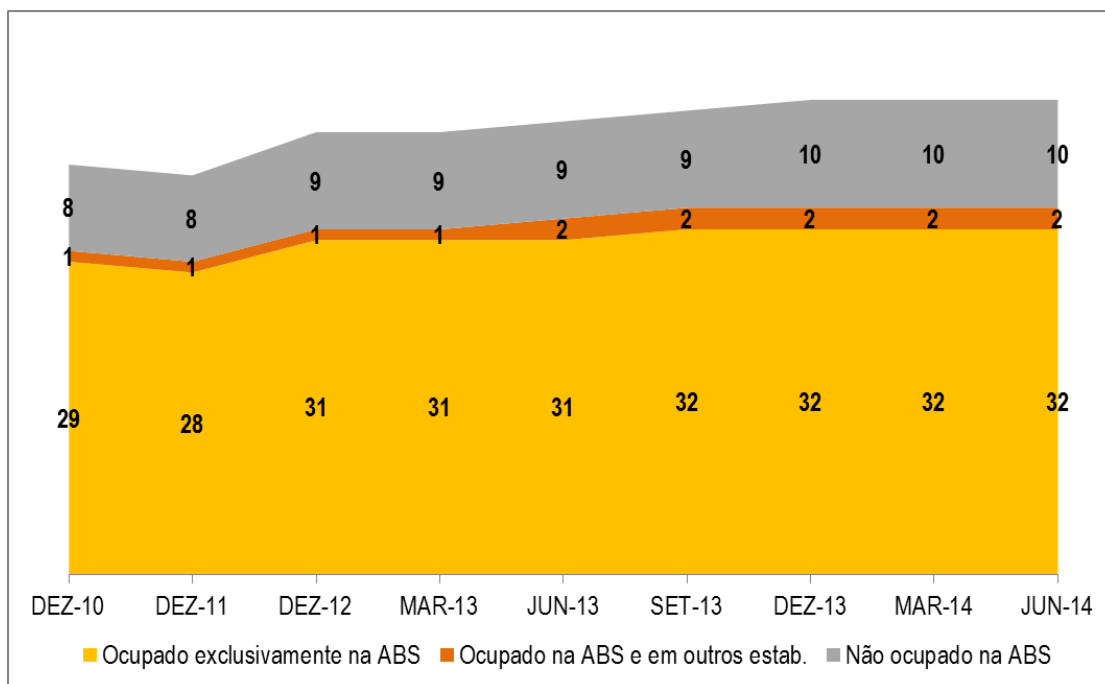
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 9 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Técnicos de Saúde Bucal (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 10 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Composição do número de Auxiliares de Saúde Bucal (em milhares) em estabelecimentos de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

3.3. Análise de Distribuição Geográfica

Os Mapas de 1 a 6 apresentados neste tópico ilustram a distribuição geográfica, por Unidade da Federação, da oferta de Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal e ACS. Tais ofertas são analisadas através da razão de trabalhadores, em *Full Time Equivalent* (FTE), por três mil habitantes, apenas no último mês da série, março de 2014. Para cada categoria profissional, compararam-se as dimensões de total dos estabelecimentos de saúde, ABS e ESF.

Médicos (Mapa 1)

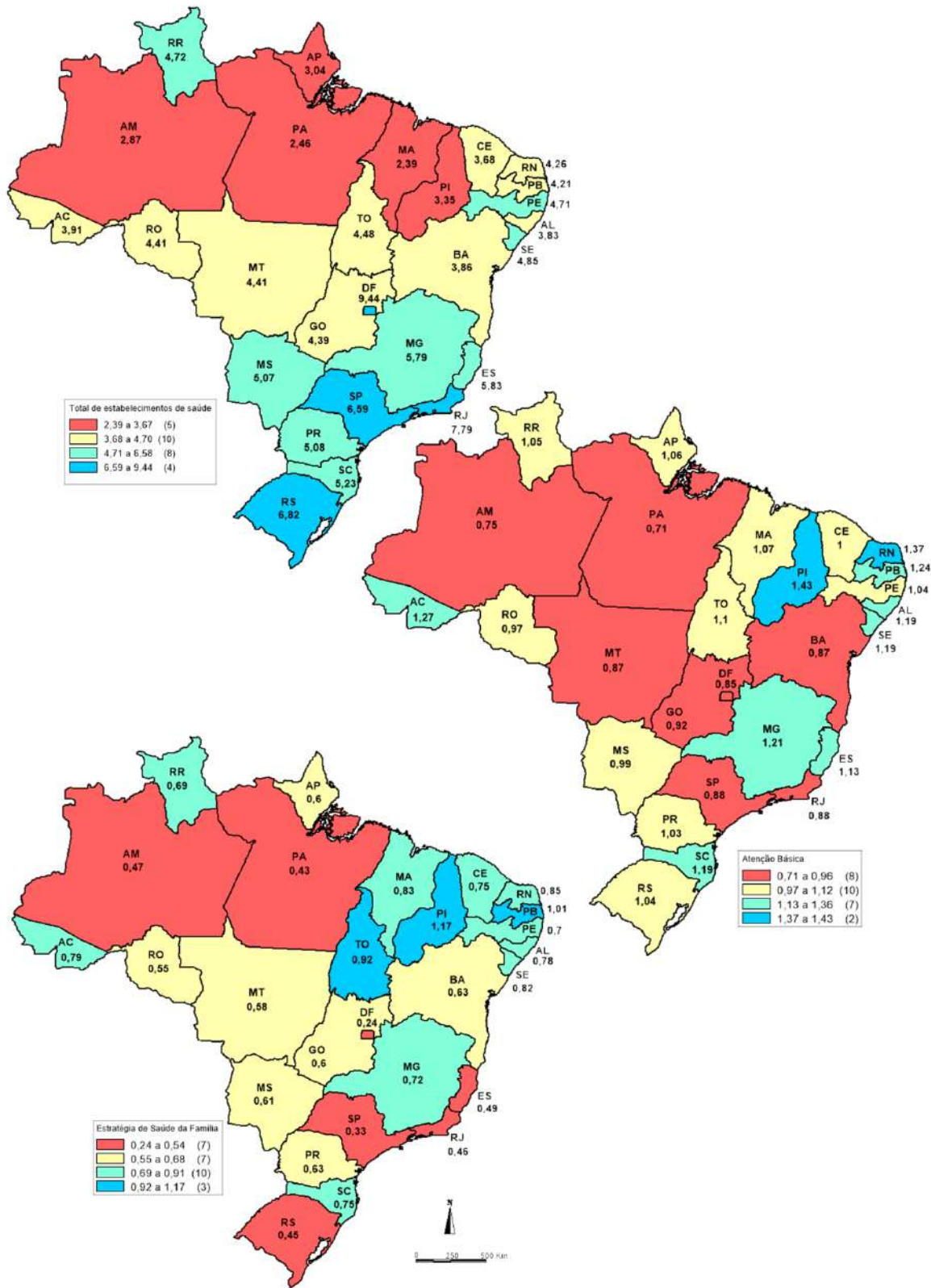
Primeiramente, analisando a distribuição de Médicos no total de estabelecimentos de saúde, verificou-se uma razão de 5,33 Médicos por 3 mil habitantes no Brasil, variando por UF entre 2,39 e 9,44. Os estados que mostraram as maiores razões foram Distrito Federal (com 9,44), Rio de Janeiro (7,79), Rio Grande do Sul (6,82) e São Paulo (6,59). Já os estados com as menores razões foram Maranhão (2,39), Pará (2,46), Amazonas (2,87), Amapá (3,04) e Piauí (3,35). O desvio padrão entre as razões de todas as UF é de 1,56 Médicos por três mil habitantes, o que, comparado às distribuições na ABS e na ESF, que serão apresentadas na sequência, revelar-se-á uma variabilidade alta, o que pode ser lido como má distribuição da oferta destes profissionais neste segmento.

A distribuição de Médicos em estabelecimentos da ABS apresentou razões menores do que as observadas para o total, obviamente por se referirem a um número bem menor de trabalhadores. Neste caso, variaram entre 0,71 a 1,43 por UF, sendo a de todo o país igual a 0,99. Diferente do observado no total, os estados com as maiores razões foram Piauí (1,43), Rio Grande do Norte (1,37), Acre (1,27), Paraíba (1,24) e Minas Gerais (1,21). Dos estados que apresentaram os menores valores destacam-se Pará (0,71) e Amazonas (0,75), os quais também tiveram razões baixas no segmento anterior, e o Distrito Federal (0,85), que possui a maior razão de Médicos no total. O desvio padrão entre as UF na dimensão ABS é de 0,18, sugerindo uma distribuição bem menos desigual do que a anterior.

A distribuição de Médicos em equipes da ESF, por fim, mostra uma variação de 0,24 a 1,17, sendo a do Brasil 0,57. Destaque para Piauí (1,17), Paraíba (1,01), Tocantins (0,92), Rio Grande do Norte (0,85), Maranhão (0,83) Sergipe (0,83), Acre (0,79), Alagoas (0,78) e Santa Catarina (0,75). Entre os estados com menores razões estão Distrito Federal (0,24), São Paulo (0,33) e Pará (0,43). O desvio padrão encontrado foi de 0,20, muito próximo ao desvio da distribuição da ABS.

Comparando as três razões observadas, em cada UF, a fim de identificar aqueles com maior diferença de oferta entre as dimensões de Total, ABS, ESF, identifica-se o Distrito Federal com o maior desvio, de 5,15, seguido por Rio de Janeiro, com 4,12, e Rio Grande do Sul com 3,52. De certa maneira, os estados com mais médicos por habitantes no total, foram os que apresentaram as ofertas mais baixas na ABS e na ESF, daí a variabilidade ser maior entre eles.

Mapa 1 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de médicos por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.

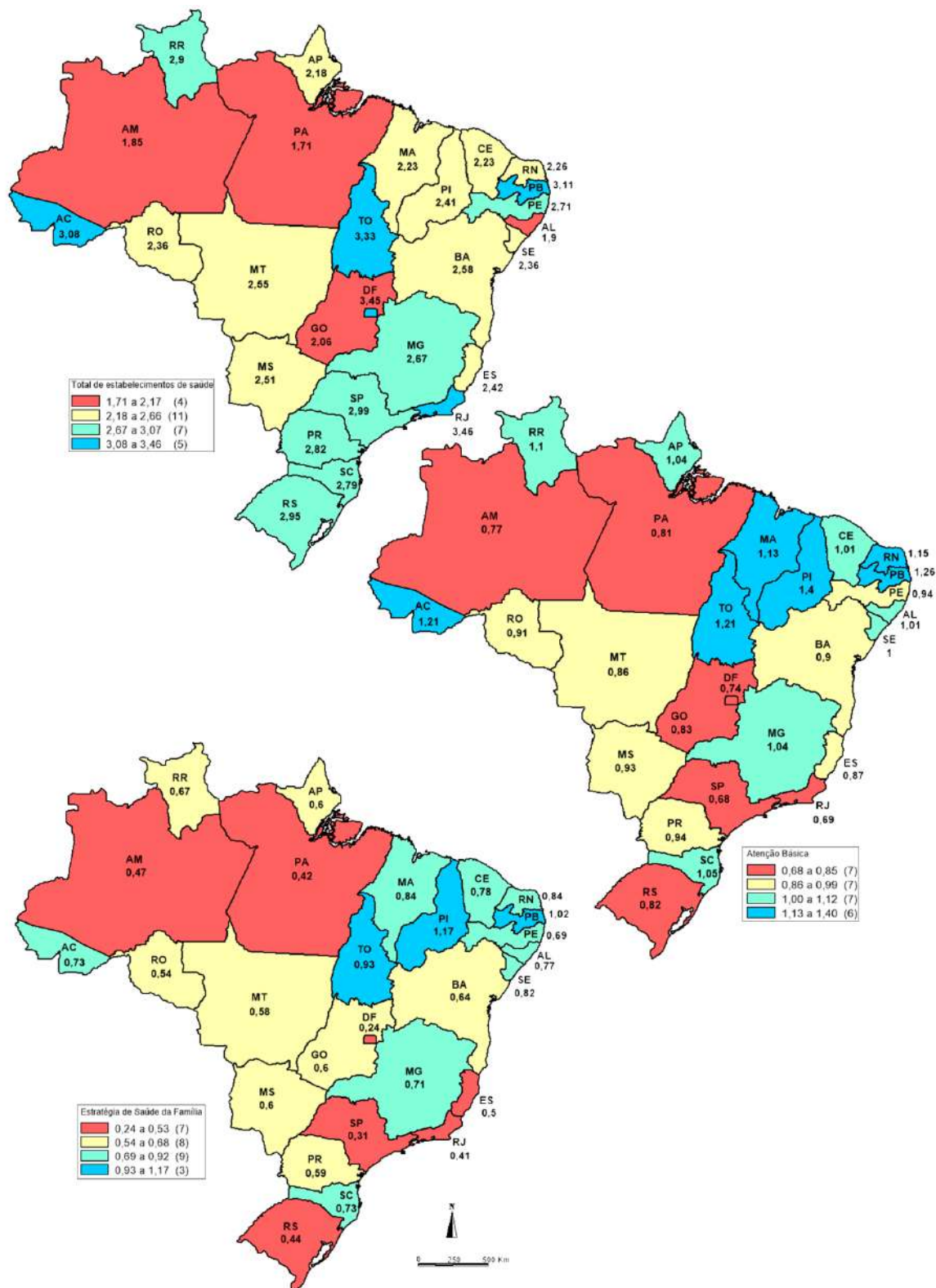


Enfermeiros (Mapa 2)

As razões de Enfermeiros por três mil habitantes no total de estabelecimentos de saúde apresentaram razões entre 1,71 e 3,46, sendo a de todo o país igual a 2,71. As maiores foram as dos estados do Rio de Janeiro (com 3,46), Distrito Federal (3,45), Tocantins (3,33), Paraíba (3,11), Acre (3,08) e São Paulo (2,99). Já as menores razões foram as do Pará (1,71), Amazonas (1,85) e Alagoas (1,90). No que se refere à distribuição na ABS, o valor geral foi de 0,88, variando por UF entre 0,68 e 1,40. Destaque para Piauí (1,40), Paraíba (1,26), Acre (1,21) e Rio Grande do Norte (1,15). Os estados com as menores ofertas de Enfermeiros na ABS foram São Paulo (0,68), Rio de Janeiro (0,69) e Distrito Federal (0,74). Na ESF, a razão de Enfermeiros no Brasil foi de 0,56, variando entre 0,24 e 1,17. Os valores mais altos estão nos estados do Piauí (1,17), Paraíba (1,02) e Tocantins (0,93). Os menores no Distrito Federal (0,24), São Paulo (0,31) e Rio de Janeiro (0,41).

Comparando os desvios padrões em cada dimensão, verificou-se maior variabilidade na distribuição de Enfermeiros no total de estabelecimentos de saúde, 0,47. As outras duas distribuições, na ABS e na ESF, tiveram desvios próximos entre si (0,21 e 0,18). Os estados com as maiores diferenças entre as três dimensões foram Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo, com desvios padrões de 1,73, 1,68 e 1,45.

Mapa 2 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de enfermeiros por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.

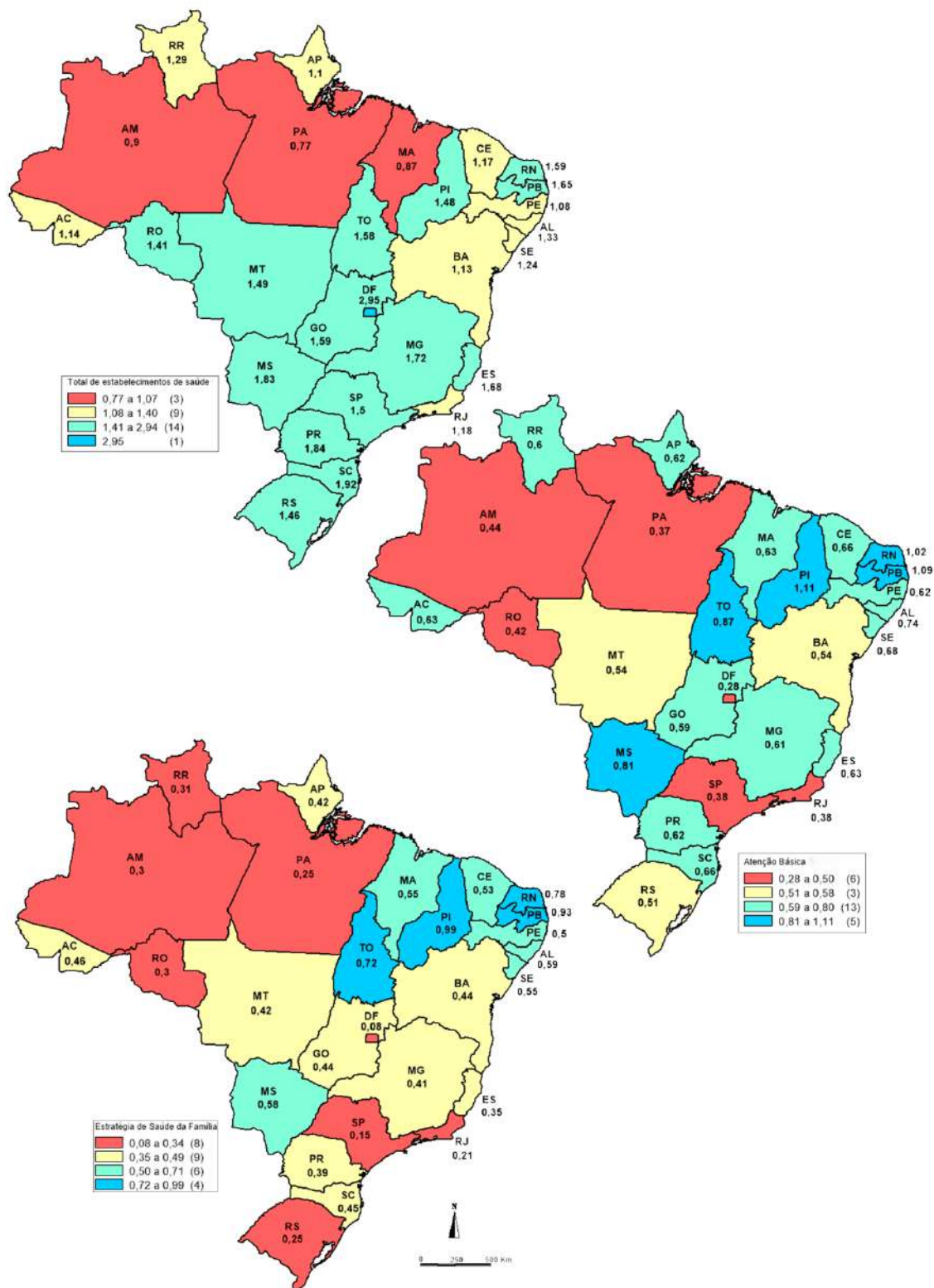


Cirurgiões-dentistas (Mapa 3)

As razões de Cirurgiões-dentistas por três mil habitantes no total de estabelecimentos de saúde apresentaram razões entre 0,77 e 2,95, sendo a de todo o país 1,43. As maiores foram as dos estados do Distrito Federal (2,95), Santa Catarina (1,92), Paraná (1,84) e Mato Grosso do Sul (1,83). Já as menores razões foram as do Pará (0,77), Maranhão (0,87) e Amazonas (0,90). No que se refere à distribuição na ABS, o valor geral foi de 0,55, variando por UF entre 0,28 e 1,11. Destaque para Piauí (1,11), Paraíba (1,09) e Rio Grande do Norte (1,02). Os estados com as menores ofertas de Cirurgiões-dentistas na ABS foram Distrito Federal (0,28), Pará (0,37), São Paulo e Rio de Janeiro (0,38). Na ESF, a razão no Brasil foi de 0,37, variando entre 0,08 e 0,99. Os valores mais altos estão nos estados do Piauí (0,99), Paraíba (0,93), Rio Grande do Norte (0,78) e Tocantins (0,72). Os mais baixos no Distrito Federal (0,08), São Paulo (0,15) e Rio de Janeiro (0,21).

Comparando os desvios padrões em cada dimensão, verificou-se maior variabilidade na distribuição de Enfermeiros no total de estabelecimentos de saúde, 0,42. As outras duas distribuições, na ABS e na ESF, tiveram desvios próximos entre si (0,20 e 0,21). Os estados com as maiores diferenças entre as três dimensões foram Distrito Federal, com desvio de 3,66, Rio de Janeiro, com 2,95 e Rio Grande do Sul, com 2,40.

Mapa 3 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Cirurgiões-dentistas por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.

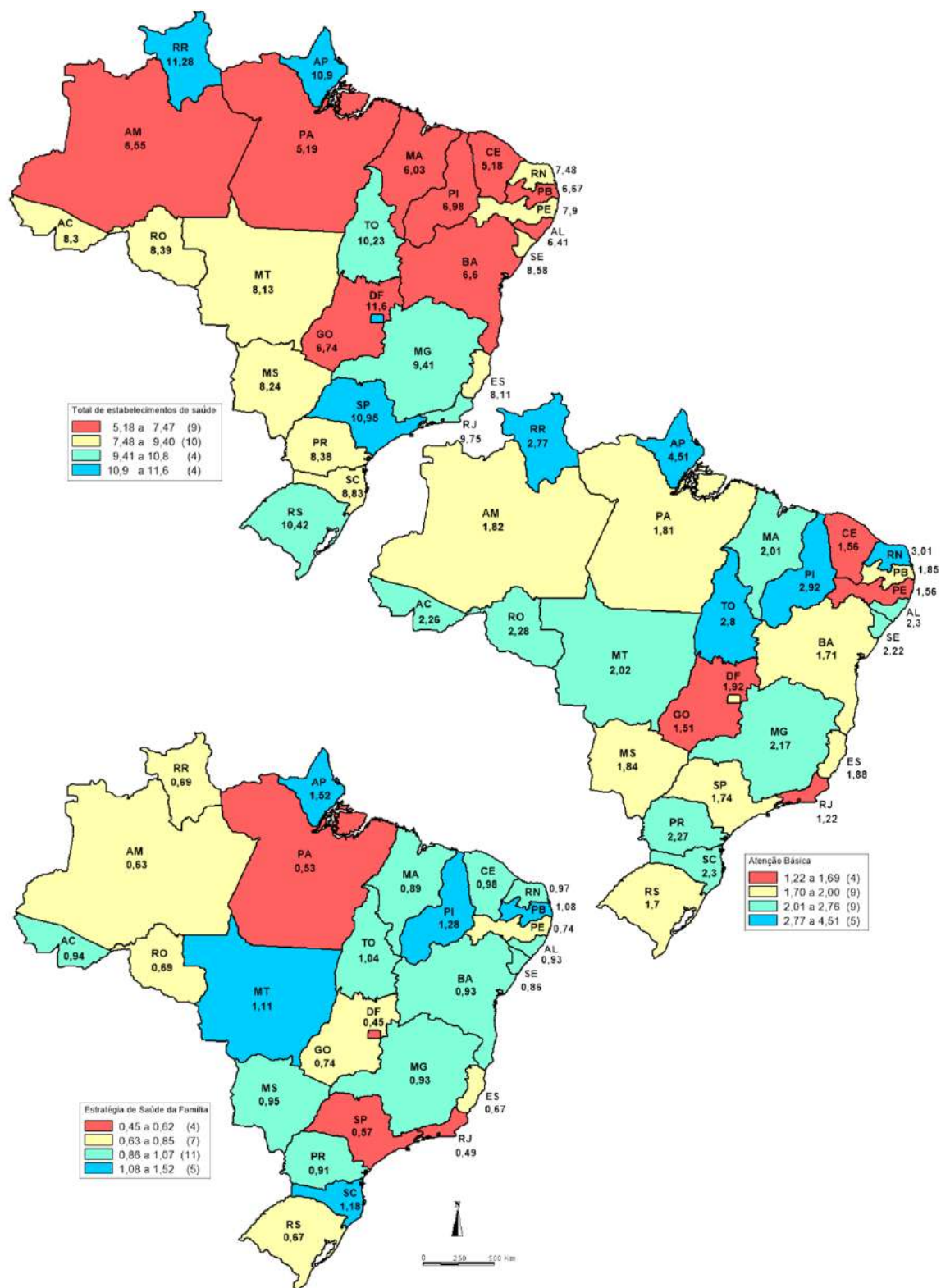


Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Mapa 4)

As razões de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por três mil habitantes no total de estabelecimentos de saúde apresentaram razões entre 5,18 e 11,60, sendo a de todo o país 8,66. As maiores foram as dos estados do Distrito Federal (11,60), Roraima (11,28), São Paulo (10,95), Amapá (10,90) e Rio Grande do Sul (10,42). Já as menores razões foram as do Ceará (5,18), Pará (5,19) e Maranhão (6,03). No que se refere à distribuição na ABS, o valor geral foi de 1,87, variando por UF entre 1,22 e 4,51. Destaque para Amapá (4,51), Rio Grande do Norte (3,01), Piauí (2,92) e Tocantins (2,80). Os estados com as menores ofertas de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem na ABS foram Rio de Janeiro (1,22), Goiás (1,51) e Pernambuco e Ceará (1,56). Na ESF, a razão no Brasil foi de 0,77, variando entre 0,45 e 1,52. Os valores mais altos estão nos estados do Amapá (1,52), Piauí (1,28) e Santa Catarina (1,18). Os mais baixos no Distrito Federal (0,45), Rio de Janeiro (0,49) e Pará (0,53).

Comparando os desvios padrões em cada dimensão, verificou-se maior variabilidade na distribuição de Enfermeiros no total de estabelecimentos de saúde, 1,80. A distribuição na ABS também ficou com um desvio significativo, de 0,65. Na ESF foi de 0,25. Os estados com as maiores diferenças entre as três dimensões foram Distrito Federal, com desvio de 6,06, São Paulo, com 5,69, e Roraima, com 5,61.

Mapa 4 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.



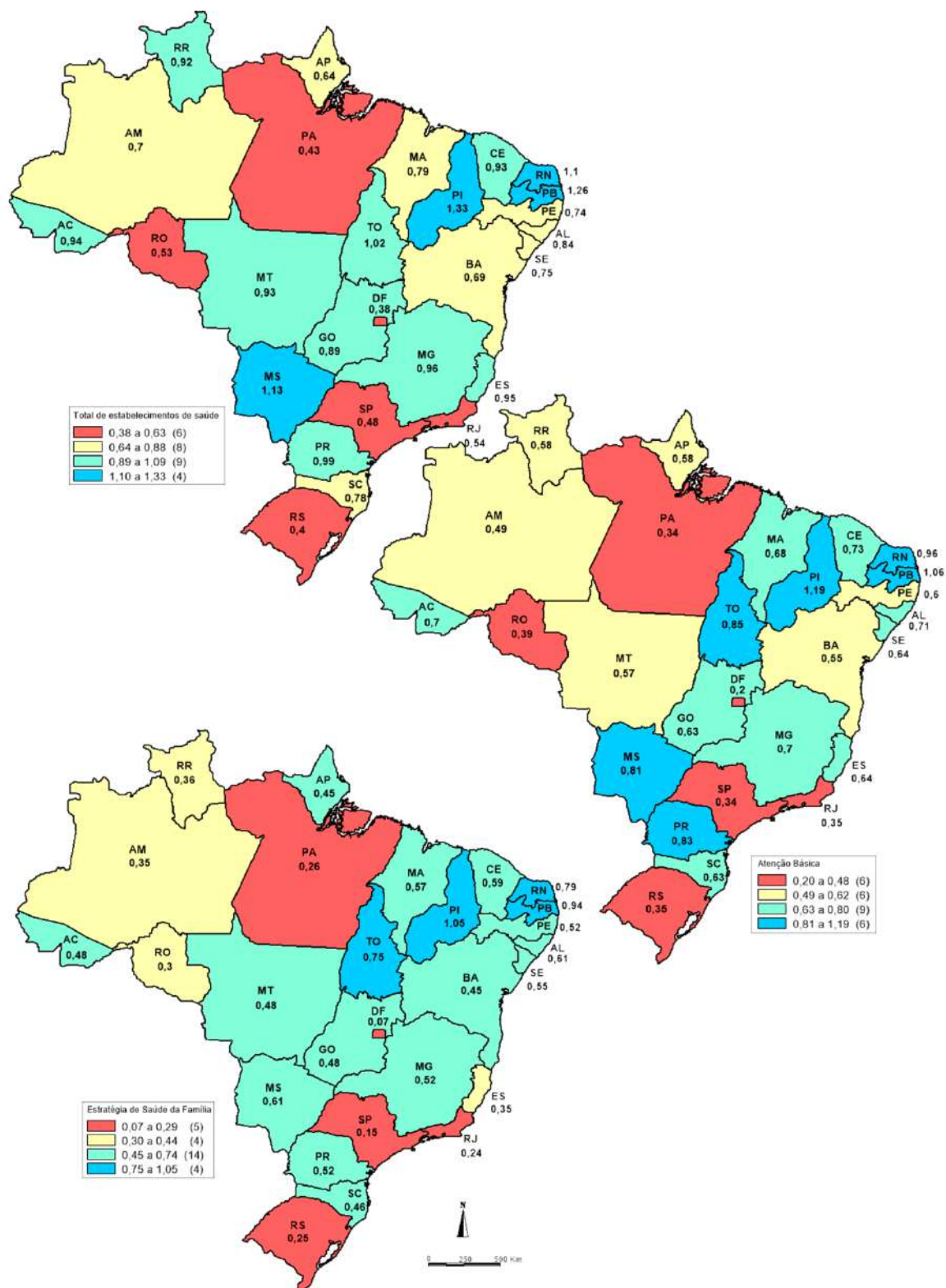
Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal (Mapa 5)

As razões de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal por três mil habitantes no total de estabelecimentos de saúde apresentaram razões entre 0,38 e 1,33, sendo a de todo o país 0,72. As maiores foram as dos estados do Piauí (1,33), Paraíba (1,26), Mato Grosso do Sul (1,13) e Rio Grande do Norte (1,10). Já as menores razões foram as do Distrito Federal (0,38), Rio Grande do Sul (0,40) e Pará (0,43). No que se refere à distribuição na ABS, o valor geral foi de 0,55, variando por UF entre 0,20 e 1,19. Destaque para Amapá e Piauí, (com 1,19), Paraíba (1,06) e Rio Grande do Norte (0,96). Os estados com as menores ofertas de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal na ABS foram Distrito Federal (0,20), São Paulo (0,34), Pará (0,34) e Rio de Janeiro (0,35). Na ESF, a razão no Brasil foi de 0,40, variando entre 0,07 e 1,05. Os valores mais altos estão nos estados do Piauí (1,05), Paraíba (0,94), Rio Grande do Norte (0,79) e Tocantins (0,75). Os mais baixos no Distrito Federal (0,07), São Paulo (0,15) e Rio de Janeiro (0,24).

Comparando os desvios padrões em cada dimensão, verificou-se 0,25 no Total, 0,23 na ABS e 0,22 na ESF. Deste modo, não há diferenças discrepantes nas distribuições, em função destas profissões estarem mais presentes exatamente na ABS e ESF, em comparação ao total e diferentemente do que ocorre nas profissões anteriores. Os estados com as maiores diferenças entre as três dimensões foram Espírito Santo, com desvio de 0,30, Roraima, com 0,28, e Mato Grosso do Sul, com 0,25.

Mapa 5 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.

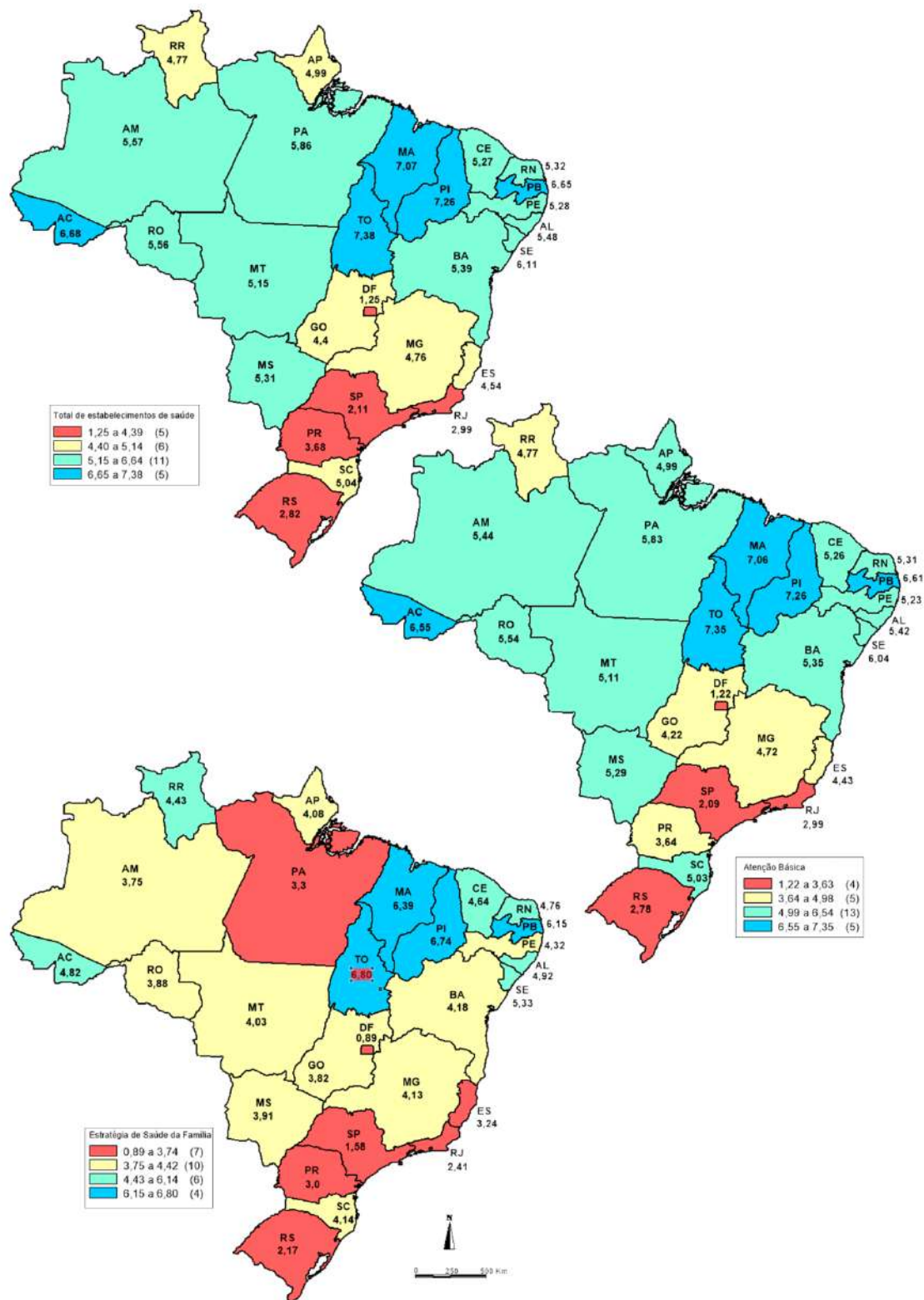


Agentes Comunitários de Saúde (Mapa 6)

As razões de Agentes Comunitários de Saúde por três mil habitantes no total de estabelecimentos de saúde apresentaram razões entre 1,25 e 7,38, sendo a de todo o Brasil 4,21. As maiores foram as dos estados do Tocantins (7,38), Piauí (7,26), Maranhão (7,07) e Acre (6,68). Já as menores razões foram as do Distrito Federal (1,25), São Paulo (2,11) e Rio Grande do Sul (2,82). No que se refere à distribuição na ABS, o valor geral foi de 4,17, variando por UF entre 1,22 e 7,35. Destaque para Tocantins (7,35), Piauí (7,26) e Maranhão (7,06). Os estados com as menores ofertas de ACS na ABS foram Distrito Federal (1,22), São Paulo (2,09), Rio Grande do Sul (2,78) e Rio de Janeiro (2,99). Na ESF, a razão no Brasil foi de 3,40, variando entre 0,89 e 6,80. Os valores mais altos estão nos estados do Tocantins (6,80), Piauí (6,74), Maranhão (6,39) e Paraíba (6,15). Os mais baixos no Distrito Federal (0,89), São Paulo (1,58) e Rio Grande do Sul (2,17).

Comparando os desvios padrões em cada dimensão, verificou-se 1,47 no Total, 1,47 na ABS e 1,41 na ESF. Deste modo, não há diferenças discrepantes nas distribuições, em função desta profissão se ocupar apenas na ABS e na ESF. Destaca-se, no entanto, que os desvios encontrados são significativos, indicando uma má distribuição de ACS no país. Os estados com as maiores diferenças entre as três dimensões foram Pará, com desvio de 1,47, Acre, com 1,04, e Amazonas, com 1,02.

Mapa 6 – BRASIL: março de 2014: Distribuição da razão de Agentes Comunitários de Saúde em estabelecimentos da ABS, segundo Unidade da Federação.



4. O mercado de trabalho da Estratégia de Saúde da Família

4.1. Evolução dos estoques de trabalhadores e vínculos na ESF

Durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, o número de trabalhadores da ESF cresceu em todas as ocupações, exceto entre os AEN, que sofreram queda de 28.284 para 25.642 profissionais, conforme descreve a Tabela 4. De fato ocorreu substituição dessa força de trabalho por TEN, que passou de 15.454 para 26.889, o maior incremento entre as profissões analisadas. Entre os Médicos, o crescimento se deu em função, basicamente, dos estoques de profissionais do PROVAB e PMM, 6.897 Médicos a mais (33.289 para 40.186). Se desconsiderarmos os profissionais da ESF com vínculos do tipo “bolsista”, entre os quais, quase 100% são participantes dos respectivos programas, verifica-se que os estoques ficam em torno de 34 e 33 mil trabalhadores por toda a série (segunda linha da Tabela 4). Sugere-se, portanto, que os médicos dos programas federais representaram a quase totalidade da expansão de médicos na ESF no período considerado¹⁹. Entre as profissões da Saúde Bucal e os Enfermeiros os crescimentos observados foram menores, mas ainda assim substantivos.

No que diz respeito à evolução dos estoques de vínculos de trabalho, a tendência foi a mesma que se observou com os estoques de trabalhadores (Tabela 5), isto é, de ampliação em todas as categorias, exceto entre os AEN. Note-se ainda que, em geral, os números dos médicos são um pouco maiores do que os de trabalhadores nas demais profissões, tendo em vista que, em média, registram mais de um vínculo por pessoa.

¹⁹ Os volumes de profissionais do PROVAB e do PMM são maiores do que aqueles que aparecem no CNES, o qual tem mostrado um atraso de registro de novos profissionais pelo menos entre um trimestre e outro da análise.

Tabela 4 – BRASIL, dez-10 a mar-14: N° de trabalhadores na ESF, segundo ocupações principais e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	33.289	31.149	35.489	36.431	37.542	38.076	39.323	40.186
Médicos (s/ PROVAB e MM)	33.286	31.146	35.484	33.239	34.079	34.573	34.375	33.573
Enfermeiros	32.435	31.051	34.525	35.174	35.914	36.294	37.330	38.241
Cirurgiões-dentistas	21.403	20.659	23.138	23.504	24.343	24.479	24.774	25.006
Técnicos de enfermagem	15.454	16.968	21.377	22.367	23.455	24.480	25.702	26.899
Auxiliares de enfermagem	28.284	25.489	26.356	26.089	25.612	25.433	25.497	25.642
Técnicos em saúde bucal	1.895	1.978	2.226	2.330	2.491	2.638	2.755	2.909
Auxiliares de saúde bucal	21.495	21.040	23.197	23.384	23.608	23.696	23.963	24.059
Agentes Comunitários de Saúde	206.837	197.398	218.007	220.068	221.577	223.035	227.170	229.784

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 5 – BRASIL, dez-10 a mar-14: N° de vínculos na ESF, segundo ocupações principais e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	34.199	31.875	36.638	37.690	38.687	39.088	40.428	41.334
Médicos (s/ PROVAB e MM)	34.196	31.872	36.633	34.417	35.208	35.566	35.472	34.645
Enfermeiros	32.514	31.122	34.678	35.301	36.036	36.499	37.520	38.494
Cirurgiões-dentistas	21.810	21.000	23.574	23.904	24.678	24.783	25.074	25.331
Técnicos de enfermagem	15.465	16.978	21.394	22.401	23.487	24.529	25.843	27.049
Auxiliares de enfermagem	28.300	25.502	26.383	26.137	25.657	25.483	25.541	25.686
Técnicos em saúde bucal	1.908	1.985	2.239	2.347	2.509	2.655	2.769	2.923
Auxiliares de saúde bucal	21.777	21.273	23.397	23.562	23.761	23.821	24.099	24.208
Agentes Comunitários de Saúde	206.877	197.454	218.025	220.092	221.603	223.075	227.196	229.809

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Analisando a presença de outras profissões de nível superior na ESF (Tabela 6) nota-se que a profissão que teve o maior contingente em todos os meses foi a de Fisioterapeutas, que também mostrou crescimento expressivo, de 2.475 para 5.218. Na sequência aparecem os Psicólogos (1.602 a 3.629), Nutricionistas (1.305 a 3.010) e Assistentes Sociais (1.160 a 2.660). Com volumes pouco expressivos estão os Farmacêuticos (847 a 1.519), Profissionais da Educação Física (804 a 2.043), Fonoaudiólogos (684 a 1.524) e Terapeutas Ocupacionais (425 a 679).

Tabela 6 – BRASIL, dez-10 a mar-14: N° de trabalhadores na ESF, segundo outras ocupações e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Assistentes sociais	1.160	1.256	1.658	1.688	1.858	2.109	2.415	2.660
Farmacêuticos	847	842	1.085	1.098	1.201	1.274	1.421	1.519
Fisioterapeutas	2.475	2.621	3.508	3.498	3.789	4.178	4.798	5.218
Fonoaudiólogos	684	747	968	987	1.096	1.197	1.408	1.524
Nutricionistas	1.305	1.365	1.829	1.863	2.068	2.331	2.724	3.010
Profissionais da Ed. Física	804	856	1.110	1.125	1.339	1.540	1.816	2.043
Psicólogos	1.602	1.652	2.296	2.318	2.546	2.832	3.292	3.629
Terapeutas ocupacionais	425	469	563	539	603	568	613	679

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

4.2. Evolução dos indicadores de trabalho na ESF

A análise do indicador de razão do número de trabalhadores da ESF, por três mil habitantes, segundo a Tabela 7, mostra o crescimento da cobertura da política, sobretudo de Médicos e TEN, cujas razões variaram de 0,52 a 0,57 e de 0,24 a 0,40, respectivamente. No primeiro caso, como já citado, o crescimento foi impulsionado pelos programas federais de provimento, e no segundo caso pela substituição de AEN pelos equivalentes técnicos. Outro crescimento de cobertura significativo foi de Enfermeiros, 0,51 para 0,56, em consequência

do crescimento da oferta de Médicos. Para os ACS os aumentos de cobertura foram pouco significativos. Em relação aos trabalhadores da Saúde Bucal, o aumento do quantitativo de pessoas foi suficiente apenas para cobrir o avanço populacional do período, não significando expansão de cobertura, que ficou em torno de 0,37. Ainda em relação aos Médicos, note-se que o crescimento da razão de 0,52 para 0,57, comparada à razão calculada sem os bolsistas dos programas federais, que caiu de 0,52 para 0,47, sugere que a nova oferta de Médicos não tem implicado em redução da oferta anterior.

Tabela 7 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão do nº de trabalhadores, em FTE, por 3 mil habitantes, por ocupação e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	0,52	0,48	0,54	0,54	0,54	0,55	0,56	0,57
Médicos (s/ PROVAB e MM)	0,52	0,48	0,54	0,49	0,49	0,50	0,49	0,47
Enfermeiros	0,51	0,48	0,53	0,52	0,53	0,54	0,56	0,56
Cirurgiões-dentistas	0,34	0,32	0,36	0,35	0,36	0,36	0,36	0,37
Técnicos de enfermagem	0,24	0,26	0,33	0,33	0,35	0,36	0,38	0,40
Auxiliares de enfermagem	0,44	0,40	0,41	0,39	0,38	0,38	0,38	0,38
Técnicos em saúde bucal	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04
Auxiliares de saúde bucal	0,34	0,33	0,36	0,35	0,35	0,35	0,36	0,36
Agentes Comunitários de Saúde	3,25	3,08	3,37	3,28	3,31	3,33	3,39	3,40

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Em relação à proteção do trabalho, todas as profissões ampliaram a proporção de trabalho protegido, exceto os Médicos, que conforme apresenta a Tabela 8 reduziram a proporção de 31,6%, em dezembro de 2010, para 28,4%, em março de 2014. Entretanto, se desconsiderarmos os bolsistas dos programas federais, os quais estão sob um regime de trabalho desprotegido, também houve crescimento da proteção de médicos, ainda que os níveis sejam os mais baixos, em relação às demais categorias, um pouco mais de 30%. As profissões com as maiores proporções são os Auxiliares de Enfermagem e os ACS, em torno

de 60% no último mês da série. Os maiores crescimentos foram também observados para estes trabalhadores (de 51,9% para 62,1% entre os AEN e de 49,8% para 60,5% entre os ACS), mas também foram expressivos para Enfermeiros (de 41,2% a 48,9%) e Cirurgiões-dentistas (de 41,5% a 48,7%).

Tabela 8 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido dos vínculos da ESF por ocupação e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	31,6	31,9	33,2	31,4	32,0	31,4	29,7	28,5
Médicos (s/ PROVAB e MM)	31,6	31,9	33,2	34,4	35,2	34,5	33,9	34,0
Enfermeiros	41,2	45,3	48,2	48,5	48,9	49,2	49,1	48,9
Cirurgiões-dentistas	41,5	45,0	48,4	48,2	49,2	48,9	48,9	48,7
Técnicos de enfermagem	46,9	47,2	50,5	50,7	50,5	50,5	50,4	50,9
Auxiliares de enfermagem	51,9	55,5	59,6	60,1	60,8	61,6	62,0	62,1
Técnicos em saúde bucal	55,1	55,1	56,9	57,4	57,0	57,2	57,3	57,3
Auxiliares de saúde bucal	45,9	48,9	52,0	51,8	51,8	51,8	51,9	51,9
Agentes Comunitários de Saúde	49,8	54,2	57,6	58,1	58,7	59,2	60,0	60,5

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Apesar da tendência geral à formalização e desprecarização, o contrato temporário tem sido utilizado frequentemente como estratégia imediata de vinculação de profissionais, e este recurso tem aumentado se considerarmos a representatividade dos vínculos temporários entre aqueles criados nos últimos 12 meses, como mostra a Tabela 9. Isso ocorre em todos os grupos profissionais da ESF e aumentou principalmente entre os TEN (de 38,1% para 48,4%) e os ASB (39,1% para 48,1%). Os AEN são os trabalhadores que apresentaram as menores proporções no indicador em questão, o que reflete a manutenção de profissionais com maior fixidez no emprego num contexto de crescente substituição desses profissionais por TEN. Também são baixas as proporções entre os TSB, na medida em que os mesmos tendem a ser mais utilizados em equipes consolidadas. Em relação aos Médicos, o volume

de profissionais do PROVAB e PMM nos últimos anos da série impactou a proporção dos contratos temporários, que diminuiu. Entretanto, desconsiderando-os, assim como foi feito na análise dos demais indicadores, também se verificou o aumento do indicador, chegando a mais de 60% em março de 2014. A observação desses eventos, concomitante ao crescimento do trabalho protegido, reforça a hipótese de ampla utilização de contratos temporários no momento de criação de novas equipes de ESF e, portanto, de ampliação da política. No caso de médicos, ainda é preciso reforçar que estes percentuais refletem a dificuldade de fixação de profissionais.

Tabela 9 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários da ESF criados nos últimos 12 meses por ocupação e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	54,4	61,2	60,8	53,4	50,4	52,8	50,1	49,1
Médicos (s/ PROVAB e MM)	54,4	61,2	60,8	63,1	60,9	62,0	61,5	60,7
Enfermeiros	41,8	44,5	44,6	51,8	51,8	51,3	51,9	48,3
Cirurgiões-dentistas	48,2	51,0	49,2	56,1	56,5	56,9	56,8	53,8
Técnicos de enfermagem	38,1	44,6	43,2	48,6	50,2	50,9	51,4	48,4
Auxiliares de enfermagem	23,3	26,0	22,8	26,9	27,3	29,4	29,7	27,4
Técnicos em saúde bucal	33,3	42,5	37,2	41,7	39,7	38,2	38,4	36,2
Auxiliares de saúde bucal	39,1	41,3	40,3	47,5	49,8	51,4	51,2	48,1
Agentes Comunitários de Saúde	32,7	37,5	36,5	39,7	42,0	43,9	43,9	39,8

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Outro indicador analisado é apresentado na Tabela 10 e corresponde a proporção de vínculos intermediados, aqueles que, segundo o CNES, são considerados como autônomos intermediados por OS, OSCIP, ONG, empresa privada, filantrópica e cooperativa. É preciso ressaltar que a condição de autônomo, nesse caso, reflete ausência de vínculo empregatício com o estabelecimento de saúde de registro do profissional, não sendo possível identificar a existência de vínculo empregatício com o agente intermediador. De qualquer maneira, é um bom indicador da dimensão da terceirização na ESF. No período em questão se verificou o

aumento do indicador em todas as profissões da ESF, sobretudo entre os TSB (de 3,6% para 9,9%) e os AEN (de 5,8 para 10,4%). O crescimento entre médicos também foi significativo. Desconsiderando os bolsistas, foi de 4,1% para 8,8%. Ao longo de toda a série as maiores proporções foram registradas entre os AEN e as menores proporções foram entre os ASB.

Tabela 10 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos intermediados da ESF por ocupação e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	4,1	5,6	6,6	6,5	7,2	8,0	7,7	7,4
Médicos (s/ PROVAB e MM)	4,1	5,6	6,6	7,1	7,9	8,8	8,8	8,8
Enfermeiros	3,3	4,4	4,8	5,0	5,6	6,3	6,0	6,3
Cirurgiões-dentistas	1,3	1,9	2,1	2,2	2,7	3,1	3,2	3,3
Técnicos de enfermagem	0,8	1,6	1,9	1,9	2,8	4,0	3,9	4,1
Auxiliares de enfermagem	5,8	8,2	8,8	9,6	9,7	9,7	9,5	10,4
Técnicos em saúde bucal	3,6	4,6	5,9	5,7	8,2	9,7	9,8	9,9
Auxiliares de saúde bucal	1,2	1,6	1,9	2,0	2,5	2,9	3,0	3,2
Agentes Comunitários de Saúde	2,9	3,5	3,9	4,0	4,6	5,2	5,0	5,4

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

A análise do tempo médio de duração dos vínculos, em meses, mostra uma variação pouco significativa entre as profissões da ESF analisadas, exceto para os ACS, cujo tempo médio cresceu de 52,7 para 61,9 meses, segundo a Tabela 11. Entre Médicos e TSB houve redução. No primeiro caso a explicação está nos profissionais contratados pelo PROVAB, cujo tempo de duração do vínculo é de até um ano, e do Programa Mais Médicos, que apesar de prever vínculos de até três anos, ainda é recente. Considerando os médicos não bolsistas o tempo permaneceu praticamente o mesmo, assim como para as demais profissões.

Em relação à carga horária, em todos os casos a média se manteve em torno dos 40, assim como é definido pela ESF. Apenas para o caso de Médicos houve variação, em função

da Portaria 2.027 de 25/08/2011 que autoriza a contratação de 20 e 30 horas. O impacto da Portaria, no entanto, foi pouco significativo, uma vez que a carga horária média variou de 38,8 para 37,5 horas, considerando o total de Médicos e para 37 horas, desconsiderando os médicos recrutados pelos programas federais (Tabela 12).

Tabela 11 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio de duração dos vínculos da ESF, em meses, por ocupação e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	23,8	24,0	25,3	22,1	21,3	21,3	21,2	20,4
Médicos (s/ PROVAB e MM)	23,8	24,0	25,3	24,1	23,1	22,9	23,4	23,7
Enfermeiros	27,8	28,9	29,9	26,9	26,1	26,4	26,7	26,7
Cirurgiões-dentistas	28,1	29,8	30,8	28,2	27,0	27,3	28,1	28,4
Técnicos de enfermagem	26,8	27,8	28,8	27,2	26,6	26,5	26,6	26,6
Auxiliares de enfermagem	39,9	42,4	44,5	43,2	43,0	42,8	43,1	43,4
Técnicos em saúde bucal	35,2	35,4	36,8	34,6	32,6	32,0	31,9	31,7
Auxiliares de saúde bucal	33,0	35,8	36,9	34,6	33,7	33,9	34,4	35,1
Agentes Comunitários de Saúde	52,7	56,6	59,3	59,6	60,1	60,6	61,3	61,9

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 12 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Carga Horária média dos vínculos da ESF por ocupação e período.

Ocupação	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos (Total)	38,8	38,7	38,1	38,1	37,7	37,6	37,4	37,5
Médicos (s/ PROVAB e MM)	38,8	38,7	38,1	38,0	37,5	37,4	37,1	37,0
Enfermeiros	40,0	39,9	39,9	39,8	39,7	39,7	39,7	39,6
Cirurgiões-dentistas	39,2	39,2	39,2	39,2	38,9	39,0	39,0	39,0
Técnicos de enfermagem	39,9	39,9	39,9	39,9	39,8	39,8	39,6	39,6
Auxiliares de enfermagem	39,9	39,9	39,8	39,8	39,8	39,8	39,7	39,7
Técnicos em saúde bucal	39,8	39,9	39,7	39,7	39,6	39,6	39,6	39,6
Auxiliares de saúde bucal	39,5	39,6	39,7	39,7	39,7	39,7	39,7	39,7
Agentes Comunitários de Saúde	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

4.3. Expansão da cobertura de médicos na ESF

Buscando compreender melhor a expansão da oferta de força de trabalho na ESF e, portanto, da cobertura da política, no período analisado, procedeu-se a uma análise particular do caso de médicos tendo como unidade analítica os municípios brasileiros. As Tabelas que se seguem descrevem o comportamento dos principais indicadores (Razão de Médicos por três mil habitantes, Proporção de trabalho protegido, Tempo médio de duração dos vínculos e Proporção de vínculos temporários criados nos últimos 12 meses), discriminados segundo região geográfica, porte populacional, adesão do município aos programas federais (PMAQ, PROVAB, PMM)²⁰, existência de Plano de Carreira e de Gratificação por Desempenho²¹.

²⁰ Inicialmente os indicadores também foram aplicados a municípios com médicos de 20 e 30 horas na ESF, mas os mesmos se mostraram muito irregulares ao longo da série, o que pode estar relacionado ao baixo número de municípios enquadrados nesta condição.

As Tabelas de 13 a 15 descrevem, para o período de dezembro de 2010 a março de 2014, que a cobertura de médicos, representada pela razão por três mil habitantes, aumentou de 0,54 para 0,58 em todo o Brasil. Os estratos de municípios que mais ampliaram foram os de Capitais e Regiões Metropolitanas (de 0,32 para 0,39) e os localizados na Região Sul (de 0,53 para 0,60). Quanto às estratégias e políticas, houve mais crescimento nos municípios com Médicos do PROVAB (de 0,52 para 0,57), entre inscritos no PMM (de 0,41 para 0,57), com existência de Plano de Carreira (0,36 para 0,46) e de Gratificação por Desempenho (de 0,48 para 0,56). Apesar desses crescimentos, é necessário destacar que quanto menor é o município, em termos populacionais, maior é a cobertura de médicos da ESF, como destaca a Tabela 13. No caso dos municípios com até 10 mil habitantes, a razão em março de 2014 era de 1,14, enquanto a de municípios com mais de 100 habitantes era de 0,43 no mesmo mês. Além disso, os valores mais altos do indicador foram verificados no Nordeste.

Tabela 13 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão de médicos da ESF, em FTE, por 3 mil habitantes, por porte do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Capitais e RM's	0,32	0,31	0,35	0,35	0,36	0,36	0,37	0,39
Mais de 100 mil hab.	0,40	0,35	0,40	0,40	0,41	0,41	0,42	0,43
Mais de 50 até 100 mil hab.	0,55	0,51	0,57	0,56	0,56	0,57	0,59	0,59
Mais de 20 até 50 mil hab.	0,74	0,66	0,73	0,74	0,74	0,75	0,77	0,78
Mais de 10 até 20 mil hab.	0,94	0,85	0,94	0,93	0,94	0,94	0,96	0,97
Até 10 mil hab.	1,11	1,03	1,11	1,11	1,10	1,11	1,12	1,14
BRASIL	0,54	0,49	0,55	0,55	0,55	0,56	0,57	0,58

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

²¹ As informações de Plano de Carreira e Gratificação por Desempenho foram extraídas do Módulo IV da Avaliação Externa do PMAQ.

Tabela 14 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão de médicos da ESF, em FTE, por 3 mil habitantes, por região do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Norte	0,50	0,46	0,50	0,49	0,49	0,49	0,52	0,53
Nordeste	0,75	0,66	0,73	0,73	0,74	0,73	0,76	0,77
Sudeste	0,42	0,39	0,44	0,44	0,44	0,45	0,45	0,46
Sul	0,53	0,50	0,56	0,55	0,58	0,58	0,59	0,60
Centro-oeste	0,51	0,43	0,53	0,52	0,52	0,53	0,54	0,53
BRASIL	0,54	0,49	0,55	0,55	0,55	0,56	0,57	0,58

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 15 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Razão de médicos da ESF, em FTE, por 3 mil habitantes, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
PMAQ 1º ciclo	0,50	0,45	0,51	0,51	0,51	0,52	0,53	0,54
PROVAB	0,52	0,48	0,53	0,53	0,54	0,54	0,56	0,57
PMM	0,41	0,37	0,43	0,42	0,43	0,43	0,46	0,47
Plano de Carreira	0,36	0,34	0,38	0,38	0,40	0,40	0,41	0,43
Gratificação por desempenho	0,48	0,45	0,52	0,51	0,53	0,53	0,55	0,56

Fonte: EPSM a partir do CNES, DAB e SGTES.

*Considera-se o município que aderiu às políticas federais (PMAQ 1º Ciclo, PROVAB, PMM) ou que aplicou estratégias municipais específicas (Plano de Carreira e Gratificação por desempenho) aquele que o fez em pelo menos um dos períodos analisados. Nesse sentido, o período descrito para análise do indicador não corresponde, necessariamente, à vigência da política ou estratégia em questão.

As Tabelas de 16 a 18 mostram que a proporção de trabalho protegido de médicos na ESF diminuiu de 31,6% para 28,5%, como analisado mais acima, em função do significativo acréscimo de bolsistas no período recente. Os estratos de municípios que mais reduziram a proporção foram os de Capitais e Regiões Metropolitanas (de 42,9% para 33,8%) e os das regiões Norte (de 30,5% para 18,9%), Sudeste (de 37,8% para 32,3%) e Centro-Oeste (de 31,4% para 25,8%). Se considerarmos as políticas, o maior impacto foi entre municípios inscritos no PMM, que passaram de 36,8% para 29,9%. Ao contrário, alguns municípios ampliaram a proteção do trabalho, como os da Região Sul e os com existência de Plano de Carreira, mas isso se comparados o primeiro e o último meses da série, já que em dezembro de 2013 e março de 2014 os mesmos também passaram por queda. Destaca-se ainda que, no cômputo geral, a proporção de vínculos cresce quanto maior é o estrato populacional. Em suma, o comportamento deste indicador se mostrou muito sensível à expansão da cobertura de médicos por meio dos bolsistas do PMM, com destaques para Capitais e RM e as regiões Norte e Sudeste.

Tabela 16 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido de médicos da ESF, em relação ao total de vínculos, segundo porte populacional do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Capitais e RM's	42,9	40,0	40,7	38,8	39,7	38,5	36,2	33,8
Mais de 100 mil hab.	42,2	45,2	46,1	44,2	46,3	46,4	42,9	42,1
Mais de 50 até 100 mil hab.	28,2	28,0	29,3	27,0	27,5	27,1	24,3	24,4
Mais de 20 até 50 mil hab.	24,4	24,9	26,3	23,8	24,1	23,7	23,1	22,2
Mais de 10 até 20 mil hab.	24,5	24,3	25,0	24,0	23,6	22,9	22,3	21,1
Até 10 mil hab.	25,5	27,6	28,7	26,9	26,2	25,5	24,8	23,6
BRASIL	31,6	32,0	33,2	31,4	32,0	31,4	29,7	28,5

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 17 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido de médicos da ESF, em relação ao total de vínculos, segundo região geográfica do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Norte	30,5	28,2	28,2	26,3	26,1	24,6	21,9	18,9
Nordeste	21,8	22,6	23,3	21,0	20,5	20,2	18,9	18,6
Sudeste	37,8	35,4	35,9	34,7	36,0	35,6	34,0	32,3
Sul	45,6	51,0	55,1	52,6	54,3	52,1	51,2	48,9
Centro-oeste	31,4	29,3	31,5	30,5	29,5	29,6	26,3	25,8
BRASIL	31,6	32,0	33,2	31,4	32,0	31,4	29,7	28,5

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 18 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de trabalho protegido de médicos da ESF, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
PMAQ 1º ciclo	32,8	33,0	34,3	31,9	32,7	32,2	30,3	28,8
PROVAB	32,8	33,1	34,5	32,6	33,1	32,5	30,7	29,5
PMM	36,8	36,5	37,2	35,0	35,7	34,7	31,5	29,9
Plano de Carreira	39,0	40,4	44,7	42,9	45,5	44,7	43,5	41,5
Gratificação por desempenho	39,8	40,4	41,5	39,1	39,9	38,5	36,3	35,3

Fonte: EPSM a partir do CNES, DAB e SGTES.

*Considera-se o município que aderiu às políticas federais (PMAQ 1º Ciclo, PROVAB, PMM) ou que aplicou estratégias municipais específicas (Plano de Carreira e Gratificação por desempenho) aquele que o fez em pelo menos um dos períodos analisados. Nesse sentido, o período descrito para análise do indicador não corresponde, necessariamente, à vigência da política ou estratégia em questão.

As Tabelas de 19 a 21 destacam o indicador de tempo médio, em meses, de duração dos vínculos de médicos na ESF, o qual variou negativamente de 23,8 meses, em dezembro de 2010, para 20,4 meses, em março de 2014. Os dados indicam que ocorreu decréscimo do

tempo médio, no período em questão, em todos os tipos de municípios analisados (por porte, Região, adesão a políticas e estratégias), ainda que de forma pouco significativa. Entretanto, é possível destacar que os municípios com redução um pouco maior foram os de Capitais e RM, com mais de 50 até 100 mil habitantes, das Regiões Norte e Nordeste e os do PMAQ e PMM. Aqueles com reduções menores foram os da Região Centro-Oeste e com existência de Plano de Carreira. Neste caso também podemos falar de possíveis impactos do PROVAB e PMM que trouxeram novos profissionais, os quais contribuíam para diminuir o tempo de duração médio dos vínculos. Vale destacar ainda que os tempos observados são próximos entre si, com algumas exceções – menores no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em relação ao Sul e Sudeste, e entre municípios com mais de 10 até 100 mil habitantes.

Tabela 19 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio, em meses, de duração dos vínculos de médicos na ESF, por porte populacional do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Capitais e RM's	27,4	26,7	27,2	26,0	24,5	24,6	24,5	23,0
Mais de 100 mil hab.	28,1	28,1	28,9	26,7	25,5	25,3	24,6	24,4
Mais de 50 até 100 mil hab.	23,2	23,0	24,7	20,6	20,2	19,9	19,4	18,7
Mais de 20 até 50 mil hab.	21,5	22,0	23,5	18,7	18,3	18,5	18,4	17,7
Mais de 10 até 20 mil hab.	20,1	20,1	21,8	17,5	17,0	17,2	17,8	17,1
Até 10 mil hab.	22,7	23,6	25,7	21,5	21,0	21,1	21,3	20,4
BRASIL	23,8	24,0	25,3	22,1	21,3	21,3	21,2	20,4

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 20 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio, em meses, de duração dos vínculos de médicos na ESF, por região geográfica do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Norte	20,0	19,4	20,7	17,7	18,0	17,7	16,5	15,6
Nordeste	23,7	23,6	25,3	20,2	19,7	19,8	19,3	18,5
Sudeste	24,5	24,4	25,6	23,7	22,9	22,7	23,0	22,4
Sul	26,0	27,2	28,0	26,3	23,8	24,1	24,5	23,2
Centro-oeste	21,3	21,8	23,5	19,6	19,8	19,9	20,2	19,7
BRASIL	23,8	24,0	25,3	22,1	21,3	21,3	21,2	20,4

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 21 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Tempo médio, em meses, de duração dos vínculos de médicos na ESF, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
PMAQ 1º ciclo	24,3	24,3	25,5	22,0	21,3	21,3	21,2	20,2
PROVAB	23,6	23,8	25,2	22,1	21,4	21,4	21,4	20,5
PMM	25,5	25,2	25,9	23,4	22,3	22,2	21,5	20,3
Plano de Carreira	26,4	27,1	28,6	26,9	25,3	25,7	25,8	24,8
Gratificação por desempenho	25,3	25,3	26,2	24,0	22,8	22,8	22,8	21,6

Fonte: EPSM a partir do CNES, DAB e SGTES.

*Considera-se o município que aderiu às políticas federais (PMAQ 1º Ciclo, PROVAB, PMM) ou que aplicou estratégias municipais específicas (Plano de Carreira e Gratificação por desempenho) aquele que o fez em pelo menos um dos períodos analisados. Nesse sentido, o período descrito para análise do indicador não corresponde, necessariamente, à vigência da política ou estratégia em questão.

As Tabelas de 22 a 24 apresentam a proporção de vínculos temporários de médicos da ESF criados nos últimos 12 meses. Considerando todos os municípios do país, verificou-se um decréscimo de 54,4% para 49,1%. Com exceção das Capitais e RM e municípios com mais de 100 mil habitantes, os demais portes populacionais conservaram ao longo da série proporções superiores ou próximas de 60%, destacando o vínculo do tipo temporário como a principal estratégia de recrutamento de novos médicos da ESF, nestes municípios. Há que se destacar, no entanto, a substantiva redução de 65,2% para 55% em municípios com mais de 50 até 100 mil habitantes. Também registraram quedas expressivas municípios do Nordeste (de 67,2% para 58,2%), inscritos no PMM (de 46,4% para 35,4%), aderidos ao PMAQ (de 51,8% para 44,3%) e com existência de Gratificação por Desempenho (49,6% para 40,4%).

Tabela 22 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários de médicos da ESF criados nos últimos 12 meses, por porte populacional do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Capitais e RM's	30,2	40,8	42,3	33,7	27,4	26,6	27,0	27,8
Mais de 100 mil hab.	37,6	47,2	46,0	36,9	34,0	36,3	35,5	36,3
Mais de 50 até 100 mil hab.	65,2	71,6	69,8	56,5	54,6	57,3	55,9	55,0
Mais de 20 até 50 mil hab.	64,8	70,8	71,7	63,4	61,5	65,5	60,8	60,6
Mais de 10 até 20 mil hab.	65,4	72,2	74,9	65,2	63,9	67,2	63,7	62,8
Até 10 mil hab.	63,8	66,3	71,8	66,2	65,7	67,7	64,5	61,5
BRASIL	54,4	61,2	60,8	53,4	50,4	52,8	50,1	49,1

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 23 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários de médicos da ESF criados nos últimos 12 meses, por região geográfica do município e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Norte	63,5	69,8	70,5	65,7	66,2	70,3	66,8	62,0
Nordeste	67,2	74,8	78,4	61,4	58,4	62,6	57,4	58,2
Sudeste	41,7	49,2	48,9	44,4	40,2	40,2	41,2	39,5
Sul	35,2	39,0	38,1	34,3	33,6	35,0	34,2	33,7
Centro-oeste	62,7	74,5	70,5	64,0	62,9	66,6	65,6	61,7
BRASIL	54,4	61,2	60,8	53,4	50,4	52,8	50,1	49,1

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 24 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Proporção (%) de vínculos temporários de médicos da ESF criados nos últimos 12 meses, por adesão do município às políticas federais e aplicação de estratégias municipais específicas* e período.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
PMAQ 1º ciclo	51,9	59,0	58,3	47,7	44,3	46,7	44,4	44,3
PROVAB	52,2	59,3	59,1	50,9	47,9	50,4	48,0	47,1
PMM	46,4	53,8	53,9	44,5	38,6	39,4	36,8	35,4
Plano de Carreira	30,7	36,2	36,7	30,9	29,0	31,1	30,2	27,9
Gratificação por desempenho	49,6	59,2	58,5	49,5	43,6	43,9	43,1	40,4

Fonte: EPSM a partir do CNES, DAB e SGTES.

*Considera-se o município que aderiu às políticas federais (PMAQ 1º Ciclo, PROVAB, PMM) ou que aplicou estratégias municipais específicas (Plano de Carreira e Gratificação por desempenho) aquele que o fez em pelo menos um dos períodos analisados. Nesse sentido, o período descrito para análise do indicador não corresponde, necessariamente, à vigência da política ou estratégia em questão.

5. Expansão da ABS em áreas de escassez de médicos

Neste capítulo é apresentada uma análise da expansão da força de trabalho em ABS em municípios identificados com escassez de médicos, nos últimos anos. Para tanto, foi considerada a evolução do Índice de escassez de médicos em ABS construído por Girardi *et al.* (2010b). Assim como foi destacado no tópico 2.2.5, o Índice em questão é um indicador municipal composto pela razão do número de médicos em ABS por habitante (em FTE de horas ambulatoriais nas especialidades de Saúde da Família, Clínica Médica e Pediatria), a Proporção de domicílios na pobreza e a Taxa de Mortalidade Infantil.

Foram feitas duas análises. Em um primeiro momento, no tópico 5.1, identificou-se a evolução dos municípios entre dezembro de 2010 a março de 2014²², segundo os graus do Índice de escassez, a região geográfica e o porte populacional. Em seguida, no tópico 5.2, os municípios foram analisados segundo sua trajetória, isto é, a permanência, entrada ou saída da situação de escassez de médicos em ABS, comparativamente entre o primeiro e o último mês da série. Tais trajetórias também foram analisadas pela aplicação de Teste Gama que investigou a hipótese de associação entre os programas federais PMAQ, PROVAB e PMM, entre outras estratégias, e a mudança ou permanência da situação de escassez.

5.1. Evolução do Índice de escassez de médicos em Atenção Básica

As Tabelas 25 e 26 mostram a distribuição dos municípios brasileiros de acordo com os Graus do Índice de escassez, no período de dezembro de 2010 a março de 2014. Os dados sugerem mudança do quadro de escassez com a redução do número de municípios nesta condição entre março de 2013 e março de 2014, de 1.200 (21,5%) para 987 (17,7%). Note que o quadro entre o primeiro mês da série até março de 2013 foi de crescimento da escassez pelo incremento de 85 municípios, no total. O decréscimo que se observou em seguida sugere provável impacto dos programas federais de provimento, os quais passaram a ocorrer

²² Em função do período considerado, os quatro municípios que foram criados pós a realização do Censo Demográfico de 2010 não entraram no cálculo do Índice de escassez de médicos. Isso se deve ao fato de os dados referentes à pobreza mortalidade infantil, necessários para o cálculo do índice, derivarem daquele levantamento.

em maior escala no mesmo período – sendo PROVAB no primeiro semestre de 2013 PMM no segundo. Neste último caso, como existe um relativo atraso de registro dos profissionais do programa no CNES, em relação à sua efetiva contratação, possivelmente a redução foi mais significativa nesse período.

Considerando as distribuições segundo os graus do Índice, ainda a partir da Tabela 26, não se verificaram alterações substantivas na composição do quadro da escassez, exceto por um pequeno crescimento proporcional no grau baixo, o qual representava 43,6% dos municípios com escassez em dezembro de 2010 passando para 45,8% no último mês – o que é relativo, uma vez que houve diminuição em termos absolutos nesta faixa (de 486 para 452). Destaca-se a redução de 385 para 320 municípios com traços de escassez, de 22 para 6 com alta e o aparecimento de 3 municípios com escassez severa em março de 2014 (situação que ocorreu pela ausência de médicos nestes locais).

Tabela 25 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Distribuição absoluta e relativa (%) dos municípios brasileiros segundo existência de escassez de Médicos em Atenção Básica.

		DEZ-2010	DEZ-2012	MAR-2013	JUN-2013	SET-2013	DEZ-2013	MAR-2014
N	Sem escassez	4.450	4.372	4.365	4.380	4.409	4.520	4.578
	Com Escassez	1.115	1.193	1.200	1.185	1.156	1.045	987
	Total	5.565	5.565	5.565	5.565	5.565	5.565	5.565
%	Sem escassez	80,0	78,6	78,5	78,7	79,2	81,2	82,3
	Com Escassez	20,0	21,4	21,5	21,3	20,8	18,8	17,7
	Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

Tabela 26 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Distribuição absoluta e relativa (%) dos municípios com escassez de médicos em ABS, segundo graus do Índice.

	DEZ-2010	DEZ-2012	MAR-2013	JUN-2013	SET-2013	DEZ-2013	MAR-2014
N	Traços	385	418	419	417	383	320
	Baixa	486	518	524	513	473	452
	Moderada	226	235	238	237	239	206
	Alta	17	22	19	18	15	6
	Severa	1	0	0	0	0	3
	Total	1.115	1.193	1.200	1.185	1.156	987
%	Traços	34,5	35,0	34,9	35,2	33,1	32,4
	Baixa	43,6	43,4	43,7	43,3	44,9	45,8
	Moderada	20,3	19,7	19,8	20,0	20,7	20,9
	Alta	1,5	1,8	1,6	1,5	1,3	0,6
	Severa	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
	Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

A Tabela 27 complementa os dados anteriores, apresentando a evolução da escassez segundo os critérios de designação do Índice. A maioria dos municípios designados com escassez concentra-se no critério de existência de um médico para mais de 3.000 habitantes – o que está fora da razão ideal para não designação do município na escassez. A redução se deu principalmente nesta faixa, de 871 (72,6% dos municípios com escassez), em março de 2013, para 669 (67,8%), em março de 2014. Nos critérios que utilizam a pobreza e a mortalidade infantil como referência para designação, as alterações não foram significativas. No entanto, é preciso destacar que estes indicadores não foram atualizados desde o Censo Demográfico de 2010, o que pode significar sobre-enumeração de casos com escassez.

Tabela 27 – BRASIL, dez-10 a mar-14: Distribuição absoluta e relativa (%) dos municípios brasileiros segundo critérios de designação do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica.

		DEZ-2010	DEZ-2012	MAR-2013	JUN-2013	SET-2013	DEZ-2013	MAR-2014
N	Critério A	777	860	871	862	820	716	669
	Critério B	318	312	306	300	313	306	296
	Critério C	19	21	21	21	21	21	22
	Critério D	1	0	2	2	2	2	1
	Total	1.115	1.193	1.200	1.185	1.156	1.045	987
%	Critério A	69,7	72,1	72,6	72,7	70,9	68,5	67,8
	Critério B	28,5	26,2	25,5	25,3	27,1	29,3	30,0
	Critério C	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	2,0	2,2
	Critério D	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
	Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

A: Um médico para mais de 3000 habitantes.

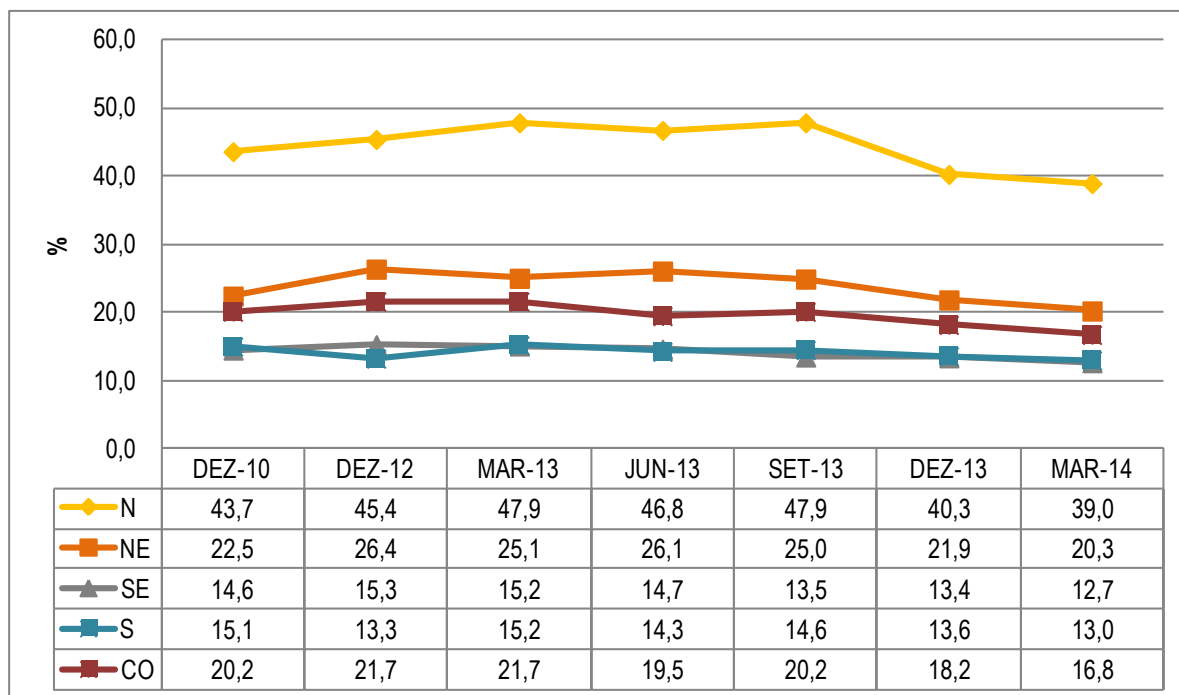
B: Um médico para mais de 1500 até 3000 habitantes e TMI mais de 100% acima da média.

C: Um médico para mais de 1500 até 3000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza.

D: Um médico para mais de 1500 até 3000 habitantes, TMI mais de 100% acima da média e mais de 50% dos domicílios na pobreza.

A Figura 11 ilustra a evolução da proporção de municípios com escassez de médicos, em cada região geográfica. Assistiu-se diminuição em todos os casos, sobretudo no Norte e no Centro-Oeste. No primeiro caso, a proporção de municípios com escassez saiu de 43,7%, em dezembro de 2010, chegou a 47,9%, em março de 2013, manteve o mesmo patamar até setembro e caiu em seguida para 39%, em março de 2014. As demais regiões apresentaram quedas mais discretas. Destaca-se, no entanto, que o Norte ainda possui o maior número de municípios com escassez de médicos no Brasil, em termos relativos – no último mês da série o Sudeste contava uma proporção de 12,7%, o Sul de 13%, o Centro-Oeste de 16,8% e o Nordeste de 20,3%.

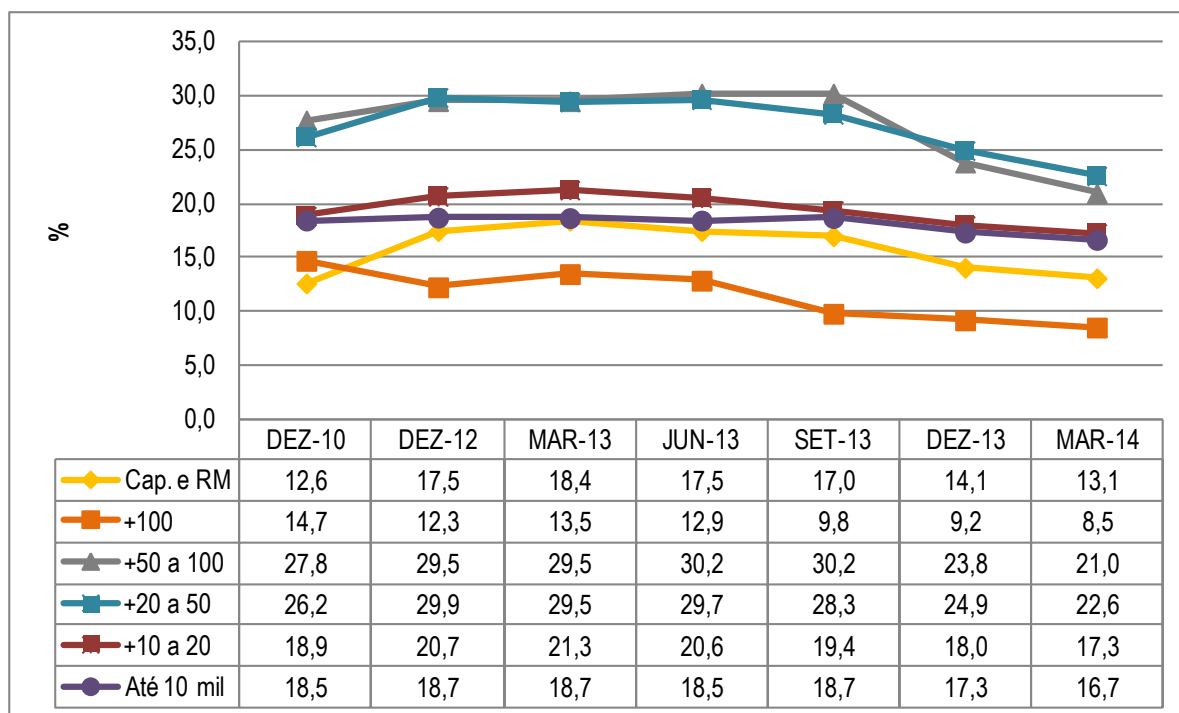
Figura 11 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Evolução da proporção (%) de municípios com escassez de médicos em ABS, por região geográfica.



Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

No que se refere ao porte populacional, a Figura 12 destaca queda da proporção de municípios com escassez, em todas as faixas, nos últimos dois meses da série. Considerando a comparação entre o primeiro e o último mês, a Região Sudeste praticamente manteve em 13% sua proporção. As quedas foram mais acentuadas em municípios com mais de 50 mil habitantes, isto é, de médio e grande porte. Ao longo da evolução os portes Capitais e RM e Mais de 100 mil habitantes apresentaram os menores valores relativos de escassez, sempre abaixo de 20%. Já os maiores foram observados nos portes Mais de 20 até 50 e Mais de 50 até 100 mil, acima de 20%.

Figura 12 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Evolução da proporção (%) de municípios com escassez de médicos em ABS, por porte populacional.



Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

5.2. Expansão da ESF em áreas de escassez

A Tabela 28 mostra uma matriz com a distribuição absoluta dos municípios do Brasil segundo sua situação no Índice de escassez de médicos, comparativamente entre os períodos de dezembro de 2010 e março de 2014. Nela é possível identificar os que permaneceram na mesma situação (destacado no centro da matriz), os que passaram a ter escassez ou subiram de nível e os que deixaram de ter escassez ou desceram de nível. A Figura 13 sintetiza essa situação. O Mapa 7 ilustra a distribuição dos municípios a partir da comparação feita.

Do total de 5.565 municípios, 4.158 (75% do total) se mantiveram sem escassez nos Índices dos dois períodos, mas 292 (5%) passaram a ter escassez. Destes, 155 entraram em traços, 110 em baixa, 28 em moderada e dois em severa. Os que deixaram a escassez somam 422 (8%) casos, dos quais, em 2010, 217 estavam em traços, 162 em baixa, 40 em moderada e três em alta. Por fim, 692 (12%) municípios permaneceram com escassez nos dois meses,

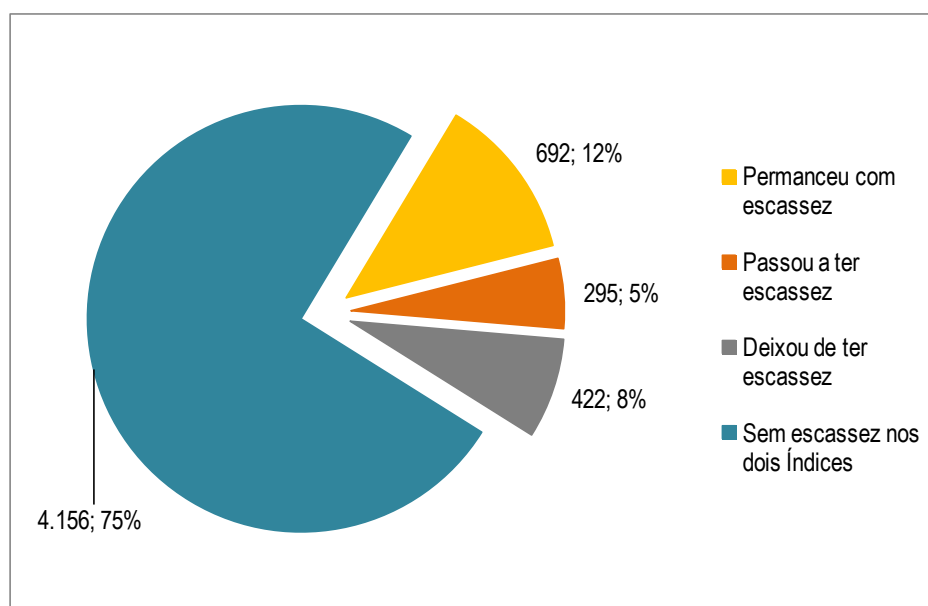
dos quais 31 agravaram sua situação, subindo de grau, 53 desceram para níveis inferiores e 608 ficaram no mesmo nível (151 em traços, 298 em baixa, 156 em moderada, e três em alta). Em suma, observou-se maior movimento de saída da situação de escassez do que de entrada, porém, a permanência nela é que se mostrou mais relevante (claro que analisando sem considerar o grande volume de municípios sem escassez nos dois períodos).

Tabela 28 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Matriz de situação dos municípios segundo o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica.

		Março de 2014						
Dezembro de 2010		Traços	Baixa	Moderada	Alta	Severa	Sem escassez	Total
	Traços	151	17	0	0	0	217	385
	Baixa	14	298	11	0	0	162	485
	Moderada	0	27	156	2	1	40	226
	Alta	0	0	11	3	0	3	17
	Severa	0	0	0	1	0	0	1
	Sem escassez	155	110	28	0	2	4.156	4.451
	Total	320	452	206	6	3	4.578	5.565

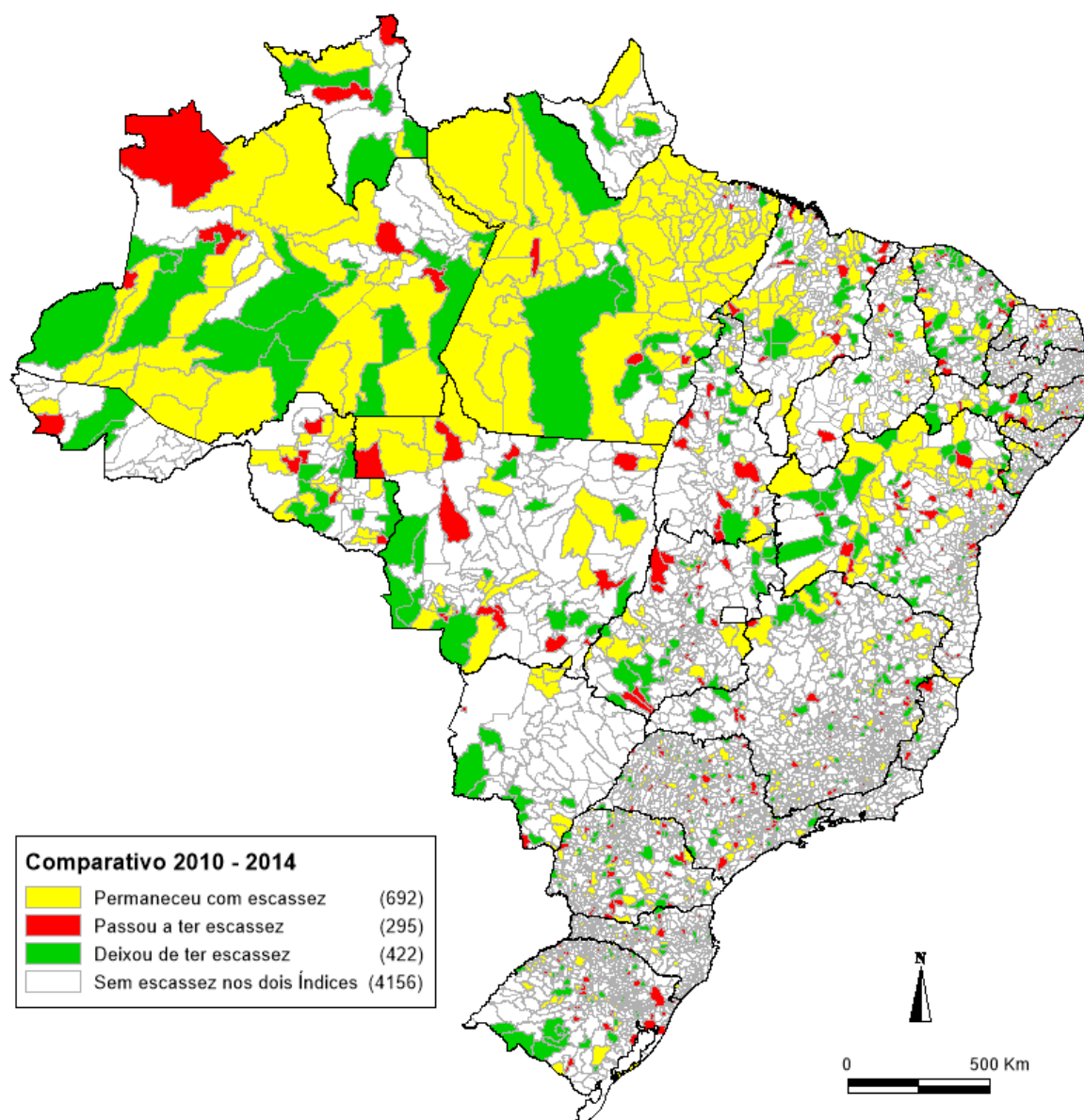
Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

Figura 13 – BRASIL: março de 2014: Distribuição (N e %) dos municípios brasileiros segundo comparação do Índice de escassez de médicos em Atenção Básica com o período de dezembro de 2010.



Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

Mapa 7 – BRASIL, março de 14: Municípios brasileiros segundo comparação do Índice de escassez de médicos em Atenção Básica com o período de dezembro de 2010.



Fonte: EPSM a partir do CNES e Censo Demográfico.

A Tabela 29 apresenta a proporção de municípios em cada situação de trajetória do Índice (permaneceu com escassez em março de 2014, relativamente a dezembro de 2010; passou a ter escassez; deixou de ter escassez; e sem escassez nos dois Índices), segundo sua adesão a políticas e estratégias de provimento de RHS e melhoria do acesso e da qualidade na ABS (PMAQ, PROVAB, PMM, ESF de 20 e 30 horas, Atenção Domiciliar e Consultório de Rua). Com o objetivo de investigar a hipótese de associação entre as trajetórias e a adesão às políticas e estratégias, foram realizados Testes Gama.

O Teste Gama analisa a diferença das distribuições proporcionais de duas variáveis categóricas ordinais, isto é, aquelas cuja mensuração das categorias é ordenada. Neste caso, considerou-se a trajetória na escassez como variável ordinal, entendendo que há uma ordem hierárquica que vai de permanecer na escassez, que seria a pior situação, seguido por passar a ter escassez, deixar de ter escassez e, por fim, sem escassez nos dois Índices, que seria a melhor situação. Para cada política e estratégia considerou-se a ordenação binária não aderiu *versus* aderiu. O valor do teste, expresso na Tabela 29, pode variar entre -1 a +1, sendo que o sinal indica se a associação é negativa ou positiva e, o valor absoluto, indica a intensidade. Assim, quanto maior o valor, maior é a associação. Valores muito próximos de zero indicam ausência de associação, o que se verifica pela não significância estatística – valor-p maior do que 0,10 (AGRESTI; FINLEY, 2012). Os testes aplicados analisaram se há diferença de distribuição da trajetória de acordo com a adesão a cada uma das políticas e estratégias. Se o gama for negativo e o valor-p estatisticamente significativo é porque existe associação entre aderir à política, quanto pior é a trajetória em relação à escassez de Médicos. Se positivo, existe associação entre aderir, quanto melhor é a trajetória. A Tabela mostra a proporção de municípios que, na situação de escassez correspondente (coluna), aderiu à política (linha).

Os resultados assinalam existir associação em todos os casos, exceto em relação ao PROVAB (Gama de 0,041). Do total de 692 municípios que permaneceram com escassez, 363, ou 52,5% dos casos, possuíam médicos do PROVAB, em março de 2014. Dos 295 que passaram a ter escassez, 152 (51,5%) tinham médicos do programa no mesmo período. Entre os que deixaram a escassez, eram 59%, isto é, 249 dos 422. Por fim, entre os sem escassez nos dois Índices, eram 56%, 2.330 dos 4.156. Note-se que as proporções são muito próximas e a diferença entre elas, portanto, não se mostrou estatisticamente significativa. Os resultados sugerem que a trajetória dos municípios em torno da escassez de Médicos não está associada ao PROVAB, do ponto de vista estatístico.

Tabela 29 – BRASIL, março de 2014: Proporção de municípios segundo adesão a programas federais e situação de escassez de médicos em comparação a dezembro de 2010.

	Permaneceu com escassez		Passou a ter escassez		Deixou de ter escassez		Sem escassez nos dois Índices		Total		Teste Gama
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Aderiu ao 1º ciclo do PMAQ	462	66,8	205	69,5	307	72,7	3.193	76,8	4.167	74,9	0,183*
Com médicos do PROVAB	363	52,5	152	51,5	249	59,0	2.330	56,0	3.094	55,6	0,041
Inscritos no PMM em julho de 2014	512	74,0	205	69,5	332	78,7	2.707	65,1	3.756	67,5	-0,194*
Com médicos da ESF de 20 horas	55	7,9	23	7,8	43	10,2	546	13,1	667	12,0	0,222*
Com médicos da ESF de 30 horas	10	1,4	1	0,3	14	3,3	107	2,6	132	2,4	0,202*
Com médicos da ESF de 40 horas	643	92,9	262	88,8	396	93,8	4.042	97,2	5.343	96,0	0,423*
Com equipes de Atenção Domiciliar	20	2,9	6	2,0	15	3,6	169	4,1	210	3,8	0,162*
Com equipes de Consultório na Rua	1	0,1	3	1,0	3	0,7	46	1,1	53	1,0	0,386*
TOTAL	692	12,4	295	5,3	422	7,6	4.156	74,7	5.565	100	

Fonte: EPSM a partir do CNES, Censo Demográfico, DAB/MS e SGTES/MS.

*Teste Gama estatisticamente significante a 1%.

A única associação negativa, ainda que fraca, foi observada em relação à inscrição no PMM (Gama de -0,194). A proporção de municípios inscritos no programa, dentre os que permaneceram com escassez, em março de 2014, era de 74%. Entre os que passaram a ter, 69,5%. Entre os que deixaram de ter, ainda maior, de 78,7%. Entre os sem escassez nos dois períodos, observou-se o menor valor, 65,1%. Nesse sentido, o programa parece estar mais relacionado com municípios que passaram ou passam por situação de escassez, do que com aqueles que não estiveram nessa situação em nenhum dos períodos considerados, ainda que a proporção destes últimos seja bastante alta.

As demais situações de políticas e estratégias mostraram associações positivas, isto é, estão mais relacionadas à ausência de escassez nos dois meses considerados. Em relação aos municípios aderidos ao PMAQ, tal associação se justifica pela forte representação, entre os aderidos no 1º Ciclo, daqueles com equipes de ESF consolidadas. Já entre os municípios com equipes de Atenção Domiciliar e Consultório na Rua, pode-se explicar pelo fato destas equipes estarem localizadas principalmente em grandes centros urbanos, locais que têm alta

oferta de médicos. No que se referem à carga horária de médicos da ESF, os dados sugerem que as estratégias de 20 e 30 horas estão mais relacionadas a situações sem escassez.

É importante ressaltar outra vez que o Teste Gama verifica a hipótese de associação entre duas variáveis e não efeitos de causalidade. Isso significa que não se pode afirmar que as políticas ou estratégias em questão impactaram positiva ou negativamente no fluxo dos municípios em torno da escassez de Médicos. No cômputo geral, porém, é possível sugerir que, proporcionalmente, existem mais municípios inscritos no PMM que tenham passado ou passam pela condição de escassez e que o inverso pode ser mencionado para os municípios aderidos ao PMAQ, com ESF de 20 e 30 horas e com equipes de AD e CR. Já em relação ao PROVAB, parece não haver distinção. A rigor, os resultados procedem, na medida em que mostram que o PMM tem se direcionado exatamente para os locais de maior necessidade de RHS e as demais estratégias para as localidades com equipes de ESF consolidadas. Mesmo em relação ao PROVAB, não se pode deixar de destacar que mais da metade dos municípios com alguma situação de escassez tinham médicos do programa em março de 2014. Pode-se justificar ainda que o mesmo tem conseguido cobrir situações de escassez não identificadas pelo Índice, justamente aquelas situadas no interior de grandes centros urbanos, os quais, de maneira geral, seguem distantes de uma situação geral de escassez.

Apesar de não ser possível afirmar possíveis impactos, os dados mostram que há uma coincidência da diminuição da escassez com os períodos de implantação dos programas federais, especialmente o PMM. Tal evidência, combinado com outras já apresentadas neste relatório, reforçam a hipótese de haver sim um impacto desses programas na redução dos desequilíbrios da distribuição da oferta de Médicos em ABS. Tal hipótese, porém, deverá ser investigada em estudos futuros.

6. Trajetória de médicos na ESF

Neste capítulo apresenta-se a análise dos fluxos do mercado de trabalho de Médicos, isto é, sua trajetória ocupacional em relação ao trabalho em equipes da ESF. Assim como foi explicado no tópico 2.3.3, realizou-se um exercício descritivo dos movimentos de admissão e desligamento desses profissionais nas equipes de ESF entre os períodos, por tipo de equipe de interesse (total da ESF, ESF de 20 e 30 horas, Atenção Domiciliar e Consultório na Rua).

Para tanto, foram construídas matrizes comparativas da situação do profissional em pares de meses de referência, iniciando pela situação em dezembro de 2011 em relação a dezembro de 2010, e assim consecutivamente até o período mais recente, março de 2014 em relação a dezembro de 2013²³. Ressalte-se que a situação reflete uma condição do indivíduo e não dos vínculos de trabalho, dessa forma, um mesmo Médico pode permanecer na mesma situação, ainda que em vínculos e ou estabelecimentos diferentes.

Em caráter introdutório, a Tabela 30 descreve a evolução do número de equipes por tipo de interesse. Entre dezembro de 2010 e março de 2014 houve um incremento de 7.109 equipes de ESF, de 33.938 para 41.047. Dentre as novas equipes, 1.082 são com médicos de 20 horas, 216 com médicos de 30 horas, 100 de ECR e 407 de EAD.

Tabela 30 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Evolução do número de equipes por tipo.

	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14	Diferença
ESF	33.938	35.237	36.546	37.181	37.876	38.495	39.921	41.047	7.109
ESF 20h	425	510	961	974	1.188	1.309	1.424	1.507	1.082
ESF 30h	11	44	116	116	163	187	217	227	216
ECR	-	-	54	55	61	72	88	100	100
EAD	-	65	198	217	249	319	368	407	407

Fonte: EPSM a partir do CNES.

6.1. Médicos em Equipes de Saúde da Família

Na Tabela 31, são apresentados indicadores gerais de Médicos em equipes da ESF. No período inicial analisado, dezembro de 2010, dos 33.289 profissionais, 10.245 (30,8%) se ocupava exclusivamente em equipes da ESF. Já no último período, em março de 2014, dos 40.186, 17.501 (43,6%) eram exclusivos. Note que o volume de incremento é parecido ao de Médicos provenientes do PROVAB e PMM, que se caracterizam pela exclusividade na ESF. Em termos de FTE, o incremento da oferta de Médicos na ESF foi menor do que o de profissionais. No primeiro mês, os dois valores estavam próximos, em torno de 33 mil,

²³ Os resultados apresentados aqui são sintéticos. O conjunto das matrizes construídas está disponível no Apêndice 10.5.

mas no último mês registrou-se 38.771 Médicos em FTE contra 40.186 indivíduos, o que se deve aos novos casos de profissionais com carga horária de 20 e 30 horas.

No que se refere aos vínculos de Médicos em equipes da ESF em dezembro de 2010, tem-se 34.199 vínculos, dos quais 31,6% eram protegidos, com carga horária média de 38,8 horas semanais e tempo médio de duração de 23,8 meses. Em março de 2014, passou-se a 41.334 vínculos, com diminuição da proteção para 28,5%, da carga horária média para 37,5 horas e do tempo médio de duração para 20,4 meses. Ao longo dos períodos, o valor médio do trabalho protegido ficou em 31,2%, da carga horária em 38 horas e do tempo em 22,4 meses.

Na Tabela 32 é apresentado o fluxo de Médicos em equipes da ESF. No mês inicial, em dezembro de 2011, 8.689 profissionais foram admitidos, em relação ao mês de dezembro de 2010, e 10.829 foram desligados, com um saldo negativo de 2.140. No período seguinte, dezembro de 2012, houve um salto para 12.172 admitidos contra 7.832 desligados, isto é, saldo de 4.340. A diferença nos dois períodos se deve, sobretudo, ao processo “limpeza” dos registros do CNES em função da Portaria 134 de 04 de abril de 2011, e à diferença de doze meses entre um período e outro. A partir de março de 2013, passa-se a comparar trimestres, nesse sentido, os volumes de admissão e desligamento diminuíram, registrando saldos entre 534 e 1.247. Destaca-se que em março de 2013 e março de 2014, períodos iniciais das duas últimas edições do PROVAB, os volumes de admissões e desligamentos foram maiores do que os registrados nos meses entre eles. Ao longo da série temos um aumento gradativo no número de Médicos mantidos, de 22.460 para 32.762. No entanto, observa-se uma queda de dezembro de 2013 para março de 2014, de 1.026 médicos.

Tabela 31 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos em Equipes de Saúde da Família (ESF).

MÉDICOS	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos da ESF*	33.289	31.149	35.489	36.431	37.544	38.078	39.325	40.186
Médicos da ESF, em FTE**	33.197	30.816	34.931	35.945	36.510	36.792	37.819	38.771
Médicos exclusivos da ESF***	10.245	10.352	11.934	12.909	13.029	13.598	15.716	17.501
VÍNCULOS	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Nº de vínculos	34.199	31.875	36.638	37.690	38.689	39.090	40.430	41.334
% de vínculos protegidos****	31,6	31,9	33,2	31,4	32,0	31,4	29,7	28,5
Carga horária média	38,8	38,7	38,1	38,1	37,7	37,6	37,4	37,5
Tempo médio de duração do vínculo, em meses	23,8	24,0	25,3	22,1	21,3	21,3	21,2	20,4

Fonte: EPSM a partir do CNES.

*Médicos com pelo menos um vínculo em equipes de ESF no mês de referência.

**Equivalente a tempo completo: 1 médico corresponde a 40 horas semanais de trabalho.

***Médicos que possuíam apenas registro(s) de vínculo(s) em equipe da ESF.

**** Proporção de vínculos do tipo estatutário, celetista e cargo comissionado, em relação ao total de vínculos.

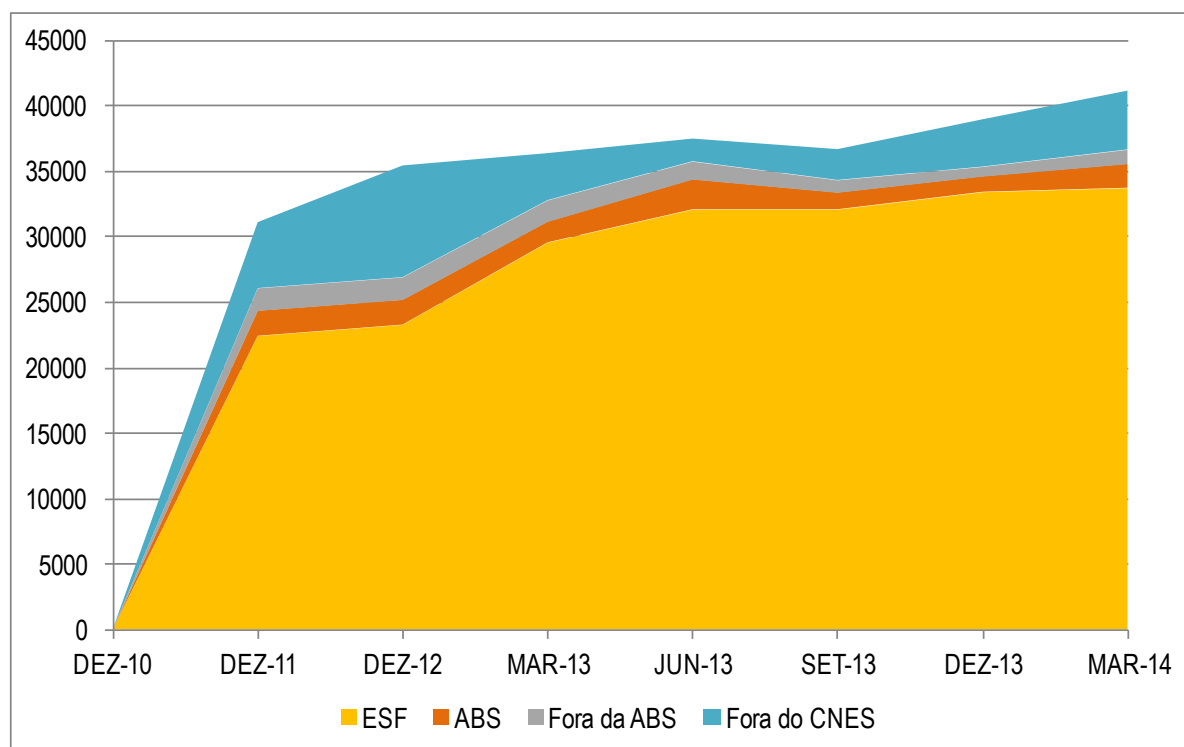
Tabela 32 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos em Equipes de Saúde da Família, por mês de referência, em relação ao mês anterior.

	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Admitidos	8.689	12.172	6.819	5.402	4.596	5.537	7.424
Desligados	10.829	7.832	5.877	4.289	4.062	4.290	6.563
Mantidos	22.460	23.317	29.612	32.142	33.482	33.788	32.762
Saldo de admitidos e desligados	-2.140	4.340	942	1.113	534	1.247	861

Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Figura 14 é apresentada a origem dos Médicos da ESF, por período analisado. Pode-se observar que a principal origem dos profissionais é a própria ESF, em função do alto estoque de indivíduos mantidos ao longo de toda a série. Entre dezembro de 2011 e de 2012 ocorreu uma elevação na quantidade de indivíduos que estavam fora do CNES. No primeiro caso, 16,2% do total de ocupados era de admitidos que estavam fora do núcleo do Macrossetor Saúde, enquanto no segundo caso eram 24,1%. Nos meses seguintes, a mesma proporção variou de 6,4% a 10,9%. Aqueles advindos da ABS convencional representaram entre 3% e 6,2% e os que vieram de outros estabelecimentos de saúde, que não os de ABS, entre 1,9% e 5,5%.

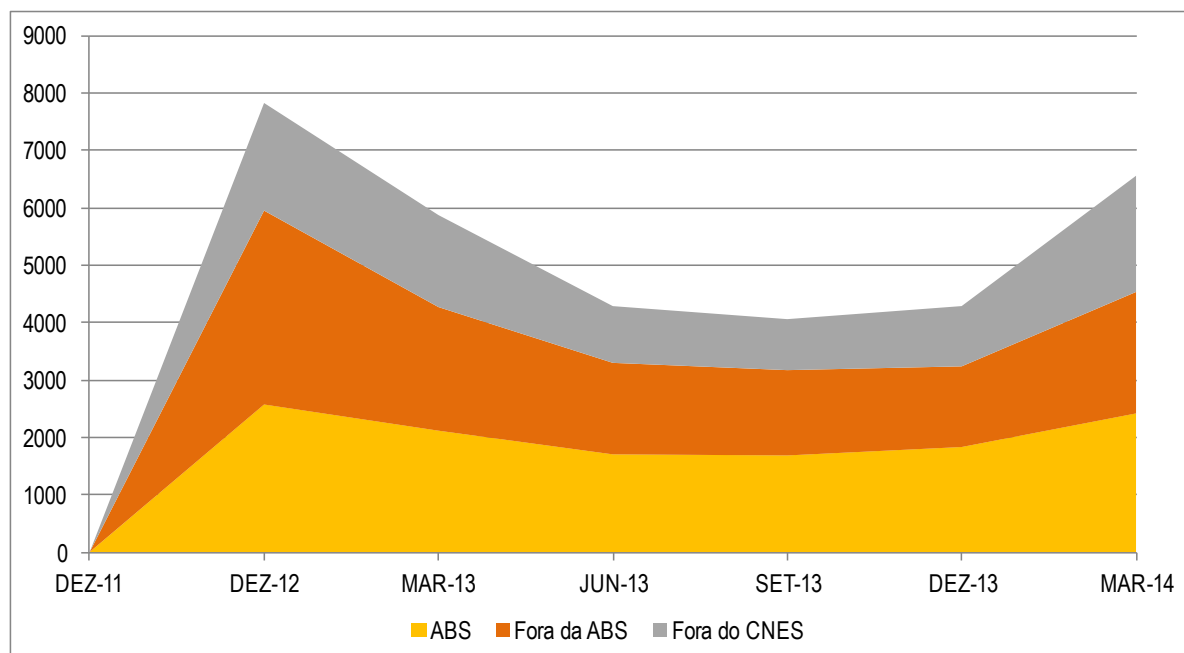
Figura 14 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos da Estratégia de Saúde da Família por origem.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

A Figura 15, por sua vez, descreve o destino dos médicos desligados de equipes da ESF. Percebe-se uma distribuição muito próxima em todos os períodos entre: os que ficaram na ABS, cujas participações variaram entre 32,9% e 42,7% do total de desligados; os que deixaram a ABS e ocuparam-se em outros tipos de estabelecimentos, entre 32,3% e 43,2%; e os que deixaram o núcleo do Macrossetor Saúde, entre 23 % e 30,9%.

Figura 15 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos desligados da Estratégia de Saúde da Família por destino no período posterior.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Tabela 33 é apresentada a distribuição dos vínculos de médicos da ESF em outros estabelecimentos de saúde, por tipo e período. Verifica-se que a maioria dos profissionais ao longo dos meses analisados se concentrou em hospitais, com distribuição média de 50,5% do total de vínculos fora da ESF. Na sequência, aparece a vinculação em outras Unidades Básicas de Saúde, com distribuição média de 21%. Em unidades especializadas a média ficou em 11% e nos Prontos Socorros, em 7%.

Tabela 33 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos vínculos de médicos da ESF em outros estabelecimentos, por tipo.

TIPOS DE ESTABELECIMENTO	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
UBS	23,52	22,63	21,55	21,28	20,28	19,89	20,00	19,49
Hospital	52,35	49,89	49,92	49,99	50,55	50,49	50,08	50,31
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	4,57	5,62	7,03	7,20	7,47	7,71	7,83	7,85
Unidade especializada	10,22	11,42	10,68	10,75	10,97	11,15	11,27	11,53
Consultório isolado	5,21	5,86	5,94	5,88	5,85	5,83	5,80	5,77
SADT	0,89	0,89	0,89	0,88	0,90	0,92	0,91	0,92
Secretaria de Saúde	1,48	1,83	1,70	1,64	1,58	1,52	1,52	1,43
Outro	1,76	1,87	2,30	2,38	2,40	2,49	2,60	2,71
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES.

6.2. Médicos da ESF com carga horária de 20 horas

Na Tabela 34, são apresentados indicadores gerais de Médicos com pelo menos um vínculo de 20 horas em equipes da ESF. No período inicial analisado, dezembro de 2010, dos 722 profissionais, 56 (7,8%) se ocupava exclusivamente nesse tipo de vínculo. Já no último período, em março de 2014, dos 2.722, 469 (17,2%) eram exclusivos. Em termos de FTE, observou-se que o número ficou sempre em torno da metade do número de indivíduos, afinal a medida do indicador é o dobro da carga horária em questão.

No que se refere aos vínculos, em dezembro de 2010, contou-se 742, dos quais 50% eram protegidos e com tempo médio de duração de 18,9 meses. Em março de 2014, passou-se a 2.812 vínculos, com pequeno aumento da proteção para 51,5% e diminuição do tempo médio de duração para 14,7 meses (explicado pelo forte incremento de novos profissionais). Ao longo de toda a série, o valor médio do trabalho protegido ficou em 48,8%, maior do que o verificado para o total da ESF. O valor médio do tempo ficou em 14,4 meses.

Na Tabela 35 é apresentado o fluxo de Médicos de 20 horas em equipes da ESF. No mês inicial, em dezembro de 2011, 920 profissionais foram admitidos, em relação ao mês de dezembro de 2010, e 380 foram desligados, com um saldo positivo de 540. Os períodos que apresentam os maiores números de admitidos foram dezembro de 2012, com 1.119, e junho 2013, com 1.014. O valor médio do saldo de admitidos e desligados ficou em 335, isto é, ao longo da série este foi o número de novos Médicos que a cada período passaram a se ocupar em pelo menos um vínculo de 20 horas na ESF. Ao longo da série houve aumento gradativo no número de mantidos, de 342 para 2.169. Apesar de um estoque de profissionais baixo, em relação ao total da ESF, o crescimento observado sugere certa consolidação dessa estratégia, a qual deve continuar se ampliando nos próximos anos.

Tabela 34 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos com carga horária de 20 horas em Equipes de Saúde da Família (ESF).

MÉDICOS	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos da ESF de 20 horas*	722	920	1.717	1.739	2.350	2.499	2.640	2.722
Médicos da ESF de 20 horas, em FTE**	371	474	887	896	1.219	1.294	1.366	1.406
Médicos exclusivos ESF de 20 horas***	56	132	338	339	414	471	485	469
VÍNCULOS	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Nº de vínculos	742	948	1.774	1.792	2.437	2.587	2.732	2.812
% de vínculos protegidos****	50,0	46,0	43,4	44,5	54,2	51,6	49,4	51,5
Tempo médio de duração do vínculo, em meses	18,9	14,6	14,6	14,8	11,6	12,5	13,5	14,7

Fonte: EPSM a partir do CNES.

*Médicos com pelo menos um vínculo de 20 horas em equipes de ESF no mês de referência.

**Equivalente a tempo completo: 1 médico corresponde a 40 horas semanais de trabalho.

***Médicos que possuíam apenas registro(s) de vínculo(s) de 20 horas em equipe da ESF.

**** Proporção de vínculos do tipo estatutário, celetista e cargo comissionado, em relação ao total de vínculos.

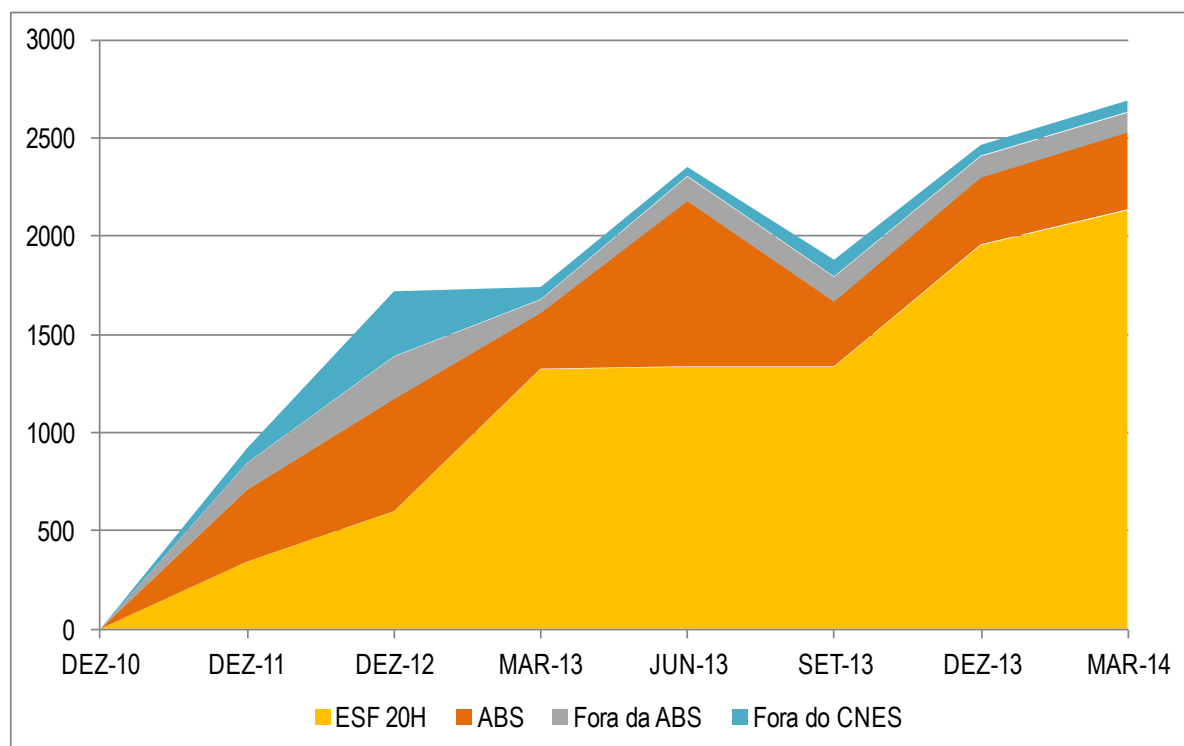
Tabela 35 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de Médicos com carga horária de 20 horas em Equipes de Saúde da Família, por mês de referência, em relação ao mês anterior.

	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Admitidos	920	1.119	415	1.014	542	505	553
Desligados	380	322	393	403	393	364	471
Mantidos	342	598	1.324	1.336	1.957	2.135	2.169
Saldo de admitidos e desligados	540	797	22	611	149	141	82

Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Figura 16 é apresentada a origem dos Médicos de 20 horas da ESF, por período analisado. Pode-se observar que nos períodos iniciais, meses de dezembro de 2010 e 2011, as proporções de Médicos com origem na ESF de 20 horas, isto é, de profissionais mantidos em relação ao período anterior, ficou em 37,2% e 34,8%, respectivamente. Os com origem na ABS, representavam 39,8% e 33,3%, nos mesmos períodos. Os advindos de fora da ABS representavam 14,9% e 12,6% e os de fora do CNES, 8,2% e 19,2%. Este último percentual corresponde ao mês com a maior entrada relativa de profissionais vindos de fora do núcleo do Macrossetor Saúde. A partir de março de 2013 os profissionais mantidos se consolidaram como a principal origem na ESF de 20 horas, com participações variando entre 56,9%, em junho de 2013, e 74,5%, em dezembro de 2013.

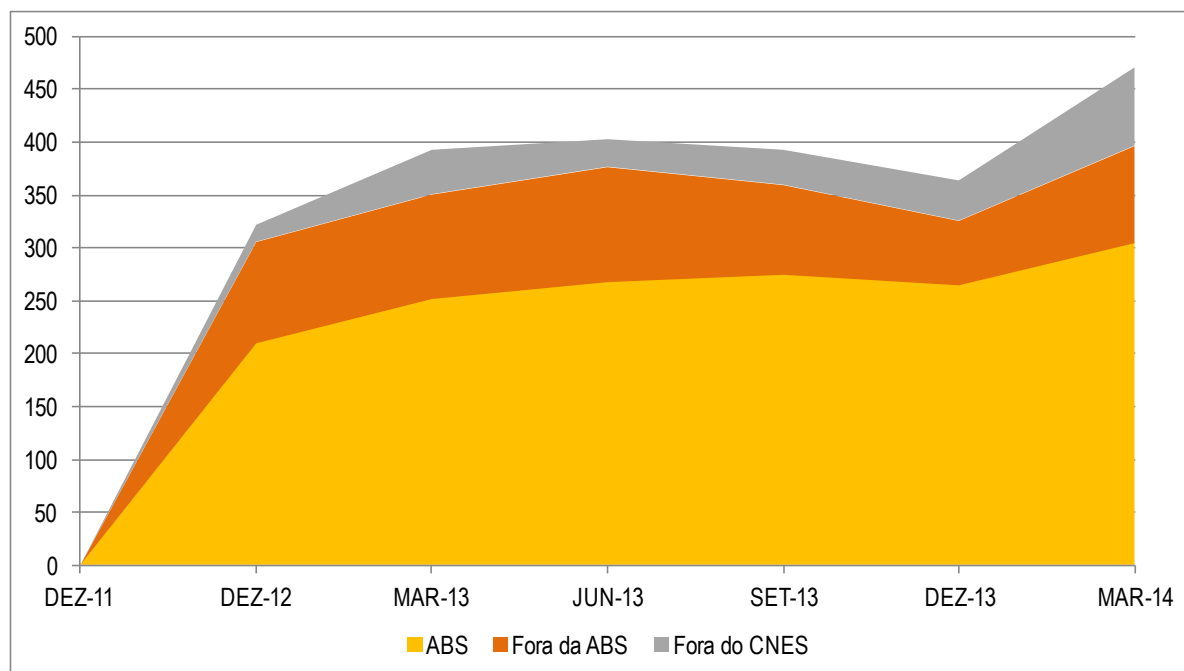
Figura 16 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 20 horas das Equipes de Saúde da Família por origem.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

A Figura 17 descreve o destino dos Médicos desligados, isto é, os que deixaram de se ocupar na ESF com pelo menos um vínculo de 20 horas. Os profissionais em questão, em sua maioria, tiveram como destino a ABS, com percentuais que variaram entre 64,1%, em março de 2013, a 72,8%, em dezembro de 2013. Em seguida ficaram aqueles que saíram da ABS, com representações que oscilaram entre 16,8%, em dezembro de 2013, e 29,8%, em dezembro de 2012. Os que saíram do CNES, entre 5%, em dezembro de 2011, a 15,7%, em março de 2014.

Figura 17 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 20 horas desligados da Estratégia de Saúde da Família por destino no período posterior.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Tabela 36 é apresentada a distribuição dos outros vínculos dos Médicos, que não os de 20 horas na ESF, por tipo de estabelecimento e período. Ao longo da série o principal cenário de prática foi o hospital, com distribuição média de 39,4% dos outros vínculos, valor bem abaixo do observado para o total de Médicos da ESF (50,4% segundo a Tabela 33). Na sequência, aparecem as UBS, com distribuição média de 30,4%. Neste caso, ficou acima do observado para o total (21%). Destaca-se, portanto, maior tendência dos profissionais de 20 horas, em relação ao total de Médicos, de se ocuparem na própria ABS ao invés de hospitais. Em Unidade Especializada, a distribuição média ficou em 13,5%, em Consultório Isolado, 8,2% e em Prontos Socorros, 4,3% vínculos.

Tabela 36 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos com carga horária de 20 horas em Equipes de Saúde da Família segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.

TIPOS DE ESTABELECIMENTO	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
UBS	33,20	33,34	32,26	31,82	29,15	28,51	28,03	27,23
Hospital	40,69	38,39	38,24	38,34	39,63	39,79	39,95	40,14
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	3,49	3,57	4,20	4,42	4,69	4,80	4,86	4,69
Unidade especializada	12,12	13,38	13,08	13,23	13,84	13,98	14,04	14,58
Consultório isolado	6,87	7,57	8,21	8,14	8,47	8,63	8,76	8,92
SADT	0,74	0,77	0,78	0,76	0,76	0,78	0,77	0,78
Secretaria de Saúde	0,82	0,90	0,92	0,93	0,98	0,96	0,97	0,98
Outro	2,07	2,08	2,32	2,36	2,47	2,55	2,63	2,68
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES.

6.3. Médicos com carga horária de 30 horas

Na Tabela 37, são apresentados indicadores gerais de Médicos com pelo menos um vínculo de 30 horas em equipes da ESF. No período inicial analisado, dezembro de 2010, dos 11 profissionais, apenas um se ocupava exclusivamente nesse tipo de vínculo. No último período, em março de 2014, o número de Médicos subiu para 308, dos quais 74 (24%) eram exclusivos. Em termos de FTE, observou-se que o valor ficou em torno de três quartos em do número de indivíduos, em todos os meses, acompanhando a diferença de 30 e 40 horas.

No que se refere aos vínculos, em dezembro de 2010, contou-se 11, dos quais 54,5% eram protegidos e com tempo médio de duração de 20,4 meses. Em março de 2014, passou-se a 308 vínculos, com diminuição da proteção para 41,9% e também do tempo médio para 12,3 meses. Em função do baixo número de vínculos, que, aliás, é igual ao de profissionais,

os indicadores se mostraram instáveis ao longo de toda a série. De qualquer maneira, o valor médio do trabalho protegido ficou em 45,1% e o tempo ficou em 11,8 meses.

Na Tabela 38 é apresentado o fluxo de Médicos de 30 horas em equipes da ESF. No mês inicial, em dezembro de 2011, 45 profissionais foram admitidos, em relação ao mês de dezembro de 2010, e seis foram desligados, com um saldo positivo de 39. Os períodos que apresentam os maiores números de admitidos foram dezembro de 2012, com 141, e junho 2013, com 119. O valor médio do saldo de admitidos e desligados ficou em 42. Ao longo da série houve aumento gradativo no número de mantidos, de cinco para 228.

Tabela 37 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos com carga horária de 30 horas em Equipes de Saúde da Família (ESF).

MÉDICOS	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos da ESF de 30 horas*	11	50	169	160	239	264	301	308
Médicos da ESF de 30 horas, em FTE**	8	38	127	120	179	198	226	231
Médicos exclusivos da ESF de 30 horas***	1	9	43	41	58	62	67	74
VÍNCULOS	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Nº de vínculos	11	50	169	160	239	264	301	308
% de vínculos protegidos****	54,5	40,0	49,1	50,6	44,4	40,9	39,5	41,9
Tempo médio de duração do vínculo, em meses	20,4	6,1	12,3	12,6	9,4	9,5	11,7	12,3

Fonte: EPSM a partir do CNES.

*Médicos com pelo menos um vínculo de 30 horas em equipes de ESF no mês de referência.

**Equivalente a tempo completo: 1 médico corresponde a 40 horas semanais de trabalho.

***Médicos que possuíam apenas registro(s) de vínculo(s) de 30 horas em equipe da ESF.

**** Proporção de vínculos do tipo estatutário, celetista e cargo comissionado, em relação ao total de vínculos.

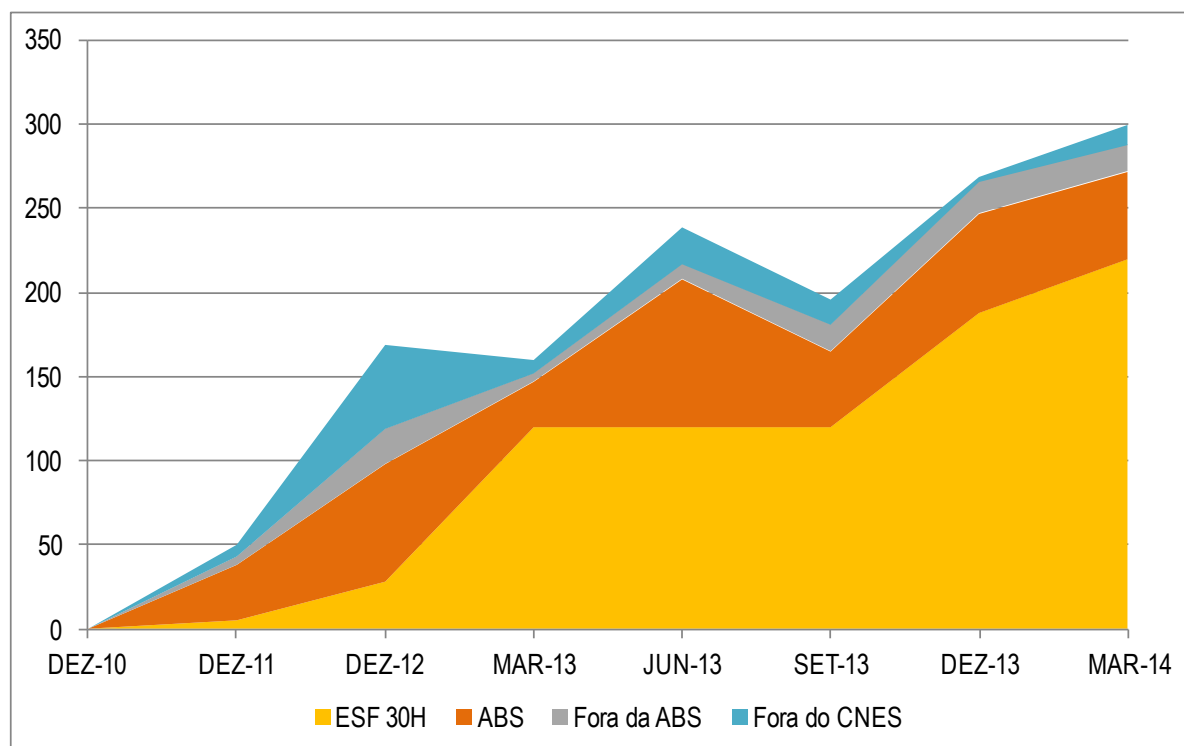
Tabela 38 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos com carga horária de 30 horas em Equipes de Saúde da Família, por mês de referência, em relação ao mês anterior.

	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Admitidos	45	141	40	119	76	81	80
Desligados	6	22	49	40	51	44	73
Mantidos	5	28	120	120	188	220	228
Saldo de admitidos e desligados	39	119	-9	79	25	37	7

Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Figura 18 é apresentada a origem dos Médicos de 30 horas da ESF, por período analisado. Pode-se observar que nos períodos iniciais, meses de dezembro de 2010 e 2011, as proporções de Médicos com origem na ESF de 30 horas, isto é, de profissionais mantidos em relação ao período anterior, ficou em 10% e 16,6%, respectivamente. Os com origem na ABS, representavam 66% e 41,4%, nos mesmos períodos. Os de fora da ABS representavam 10% e 12,4% e os de fora do CNES, 14,0% e 29,6%. Este último percentual corresponde ao mês com a maior entrada relativa de profissionais vindos de fora do núcleo do Macrossetor Saúde. A partir do mês de março de 2013 os profissionais mantidos se consolidaram como a principal origem na ESF de 30 horas, com participações variando entre 50,2%, em junho de 2013, e 73,3%, em março de 2014. Note-se que apesar do número residual o comportamento desses Médicos em termos de origem é muito semelhante ao observado no grupo anterior, de 20 horas.

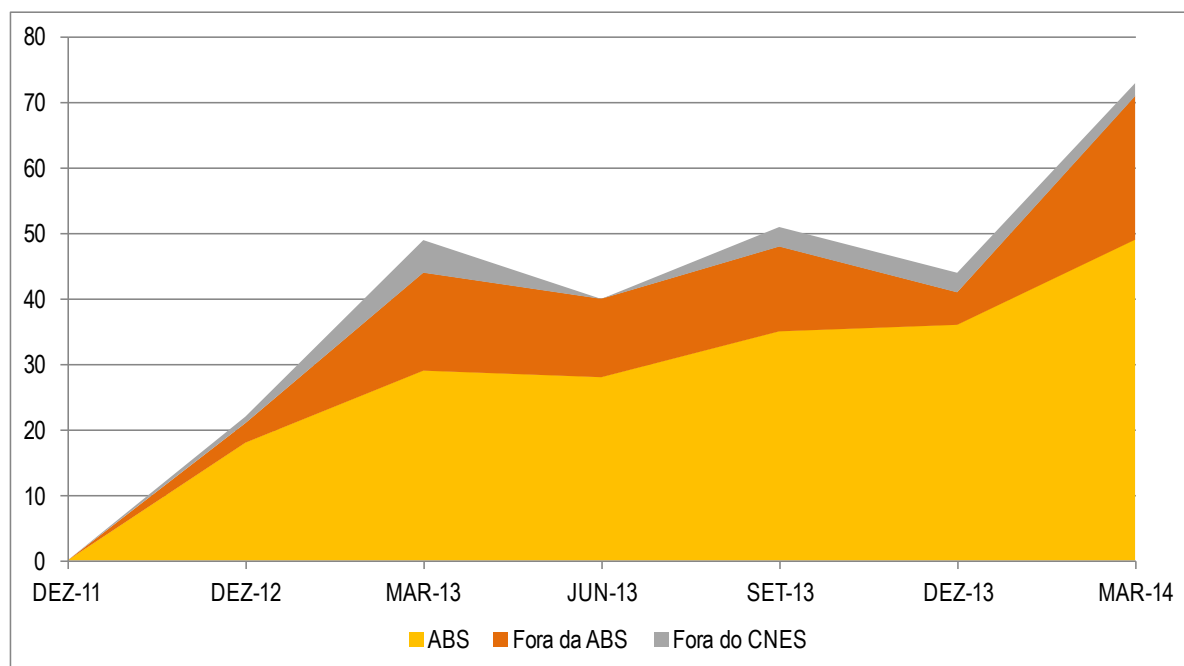
Figura 18 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 30 horas das Equipes de Saúde da Família por origem.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

A Figura 19 descreve o destino dos Médicos desligados, isto é, os que deixaram de se ocupar na ESF com pelo menos um vínculo de 30 horas. Os profissionais em questão, em sua maioria, tiveram como destino a ABS, com percentuais que variaram entre 81,8%, em dezembro de 2012, a 59,1%, em março de 2013. Em seguida ficaram aqueles que saíram da ABS, com representações que oscilaram entre 30,6%, em março de 2013, e 11,4%, em dezembro de 2013. Por fim, os que saíram do CNES, entre 0%, em junho de 2013, a 10,2%, em março de 2013.

Figura 19 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos com carga horária de 30 horas desligados da Estratégia de Saúde da Família por destino no período posterior.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Tabela 36 é apresentada a distribuição dos outros vínculos dos Médicos, que não os de 30 horas na ESF, por tipo de estabelecimento e período. Ao longo da série o principal cenário de prática foi o hospital, com distribuição média de 40,5% dos outros vínculos. Na sequência, aparecem as UBS, com distribuição média de 30,1%. Em Unidade Especializada, a distribuição média ficou em 11%, em Consultório isolado, 7,5% e em Prontos Socorros, 6,1% vínculos.

Tabela 39 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos com carga horária de 30 horas em Equipes de Saúde da Família segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.

TIPOS DE ESTABELECIMENTO	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
UBS	34,30	34,38	31,83	31,24	28,60	27,88	26,86	26,39
Hospital	41,86	37,71	38,87	38,86	41,06	41,67	41,77	42,47
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	3,67	5,16	6,12	6,65	6,87	7,04	7,01	6,43
Unidade especializada	10,08	11,11	10,86	10,99	10,87	10,64	11,59	11,77
Consultório isolado	6,04	7,44	7,73	7,62	7,77	7,63	7,68	7,75
SADT	1,07	1,05	0,92	0,97	1,06	1,17	1,11	1,02
Secretaria de Saúde	1,15	1,05	1,30	1,20	1,28	1,47	1,33	1,24
Outro	1,83	2,10	2,37	2,47	2,49	2,49	2,66	2,92
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES.

6.4. Equipes de Consultório na Rua

Na Tabela 40, são apresentados indicadores gerais de Médicos com pelo menos um vínculo em equipes de Consultório na Rua. No período inicial analisado, dezembro de 2012, dos 15 profissionais, apenas cinco se ocupava exclusivamente em ECR. No último período, em março de 2014, o número de Médicos subiu para 45, dos quais 21 eram exclusivos. Em termos de FTE, observou-se que o valor ficou em torno de quase 90% do de indivíduos. Quanto aos vínculos, em dezembro de 2010, contou-se 16, dos quais 25% eram protegidos, com carga horária média de 33,1 horas e com tempo médio de duração de 4,3 meses. Em março de 2014, passou-se a 45 vínculos, com pequeno aumento da proteção para 26,7% e aumento do tempo médio para 6,8 meses. No cômputo geral, assistiu-se a uma tendência de alta desproteção e instabilidade dos vínculos.

Tabela 40 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos em equipes de Consultório da Rua.

MÉDICOS	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos de CR*	15	20	23	28	41	45
Médicos da CR, em FTE**	13	18	21	23	35	38
Médicos exclusivos de CR***	5	9	8	9	17	21
VÍNCULOS	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Nº de vínculos	16	21	25	29	42	45
% de vínculos protegidos****	25,0	19,0	16,0	27,6	21,4	26,7
Carga horária média	33,1	34,3	33,2	31,8	33,1	34,0
Tempo médio de duração do vínculo, em meses	4,3	5,3	5,7	6,6	6,5	6,8

Fonte: EPSM a partir do CNES.

*Médicos com pelo menos um vínculo em equipes de Consultório de Rua no mês de referência.

**Equivalente a tempo completo: 1 médico corresponde a 40 horas semanais de trabalho.

***Médicos que possuíam apenas registro(s) de vínculo(s) em equipe de CR.

**** Proporção de vínculos do tipo estatutário, celetista e cargo comissionado, em relação ao total de vínculos.

Na Tabela 41 é apresentado o fluxo de Médicos de 30 horas em equipes da ESF. No mês inicial, em dezembro de 2011, 15 profissionais foram admitidos. Como não existiam equipes de CR em dezembro de 2010, os desligados e mantidos aparecem apenas a partir de dezembro de 2012, que registrou um desligado e 14 mantidos. No último mês da série, eram 34 mantidos.

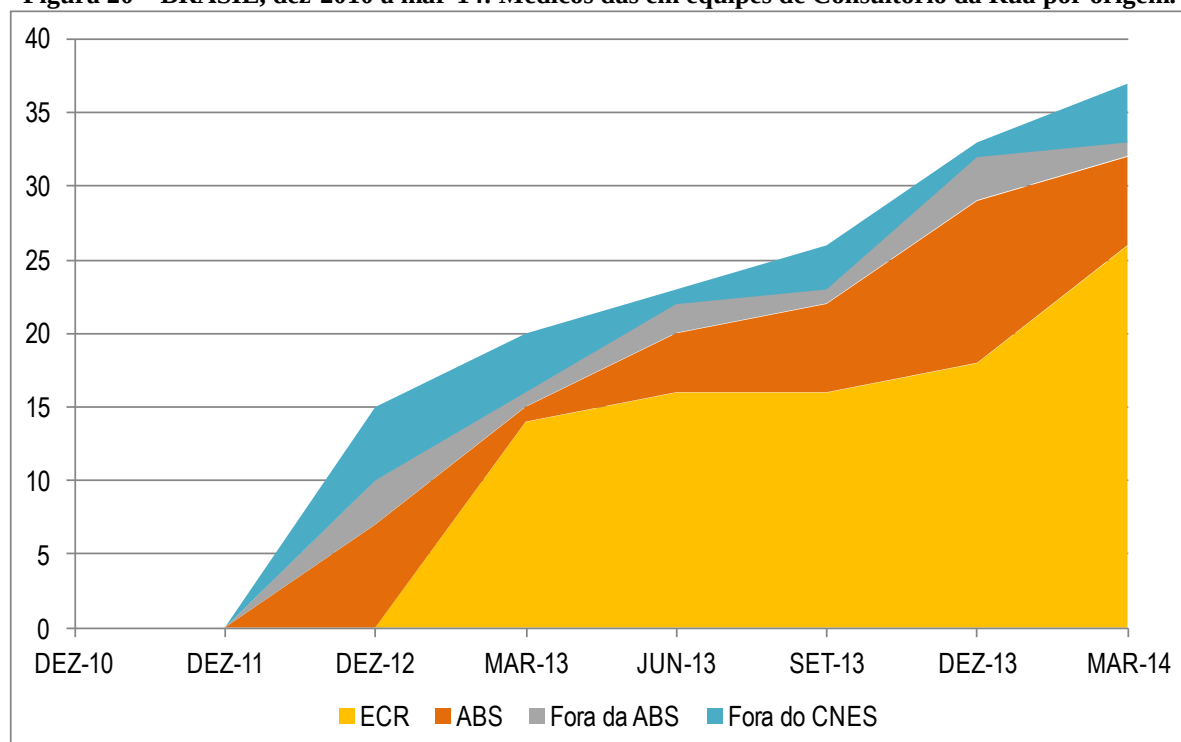
Tabela 41 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos em equipes de Consultório da Rua, por mês de referência, em relação ao mês anterior.

	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Admitidos	15	6	7	10	15	11
Desligados	0	1	4	5	2	7
Mantidos	0	14	16	18	26	34
Saldo de admitidos e desligados	15	5	3	5	13	4

Fonte: EPSM a partir do CNES.

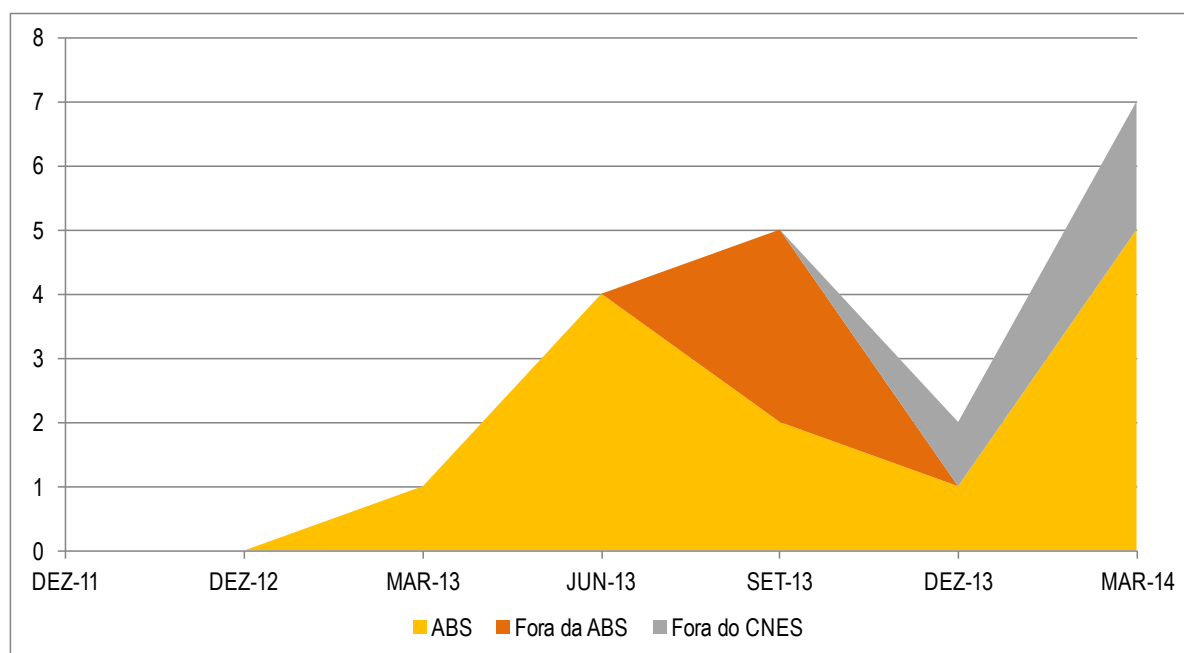
A Figura 20 apresenta a origem dos Médicos em ECR. Os 15 profissionais que foram admitidos em dezembro de 2012, sete vieram da ABS, três de fora da ABS e cinco de fora do CNES. Nos períodos seguintes a principal origem foi a da própria ECR, isto é, Médicos mantidos, seguida da ABS, que teve sua maior participação em dezembro de 2013. A Figura 21 mostra o destino dos Médicos desligados da ECR. Ao longo dos períodos, a maioria ficou na ABS. Além disso, três médicos saíram da ABS em setembro de 2013 e outros três saíram do CNES, sendo um em dezembro de 2013 e dois em março de 2014.

Figura 20 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos das em equipes de Consultório da Rua por origem.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

Figura 21 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos desligados das equipes de Consultório da Rua por destino no período posterior.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

A Tabela 42 apresenta a distribuição dos vínculos de médicos da ECR em outros estabelecimentos de saúde, por tipo e período. Note-se que ao longo da série os percentuais de vínculos em UBS e hospitais ficaram muito próximos, apresentando distribuições médias de 33,1% e 36%, respectivamente. Em Unidades Especializadas, a média ficou em 15,7% e em Pronto Socorro, 5,3%.

Tabela 42 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos em equipes de Consultório de Rua segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.

TIPOS DE ESTABELECIMENTO	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
UBS	32,98	37,93	32,56	32,18	35,16	38,20	29,27	27,03
Hospital	29,79	33,33	38,37	39,08	36,26	33,71	36,59	40,54
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	5,32	1,15	3,49	4,60	5,49	6,74	7,32	8,11
Unidade especializada	22,34	18,39	15,12	13,79	14,29	12,36	15,85	13,51
Consultório isolado	3,19	3,45	3,49	3,45	3,30	3,37	3,66	4,05
SADT	1,06	1,15	1,16	1,15	1,10	1,12	1,22	1,35
Secretaria de Saúde	5,32	3,45	3,49	3,45	3,30	3,37	3,66	4,05
Outro	0,00	1,15	2,33	2,30	1,10	1,12	2,44	1,35
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES.

6.5. Equipes de Atenção Domiciliar

A Tabela 43 descreve indicadores gerais de Médicos em EAD. No período inicial analisado, dezembro de 2011, dos 83 profissionais, 25 (30,1%) se ocupava exclusivamente em EAD. No último período, em março de 2014, o número de Médicos subiu para 565, dos quais 128 (22,7%) eram exclusivos. Em termos de FTE, observou-se que o valor ficou em torno de quase 75% do de indivíduos, em função da carga horária média de 30 horas. Em relação aos vínculos, em dezembro de 2010, contou-se 83, dos quais 50,6% eram protegidos, com carga horária média de 31 horas e com tempo médio de duração de 0,4 meses. Em março de 2014, aumentou o número de vínculos para 575 e o tempo médio para 9,8 meses. A proporção de proteção diminuiu para 45,7%, mas ainda permaneceu alta em termos dos padrões da categoria médica. A carga horária oscilou um pouco para 29,4. Ao longo de toda a série, o valor médio do trabalho protegido ficou em 45,3%, a carga horária em 29,9 horas e o tempo médio em 6,9 meses.

Na Tabela 44 é apresentado o fluxo de Médicos de EAD. Em dezembro de 2011, 85 profissionais foram admitidos. Como não existiam equipes de AD em dezembro de 2010, os desligados e mantidos aparecem apenas a partir de dezembro de 2011. Neste mês foram 236 admitidos e 31 desligados, com saldo de 205. O valor médio do saldo ficou em 81. Ao longo da série houve aumento gradativo no número de mantidos, de 52 para 448.

Tabela 43 – BRASIL, dez-10 e mar-14: Indicadores gerais sobre médicos e vínculos de médicos em equipes de Atenção Domiciliar (AD).

MÉDICOS	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Médicos da AD*	83	288	320	355	443	507	565
Médicos da AD, em FTE**	64	217	238	267	335	382	422
Médicos exclusivos da AD***	25	78	81	88	109	120	128
VÍNCULOS	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Nº de vínculos	83	290	322	357	445	514	575
% de vínculos protegidos****	50,6	40,0	43,5	45,4	45,8	45,9	45,7
Carga horária média	31,0	29,9	29,5	29,9	30,1	29,7	29,4
Tempo médio de duração do vínculo, em meses	0,4	6,1	7,2	8,2	8,0	8,7	9,8

Fonte: EPSM a partir do CNES.

*Médicos com pelo menos um vínculo em equipes de Atenção Domiciliar no mês de referência.

**Equivalente a tempo completo: 1 médico corresponde a 40 horas semanais de trabalho.

***Médicos que possuíam apenas registro(s) de vínculo(s) em equipe da AD no mês de referência.

**** Proporção de vínculos do tipo estatutário, celetista e cargo comissionado, em relação ao total de vínculos.

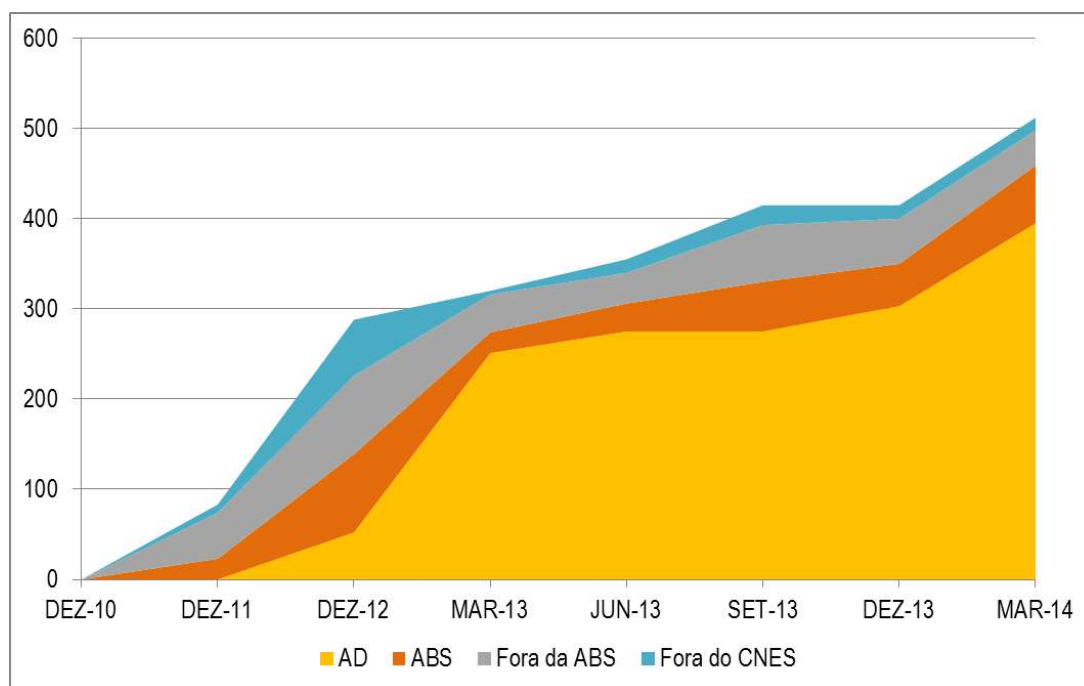
Tabela 44 – BRASIL, dez-11 e mar-14: Fluxos de médicos na Atenção Domiciliar, por mês de referência, em relação ao mês anterior.

	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
Admitidos	83	236	69	80	140	112	117
Desligados	0	31	37	45	52	48	59
Mantidos	0	52	251	275	303	395	448
Saldo de admitidos e desligados	83	205	32	35	88	64	58

Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Figura 22 é apresentada a origem dos Médicos de EAD, por período analisado. Dos 85 profissionais que foram admitidos em dezembro de 2011, 23 vieram da ABS, 51 de fora da ABS e nove de fora do CNES. Em dezembro de 2012, dos 288 indivíduos, 52 (18%) eram mantidos, isto é, da própria AD, 87 (30,2%) vieram da ABS, outros 87 de fora da ABS e 62 (21,5%) de fora do CNES. Nos períodos seguintes a principal origem foi a da própria AD, variando as proporções entre 66,3%, em setembro de 2013, e 78,4%, março de 2013.

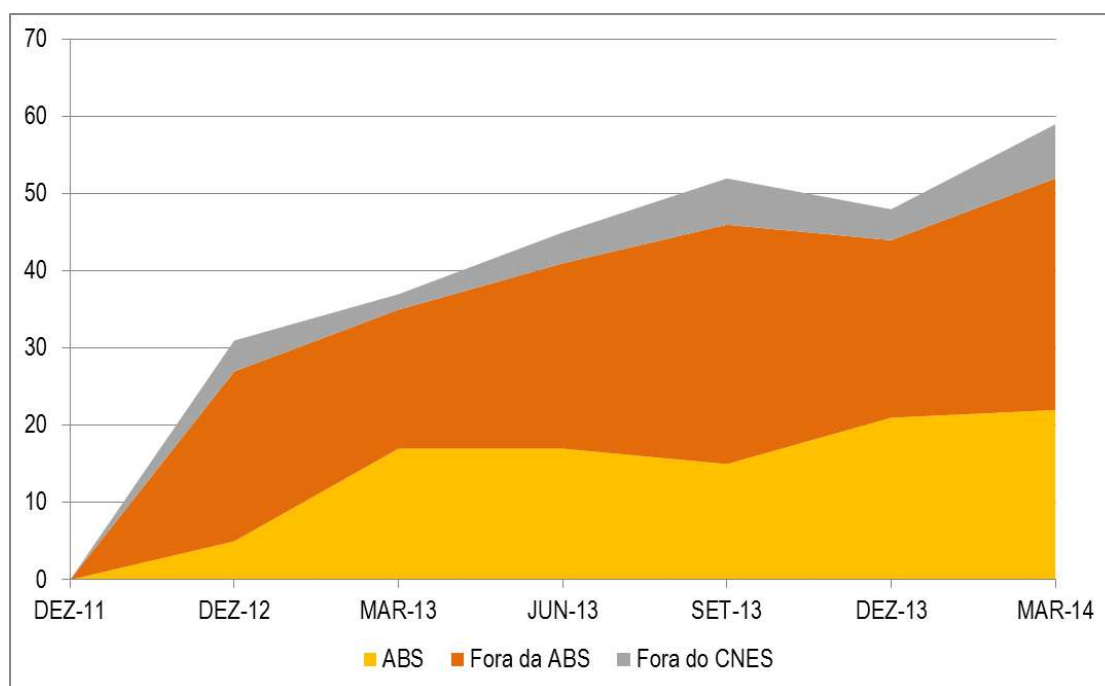
Figura 22 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos da Atenção Domiciliar por origem.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

A Figura 23 descreve o destino dos Médicos desligados da Atenção Domiciliar. Os profissionais em questão tiveram como destino principal outros estabelecimentos que não de ABS, com percentuais que variaram de 47,9%, em dezembro de 2013, a 71%, em dezembro de 2012. Em seguida ficaram aqueles que foram para a ABS, com representações de 16,1%, em dezembro de 2012, a 46%, em março de 2013. Os que saíram do CNES, entre 5,4%, em março de 2013, e 12,9%, em dezembro de 2012. É possível que a preferência por destinos fora da ABS esteja relacionada com o fato de alguns serviços de Atenção Domiciliar serem realizados em hospitais.

Figura 23 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Médicos desligados da Atenção Domiciliar por destino no período posterior.



Fonte: EPSM a partir do CNES.

Na Tabela 36 é apresentada a distribuição dos outros vínculos dos Médicos da AD, por tipo de estabelecimento e período. Ao longo da série o principal cenário de prática foi o hospital, com distribuição média de 43,4% dos outros vínculos. Na sequência, aparecem as UBS, com distribuição média de 21,5%. Em Unidade Especializada, a distribuição ficou em 15,1%, em Prontos Socorros, 7,9% e em Consultório isolado, 5,6% dos vínculos.

Tabela 45 – BRASIL, dez-2010 a mar-14: Distribuição dos médicos em equipes de Atenção Domiciliar segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde.

TIPOS DE ESTABELECIMENTO	DEZ-10	DEZ-11	DEZ-12	MAR-13	JUN-13	SET-13	DEZ-13	MAR-14
UBS	25,93	25,60	23,41	22,59	20,93	19,10	18,48	16,08
Hospital	43,23	41,11	42,06	41,75	43,47	44,94	44,55	46,13
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	7,23	6,40	7,53	8,22	8,57	8,31	8,73	8,29
Unidade especializada	13,43	15,64	15,06	15,55	15,02	15,22	15,29	15,89
Consultório isolado	4,69	5,04	5,71	5,68	5,80	5,94	5,96	6,18
SADT	0,98	0,97	0,65	0,65	0,65	0,73	0,72	0,74
Secretaria de Saúde	1,22	1,55	1,41	1,77	1,71	1,58	1,51	1,42
Outro	3,30	3,68	4,18	3,78	3,84	4,18	4,76	5,26
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES.

7. Análise da associação entre trabalho médico e desempenho das equipes aderidas ao PMAQ

Este capítulo apresenta um quadro analítico dos dados selecionados do Módulo IV da Avaliação Externa do PMAQ referentes aos vínculos de médicos em equipes aderidas ao 1º ciclo do programa. Como destacado no tópico 2.3.4, foram consideradas as variáveis de tipo de vínculo do médico (protegido *versus* desprotegido), tipo de agente contratante (direto com a Administração Pública *versus* Indireto), existência de Plano de Carreira, existência de Incentivo, Gratificação e ou Prêmio financeiro por desempenho e Tempo médio de duração do vínculo, em anos. Foram identificados 9.296 vínculos referentes a 8.893 profissionais.

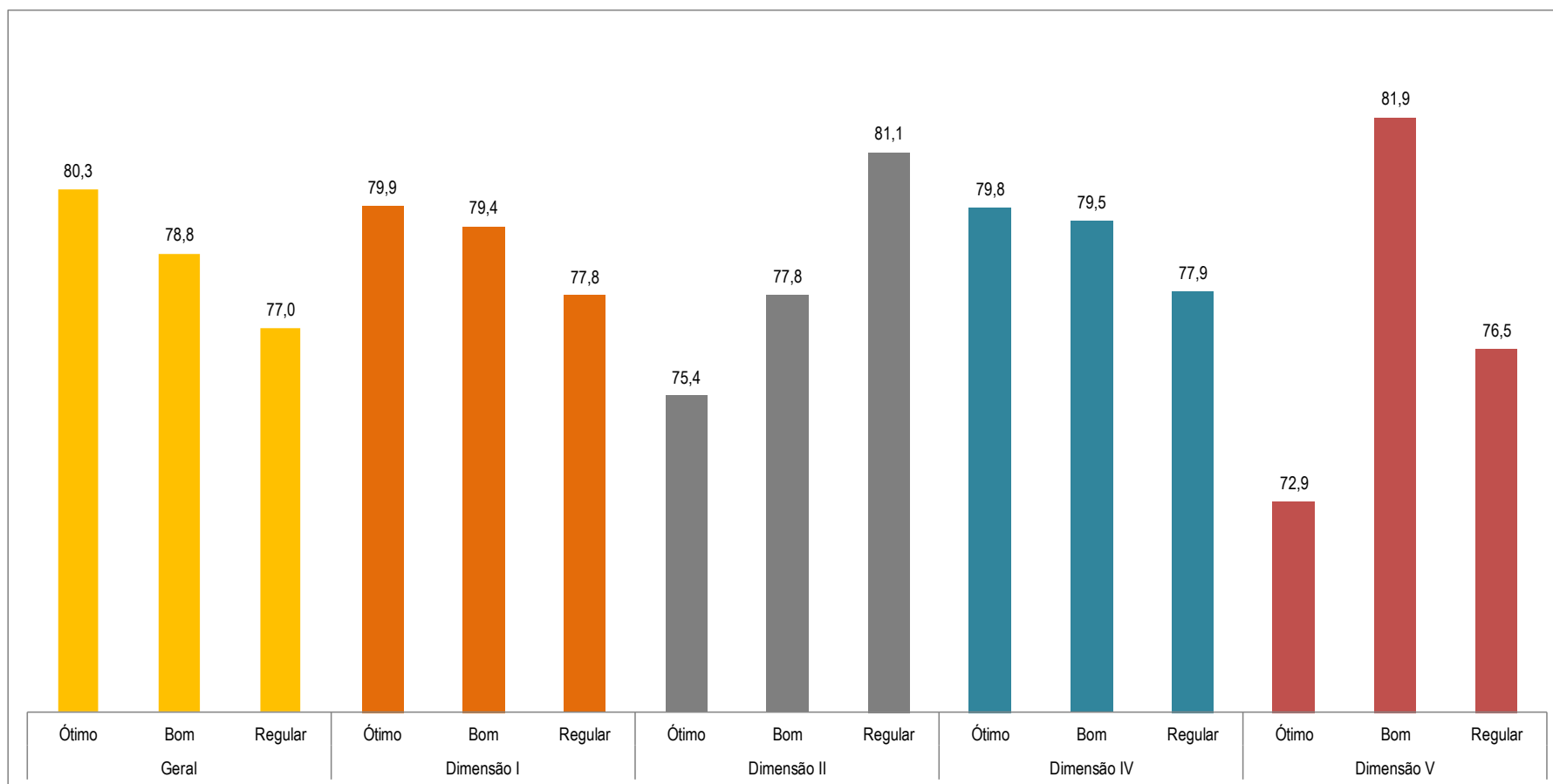
Para cada uma das variáveis foi analisada a distribuição dos vínculos de médicos de acordo com as “notas” ou “conceitos” obtidos pelas respectivas equipes na Certificação do PMAQ (Ótimo ou Muito acima da média; Bom ou acima da média; e Regular ou mediano ou abaixo da média). Considerou-se tanto o Conceito Geral quanto por dimensão avaliada (I

– Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica; II – Estrutura e condições de funcionamento da UBS; IV – Acesso e qualidade da atenção e Organização do processo de trabalho; e V – Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário). Não foi considerada a dimensão III, de Valorização do Trabalhador, tendo em vista que as variáveis consideradas nesta análise compuseram a nota da equipe. Esta análise é descrita no primeiro tópico, 7.1. No tópico seguinte, apresenta-se o resultado da Regressão Logística Multinomial que analisa a associação entre o conceito da equipe e os atributos de trabalho de Médicos.

7.1. Análise descritiva

A Figura 24 apresenta a proporção (%) de vínculos de Médicos em equipes aderidas ao PMAQ, diretos com a Administração Pública Municipal, por conceito e dimensão da Certificação. Considerando apenas o Conceito Geral, verificou-se que quanto melhor a nota, maior é a proporção de vínculos diretos. Do total de vínculos de Médicos em equipes que receberam o conceito ótimo, 80,3% representavam tal condição, enquanto as classificadas em Bom, 78,8%, e em Regular, 77%. As proporções observadas nas dimensões I e IV, referentes aos quesitos de gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica e de acesso e qualidade da atenção e organização do trabalho, respectivamente, seguiram o mesmo comportamento. Já na dimensão II, de estrutura e condições de funcionamento da ABS, seguiu-se o oposto, isto é, maior proporção, quanto pior a nota. A proporção média observada entre todos os conceitos e dimensões foi de 78,4%, sendo a maior delas no conceito bom da dimensão V, de acesso, utilização, participação e satisfação do usuário, com 81,9%, e a menor no conceito ótimo da mesma dimensão, 72,9%.

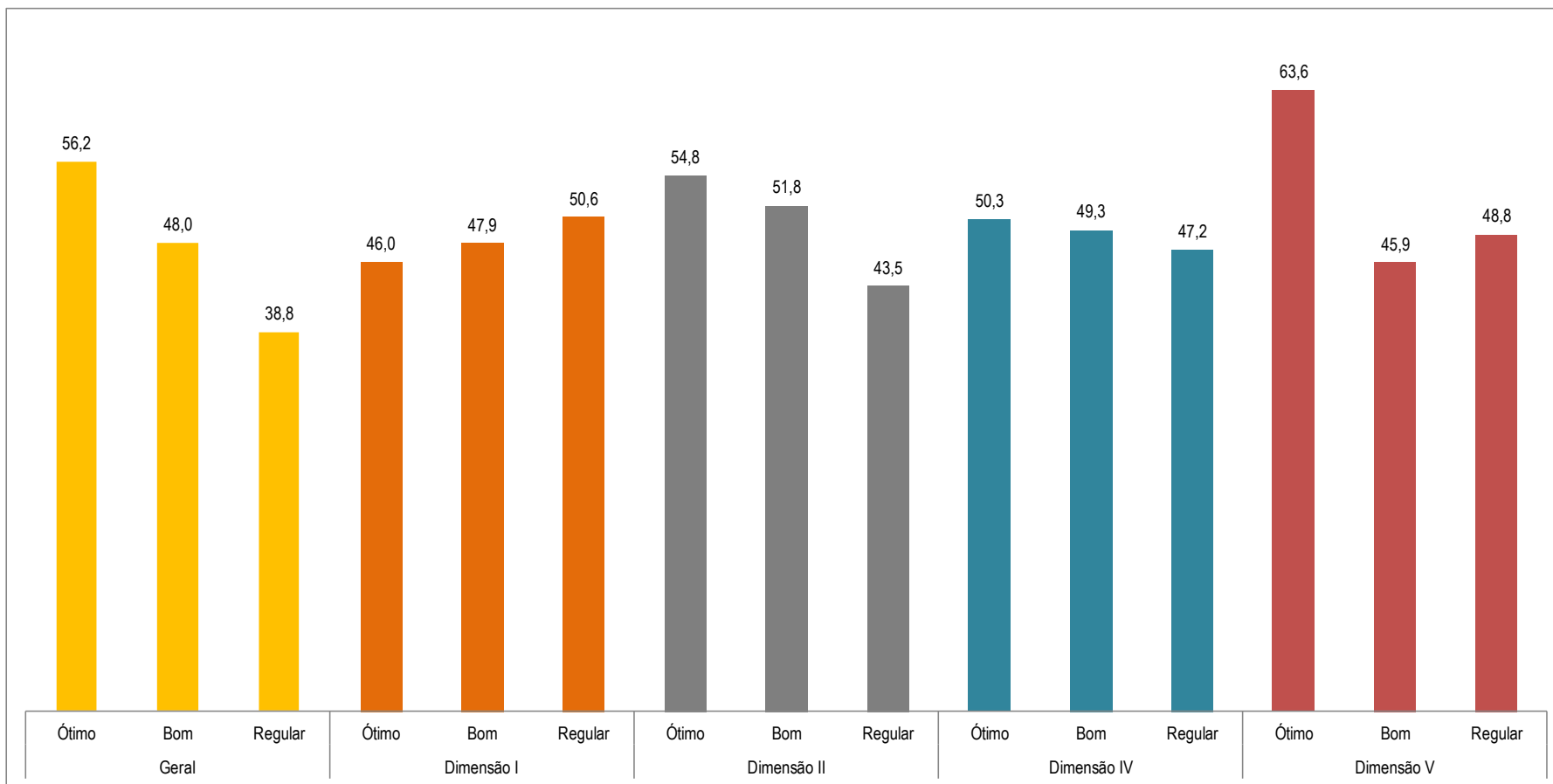
Figura 24 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos diretos de médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.



Fonte: EPSM a partir do DAB/MS.

A Figura 25 ilustra a proporção (%) de vínculos protegidos de Médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão. Considerando o desempenho geral, verifica-se que quanto melhor a nota, maior é a proporção de vínculos protegidos. Do total de vínculos de Médicos em equipes que receberam o conceito ótimo, 56,2% representavam tal condição, enquanto as classificadas em Bom, 48%, e em Regular, 38,8%. As proporções observadas nas dimensões II, IV e IV, referentes aos quesitos de estrutura e condições de funcionamento da ABS, acesso e qualidade da atenção e organização do trabalho e acesso, utilização, participação e satisfação do usuário, respectivamente, seguiram o mesmo comportamento. Já na dimensão I, de gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica, seguiu-se o oposto, isto é, maior proporção, quanto pior a nota. A proporção média observada entre todos os conceitos e dimensões foi de 49,5%, sendo a maior delas no conceito ótimo da dimensão V, com 63,6%, e a menor na nota mínima do desempenho geral.

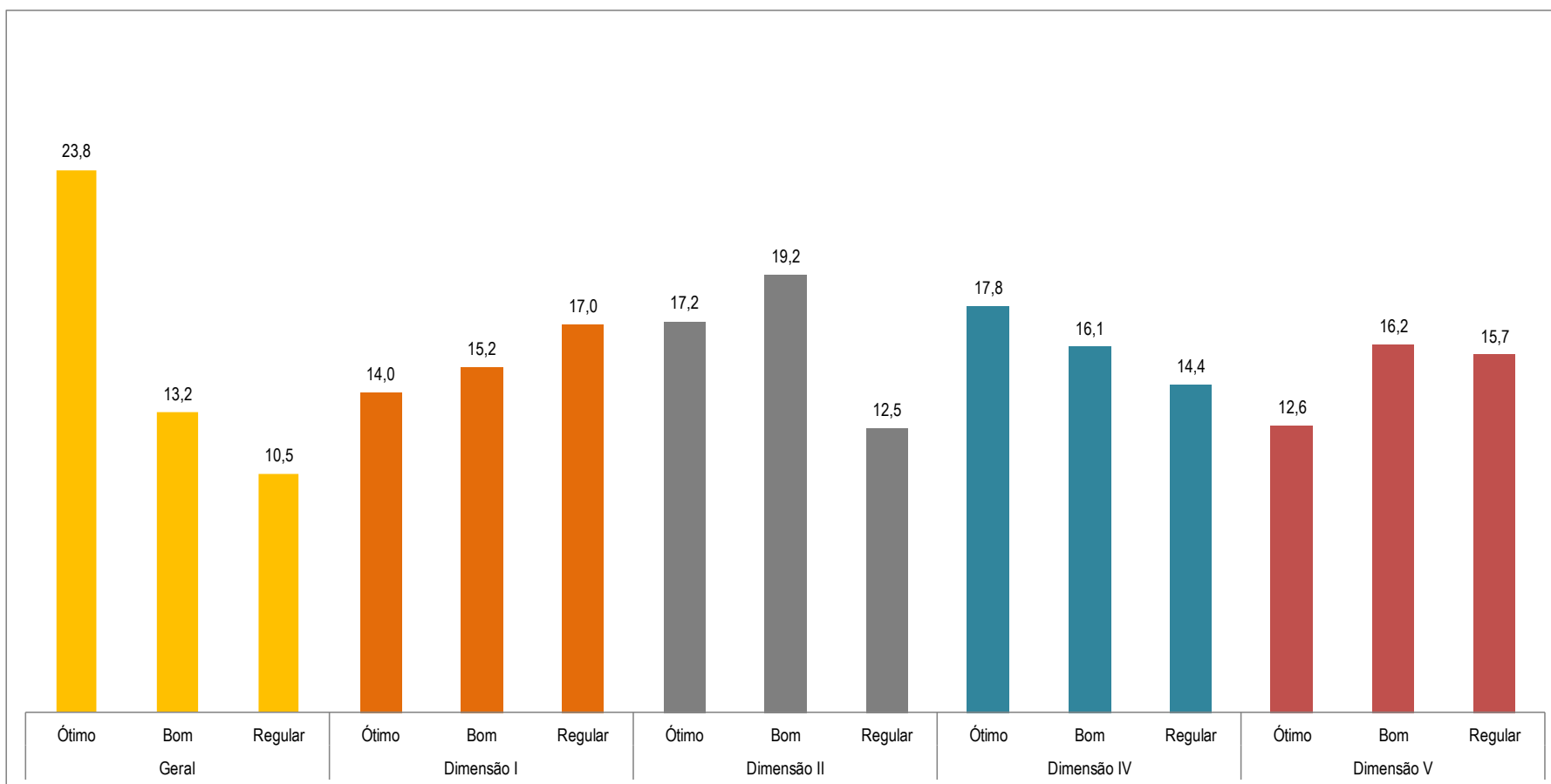
Figura 25 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos protegidos de médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.



Fonte: EPSM a partir do DAB/MS.

A Figura 26 ilustra a proporção (%) de vínculos de Médicos em equipes aderidas ao PMAQ, com Plano de Carreira, por conceito e dimensão. Considerando apenas a nota geral, verificou-se que quanto melhor a nota, maior é a proporção de vínculos com plano. Do total de vínculos de Médicos em equipes que receberam o conceito ótimo, 23,8% representavam tal condição, enquanto as classificadas em Bom, 13,2%, e Regular, 10,5%. As proporções na dimensão IV, de qualidade da atenção e organização do trabalho seguiram a mesma direção. Já na dimensão I, de gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica, seguiu-se o oposto, isto é, maior proporção, quanto pior a nota. As demais dimensões tiveram valores variáveis. A proporção média observada entre todos os conceitos e dimensões foi de 15,7%, sendo a maior delas na nota máxima do conceito geral e a menor na nota mínima, também do desempenho geral.

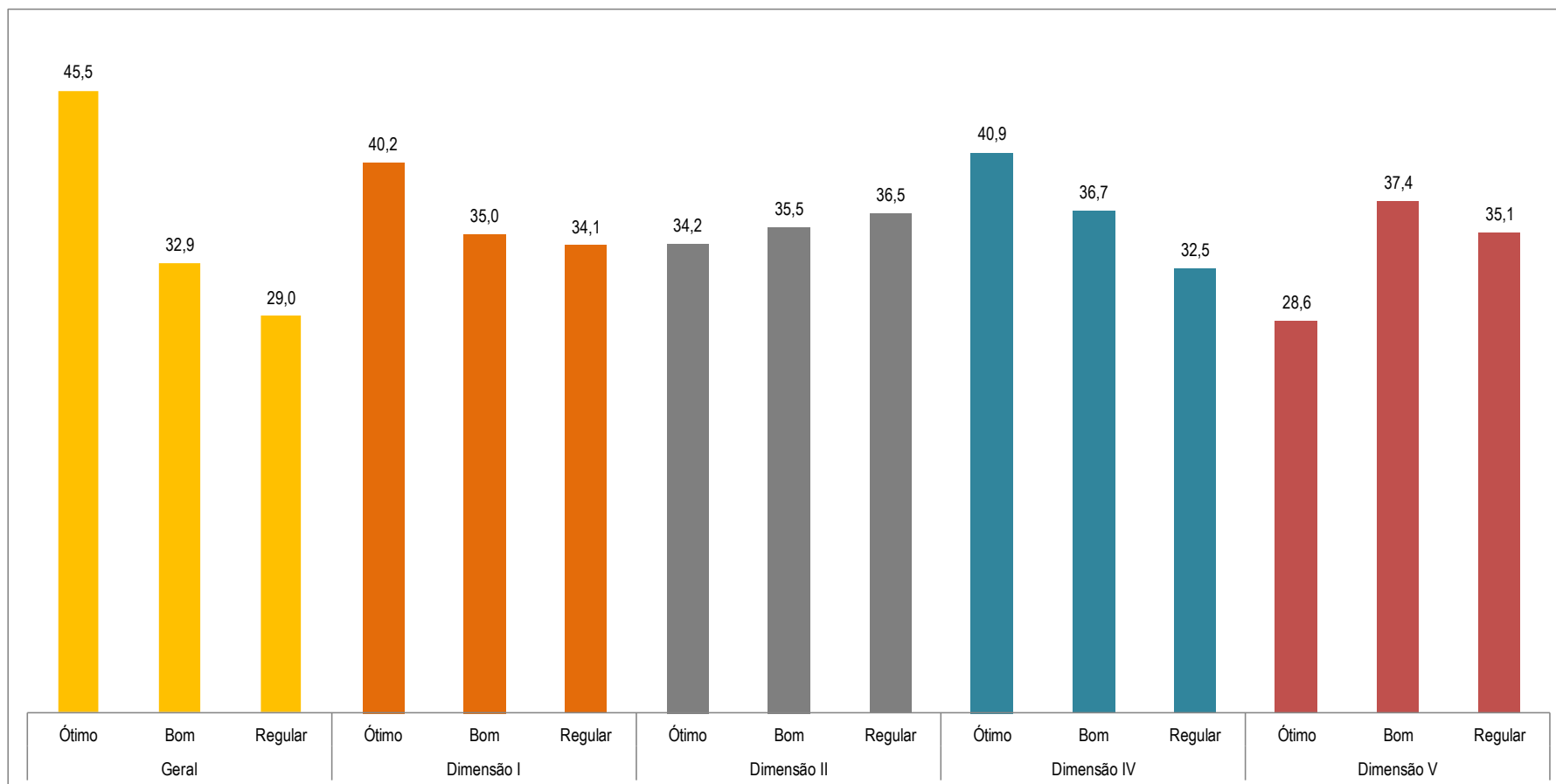
Figura 26 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos de médios com Plano de Carreira, em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.



Fonte: EPSM a partir do DAB/MS.

A Figura 27 ilustra a proporção (%) de vínculos de Médicos em equipes aderidas ao PMAQ, em municípios com Programa de incentivo, gratificação e ou prêmio financeiro por desempenho, por conceito e dimensão. Considerando somente o desempenho geral, também se verifica como nas variáveis anteriores, que quanto melhor a nota, maior é a proporção de vínculos com esse tipo de estratégia. Neste caso, do total de vínculos de Médicos em equipes que receberam o conceito ótimo, 45,5% representavam tal condição, enquanto aqueles em equipes classificadas em Bom, 32,9%, e em Regular, 29%. As proporções nas dimensões I e IV, de gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica e de qualidade da atenção e organização do trabalho, respectivamente, tiveram o mesmo comportamento. Por outro lado, as proporções da dimensão II, de estrutura e condições de funcionamento da ABS, apresentaram proporções próximas, em torno de 35%. As notas da dimensão V, de acesso, utilização, participação e satisfação do usuário, tiveram valores variáveis. A proporção média observada entre todos os conceitos e dimensões foi de 35,6%, sendo a maior delas na nota máxima do conceito geral e a menor na nota máxima da última dimensão, com 28,6%.

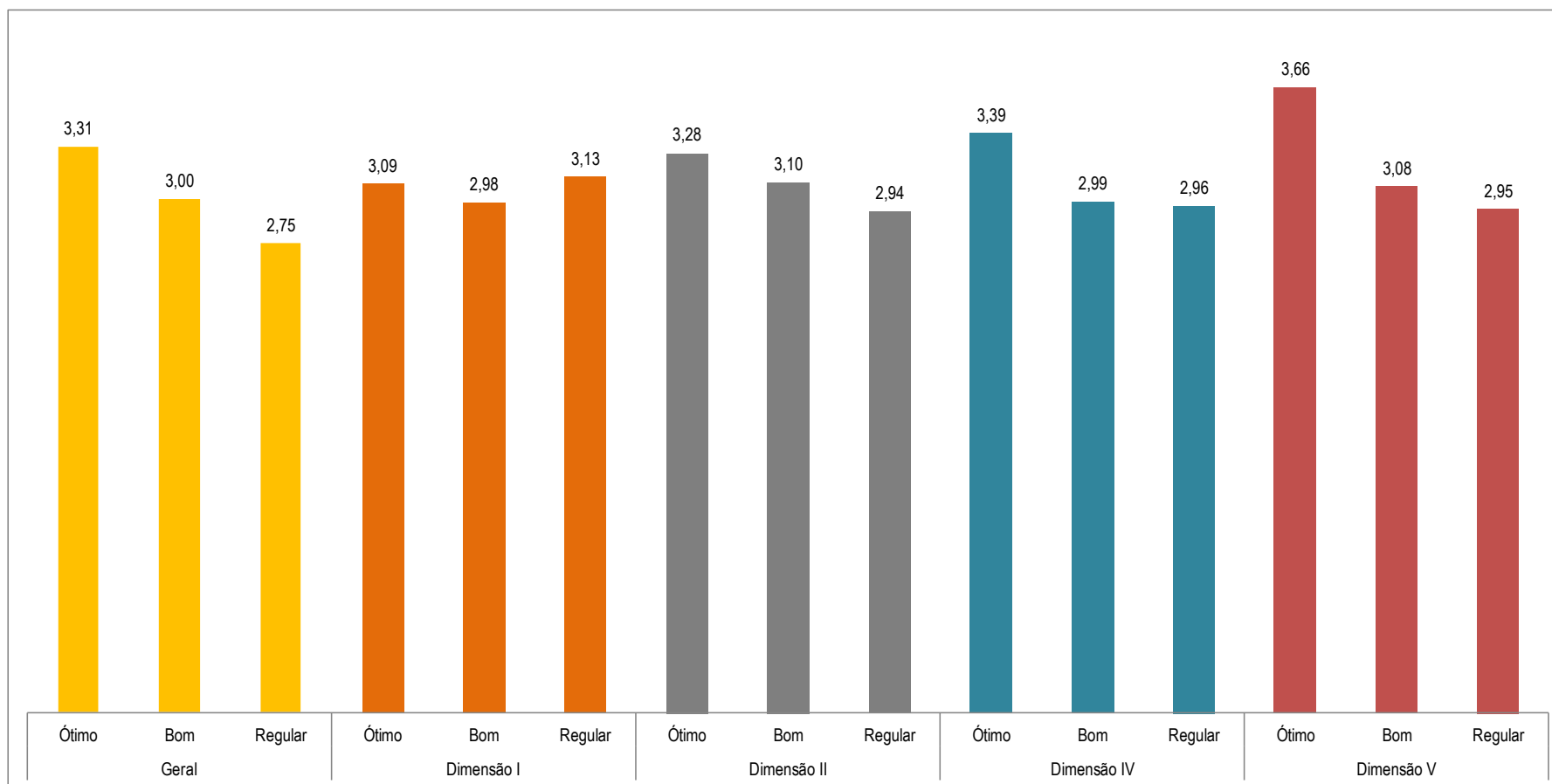
Figura 27 – Brasil, 2012: Proporção (%) de vínculos de médicos em municípios com e existência de Programa de Incentivo, Gratificação, Prêmio financeiro por desempenho, em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.



Fonte: EPSM a partir do DAB/MS.

A Figura 28 ilustra o tempo médio, em anos, de duração dos vínculos de Médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão. Considerando somente o desempenho geral, identificou-se que quanto melhor a nota, menor é o tempo médio. Os vínculos com o conceito ótimo registraram o tempo médio de 3,31 anos, enquanto os com conceito Bom, três anos e Regular, 2,75 anos. As médias em todas as dimensões tiveram comportamento semelhante, com exceção da dimensão I de gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica, cujos valores ficaram muito próximos. A média dos tempos observada entre todos os conceitos e dimensões foi de 3,11 anos, sendo a maior delas na nota máxima da dimensão V, de 3,66, e a menor na nota mínima do desempenho geral.

Figura 28 – Brasil, 2012: Tempo médio, em anos, dos vínculos de médicos em equipes aderidas ao PMAQ, por conceito e dimensão.



Fonte: EPSM a partir do DAB/MS.

7.2. Análise de Regressão Logística

Com o intuito de aprofundar a análise da relação entre a nota obtida pelas equipes na Certificação do PMAQ e os atributos de trabalho dos médicos, foi realizada uma análise de Regressão Logística Multinomial. Como explicado no tópico 2.3.4, trata-se de investigar a relação entre uma variável categórica ordinal e variáveis explicativas. Neste caso a relação entre a nota das equipes na Certificação (Regular, Bom e Ótimo) e variáveis de atributos do trabalho de médicos, além de características municipais, como região, estrato de certificação e situação no Índice de escassez de Médicos. Sinteticamente, estimou-se a probabilidade de uma equipe assumir determinada categoria do conceito da Certificação, em relação à outra categoria tomada como referência. Como existem três possibilidades de conceito, o modelo resultou na estimação de duas equações, sendo, a chance de assumir o conceito ótimo, em relação ou ao invés de assumir o conceito regular, e a chance de assumir o conceito bom, em relação ou ao invés de assumir o conceito regular. A categoria utilizada como referência, foi determinada automaticamente pelo software utilizado para o procedimento, o SPSS 19.0.

Em suma, o cenário de análise considera a totalidade dos vínculos de Médicos em equipes aderidas ao PMAQ e adota como variável dependente (Y) a nota que as equipes respectivas obtiveram na Certificação do PMAQ, e como variáveis explicativas (X_i) aquelas descritas no quadro 10. A Tabela 46 resume os resultados encontrados na estimação de cada equação, onde o coeficiente β descreve a chance de sucesso associado à variável explicativa correspondente (o sinal do coeficiente descreve se a associação é positiva ou negativa); o coeficiente exponenciado $\beta(\text{Expo})$ indica a Razão de Chance (RC), ou a probabilidade de um vínculo de Médico assumir o conceito em análise, relativamente ao conceito referência; e o valor-p indica a significância estatística para um Intervalo de Confiança de 95% (valores abaixo de 0,10).

Quadro 10 – Lista de variáveis utilizadas no modelo de Regressão Logística

x_i	Categorias
Dummies para Região geográfica	Norte Nordeste Sudeste Sul Centro-Oeste*
Dummies para Estratos de Certificação	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6*
Dummies para Indicadores de Trabalho	Existência de Plano de Carreira Agente Contratante Direto Existência de Vínculo Protegido O município tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho
Índex	Traços Baixa Moderada Alta e Severa Sem escassez*

Fonte: EPSM a partir dos dados do Módulo IV da Certificação do PMAQ.

*Para evitar colinearidade perfeita o software omitiu do modelo estas variáveis.

No que se refere à primeira equação, isto é, a chance assumir o conceito ótimo, em relação ao conceito regular, verificou-se que os vínculos de Médicos localizado no Nordeste, Sudeste e Sul oferecem uma vantagem para a transição de regular para ótimo, controlando-se pelas demais variáveis, em comparação à região Centro-Oeste, cuja dummy foi omitida do modelo. A região Sul apresentou a maior chance (RC=5,47), seguida do Sudeste (3,09) e do Nordeste (1,55). A variável de região Norte não se mostrou estatisticamente significativa. Quanto aos Estratos as são aumentadas do primeiro ao quinto, em comparação ao Estrato 6, que foi omitido. As maiores chances são as dos Estratos 2 (6,57) e 3 (5,57), seguidos do 1 (4,50), 4 (1,82) e 5 (1,58). Entre os indicadores de trabalho, tipo de agente contratante foi o único que não se mostrou estatisticamente significativa. Nesse sentido, vínculos de Médicos em municípios com incentivo, gratificação e ou prêmio financeiro por desempenho tem mais

chance de estarem em equipe com conceito ótimo ao invés de regular ($RC=2,31$). O mesmo ocorre quanto o vínculo é protegido (1,68) e possui Plano de Carreira (0,47). Por fim, a chance diminui quando o vínculo é em um município com escassez ($RC=0,49$).

No que se refere à segunda equação, chance assumir o conceito bom, em relação ao conceito regular, verificou-se situações semelhantes a da primeira equação, ainda que com coeficientes menores. A dummy de região Norte e o tipo de agente contratante continuaram sem significância estatística, ao passo que os Estratos 4 e 5 e existência de Plano de Carreira passaram a também não afetar a chance. A região Sul apresentou a maior chance ($RC=2,50$), seguida do Sudeste (1,78) e do Nordeste (1,43). Entre os Estratos a maior chance também foi a do segundo (2,37), seguido do terceiro (1,91) e do primeiro (1,69). O vínculo protegido registrou RC de 1,39, a existência de incentivo, gratificação e ou prêmio financeiro por desempenho de 1,31 e a existência de escassez 0,59.

Tabela 46 – Resultados da Regressão Logística Multinomial aplicada às Equipes de Saúde da Família aderidas ao PMAQ. Brasil - 2013.

		Regular → Ótimo			Regular → Bom		
		β	β (Expo)	Valor-p	β	β (Expo)	Valor-p
Região (REF=Centro-oeste)	Norte	-0,185	0,831	0,411	-0,234	0,792	0,196
	Nordeste	0,440*	1,553*	0,004	0,356*	1,428*	0,006
	Sudeste	1,126*	3,083*	0,000	0,576*	1,780*	0,000
	Sul	1,699*	5,466*	0,000	0,915*	2,496*	0,000
Estratos (REF=Estrato 6)	Estrato 1	1,503*	4,496*	0,000	0,525*	1,691*	0,000
	Estrato 2	1,882*	6,565*	0,000	0,862*	2,368*	0,000
	Estrato 3	1,717*	5,565*	0,000	0,644*	1,905*	0,000
	Estrato 4	0,600*	1,822*	0,000	0,108	1,114	0,399
	Estrato 5	0,454*	1,575*	0,003	0,143	1,154	0,272
Indicadores de Trabalho	Existência de Plano de Carreira (REF=Sim)	0,757*	0,469*	0,000	0,140	0,869	0,203
	Agente Contratante (REF= Direto c/ AP Municipal)	0,027	1,027	0,776	0,112	1,119	0,176
	Vínculo (REF = Protegido)	0,520*	1,683*	0,000	0,331*	1,392*	0,000
	Existência de incentivo, gratificação e ou prêmio financeiro por desempenho (REF = Sim)	0,836*	2,307*	0,000	0,273*	1,314*	0,000
	Índice de escassez (REF=Sem escassez)	-0,713*	0,490*	0,000	-0,536*	0,585*	0,000
Intercepto		-1,347*		0,000	0,081		0,686

Fonte: EPSM a partir dos dados do Módulo IV da Certificação do PMAQ.

* Coeficientes significativos ao IC de 95%.

Variáveis omitidas do modelo: dummies de Centro-Oeste, Estrato 6 e Sem escassez.

Nº de observações = 7.876 (1.420 casos foram excluídos por possuir ausência de informação em pelo menos uma variável).

8. Conclusão

Este relatório teve por objetivo apresentar os resultados referentes ao componente de tratamento e análise de dados do estudo de monitoramento do mercado de trabalho em saúde do PMAQ. No cômputo geral, procedeu-se ao dimensionamento e análise do mercado de trabalho em ABS no que se refere à sua estrutura, dinâmica e fluxos, buscando evidências ou sinais de possíveis impactos, nesse mercado, derivados do PMAQ, PROVAB, PMM e outras estratégias tomadas pelo Governo Federal nos últimos anos. Ressalta-se, mais uma vez, que as ferramentas utilizadas para esta análise têm a capacidade de fornecer sinais do mercado de trabalho via estatísticas, indicadores e comparação de dados, constituindo-se, então, como um quadro ou dimensionamento das mudanças sensíveis às bases de dados disponíveis e que aqui foram selecionadas. Não significa, portanto, que foram estabelecidas relações de causa e efeito entre as políticas em questão e a dinâmica dos mercados laborais. Apesar disso, o conjunto de sinais ora apresentados sugerem impactos importantes dessas políticas no que diz respeito ao acesso da população brasileira aos recursos humanos em ABS e, sobretudo, no que tange a qualidade do trabalho dessa força de trabalho.

A década de 2000 no Brasil, após anos de crise do modelo produtivo fordista, passou por uma importante recuperação dos empregos e salários, a qual foi assistida como resultado da consolidação do modelo econômico baseado, majoritariamente, em atividades do setor de serviços. Foi neste contexto que as atividades da saúde ampliaram sua força de trabalho ocupada a níveis superiores ao total da economia, dobrando o número de ocupados de 3,5 para 6,0 milhões de pessoas. Destes, 61,3%, ou 3,7 milhões de pessoas se ocupava no núcleo do Macrossetor, isto é, em atividades de assistência direta a saúde. Pelo menos 1,6 milhões de pessoas estavam ocupadas no SUS, sendo 698 mil, ou 43,6% do SUS, ocupada na ABS. No período analisado, entre 2010 e 2014, esse contingente subiu para 772 mil, isto é, 74 mil a mais. No que se refere apenas aos trabalhadores da ESF o aumento foi ainda maior, de 374 para 459 mil, ou 85 mil pessoas a mais. A participação da ESF, em relação à ABS geral, cresceu de 53,6% para 59,5%, destacando a expansão da política como a principal estratégia de acesso aos serviços de ABS nos municípios brasileiros.

Do ponto de vista ocupacional, no período entre 2010 e 2014, todas as ocupações principais da ABS sofreram incremento no número de trabalhadores em estabelecimentos de

saúde, em estabelecimentos de ABS e na ESF, com exceção dos Auxiliares de Enfermagem, que vem sendo vigorosamente substituídos por Técnicos de Enfermagem em todos cenários. Ressalta-se que o crescimento de Médicos e Enfermeiros em serviços de assistência tem sido acompanhado pelos expressivos aumentos dos estoques de novos profissionais egressos dos sistemas formativos. Há que se ressaltar, porém, que, na ESF, o incremento de Médicos nos últimos anos se deveu basicamente aos programas federais de provimento, PROVAB e Mais Médicos. Dessa forma, ainda que a oferta proveniente desses programas não tenha reduzido a oferta que vinha sendo realizada pelos municípios, implicou em estagnação desta última. Mesmo que se possa trabalhar com a hipótese de que a capacidade dos municípios estivesse esgotada, deve-se destacar que a ESF manteve-se em crescimento constante nos períodos anteriores à implantação dos programas em questão. Na área da Saúde Bucal os incrementos foram menos expressivos, tanto que o aumento do quantitativo de pessoas foi suficiente apenas para cobrir o avanço populacional do período, não havendo expansão de cobertura.

No que diz respeito aos sinais de qualidade do trabalho na ESF, os dados analisados neste estudo mostraram avanços em todas as profissões, exceto entre Médicos. A proteção do trabalho (vínculos Estatutário, CLT e Cargo Comissionado) cresceu principalmente entre os AEN e os ACS, mas também foi expressivo para Enfermeiros e Cirurgiões-dentistas. O tempo médio de duração dos vínculos com a ESF também cresceu, sobretudo para os ACS e de forma pouco significativa para outras profissões. Os Médicos apresentaram redução tanto na proteção quanto no tempo médio em função da oferta recente de bolsistas dos bolsistas dos programas federais, que possuem um vínculo precário do ponto de vista dos direitos do trabalho. Entretanto, se desconsiderarmos os bolsistas, também houve aumento da proteção entre Médicos, ainda que os níveis sejam os mais baixos, em relação às demais categorias, um pouco mais de 30%.

Apesar da tendência geral à formalização observada, o contrato temporário ainda tem sido utilizado frequentemente como estratégia imediata de vinculação de profissionais da ESF, e os dados apontaram que este recurso aumentou se considerarmos a representatividade dos vínculos temporários entre aqueles criados nos últimos 12 meses, tendo aumentado com mais intensidade entre os TEN e os ASB. Os AEN são os trabalhadores que apresentaram as menores proporções no indicador em questão, o que reflete a manutenção de profissionais com maior fixidez no emprego num contexto de crescente substituição desses profissionais por TEN. Também são baixas as proporções entre os TSB, na medida em que os mesmos

tendem a ser mais utilizados em equipes consolidadas. Em relação aos Médicos, o volume de profissionais do PROVAB e PMM nos últimos anos da série impactou a proporção dos contratos temporários, que diminuiu. Entretanto, desconsiderando-os, também se verificou o aumento dos vínculos temporários. Destaca-se que também cresceu entre todas as profissões a proporção de vínculos terceirizados na ESF, de forma mais significativa para os TSB e os AEN.

A despeito da retração dos indicadores de mercado de trabalho, a análise da evolução do Índice de escassez de Médicos em ABS indicou uma mudança do quadro de privação de RHS no Brasil, com a redução do número de municípios nesta condição de 1.200 (21,5% do total de municípios do país), em dezembro de 2012, para 987 (17,7%), em março de 2014. Este processo de queda reverteu uma situação anterior, entre 2010 e 2012, de crescimento da escassez, sugerindo provável impacto do PROVAB e PMM que foram implantados ao longo dos dois últimos anos. A redução da escassez foi observada principalmente na região Norte e no Centro-Oeste e, em todo o país, em municípios com mais de 50 mil habitantes, isto é, de grande e médio porte. Testes realizados sugeriram ainda, que, proporcionalmente, existem mais municípios inscritos no PMM que tenham passado ou passam por situação de escassez e que o inverso pode ser mencionado para os municípios aderidos ao PMAQ, com ESF de 20 e 30 horas e com equipes de Atenção Domiciliar e Consultório na Rua. Nesse sentido, mostram que o PMM tem se direcionado exatamente para os locais de maior necessidade de RHS e as demais estratégias para as localidades com equipes de ESF consolidadas.

Em relação aos fluxos de Médicos na ESF, destacou-se que a principal origem dos profissionais é a própria ESF, em função do alto estoque de indivíduos mantidos ao longo de toda a série, que ficou em torno de 80% do total de ocupados. Desconsiderando os mantidos, a primeira fonte de origem é a de fora do núcleo do Macrossetor Saúde, representando em torno de 56% do total de admitidos, o que se supõe tratar-se de Médicos recém-graduados, além dos estrangeiros contratados pelo PMM. Em seguida, estão os profissionais oriundos da ABS convencional, em torno de 25%. Por fim, os indivíduos de outros estabelecimentos de saúde, que não de ABS, em torno de 19%. Quanto ao destino dos médicos desligados de equipes da ESF, verificou-se uma distribuição muito próxima, em torno de 38% do total de desligados, entre os que ficam na ABS e os que a deixam para ocupar-se em outros tipos de estabelecimentos. Os que abandonam as atividades do núcleo do Macrossetor Saúde, ou pelo menos aquela que é auferida pelo CNES, representam em torno de 25%.

Em relação aos Médicos da ESF com carga horária de 20 e 30 horas, situação que já existia residualmente, mas que se ampliou após a Portaria 2.027, verificou-se maior adesão à carga horária de 20 horas, a qual provavelmente continuará crescendo nos próximos meses. Sobre a origem desses profissionais, identificou-se que a maioria veio da própria ABS, em média mais de 60% do total de admitidos e que o menor contingente é de indivíduos de fora do CNES. Quanto aos Médicos em equipes de AD e CR, identificou-se maior contingente de profissionais no primeiro caso, até pelo maior incremento de equipes. Em ambos os casos, a principal origem dos profissionais também é a ABS, ainda que, na Atenção Domiciliar, as proporções de oriundos de outros estabelecimentos de saúde são equiparáveis às da ABS (o que se deve a parte dos serviços ser prestada em serviços de internação).

No que se refere à análise da relação entre o desempenho das equipes aderidas ao PMAQ, auferido através da Certificação, e os atributos de trabalho dos Médicos ocupados nessas equipes, verificou-se que o trabalho protegido, a existência de incentivo, gratificação e ou prêmio financeiro por desempenho e Plano de Carreira aumentam a chance de melhoria do desempenho, o que é mais significativo nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste, nesta ordem e em municípios dos Estratos 2, 3 e 1, nesta ordem. O tipo de agente contratante, se direto com a Administração Pública Municipal, ou terceirizado, não está associado ao desempenho das equipes, pelo menos no tocante ao trabalho médico. Além disso, a condição de escassez de Médicos diminui a chance de melhoria do desempenho.

Cabe mencionar ainda que, de maneira geral, o estudo aqui proposto avançou muito nos últimos anos no sentido de construir ferramentas capazes de acompanhar e monitorar os mercados de trabalho em saúde. Este avanço se deu por meio do desenvolvimento do DWH, o qual permitiu reunir, sistematizar, automatizar e aprimorar os processos de produção de informação e análise de dados. Ressalta-se, entretanto, que há muito a ser feito, sobretudo em termos de integração dos dados do CNES com outras fontes da área. Sugere-se ainda a necessidade de aprimoramento das técnicas estatísticas, as quais ganharão muito com as possibilidades que foram obtidas através deste trabalho.

9. Referências

ALISSON, P. **Logistic regression using de SAS system: theory and application**. Cary: SAS Institute Inc, 1999.

AGRESTI, A.; FINLEY, B. Analisando associação entre variáveis categóricas. In: **Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais**. Porto Alegre: Penso: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial N° 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial N° 3.031, de 26 de dezembro de 2012**. Altera a Portaria Interministerial n° 2.087/MS/MEC, de 1° de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial N° 2.087, de 1° de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Altera a Portaria n° 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável), 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria N° 134, de 4 de abril de 2011**. Estabelece orientações técnicas para o registro e operacionalização de dados no SCNES, entre outras providências, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006.

FIGUEIRA, C. V. **Modelos de Regressão Logística**. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Matemática da UFRGS, 2006 (Dissertação de Mestrado).

GIRARDI, S. N. et. al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família, **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, p. 11-23, 2010a.

GIRARDI, et. al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM. (Relatório de Pesquisa), 2010b. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>.

GIRARDI, S. N. et. al. **Identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2012 (Relatório de Pesquisa). Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>.

GIRARDI, S. N. O perfil do “emprego” em saúde no Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 423-439, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Metodologia do Censo Demográfico 2010**. Série relatórios metodológicos. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Populações e Indicadores Sociais, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mais perto de você – Acesso e Qualidade**. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Documento Síntese para Avaliação Externa. Brasília: MS/SAS/DAB, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, 2006.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Manual de Orientação da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS): ano-base 2013**. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2014.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Manual de Instruções do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados**. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2010a.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações:** CBO - 2010 - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010b.

NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O perfil do emprego na Função Saúde.** Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999 (mimeo).

ZAHEYEN, A. et. al. Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. **Texto para Discussão nº 370**, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995.

10.Apêndices

10.1. Quadros complementares

Quadro 11 – Histórico recente da regulação em Atenção Básica em Saúde.

Portaria	Descrição
Portarias que instituem políticas e programas	
648, de 28/03/2006	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
1.654, de 19/07/2011	Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade nos âmbitos nacional, regional e localmente permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O PMAQ pratica a cultura de negociação e contratualização que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, o que leva a recursos alocados de acordo com as necessidades melhorando o trabalho, além de investir no desenvolvimento do espaço físico, de aparelhagem e principalmente investe e estimula os trabalhadores, através da remuneração por desempenho.
2.087, de 01/09/2011	Institui o Programa de Valorização do Trabalhador da Atenção Básica (PROVAB), com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família. Neste programa seriam contemplados médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas; porém apenas profissionais médicos foram incluídos nesta edição. A valorização do profissional se deu através da inserção do trabalhador na Atenção Básica, inclusive fornecendo a possibilidade de especialização em Saúde da Família; além de bonificar o participante com um acréscimo de 10% da nota da prova em possível exame de residência médica posterior à participação no Programa. Poderiam se inscrever no programa, os profissionais médicos, que já tinham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe. Poderiam se inscrever os municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, de acordo com critérios estabelecidos pelo MS. O contrato nesta edição era feito entre municípios e profissional, respeitando a remuneração equivalente praticada na ESF.
3.031 de 26/12/2012	Altera a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, fazendo algumas alterações em relação à edição anterior do Programa. Esta portaria institui a segunda edição do PROVAB, realizada em 2013. A mudança mais significativa é a implementação do sistema de pagamento dos profissionais por bolsa com valor fixado direto via Ministério da Saúde, retirando, portanto, a responsabilidade do município de remunerar os participantes do PROVAB. Nesta edição do Programa ainda não havia a inclusão de profissionais de enfermagem e odontologia.

(continua)

(continuação)

1.369, de 08/07/2013	Implementa o Programa Mais Médicos. Com objetivos prioritários de fornecer médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS. Além de aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação. O Programa visa atender as seguintes regiões prioritárias: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade. A seleção de profissionais para o Programa obedeceu a seguinte ordem: médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior. A vinculação destes profissionais é direta com o Ministério da Saúde através de bolsa durante o período de contratação por prazo máximo de 36 meses.
Outras portarias	
2.027, de 25/08/2011	Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Anteriormente o médico deveria obedecer à regra de 40 horas semanais como todos na ESF. Porém com esta portaria se altera a carga horária médica passando à 6 possibilidades de carga horária, que poderão variar entre 20, 30 ou 40 horas, de acordo com o número de profissionais médicos na Equipe a qual está vinculado o profissional, o que gera também possíveis alterações no repasse do PAB Variável para a Equipe.
134, de 04/04/2011	Constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados. Fica proibido o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos. Fica vedado também seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF; já para o cadastramento deste profissional em mais de 03(três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.
122, de 25/01/2011	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, que incluem a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, dentre outros problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. A portaria define 3 modalidades de equipes, sendo que somente a terceira possui profissional médico: I – dois profissionais de nível superior e dois de nível médio; II – três profissionais de nível superior e três de nível médio; e III – modalidade II acrescida de médico.

(continua)

963, de 27/05/2013	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, que foi instituída pela portaria 2.029, de 24 de agosto de 2011. Sendo instituída como conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Esta portaria define 3 tipos de Equipes para Atenção Domiciliar, sendo duas modalidades de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma de Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A EMAD I – é composta por profissionais médicos com somatório de no mínimo 40h semanais; profissionais enfermeiros somando também 40h no mínimo; profissional fisioterapeuta e/ou assistente social somando com 30h de mínimo; e auxiliares ou técnicos de enfermagem com somatório mínimo de 120h. EMAD II – profissional médico com no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho; profissional enfermeiro com mínimo 30 (trinta) horas de trabalho; um fisioterapeuta ou um assistente social com no mínimo 30 (trinta) horas; e auxiliares ou técnicos de enfermagem somando 120 horas semanais. EMAP – mínimo de 3 profissionais de nível superior dentre os seguintes: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; farmacêutico; e terapeuta ocupacional. Com carga semanal mínima de 90h para toda a equipe e de 20h para cada profissional.
--------------------	---

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado a partir do Sistema do Congresso Nacional (SISCON).

Quadro 12 – Classificação das Profissões e Ocupações da Saúde a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2010.

Profissões e ocupações de saúde		CBO – Família ou ocupação*
		Descrição
Profissões de nível superior e direção		
1	Médicos	2251 Médicos clínicos
		2252 Médicos em especialidades cirúrgicas
		2253 Médicos em medicina diagnóstica e terapêutica
2	Cirurgiões-dentistas	2232 Cirurgiões-dentistas
3	Veterinários	2233 Veterinários e zootecnistas
4	Farmacêuticos	2234 Farmacêuticos
5	Enfermeiros	2235 Enfermeiros e afins
6	Fisioterapeutas	2236 Fisioterapeutas
7	Nutricionistas	2237 Nutricionistas
8	Fonoaudiólogos	2238 Fonoaudiólogos
9	Terapeutas Ocupacionais	2239 Terapeutas Ocupacionais e afins
10	Profissionais da Educação Física	2241 Profissionais da Educação Física
11	Biólogos	2211 Biólogos e afins
12	Biomédicos	2212 Biomédicos
13	Psicólogos e psicanalistas	2215 Psicólogos e psicanalistas
14	Assistentes sociais	251605 Assistentes sociais
15	Tecnólogo em radiologia	324120 Tecnólogo em radiologia
16	Tecnólogos em gestão hospitalar e sistemas biomédicos	131215 Tecnólogo em gestão hospitalar
		142710 Tecnólogo em sistemas biomédicos
17	Pesquisadores e professores das ciências biológicas e das ciências da saúde	2030 Pesquisadores das ciências biológicas
		2033 Pesquisadores das ciências da saúde
		231315 Professor de educação física no ensino fundamental
		232110 Professor de biologia no ensino médio
		232120 Professor de educação física no ensino médio
		233135 Professor de técnicas de enfermagem
18	Físico médico	2344 Professores de ciências biológicas e da saúde no ensino superior
		213150 Físico (medicina) - Físico hospitalar, Físico médico
19	Diretores e gerentes de serviços de saúde	131205 Diretor de serviços de saúde
		131210 Gerente de serviços de saúde

(continua)

(continuação)

Profissões técnicas e de nível médio da saúde			
20	Técnicos de enfermagem	322205	Técnico de enfermagem
		322210	Técnico de enfermagem de terapia intensiva
		322215	Técnico de enfermagem do trabalho
		322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
		322225	Instrumentador cirúrgico
		322245	Técnico de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família
21	Auxiliares de enfermagem	322230	Auxiliar de enfermagem
		322235	Auxiliar de enfermagem do trabalho
		322240	Auxiliar de saúde (navegação marítima)
		322250	Auxiliar de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família
22	Atendente de enfermagem	515110	Atendente de enfermagem
23	Técnicos em saúde bucal	322405	Técnico em saúde bucal
		322425	Técnico em saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família
24	Auxiliares de saúde bucal	322415	Auxiliar em saúde bucal
		322430	Auxiliar em saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família
25	Protético dentário e auxiliar de prótese dentária	322410	Protético dentário
		322420	Auxiliar de Prótese Dentária
26	Tecnólogos e Técnicos em terapias alternativas e estéticas	3221	Tecnólogos e Técnicos em terapias alternativas e estéticas
27	Técnicos em óptica e optometria	3223	Técnicos em óptica e optometria
28	Técnicos em próteses ortopédicas	3225	Técnicos em próteses ortopédicas
29	Técnicos de imobilização ortopédica	3226	Técnicos em mobilizações ortopédicas
30	Técnicos em equipamentos médicos e odontológicos	324105	Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia
		324110	Técnico em métodos gráficos em cardiologia
		324115	Técnico em radiologia e imagenologia
31	Técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica	3242	Técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica
32	Técnicos em manipulação farmacêutica	3251	Técnicos em manipulação farmacêutica
33	Técnicos de apoio à biotecnologia	3253	Técnicos de apoio à biotecnologia
34	Técnicos em segurança no trabalho	3516	Técnicos em segurança no trabalho
35	Técnico em manutenção de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares	915305	Técnico em manutenção de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares
36	Agentes Comunitários de Saúde	515105	Agente comunitário de saúde

(continua)

(continuação)

37	Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde (exceto ACS e Atendente de Enfermagem)	352210	Agente de saúde pública
		515115	Parteira leiga
		515120	Visitador sanitário
		515125	Agente de saúde indígena
		515130	Agente de saúde de saneamento
		515135	Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)
38	Auxiliares de laboratório da saúde	5152	Auxiliares de laboratório da saúde
39	Cuidadores de idosos	516210	Cuidador de idosos
40	Cuidadores em saúde	516220	Cuidador em saúde
41	Recepcionistas de consultório médico ou dentário	422110	Recepcionista de consultório médico ou dentário
42	Recepcionistas de seguro de saúde	422115	Recepcionista de seguro de saúde
43	Atendente de farmácia – balconista	521130	Atendente de farmácia – balconista
44	Mestre de Produção Farmacêutica	810305	Mestre de Produção Farmacêutica

Fonte: EPSM a partir da CBO.

*Em alguns casos utiliza-se a família ocupacional a 4 dígitos, em outros, a ocupação a 6 dígitos.

Quadro 13 – Correspondência entre as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e a Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 e atualização em 2010.

Grupo de especialidades		Especialidade ^A	Classificação Brasileira de Ocupações 2002 ^B		CBO atualização em 2010 ^B	
Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição
Atenção Primária	29	Medicina de Família e Comunidade	223116	Médico de saúde da família e comunidade	225130	Médico de família e comunidade
			2231F7 ^c	Médico em medicina de família e comunidade	225142	Médico da Estratégia de Saúde da Família
	16	Clínica médica	223115	Médico clínico	225125	Médico clínico
			223129	Médico generalista	225170	Médico generalista
Especialidades clínicas	2	Alergia e Imunologia	223102	Médico alergista e imunologista	225110	Médico alergista e imunologista
	4	Angiologia	223105	Médico angiologista	225115	Médico angiologista
	6	Cardiologia	223106	Médico cardiologista	225120	Médico cardiologista
	5	Cancerologia	223145	Médico oncologista	-	
			2231F4 ^c	Médico oncologista pediátrico	225122	Médico cancerologista pediátrico
			2231F5 ^c	Médico oncologista cirúrgico	225290	Médico cancerologista cirúrgico
			2231F6 ^c	Médico oncologista clínico	225121	Médico oncologista clínico
	18	Dermatologia	223117	Médico dermatologista	225135	Médico dermatologista
			2231A2 ^c	Médico hanseologista	-	
	19	Endocrinologia e Metabologia	223125	Médico endocrinologista e metabologista	225155	Médico endocrinologista e metabologista
	21	Gastroenterologia	223128	Médico gastroenterologista	225165	Médico gastroenterologista
	23	Geriatria	223131	Médico geriatra	225180	Médico geriatra
	27	Infectologia	223136	Médico infectologista	225103	Médico infectologista
	34	Medicina Intensiva	223122	Médico em medicina intensiva	225150	Médico em medicina intensiva
	38	Nefrologia	223139	Médico nefrologista	225109	Médico nefrologista
			223141	Médico neurofisiologista	225350	Médico neurofisiologista clínico
	40	Neurologia	223142	Médico neurologista	225112	Médico neurologista

(continua)

(continuação)

Especialidades clínicas (cont.)	47	Pediatria	223149	Médico pediatra	225124	Médico pediatra
	48	Pneumologia	223151	Médico pneumologista	225127	Médico pneumologista
			2231A1 ^c	Médico Broncoesofalogista	-	
	49	Psiquiatria	223153	Médico psiquiatra	225133	Médico psiquiatra
			223119	Médico em eletroencefalografia	-	
	52	Reumatologia	223155	Médico reumatologista	225136	Médico reumatologista
Especialidades Cirúrgicas	7	Cirurgia Cardiovascular	223107	Médico cirurgião cardiovascular	225210	Médico cirurgião cardiovascular
			2231G1 ^c	Médico cardiologista intervencionista	-	
	9	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	223108	Médico cirurgião de cabeça e pescoço	225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
	8	Cirurgia da Mão	-	-	225295	Médico cirurgião da mão
	10	Cir. do Aparelho Digestivo	223109	Médico cirurgião do aparelho digestivo	225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
	11	Cirurgia Geral	223110	Médico cirurgião geral	225225	Médico cirurgião geral
	12	Cirurgia Pediátrica	223111	Médico cirurgião pediátrico	225230	Médico cirurgião pediátrico
	13	Cirurgia Plástica	223112	Médico cirurgião plástico	225235	Médico cirurgião plástico
	14	Cirurgia Torácica	223113	Médico cirurgião torácico	225240	Médico cirurgião torácico
	15	Cirurgia Vascular	2231F3 ^c	Médico cirurgião vascular	225203	Médico cirurgião vascular
	17	Coloproctologia	223152	Médico proctologista	225280	Médico coloproctologista
	24	Ginecologia e Obstetrícia	223132	Médico ginecologista e obstetra	225250	Médico ginecologista e obstetra
	28	Mastologia	223138	Médico mastologista	225255	Médico mastologista
	39	Neurocirurgia	223140	Médico neurocirurgião	225260	Médico neurocirurgião
	42	Oftalmologia	223144	Médico oftalmologista	225265	Médico oftalmologista
	43	Ortopedia e Traumatologia	223146	Médico ortopedista e traumatologista	225270	Médico ortopedista e traumatologista
	44	Otorrinolaringologia	223147	Médico otorrinolaringologista	225275	Médico otorrinolaringologista
			223127	Médico foniatra	225245	Médico Foniatra
	53	Urologia	223157	Médico urologista	225285	Médico urologista

(continua)

(continuação)

Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica	3	Anestesiologia	223104	Médico anestesiológista	225151	Médico anestesiológista
	25	Hematologia e Hemoterapia	223133	Médico hematologista	225185	Médico hematologista
			223134	Médico hemoterapeuta	225340	Médico hemoterapeuta
	20	Endoscopia	223120	Médico em endoscopia	225310	Médico em endoscopia
	36	Medicina Nuclear	223123	Médico em medicina nuclear	225315	Médico em medicina nuclear
	41	Nutrologia	223143	Médico nutrologista	225118	Médico nutrologista
	45	Patologia	223148	Médico patologista clínico	225325	Médico patologista
			223103	Médico anatomopatologista	225148	Médico anatomopatologista
			223114	Médico citopatologista	225305	Médico citopatologista
	50	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	223124	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
Outras especialidades	51	Radioterapia	223154	Médico radioterapeuta	225330	Médico radioterapeuta
	46	Patologia clínica/medicina laboratorial	-	-	225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
	1	Acupuntura	223101	Médico acupunturista	225105	Médico acupunturista
	26	Homeopatia	223135	Médico homeopata	225195	Médico homeopata
	22	Genética Médica	223130	Médico geneticista	225175	Médico geneticista
	35	Medicina Legal e Perícia Médica	223137	Médico legista	225106	Médico legista
			223150	Médico perito	-	
	30	Medicina do Trabalho	223118	Médico do trabalho	225140	Médico do trabalho
	37	Medicina Preventiva e social	223156	Médico sanitarista	225139	Médico sanitarista
			2231F8 ^c	Médico em medicina preventiva e social	-	
	31	Medicina do Tráfego	223121	Médico em medicina do tráfego	225145	Médico em medicina do tráfego
	32	Medicina Esportiva	-	-	-	

(continua)

(continuação)

Outras especialidades (cont.)	33	Medicina Física e Reabilitação	-	-	-	
			223126	Médico fisiatra	225160	Médico fisiatra
	54	Outra	2231F7 ^c	Médico residente	-	
			-	-	225345	Médico hiperbarista

Fonte: EPSM a partir do CFM e da CBO.

- A. Especialidades e títulos de residência reconhecidos a partir da Resolução CFM Nº 1.973/2011;
- B. Especialidades classificadas segundo a CBO de 2010;
- C. Especialidades não classificadas na CBO 2010, utilizadas apenas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Quadro 14 – Categorias e Informações contidas no Questionário online do Módulo IV respondido pelos Gestores.

Categoria	Especificações
Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica – Perfil da Gestão	Formação
	Titulação
	Carga horária
	Responsabilidades
	Tempo que trabalha na gestão da atenção básica
Acesso ao Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica	Diretrizes gerais do Apoio Institucional no município
	Cronograma de implantação (quando em fase de formulação)
	Quantitativo de apoiadores
	Carga horária de dedicação
	Quantidade de equipes por apoiadores
Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	Responsabilidades (atribuições) do (s) profissional (ais) do apoio institucional
	Informações sobre as 03 principais estratégias de educação permanente, ofertadas as equipes de atenção básica.
	Agente contratante
	Tipo de vínculo
	Mecanismo de ingresso
Vínculo dos Profissionais e Relação de Trabalho	Plano de carreira
	Programa de incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho
Medicamentos do Componente Básico da Atenção Farmacêutica	Informações sobre as medicações que constam na lista de medicamentos da atenção básica do município
Tempo Estimado de Espera dos Usuários para Atendimento Especializado e Exames	Informações sobre a quantidade demandada e o tempo de espera dos usuários para consultas especializadas* e realização de exames** na rede

Fonte: EPSM a partir de MS, 2012.

* Especialidades: Cirurgia Geral, Traumatologia, Pediatria, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Dermatologia, Urologia, Psiquiatria, Neurologia, Nefrologia, Pneumologia, Angiologia, Oftalmologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Endocrinologia, Oncologia, Ginecologia e Obstetrícia para mulher em pré-natal de alto risco, entre outros.

* Exames: citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer de colo de útero e mama, ultrassonografia, sífilis e HIV durante o Pré-Natal.

Quadro 15 – Categorias e Informações contidas no Questionário online do Módulo IV respondido pelas Equipes de Saúde da Família.

Categoria	Especificações
Composição da Equipe de Atenção Básica	Informações sobre os profissionais que compõe a equipe.
Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	Informações sobre a formação complementar dos profissionais de nível superior e relação do tempo de atuação desses profissionais na equipe
Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica	Informações sobre o apoio institucional feito pela gestão municipal.
Educação Permanente	Informações sobre a participação dos profissionais em congressos, apresentação de trabalhos em congressos ou eventos da saúde e realização de atividades de docência, preceptoria, tutoria e teleconsultoria.
Planejamento das Ações da Equipe	Realização de alguma atividade de planejamento com: levantamento de problemas, prioridades, elaboração de plano de ação, definição de metas e resultado. Realização de processos de autoavaliação nos últimos seis meses (Instrumento/fonte utilizada: AMAQ, AMQ, Instrumento desenvolvido pelo município/Equipe, Instrumento desenvolvido pelo estado, ou outros)
Acolhimento à Demanda Espontânea	Informações sobre a implantação e organização do acolhimento à demanda.
Práticas Integrativas e Complementares	Informações relacionadas à oferta de práticas integrativas e complementares*
Práticas Inovadoras	Informações relacionadas a iniciativas inovadoras, desenvolvidas pela equipe, que melhoram a qualidade do serviço ofertado.

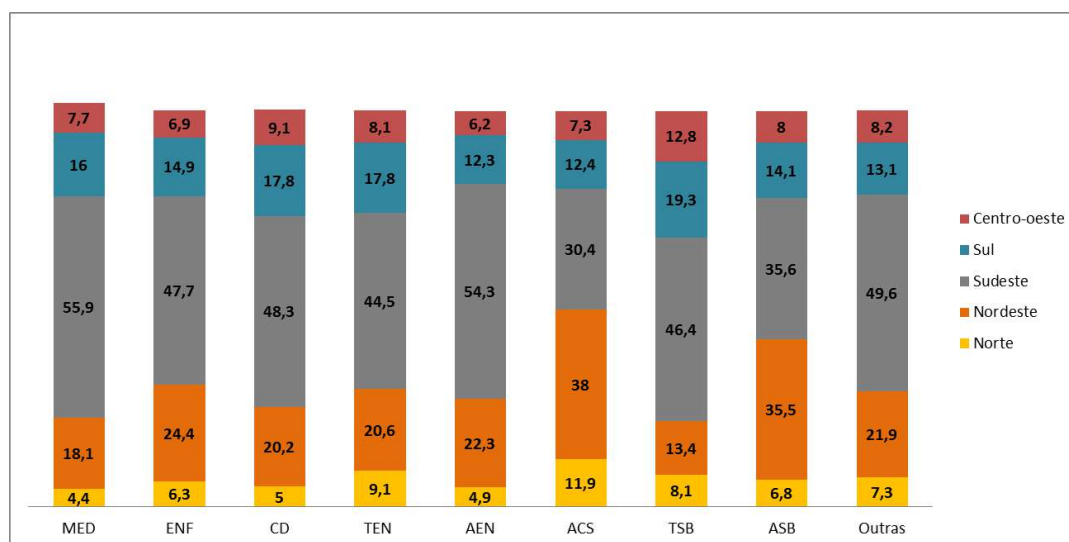
Fonte: EPSM a partir de MS, 2012.

* Práticas integrativas e complementares desenvolvidas: Medicina tradicional chinesa; Homeopatia; Termalismo; Cromoterapia; Medicina Antroposófica; Plantas Medicinais e Fitoterapia.

10.2. Diagnóstico da linha de base: dezembro de 2012.

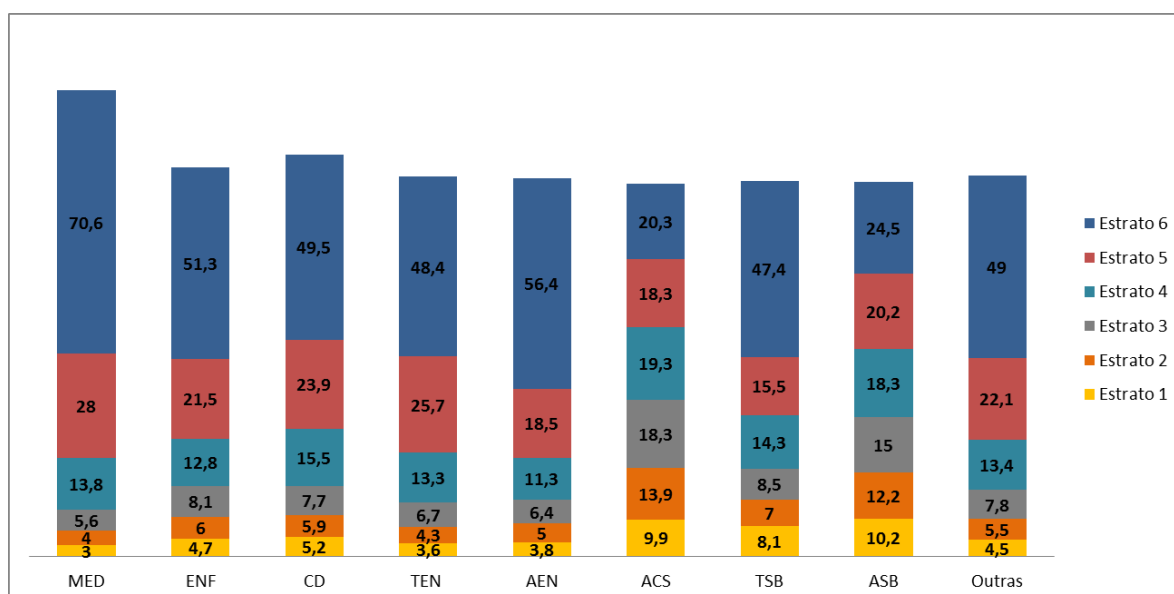
10.2.1. Total de estabelecimentos de saúde

Figura 29 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde segundo região geográfica, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 30 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde segundo estrato do município, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 47 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos em estabelecimentos de saúde segundo tipo de vínculo, por ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Estatutário	14,5	31,4	22,8	24,0	37,2	35,8	50,9	40,9	28,4
Celetista	8,3	26,1	8,1	37,9	29,0	20,7	11,7	15,9	24,3
Cargo comissionado	0,3	0,9	0,5	0,3	0,3	0,7	0,2	1,0	1,4
Outro vínculo empregatício	5,7	9,2	7,5	10,3	15,7	11,3	11,0	7,9	10,1
Contrato por prazo determinado	12,6	21,8	13,3	18,8	9,5	26,2	20,7	30,1	17,5
Autônomo sem intermediação	18,5	1,1	22,6	0,9	0,9	0,5	0,9	0,6	5,0
Autônomo intermediado	26,2	6,9	12,2	5,8	6,4	4,1	3,6	2,3	9,2
Bolsa	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
Outro	12,3	1,9	11,8	1,6	0,5	0,6	0,6	1,2	3,5
Não informado	1,2	0,3	1,1	0,4	0,6	0,0	0,4	0,0	0,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 48 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos em estabelecimentos de saúde segundo carga horária, por ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Até 19 horas	60,3	6,5	29,3	3,8	3,8	0,0	5,1	2,2	12,0
20 horas	16,3	6,9	28,7	2,4	2,3	0,0	4,7	3,6	12,6
De 21 a 29 horas	8,0	4,8	3,6	4,1	3,1	0,0	1,8	0,8	5,1
30 horas	2,4	17,0	5,0	16,5	23,9	0,1	22,9	10,6	15,7
De 31 a 39 horas	1,0	15,1	1,1	25,9	24,0	0,0	1,7	0,9	5,7
40 horas	7,8	42,5	27,4	31,3	33,2	99,8	62,1	80,6	38,3
Mais de 40 horas	2,5	6,7	2,4	15,5	9,1	0,0	1,3	1,2	9,8
Sem informação/ ou inconsistente	1,8	0,4	2,6	0,5	0,7	0,0	0,4	0,1	0,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 49 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento e ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
UBS	25,6	36,6	37,7	19,5	27,1	99,1	68,2	78,0	18,0
Hospital	71,6	50,6	6,4	64,1	61,3	0,1	4,2	1,2	33,3
Pronto Socorro	10,0	7,8	2,0	10,8	5,9	0,0	2,9	1,6	4,7
Unidade especializada	30,3	8,5	23,7	7,3	6,6	0,1	17,7	14,4	19,7
Consultório isolado	23,5	0,4	47,6	0,2	0,3	0,0	7,0	5,1	4,9
SADT	5,5	1,1	1,2	1,5	1,7	0,0	0,8	0,6	10,2
Secretaria de Saúde	1,6	3,7	1,1	0,5	0,6	0,5	0,9	0,3	10,2
Outro	7,1	2,3	2,0	1,4	0,9	0,3	1,9	1,1	6,4

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

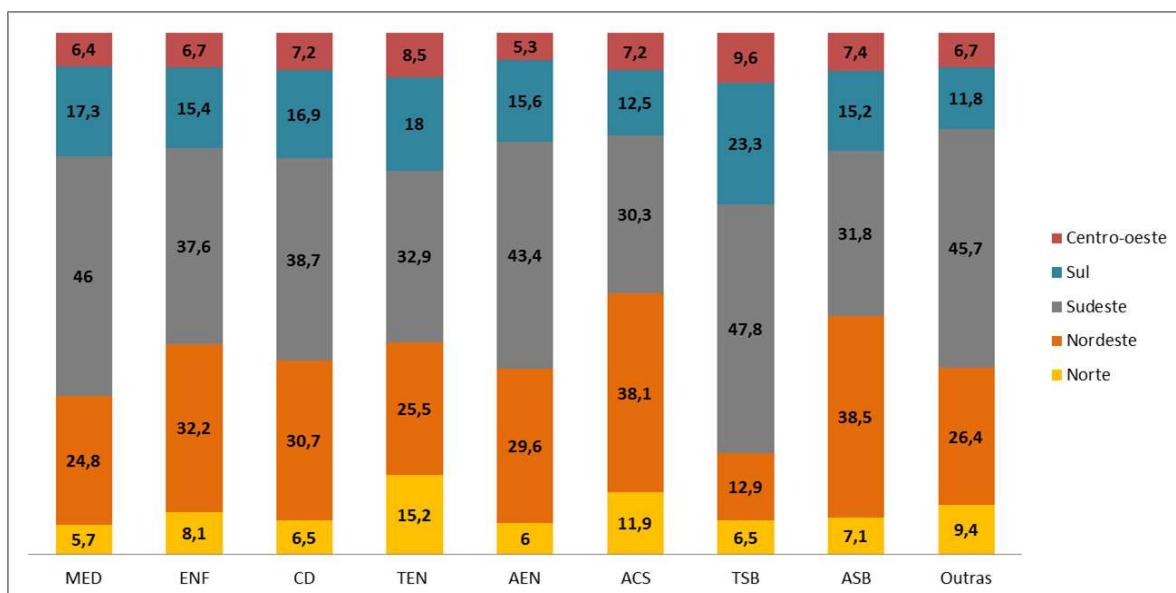
Tabela 50 - BRASIL, dezembro de 2012: Proporção (%) de trabalhadores em estabelecimentos de saúde por natureza jurídica e ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Público – Ad. direta	60,7	69,7	52,1	53,8	62,7	99,3	92,6	94,0	61,6
Público – Ad. indireta	13,9	8,7	2,7	7,8	8,4	0,7	2,6	1,2	5,6
Privado lucrativo	51,1	9,6	54,2	14,2	11,0	0,0	4,1	4,4	21,8
Privado não lucrativo	34,0	16,3	3,1	26,1	20,2	0,0	0,8	0,3	14,4
Outros	12,0	2,4	3,7	3,2	1,7	0,0	0,5	0,5	1,8

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

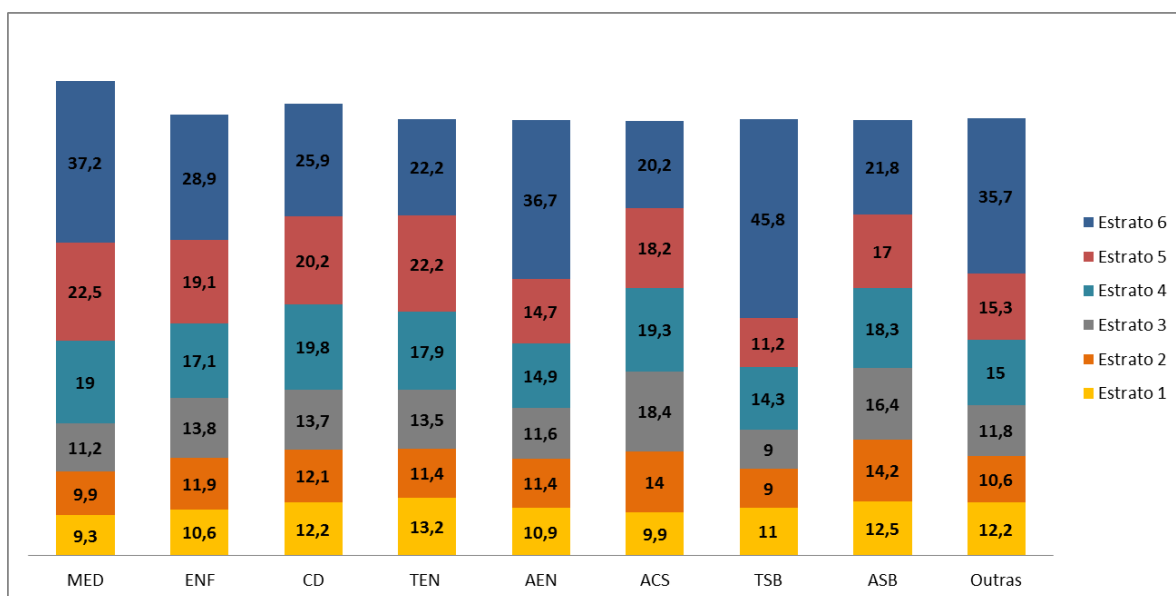
10.2.2. Estabelecimentos de ABS

Figura 31 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo região geográfica, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 32 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo estrato do município, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 51 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo tipo de vínculo, por ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Estatutário	31,5	38,0	44,5	41,9	52,1	35,7	52,8	41,0	41,0
Celetista	11,5	12,6	13,5	14,7	13,7	20,7	11,2	14,1	13,1
Cargo comissionado	0,9	1,6	1,0	0,8	0,6	0,7	0,3	1,2	2,4
Outro vínculo empregatício	6,6	6,7	8,2	7,2	11,1	11,3	8,8	7,6	7,7
Contrato por prazo determinado	35,0	33,9	28,8	31,7	15,3	26,2	21,8	32,3	25,2
Autônomo sem intermediação	2,6	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5	0,1	0,4	0,8
Autônomo intermediado	9,2	5,2	2,3	1,9	6,2	4,1	4,6	2,3	8,6
Bolsa	0,3	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,2
Outro	2,4	1,1	1,0	1,4	0,5	0,5	0,3	1,0	0,9
Não informado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

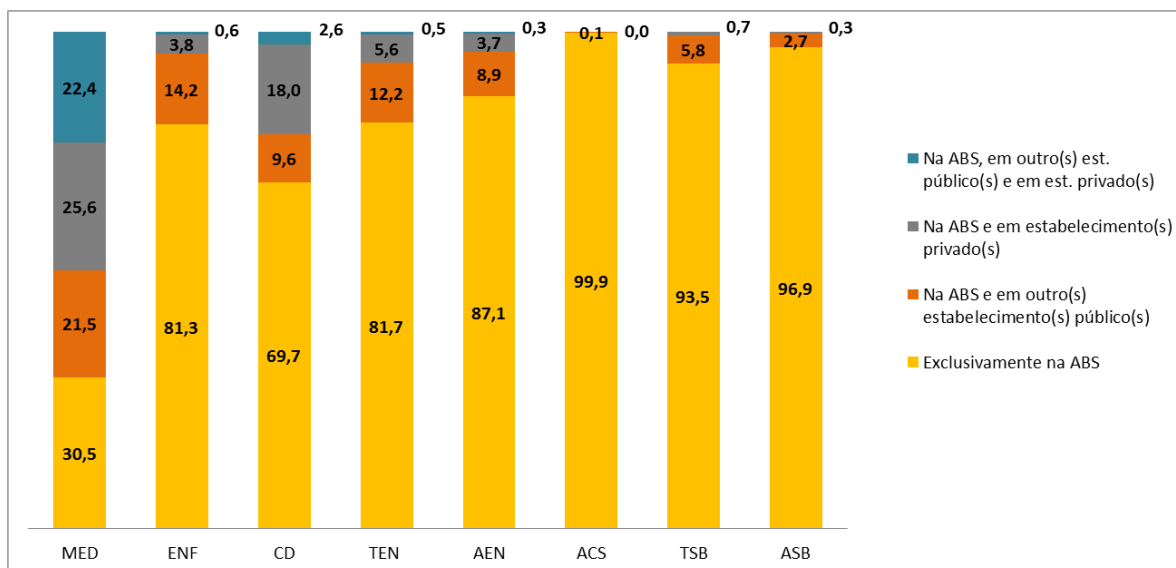
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 52 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo carga horária, por ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Até 19 horas	34,6	4,0	13,0	1,6	1,6	0,0	4,5	1,2	12,0
20 horas	21,6	4,8	25,9	2,4	2,9	0,0	2,6	2,3	13,8
De 21 a 29 horas	4,3	1,5	1,8	1,5	1,7	0,0	0,9	0,2	1,7
30 horas	1,6	7,8	2,6	14,3	20,8	0,0	16,6	7,3	13,9
De 31 a 39 horas	0,6	2,4	0,3	3,1	5,4	0,0	1,4	0,5	2,8
40 horas	36,8	79,2	56,3	76,0	66,7	99,9	73,5	88,2	54,5
Mais de 40 horas	0,5	0,4	0,1	1,2	0,8	0,0	0,4	0,3	1,2
Sem informação/ ou inconsistente	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

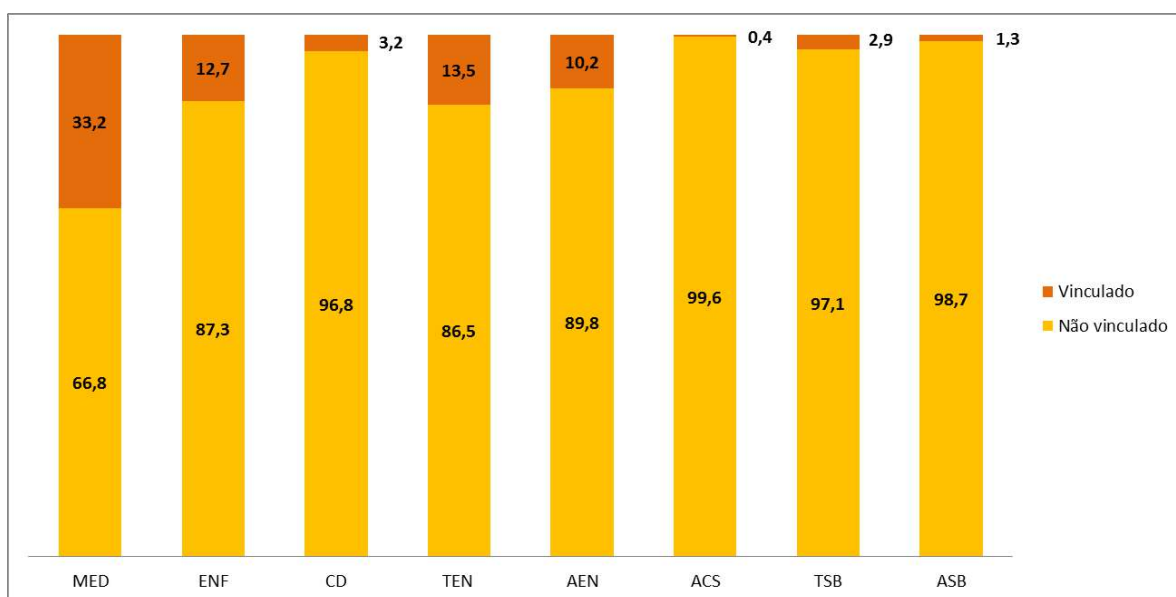
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 33 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por ocupação.



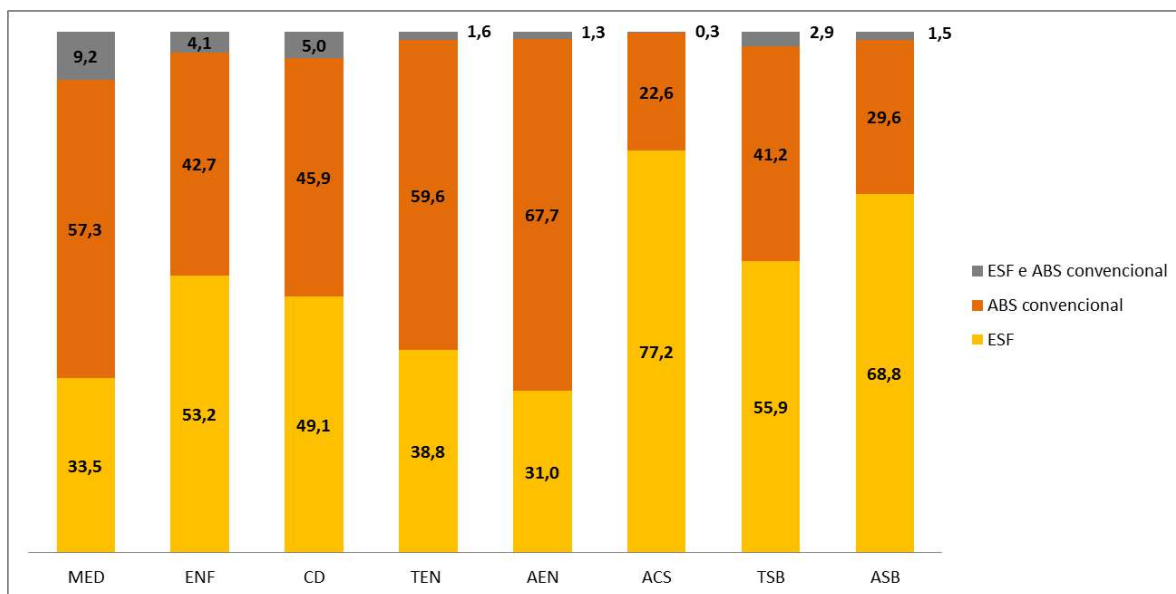
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 34 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo vinculação a estabelecimentos hospitalares e pronto socorro, por ocupação.



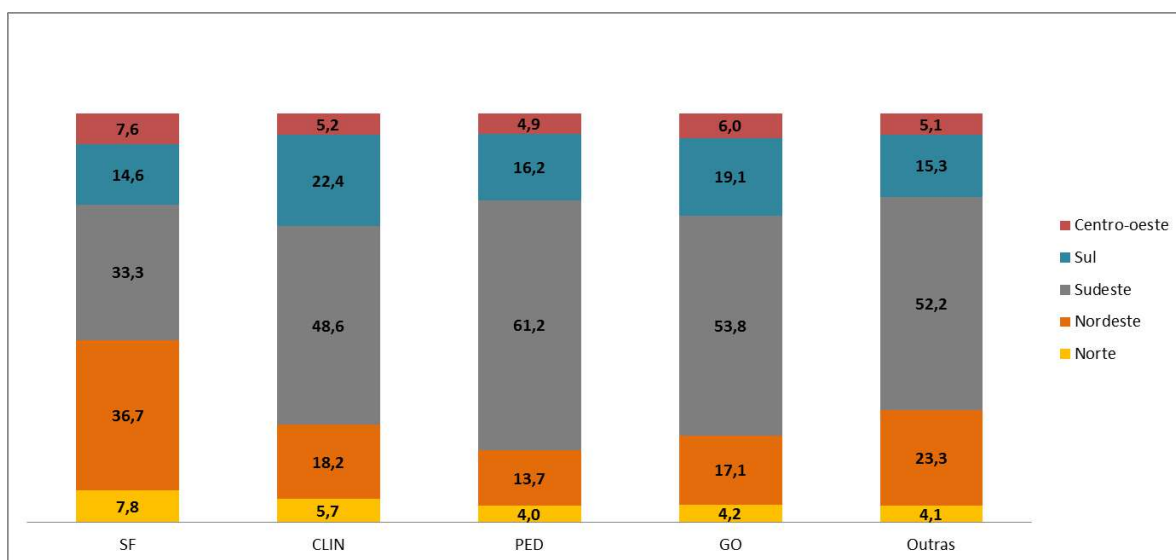
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 35 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo tipo de atenção, por ocupação.



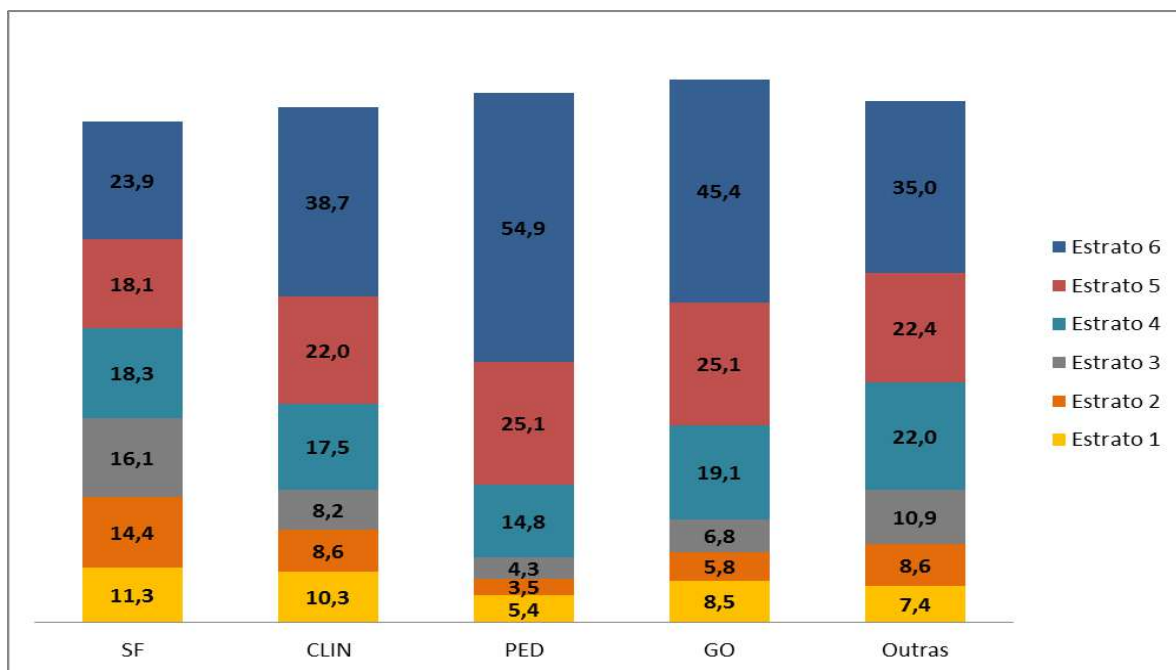
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 36 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos em estabelecimentos de ABS segundo região geográfica, por especialidade médica.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 37 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos em estabelecimentos de ABS segundo estrato do município, por especialidade médica.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 53 - BRASIL, dezembro de 2012: : Distribuição (%) dos vínculos de médicos da ABS segundo tipo de vínculo, por especialidade médica.

	SF	CLIN	PED	GO	Outras
Estatutário	20,6	34,3	45,8	45,8	27,3
Celetista	9,7	13,8	12,1	12,0	10,7
Cargo comissionado	1,4	0,7	0,7	0,7	0,7
Outro vínculo empregatício	4,8	6,6	8,7	8,0	7,7
Contrato por prazo determinado	54,3	27,2	16,5	21,5	29,7
Autônomo sem intermediação	0,9	2,9	2,5	2,8	6,1
Autônomo intermediado	6,3	11,8	10,9	6,9	12,6
Bolsa	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Outro	1,9	2,7	2,7	2,3	5,1
Não informado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Total	100	100	100	100	100

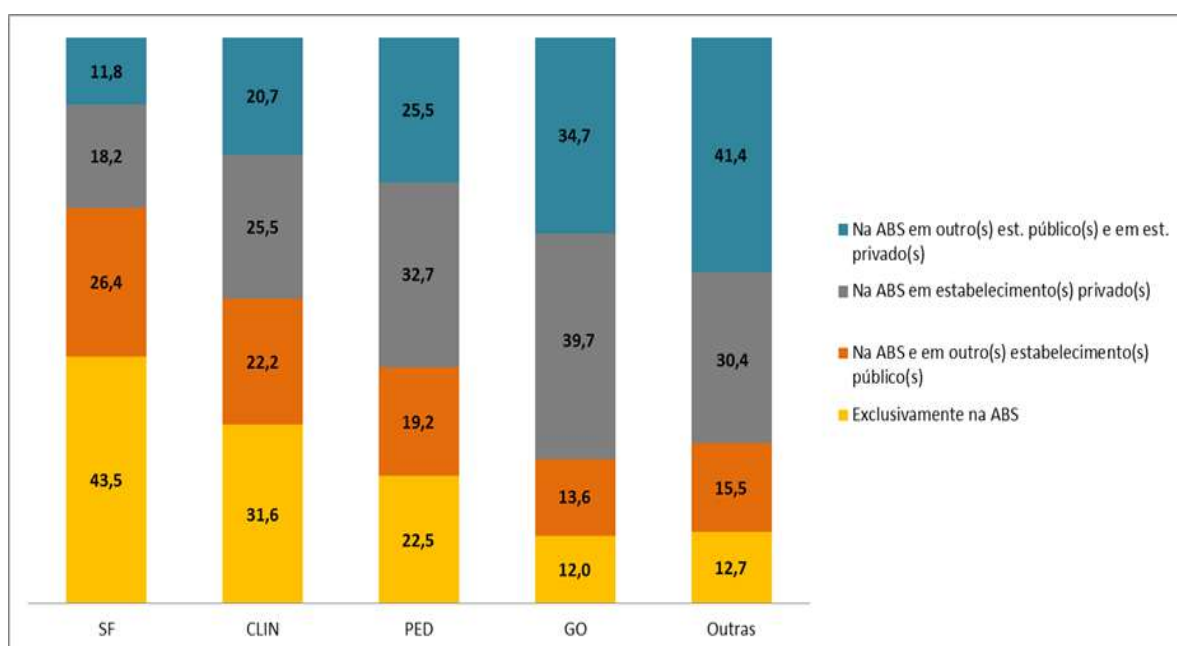
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 54 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos de médicos da ABS segundo carga horária, por especialidade médica.

	SF	CLIN	PED	GO	Outras
Até 19 horas	0,51	50,19	47,89	52,80	63,68
20 horas	2,91	29,38	38,39	36,53	25,55
De 21 a 29 horas	0,04	9,56	6,00	3,77	4,32
30 horas	0,29	2,81	2,03	2,09	1,85
De 31 a 39 horas	0,15	1,34	0,86	0,52	0,54
40 horas	96,09	5,34	4,40	4,03	3,31
Mais de 40 horas	0,01	1,29	0,41	0,21	0,52
Sem informação/ ou inconsistente	0,00	0,09	0,02	0,05	0,23
Total	100	100	100	100	100

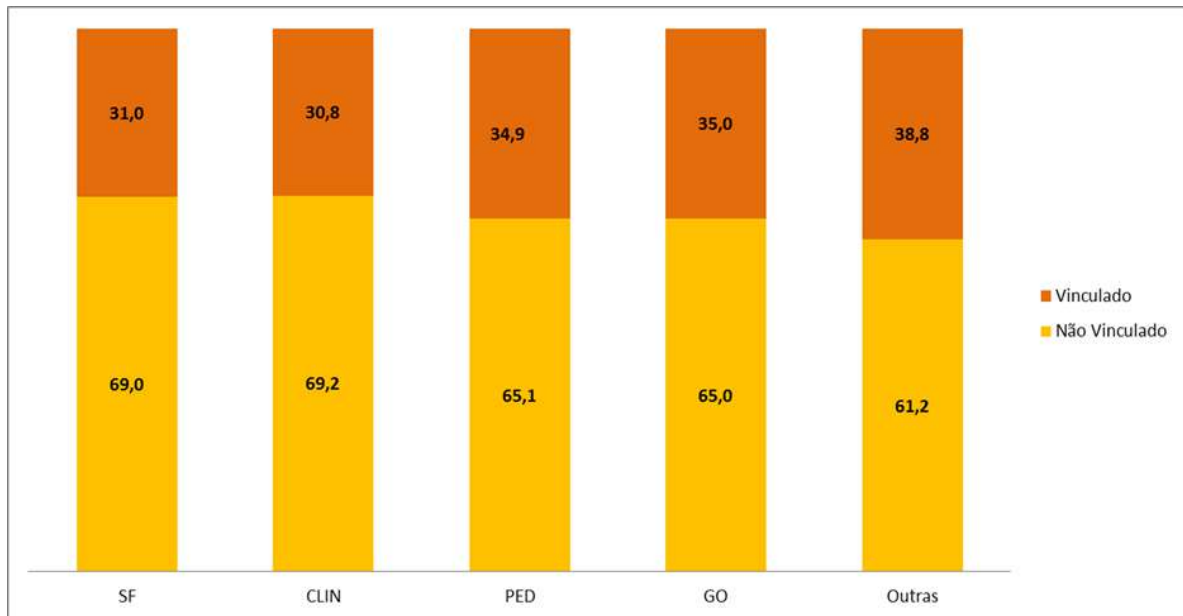
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 38 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos da ABS segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por especialidade médica.



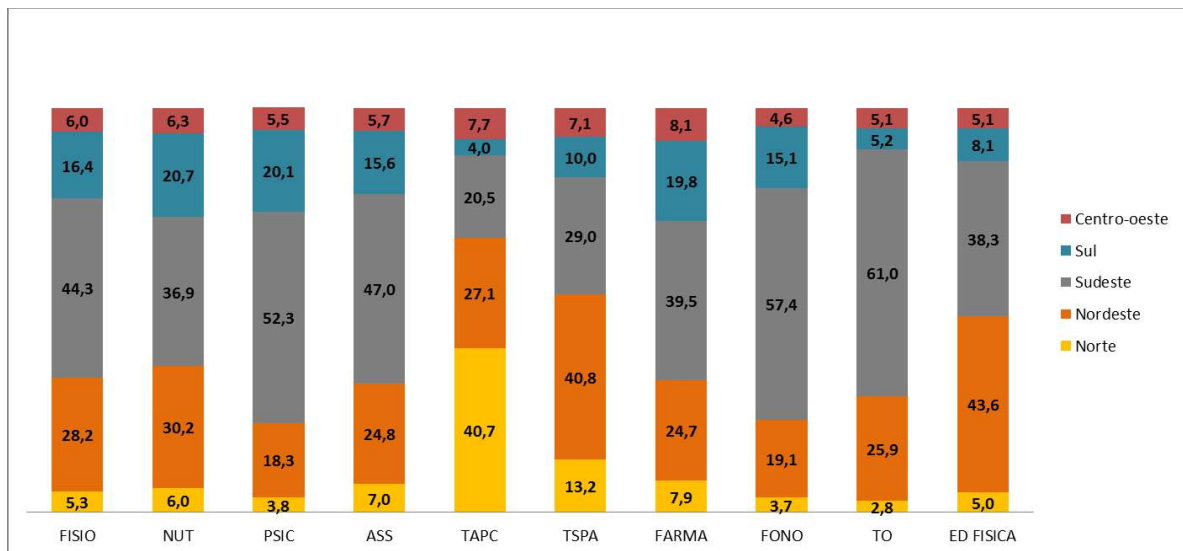
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 39 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos médicos da ABS segundo vinculação a estabelecimentos hospitalares e pronto socorro, por especialidade médica.



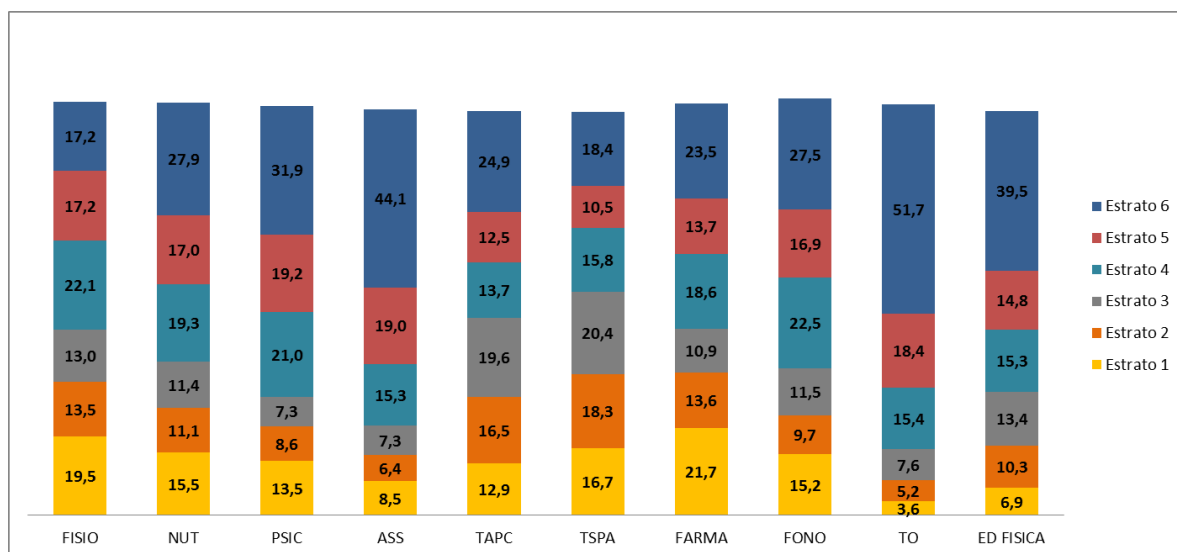
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 40 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo região geográfica, por ocupação selecionada.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 41 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores em estabelecimentos de ABS segundo estrato do município, por ocupação selecionada.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 55 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo tipo de vínculo, por ocupação selecionada.

	FISIO	NUT	PSIC	ASS	TAPC	TSPA	FARMA	FONO	TO	ED FISICA
Estatutário	29,7	41,1	42,6	44,9	45,7	46,7	40,6	38,5	32,1	24,4
Celetista	13,2	13,1	13,5	11,5	10,8	15,7	14,0	15,4	12,3	15,2
Cargo comissionado	1,7	1,2	1,1	1,4	0,8	0,6	1,4	1,0	0,9	2,3
Outro vínculo empregatício	5,6	6,8	8	12,8	12,6	9,9	7,3	6,2	6,4	3,0
Contrato por prazo determinado	40,2	30,6	26,1	21,4	25,7	24,7	29,0	28,7	28,2	46,1
Autônomo sem intermediação	2,2	1,3	1,4	0,6	0,7	0,5	1,1	2,4	1,3	0,3
Autônomo intermediado	5,9	4,1	5,9	6,3	2,8	1,2	5,4	6,2	17,9	6,1
Bolsa	0,1	0,1	0	0	0,0	0	0,0	0,1	0,0	0,2
Outro	1,5	1,8	1,3	1,1	0,8	0,7	1,2	1,5	0,9	2,5
Não informado	0	0	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

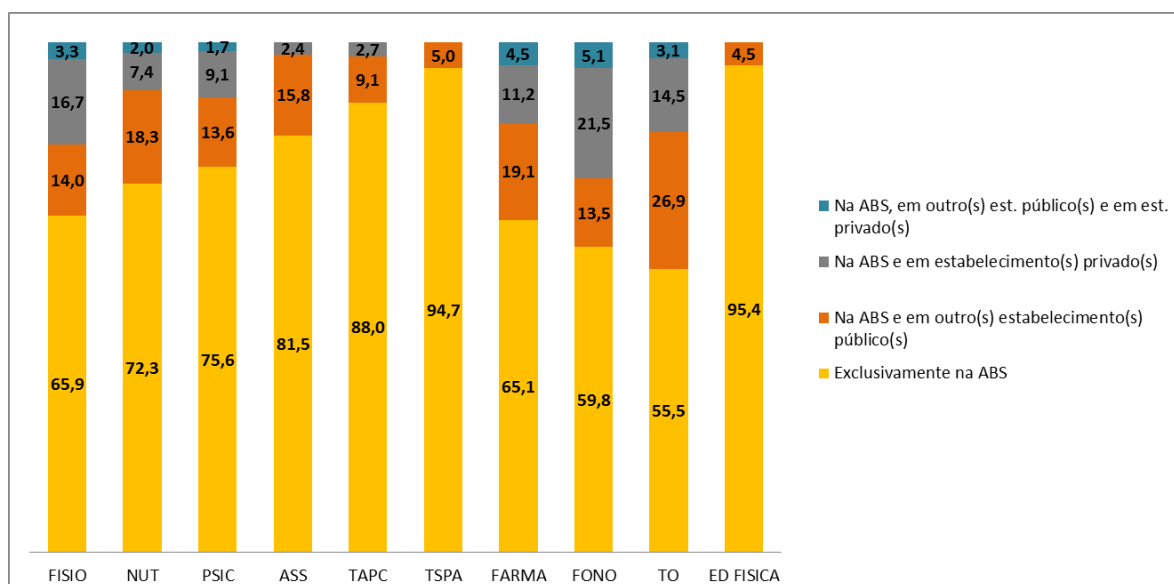
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 56 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ABS segundo carga horária, por ocupação selecionada.

	FISIO	NUT	PSIC	ASS	TAPC	TSPA	FARMA	FONO	TO	ED FÍSICA
Até 19 horas	19,8	37,2	22,7	13,3	2,8	2,5	18,4	27,1	17,6	23,1
20 horas	44,7	19,5	26	17,7	10,2	8,2	28,4	27,1	43,0	7,9
De 21 a 29 horas	1,7	1,6	2	1,8	2,2	0,5	2,9	4,5	1,2	0,2
30 horas	14,3	8,4	16,1	30,7	19,6	8,5	12,5	11,0	18,1	12,8
De 31 a 39 horas	0,7	1,9	2,2	1,4	3,3	0,9	1,5	0,9	1,5	0,3
40 horas	18,7	31,2	30,8	34,7	61,2	78,9	35,8	29,1	18,3	55,5
Mais de 40 horas	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6	0,5	0,6	0,2	0,2	0,2
Sem informação/ ou inconsistente	0	0	0,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,1	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

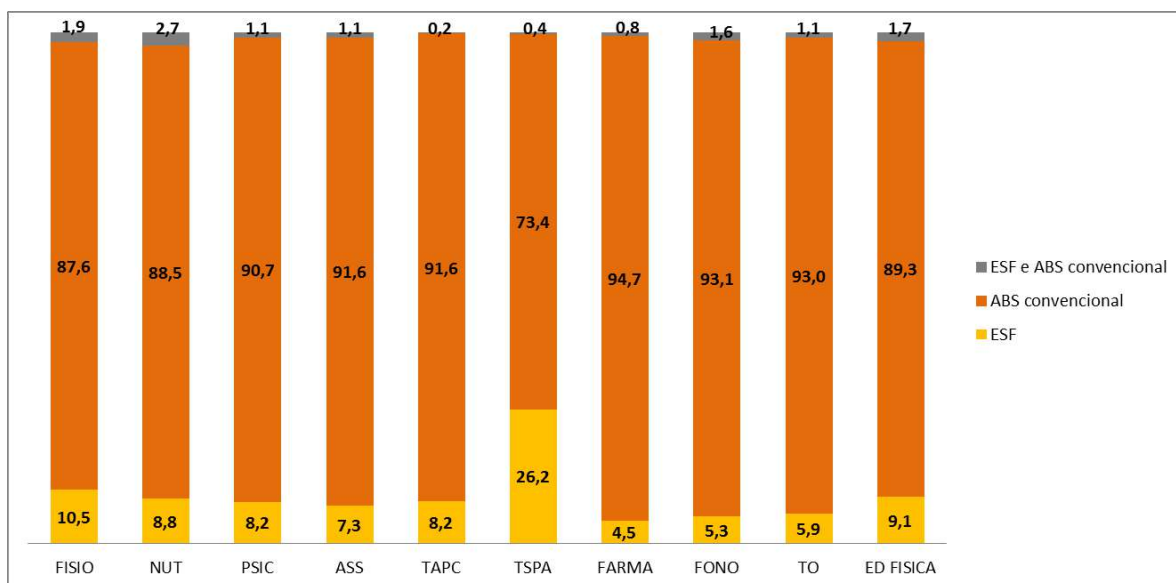
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 42 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

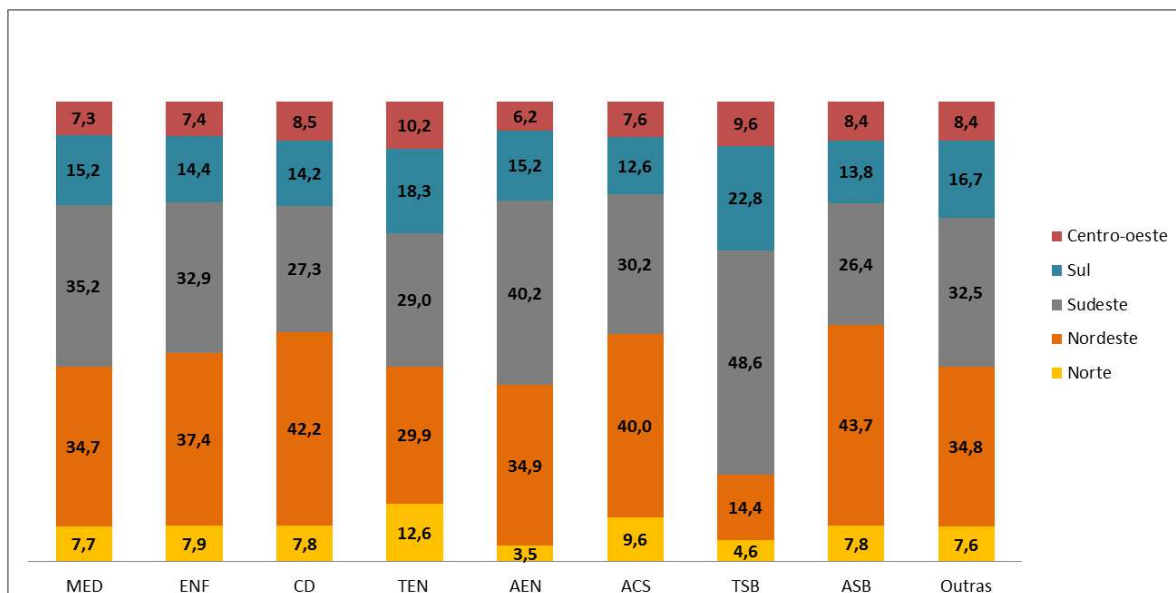
Figura 43 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ABS segundo tipo de atenção, por ocupação selecionada.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

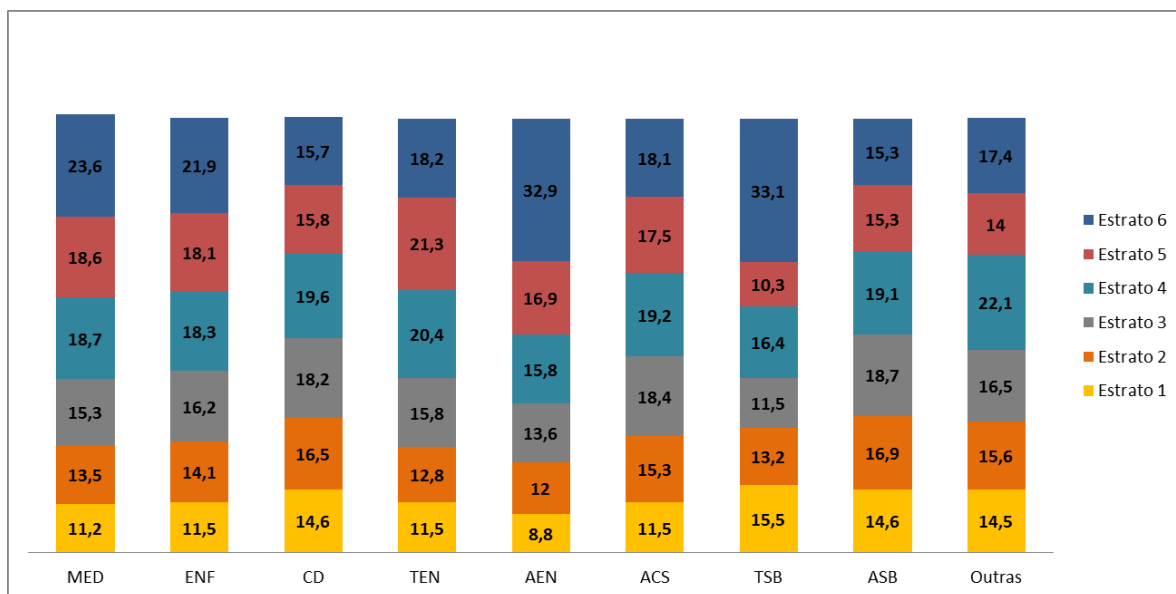
10.2.3. Estratégia de Saúde da Família

Figura 44 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo região geográfica, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 45 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo estrato do município, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 46 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo tipo de vínculo, por ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Estatutário	22,5	34,3	35,4	36,8	44,6	36,4	47,3	37,1	36,3
Celetista	10,1	12,9	12,5	13,3	14,4	20,5	9,1	13,7	15,5
Cargo comissionado	1,4	1,6	1,3	1,1	0,7	0,7	0,4	1,4	1,3
Outro vínculo empregatício	4,5	6,0	5,5	6,4	9,4	10,9	6,6	7,2	3,8
Contrato por prazo determinado	52,1	38,9	41,4	39,1	20,9	26,5	30,2	37,0	38,3
Autônomo sem intermediação	1,0	0,4	0,5	0,2	0,5	0,4	0,1	0,4	0,3
Autônomo intermediado	6,6	4,7	2,2	1,6	8,8	3,9	5,9	1,9	3,2
Bolsa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
Outro	1,8	1,2	1,2	1,4	0,6	0,6	0,3	1,2	1,1
Não informado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

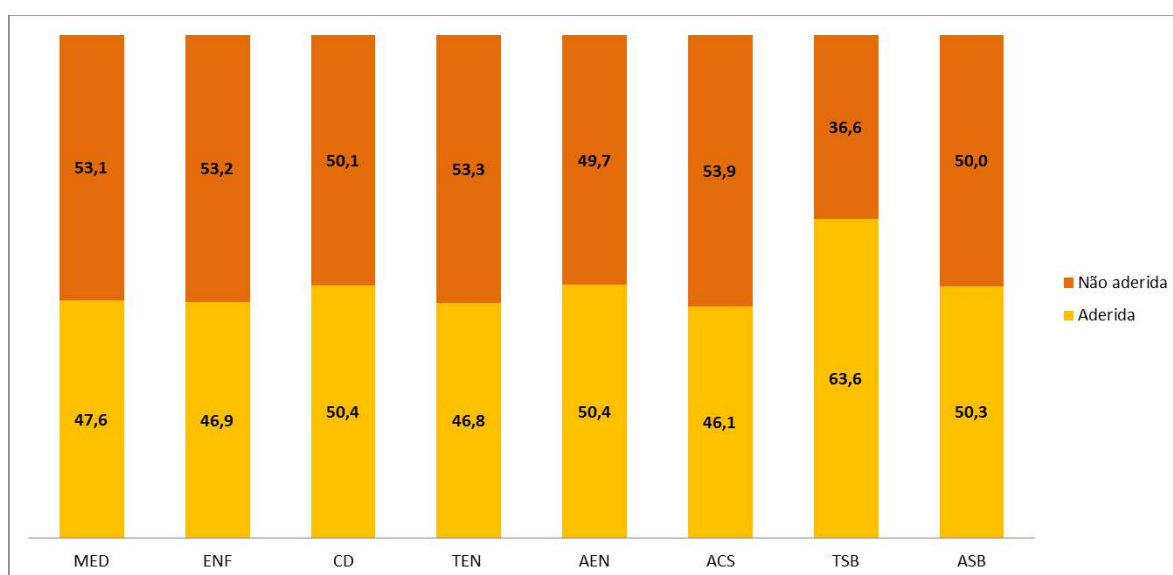
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 47 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo carga horária, por ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Até 19 horas	2,4	0,0	0,5	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	10,9
20 horas	3,3	0,2	3,1	0,2	0,2	0,0	0,9	1,5	11,4
De 21 a 29 horas	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3
30 horas	0,4	0,2	0,1	0,7	0,7	0,0	0,8	0,1	5,4
De 31 a 39 horas	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1	0,3
40 horas	93,5	99,4	96,1	98,7	98,6	100,0	98,0	98,2	71,4
Mais de 40 horas	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Sem informação/ ou inconsistente	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

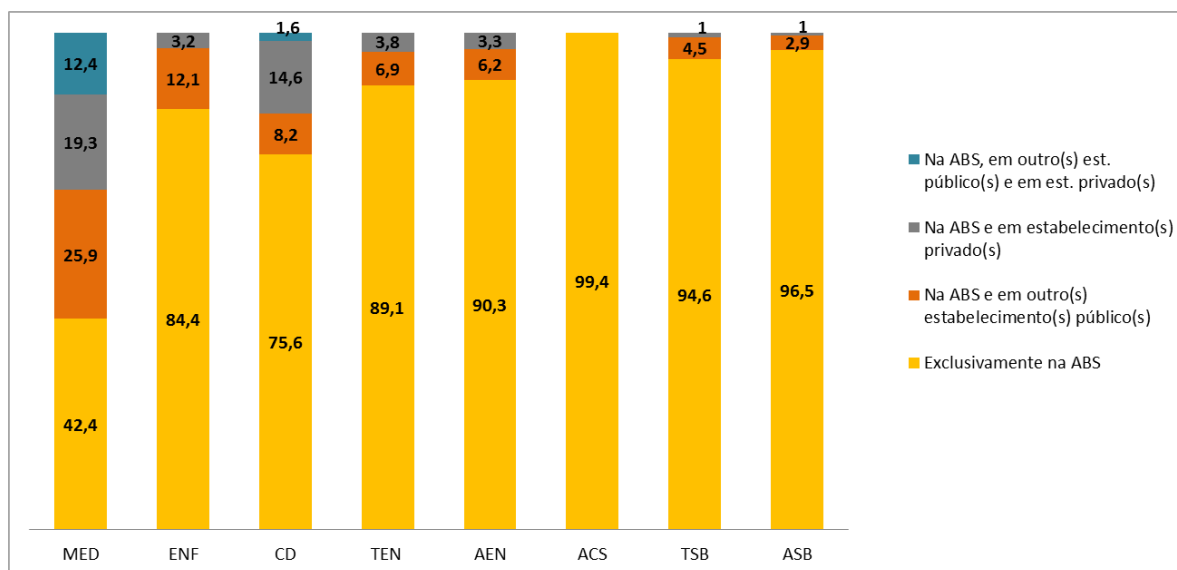
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 48 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF, segundo adesão da equipe ao 1º ciclo do PMAQ, por ocupação.



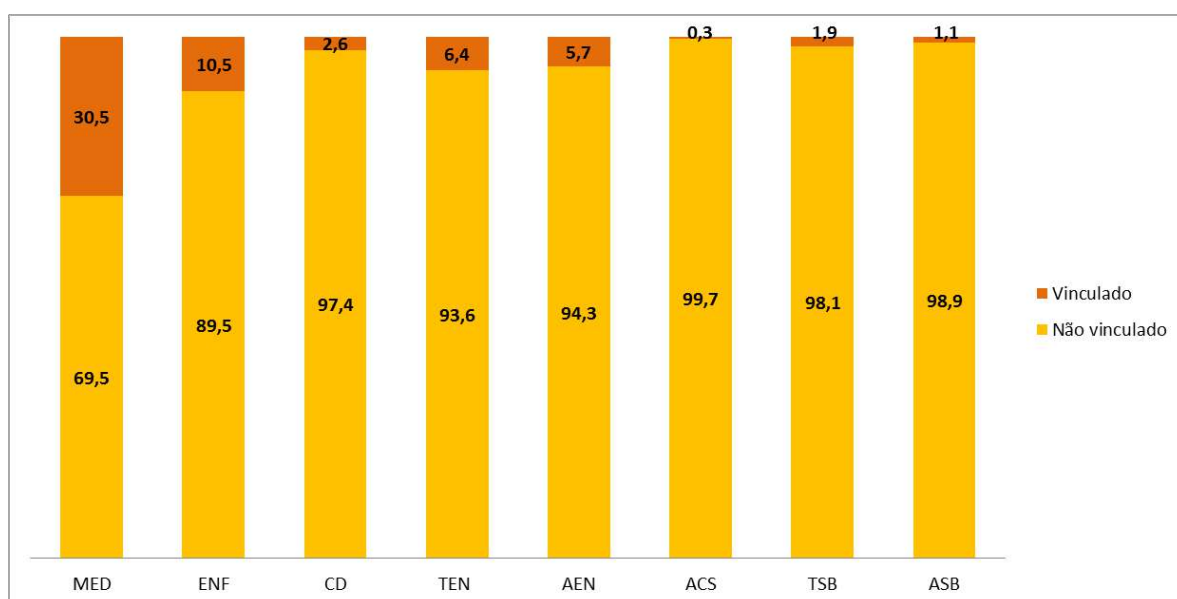
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 49 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo vinculação a outros estabelecimentos de saúde, por ocupação.



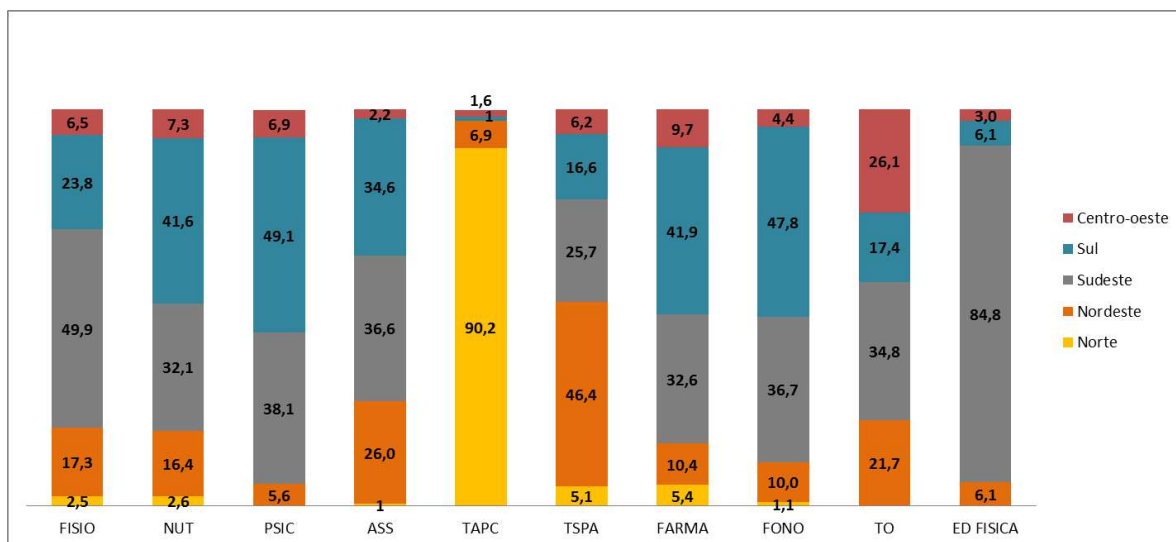
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 50 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo vinculação a estabelecimentos hospitalares e pronto socorro, por ocupação.



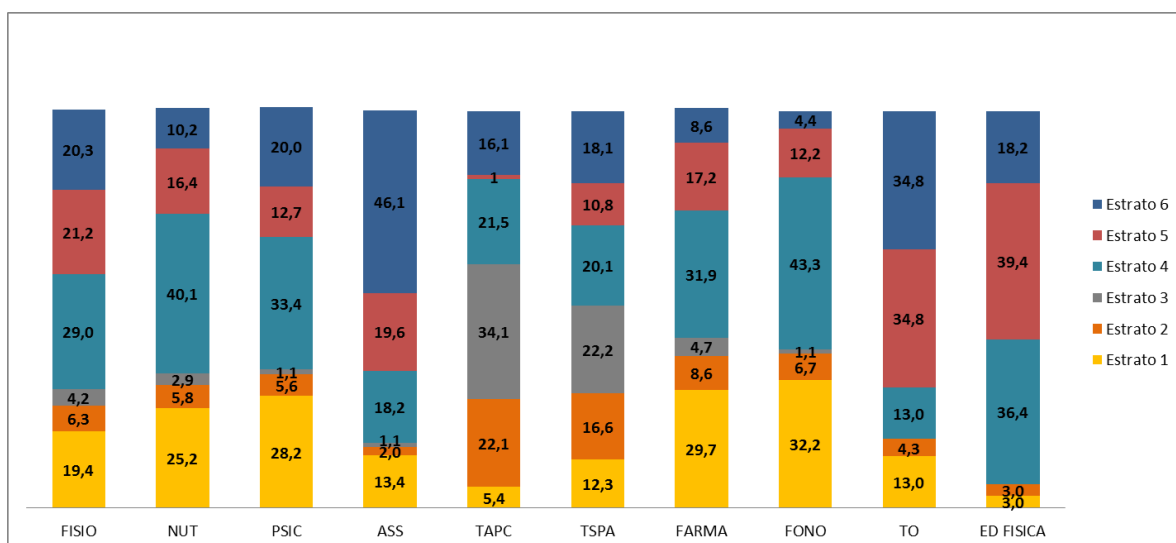
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 51 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo região geográfica, por ocupação selecionada.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 52 – BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF segundo estrato do município, por ocupação.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 57 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo tipo de vínculo, por ocupação selecionada.

FISIO	NUT	PSIC	ASS	TAPC	TSPA	FARMA	FONO	TO	ED FISICA
-------	-----	------	-----	------	------	-------	------	----	-----------

Estatutário	31,2	39,7	42,8	47,0	32,4	44,6	40,6	43,9	20,0	22,5
Celetista	15,5	15,1	18,2	12,2	10,3	17,5	18,2	15,8	24,0	17,5
Cargo comissionado	2,8	1,1	0,8	1,4	0,3	0,5	0,3	0,0	0,0	0
Outro vínculo empregatício	2,1	7,5	5,4	7,3	2,5	3,7	3,5	5,3	0,0	0
Contrato por prazo determinado	38,1	29,4	23,3	18,6	54,5	31,7	27,8	28,9	28,0	43,75
Autônomo sem intermediação	1,1	0,2	0,5	0,0	0,0	0,1	0,6	0,9	0,0	0
Autônomo intermediado	6,8	5,0	6,7	11,7	0,0	1,3	7,0	3,5	12,0	3,75
Bolsa	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,75
Outro	2,3	1,8	2,2	1,8	0,0	0,6	1,9	1,8	16,0	8,75
Não informado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

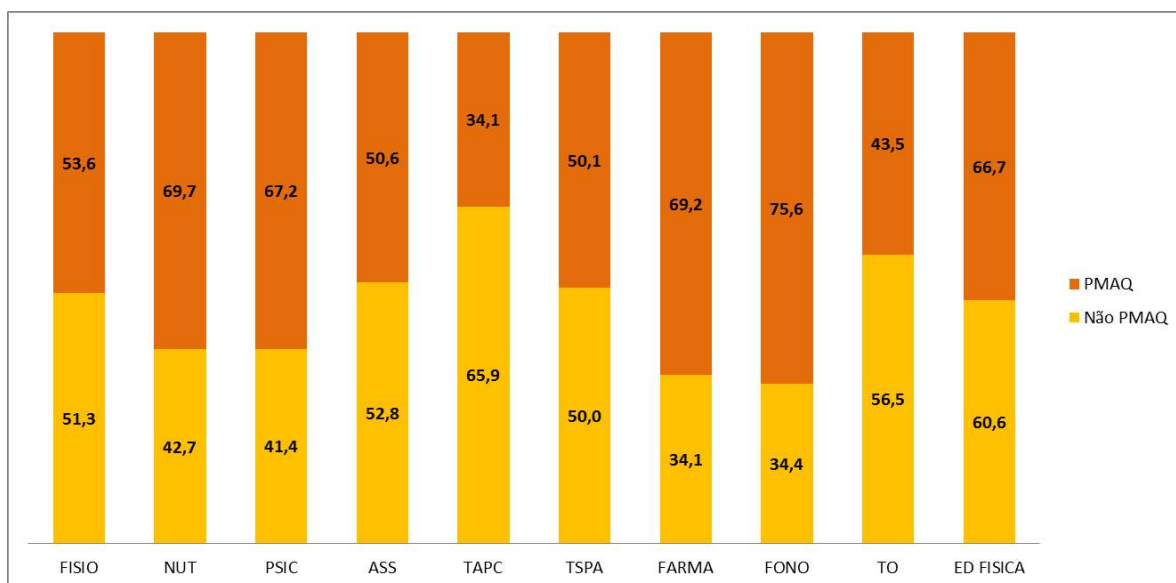
Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Tabela 58 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos da ESF segundo carga horária, por ocupação selecionada.

	FISIO	NUT	PSIC	ASS	TAPC	TSPA	FARMA	FONO	TO	ED FISICA
Até 19 horas	28,6	61,4	39,1	28,7	1,6	0,4	13,4	48,2	24,0	87,5
20 horas	31,1	25,0	28,7	16,3	0,9	0,6	34,2	34,2	28,0	6,3
De 21 a 29 horas	0,8	0,7	1,9	0,9	0,0	0,0	0,6	0,9	4,0	2,5
30 horas	24,0	2,4	10,9	24,5	0,0	1,5	4,5	3,5	28,0	0,0
De 31 a 39 horas	0,6	0,4	1,0	0,5	0,9	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0
40 horas	14,8	10,1	18,4	29,1	96,3	97,3	45,0	12,3	12,0	3,8
Mais de 40 horas	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,3	0,9	4,0	0,0
Sem informação/ ou inconsistente	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Figura 53 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos trabalhadores da ESF, segundo adesão da equipe ao 1º ciclo do PMAQ, por ocupação selecionada.



Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

10.3. Notas sobre a evolução recente do mercado de trabalho formal em saúde (estoques e salários)

Médicos

De acordo com a Tabela 59, de 2003 até 2009, houve crescimento do número de vínculos ativos de médicos no Setor Público Municipal e no Total de Públicos, sendo que a partir de 2010, esse valor decresce no Total de Públicos, sem ocorrer recuperação nos anos seguintes, e no Setor Público Municipal, ocorrendo aumentos em 2011 e 2013. Para o Setor Privado a situação difere das demais, pois o mesmo apresentou incremento em toda a série analisada. Entretanto, a situação de crescimento desse setor não supera todas as quedas ocorridas no demais e, em 2013, tem-se uma diminuição no total de vínculos. Referente à remuneração média, nestes dez (10) anos analisados ocorreram crescimentos contínuos em todos os setores, sendo que no Setor Público Municipal esse incremento foi de 181,84% (menor aumento), 212,77% no Total Públicos, 189,30% no Privado e no Total foi de 206,99%. Os melhores salários praticados foram no Setor Privado e, em 2013, a diferença entre eles ficou em R\$ 522,60 (Setor Público Municipal) e R\$ 96,33 (Setor Público Total).

Tabela 59 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Médicos, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.

Ano	Vínculos ativos em 31/12				Remuneração média			
	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total
2003	76.870	154.941	48.846	203.787	2.338,55	2.243,54	2.458,89	2.295,16
2004	81.731	158.810	51.923	210.733	2.561,81	2.476,78	2.699,93	2.531,76
2005	88.696	170.229	55.792	226.021	2.786,32	2.719,48	2.984,90	2.785,00
2006	95.368	174.638	60.553	235.191	3.093,29	3.070,99	3.209,34	3.106,61
2007	100.521	189.358	64.698	254.056	3.340,71	3.391,84	3.432,55	3.402,21
2008	105.282	192.373	69.185	261.558	3.768,88	3.835,58	3.913,64	3.856,22
2009	111.580	205.651	71.789	277.440	4.182,00	4.286,58	4.478,24	4.336,17
2010	109.162	204.226	76.200	280.426	4.688,94	4.901,94	5.053,11	4.943,02
2011	112.236	203.540	78.587	282.127	5.229,49	5.530,16	5.684,04	5.573,03
2012	101.071	197.265	80.044	277.309	5.970,83	6.157,35	6.342,97	6.210,93
2013	112.059	188.727	80.379	269.106	6.590,89	7.017,16	7.113,49	7.045,93

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

Enfermeiros

Segundo a Tabela 60, os Enfermeiros apresentaram relativa regularidade no crescimento do número de vínculos ativos, apenas no ano de 2012 ocorreu uma queda de 2.662 vínculos em relação ao ano anterior e a recuperação em 2013 apresentou um aumento de 13.236 vínculos ativos, superando em quase cinco vezes a queda assistida. A remuneração média também apresentou crescimento, com o Setor Privado praticando os maiores salários de 2003 a 2006 e de 2007 a 2013. O Setor Público prevaleceu, sendo que, em 2013, o salário foi de R\$ 4.117,07 enquanto no Setor Público Municipal e Setor Privado foram de R\$ 3.603,34 (R\$ 513,73 a menos) e R\$ 3.355,78 (R\$ 761,29 a menos), respectivamente. Em relação ao incremento salarial, no Setor Público Municipal foi de 95,52%, no Total Público, 125,69% (maior incremento), no Privado 71,94% (menor incremento) e no Total 97,41%.

Tabela 60 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Enfermeiros, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.

Ano	Vínculos ativos em 31/12				Remuneração média			
	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total
2003	24.571	44.409	39.750	84.159	1.842,94	1.824,23	1.951,69	1.884,43
2004	27.187	49.838	42.971	92.809	2.027,57	2.008,00	2.105,12	2.052,96
2005	31.383	56.437	48.047	104.484	2.170,46	2.165,04	2.265,08	2.211,04
2006	36.385	63.312	53.316	116.628	2.351,39	2.364,75	2.356,38	2.360,92
2007	41.439	70.158	59.192	129.350	2.459,18	2.504,94	2.434,92	2.472,90
2008	43.968	73.089	67.336	140.425	2.609,57	2.722,77	2.556,73	2.643,15
2009	50.628	83.632	76.331	159.963	2.731,89	2.941,76	2.692,63	2.822,88
2010	54.817	92.170	86.772	178.942	2.874,46	3.250,15	2.820,69	3.041,90
2011	61.325	101.571	99.015	200.586	3.096,41	3.495,63	2.978,46	3.240,34
2012	58.663	105.507	112.748	218.255	3.480,35	3.931,95	3.157,13	3.531,68
2013	71.899	115.212	125.531	240.743	3.603,34	4.117,07	3.355,78	3.720,11

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

Cirurgiões-dentistas

No cenário de trabalho dos Cirurgiões-Dentistas a Tabela 61 aponta que o Setor Privado demonstrou quedas por mais períodos consecutivos, de 2008 até 2010 e em 2013, enquanto que no Setor Público Municipal e Setor Público Total ocorreram apenas em 2012. Mesmo com as oscilações de crescimento, o Total de vínculos ativos apresentou crescimento em todo período analisado. Em relação à remuneração média, os valores foram aumentando com o passar dos anos, tendo no Setor Público Municipal um incremento de 141,97%, no Total Públicos, de 145,19% (maior variação), no Setor Privado 137,13% (menor variação) e no Total, 143,94%.

Tabela 61 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Cirurgiões-dentistas, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.

Ano	Vínculos ativos em 31/12				Remuneração média			
	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total
2003	26.169	34.866	9.061	43.927	1.645,87	1.662,56	1.582,61	1.646,07
2004	27.260	35.520	9.367	44.887	1.835,19	1.846,13	1.714,82	1.818,73
2005	29.693	38.916	9.883	48.799	2.006,81	2.004,41	1.859,57	1.975,08
2006	32.417	40.718	10.035	50.753	2.196,59	2.201,41	2.023,65	2.166,27
2007	33.889	42.154	10.343	52.497	2.327,60	2.359,12	2.140,25	2.316,00
2008	34.632	42.836	11.525	54.361	2.513,99	2.560,13	2.354,55	2.516,54
2009	37.521	47.647	11.472	59.119	2.736,08	2.784,06	2.560,72	2.740,72
2010	38.906	49.726	11.336	61.062	2.956,51	3.037,96	2.735,15	2.981,74
2011	40.740	51.990	11.983	63.973	3.246,42	3.351,72	3.008,19	3.287,37
2012	38.119	51.720	12.307	64.027	3.722,95	3.802,56	3.267,71	3.699,75
2013	42.390	52.786	12.262	65.048	3.982,53	4.076,50	3.752,87	4.015,49

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Para o cenário de vínculos dos profissionais Técnicos e auxiliares de enfermagem, a Tabela 62 mostra que o comportamento é semelhante ao dos Enfermeiros, apresentando diminuição do número de vínculos apenas em 2012 no Setor Público Municipal com recuperação em 2013, que superou a perda do ano anterior (queda de 13.800 vínculos em 2012 e aumento em 2013 no valor de 21.659). Em relação à remuneração média, ocorreu aumento em todos os setores durante os anos apresentados e coube ao Total Público os maiores salários de 2003 a 2013, além do maior incremento salarial, 148,96%. Para o Setor Público Municipal esse incremento foi de 124,20%, no Setor Privado 107,25% (menor incremento) e no Total 124,59%. Considerando o ano de 2013, a diferença dos demais salários em relação ao do Total Público permeou R\$ 372,34 e R\$ 442,81 no Setor Público Municipal e no Privado, respectivamente.

Tabela 62 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.

Ano	Vínculos ativos em 31/12				Remuneração média			
	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total
2003	111.280	214.058	268.427	482.485	719,00	797,04	743,81	767,43
2004	120.062	227.015	285.262	512.277	791,04	879,72	804,66	837,92
2005	132.468	243.115	303.535	546.650	822,27	965,49	852,43	902,71
2006	144.742	252.995	324.550	577.545	889,84	1.074,98	910,68	982,65
2007	156.414	267.740	345.182	612.922	947,31	1.147,79	957,73	1.040,75
2008	169.390	280.077	366.406	646.483	1.053,54	1.251,62	1.028,03	1.124,90
2009	178.999	295.831	389.801	685.632	1.130,42	1.372,55	1.105,78	1.220,88
2010	184.702	312.521	417.196	729.717	1.210,35	1.478,79	1.196,29	1.317,28
2011	196.045	331.059	444.999	776.058	1.321,71	1.616,79	1.296,73	1.433,27
2012	182.245	333.790	470.757	804.547	1.535,48	1.825,75	1.404,84	1.579,47
2013	203.904	343.096	491.317	834.413	1.611,99	1.984,33	1.541,52	1.723,59

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal

Para os profissionais Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal, a Tabela 63 demonstra que a evolução dos vínculos configurou crescimentos em todos os anos e em todos os setores, exceto para o ano 2012 no Setor Público Municipal que apresentou uma queda de 1.690 vínculos. A predominância de vínculos durante todo o período apresentado esteve no Setor Privado e a menor incidência no Setor Público Municipal. A remuneração média oscilou de R\$ 629,73, em 2003, para R\$ 1.489,62, em 2013, no Setor Municipal. No Total Público essa variação foi de R\$ 643,91 para 1.523,18 e, no Setor Privado, de R\$ 411,10 para R\$ 1.020,23. Os incrementos salariais foram de 136,5% (menor incremento) no Setor Municipal, 136,6% no Total Público, 148,2% (maior incremento) no Privado e 144,2% no Total.

Tabela 63 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal*, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.

Ano	Vínculos ativos em 31/12				Remuneração média			
	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total
2003	8.928	10.461	21.976	32.437	629,73	643,91	411,10	486,18
2004	9.680	11.130	24.582	35.712	697,07	707,91	443,06	525,60
2005	11.616	13.117	27.486	40.603	739,07	751,55	481,99	569,07
2006	12.598	13.496	29.696	43.192	785,40	796,39	530,03	613,26
2007	15.811	19.277	32.744	52.021	911,13	899,73	574,62	695,10
2008	17.182	20.535	37.032	57.567	1.006,18	996,07	634,30	763,35
2009	19.432	21.283	41.066	62.349	1.055,10	1.060,44	692,06	817,81
2010	20.704	22.803	44.157	66.960	1.129,67	1.141,13	752,47	884,83
2011	22.763	24.375	48.498	72.873	1.214,26	1.235,29	825,79	962,76
2012	21.073	24.523	51.918	76.441	1.406,37	1.400,23	928,95	1.080,14
2013	24.799	27.053	54.514	81.567	1.489,62	1.523,18	1.020,23	1.187,04

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

Agentes Comunitários de Saúde e afins

Os profissionais Agentes Comunitários da Saúde e afins apresentaram variações peculiares nos setores Público Municipal e Privado, sendo que no Total Públicos o comportamento foi de crescimento durante todo o período apresentado na Tabela 64. O Setor Público Municipal apresentou queda no número de vínculos em 2012 e recuperação em 2013, enquanto que no Setor Privado ocorreram diminuições de 2006 a 2009, aumentos de 2010 a 2012 e queda novamente em 2013, alcançando valores menores do que em 2010. A remuneração média apresentou aumentos gradativos em todos os setores ao longo dos anos, cabendo ao Total Público os melhores salários. Quando analisados os incrementos salariais, o Setor Público Municipal apresentou o maior percentual, 196,20%, seguido do Total Público, 188,02% e do Setor Privado 175,75%; e o Total sendo 194,62%.

Tabela 64 – BRASIL, 2003 a 2013: Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e dos salários médios de Agentes Comunitários de Saúde e afins*, por natureza jurídica do estabelecimento empregador.

Ano	Vínculos ativos em 31/12				Remuneração média			
	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total	Setor Público Municipal	Total Públicos	Privados	Total
2003	78.662	94.626	67.264	161.890	349,91	447,37	404,43	429,53
2004	85.045	102.395	68.786	171.181	377,00	492,14	435,46	469,37
2005	101.452	118.403	69.764	188.167	408,15	525,77	475,03	506,96
2006	121.145	153.756	68.290	222.046	458,67	568,50	511,88	551,09
2007	148.594	188.357	65.706	254.063	521,51	655,34	553,57	629,02
2008	172.228	214.655	49.665	264.320	619,01	806,14	631,07	773,25
2009	195.243	240.080	42.777	282.857	684,35	888,73	717,61	862,85
2010	212.466	262.416	43.421	305.837	764,24	969,51	807,44	946,50
2011	222.557	269.444	45.026	314.470	860,20	1.080,05	870,75	1.050,08
2012	203.622	274.284	47.562	321.846	1.006,89	1.211,85	981,58	1.177,82
2013	231.918	279.029	42.819	321.848	1.036,42	1.288,51	1.115,23	1.265,46

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

10.4. Tutorial do Sistema de Consulta *online*

Introdução

Grande parte do método de monitorar o mercado de trabalho em saúde parte do estudo de fontes de dados secundários que englobam o tema. Exemplos dessas fontes são o CNES, a RAIS, o Censo Demográfico, o Censo da Educação Superior do INEP, entre outros. Há um item comum entre todas essas fontes: todas contém um volume de dados muito grande. Nesse sentido, o desafio de monitorar o mercado de trabalho em saúde passa a ser operacionalizar essas fontes de modo que seja possível analisar suas informações de uma forma eficiente. Sem um trabalho especializado em bases de dados, isto é, contando apenas com ferramentas básicas como Excel e softwares estatísticos, a operacionalização e manipulação dessas fontes de dados torna-se inviável ou consome um tempo enorme.

Por outro lado, com um trabalho especializado em bases de dados, contando com as ferramentas de *Business Intelligence* (BI) e profissionais dessa área (administradores de banco de dados e analistas de dados), é possível dividir o trabalho em duas etapas: (1) para cada “assunto” tratado, o qual normalmente se relaciona a uma fonte de dados, desenha-se um Modelo de Dados e, a partir desse modelo, constrói-se um *Data Warehouse* (DWH); (2) passa-se a realizar toda a análise e estudo dos dados partir do DWH construído, já que este é um fonte segura, confiável e que possibilita análises mais robustas e controladas para os pesquisadores.

Um DWH é o nome que se dá a um sistema utilizado para a produção de relatórios e a análise de dados. O DWH integra os vários assuntos (fontes de dados) que são tratados no monitoramento do mercado de trabalho em saúde e assim potencializa de forma exponencial o estudo e análise desses dados. Assim, os pesquisadores e especialistas em mercado de trabalho em saúde envolvidos no projeto podem alocar seu tempo quase inteiramente à análise e estudo dos dados, ao invés de gastarem grande quantidade de tempo com a operacionalização dos mesmos. Além disso, em etapa posterior, um DWH consolidado possibilita a abertura dos dados trabalhados (de acordo com o Modelo de Dados) para usuários externos que não teriam acesso ou não teriam condições de operacionalizar os dados. Dessa forma, a construção de um DWH justifica-se não somente para a produção das demandas específicas para um projeto,

mas porque essa passa a ser uma fonte de informação que auxilia todos os estudos que serão feitos com essas fontes de dados futuramente, automatizando as análises que já foram produzidas. Isso é o que permite, por exemplo, acompanhar o mercado de trabalho com a atualização dos dados de forma padronizada e muito mais ágil.

Nos termos da cooperação estabelecida entre a EPSM e o DAB, foi construído um DWH a partir de extrações dos dados secundários do CNES e dados complementares de outras fontes com o objetivo de fornecer capacidade de análise aos analistas envolvidos no projeto, assim como o usuário final da web site da EPSM. Este trabalho foi conduzido ao longo dos anos de 2013 e 2014, junto a uma equipe especializada de administradores de bancos de dados e analistas de dados. O primeiro resultado consiste no relatório de apresentação dos resultados do monitoramento dos períodos de dezembro de 2010 a março de 2014 do CNES. Outro produto, como se verá, é o Sistema de Monitoramento do Mercado de Trabalho em Saúde que pode ser acessado por meio de ferramentas analíticas específicas ou por consultas simples construídas na web site da EPSM.

Descrição do trabalho realizado

A construção do DWH foi um processo longo e tecnicamente desafiador. Existe uma metodologia consolidada para esse tipo de projeto, porém isso não evita uma grande iteração entre as etapas planejadas. Ao longo do processo de construção do DWH, a equipe de analistas de banco de dados aprende sobre as regras de negócio dos assuntos que irão compor o DWH. Por outro lado, os pesquisadores e estudiosos desses mesmos assuntos aprende sobre quais as implicações, custo/benefício e/ou vantagens e desvantagens das escolhas e possibilidades que irão ditar o trabalho dos analistas de banco de dados. Com o amadurecimento das duas equipes e da evolução do entendimento do projeto várias mudanças foram realizadas. O aspecto mais importante é que o resultado final é um sistema de consulta aos dados que responde a todas as perguntas iniciais dos pesquisadores e que é fácil e prático de ser utilizado. Mesmo considerando uma iteração significativa, o DWH foi planejado e construído seguindo as etapas apresentadas abaixo:

A. Identificação dos Requisitos

Nessa etapa a equipe responsável pela parte técnica do projeto (equipe de TI) fez consecutivas reuniões com os analistas da EPSM para identificar os objetivos, necessidades e requerimentos que o DWH deveria atender. Com a evolução do entendimento entre as duas equipes nas reuniões, a identificação dos requisitos avançou para temas mais específicos como a definição do hardware necessário, requisitos de treinamento, identificação das fontes de dados e o estabelecimento de datas de execução de cada etapa da construção do DWH.

B. Preparo do Ambiente Físico

Foram preparados um ambiente de desenvolvimento e um ambiente de produção. A lógica de preparo dos ambientes se deu de acordo com as necessidades de TI para os passos de construção e uso do DWH que serão apresentados à frente. O DWH foi todo construído utilizando o SGBDR (Sistema Gerenciador de Banco de Dados Relacional) da Microsoft – Microsoft SQL Server (2008-R2).

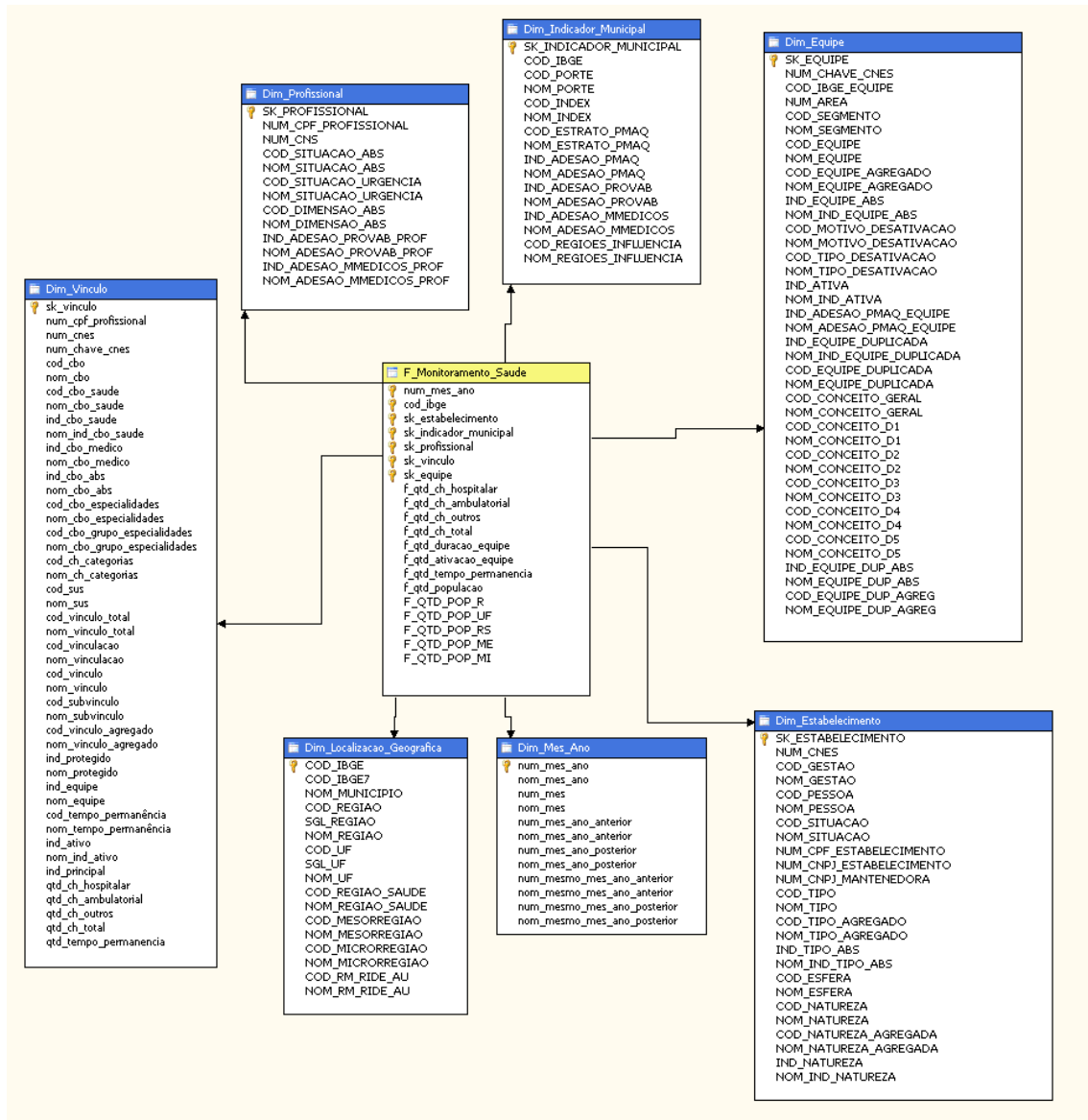
C. Modelagem dos Dados

Qualquer banco de dados deve ser planejado a partir de um Modelo de Dados. Diferente de sistemas transacionais que partem de um Modelo Relacional de dados, um DWH é desenvolvido a partir de um Modelo Dimensional de Dados. Nesse tipo de modelo, os dados são divididos em fatos (medidas dos dados transacionais) e dimensões (informação de referência que contextualizam os fatos). A vantagem essencial do Modelo Dimensional para o tipo de trabalho realizado é que essa divisão entre fato e dimensão torna o DWH mais fácil de entender e usar. Além disso, as consultas aos dados (devido a número menor de entidades ou tabelas e, consequentemente menos *joins*) são processadas muito rapidamente. Assim, foi desenvolvido um Modelo Dimensional que, além de atender as necessidades apresentadas na identificação dos requisitos, tem estrutura fácil de entender para os usuários finais e permite que o DWH cresça sem problemas de escalabilidade e desempenho com a importação de dados mais atualizados do CNES.

O Modelo Dimensional é a raiz e a parte mais importante do DWH. Ele foi construído de forma a responder todas as perguntas dos usuários finais. Diferente de um Modelo Relacional o Modelo Dimensional é orientado pela inteligibilidade (dos analistas e pesquisadores) e desempenho (para responder o mais rápido possível aos usuários finais). Em relação ao Modelo Relacional o DM apresenta vantagens para esse tipo de trabalho, pois:

- (i) É mais fácil de compreender e mais intuitivo, a informação é agrupada em categorias lógicas (dimensões) fazendo com que o modelo seja mais fácil de entender e interpretar (essa facilidade é muito útil ao utilizar as ferramentas de front-end, pois torna-se muito fácil para os analistas e pesquisadores navegar pelas diferentes dimensões e as medidas estão todas concentradas em apenas uma tabela);
- (ii) Possui um desempenho em processamento de consultas muito melhor. Uma tabela de um modelo relacional é construída de modo a evitar redundância nas linhas (normalizada) e, por isso, é difícil de entender e contém um grande número de tabelas. Por outro lado, o Modelo Dimensional, pelo fato de trabalhar com uma abordagem dimensão/fato, é construído a partir de tabelas com dados redundantes (denormalizados). Assim, além da simplicidade que já foi tratada no ponto anterior, o Modelo Dimensional é direcionado para a otimização de consultas. A denormalização e a presença de poucas tabelas no Modelo, faz com que uma consulta não tenha que fazer muitas junções entre tabelas, acelerando esta. Assim, o ‘query tuning’ é simples, fácil de prever e fácil de controlar;
- (iii) Essa simplicidade aliada ao fato que as cargas de dados no DWH são programadas e feitas com a ETL, ao invés de serem alimentadas diretamente por um sistema de informação (transacional), faz com que a Modelagem Dimensional apresente escalabilidade e grande maleabilidade na adaptação para novas regras de negócio.

Figura 54 – Layout do Modelo Dimensional do CNES.



Fonte: EPSM.

D. ETL

A ETL (*Extraction, Transformation, Loading* ou Extração, Transformação e Carga) foi o próximo passo realizado. Nesse passo, toda a informação disponível (tanto do CNES quanto das demais fontes de dados utilizadas) foi: (i) extraída das fontes em que foram obtidos (*dumps* de bases de dados, arquivos “txt”, arquivos “csv”, etc.); (ii) transformada seguindo os padrões estabelecidos no Modelo Dimensional e na Identificação de Requisitos, ou seja, foi realizada a “limpeza” das informações consistentes, criação das colunas necessárias e reestruturação dos dados de acordo com as entidades (tabelas) definidas no Modelo Dimensional; (iii) carregada nas tabelas finais (tabelas dimensão e tabela fato) que constituem a estrutura do DWH. Além do Microsoft SQL Server (2008 R2) e todos seus pacotes e ferramentas de BI, como o *Analysis Services, Report Builder*, entre outros, para essa etapa foram utilizados o SPSS 19, R 3.1.2, Microsoft Excel 2010 e 2013, Notepad++ 6.6.9, entre outros. Toda a ETL foi feita de forma a automatizar (seguindo *scripts, procedures* e pacotes de execução) o processo para os próximos períodos em que os dados secundários do CNES e dados externos ficarão disponíveis.

E. Desenvolvimento do Cubo OLAP

Com a ETL finalizada e as informações consolidadas no banco de dados, foi construído o Cubo OLAP (On-line Analytical Processing) utilizando o Analysis Services do Microsoft SQL Server. É o Cubo que interpreta as tabelas (e o relacionamento entre elas) criadas na ETL como dimensões e medidas (fatos). Assim, a construção do Cubo OLAP transformou o que antes eram entidades separadas em uma base de dados multidimensional, o que possibilitou que fossem realizadas consultas multidimensionais aos dados, isto é, a criação direta de tabelas de referência cruzada. Foram criados acessos e estabelecidas permissões de modo que os analistas e pesquisadores pudessem estabelecer conexões diretas ao Cubo, produzindo suas próprias consultas multidimensionais utilizando ferramentas de Front-End como o Power Pivot do Excel e o Tableau Desktop.

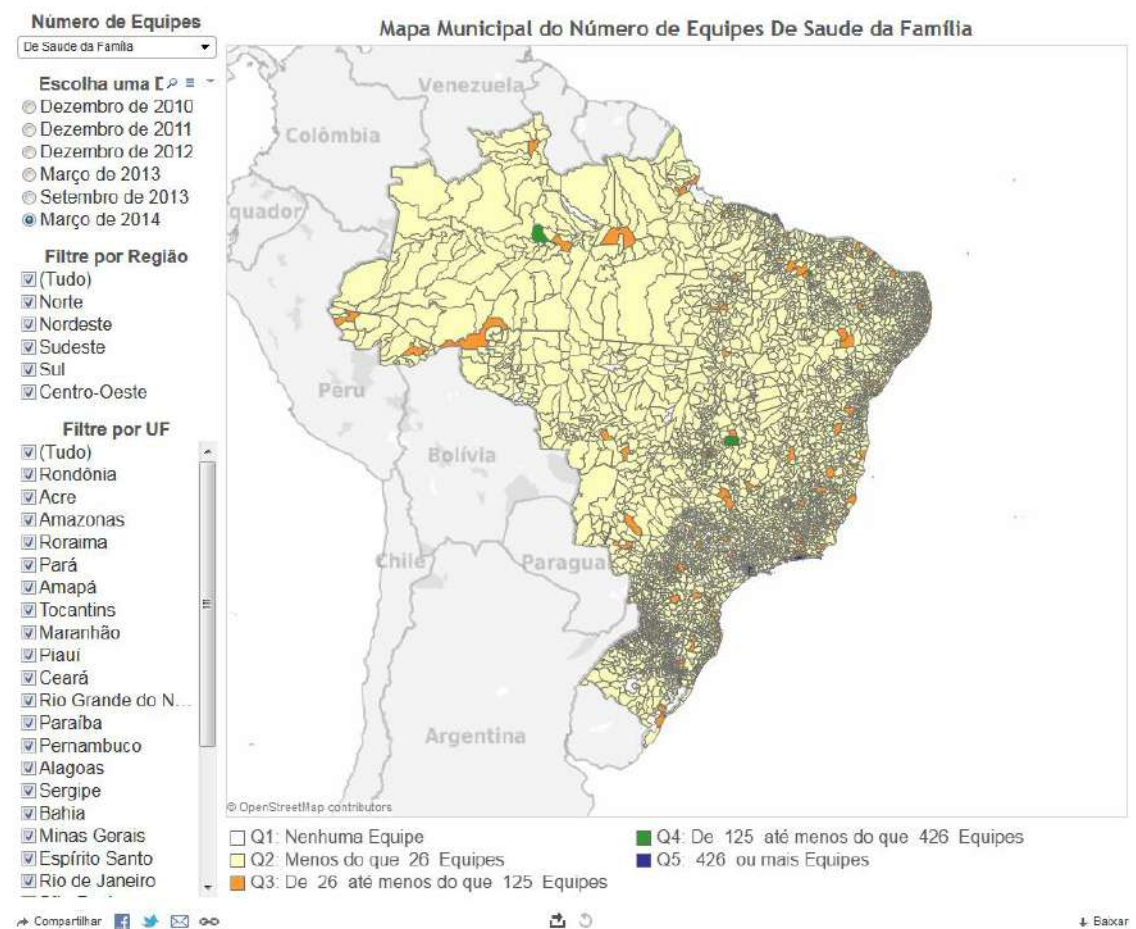
F. Desenvolvimento de visualizações e relatórios Front-End

Com o Cubo OLAP consolidado, as informações para o desenvolvimento de visualizações, relatórios front-end, foram obtidas de três maneiras: (i) Foram feitas consultas diretas, no ambiente do Cubo, utilizando a linguagem MDX (Multidimensional Expressions), retornando informações que não dependem da interpretação das informações do Cubo de softwares externos; (2) A maior parte das consultas, como descrito no fim do item anterior, foi feita através do Power Pivot do Excel e pelo Tableau Desktop. Apesar de ter a desvantagem de utilizar uma ferramenta OLAP própria, essas ferramentas apresentam uma facilidade muito grande para o usuário final, sendo muito interativas e com interface gráfica completa e diversos recursos para refinar as consultas; (3) Algumas poucas consultas, ou por serem muito complexas, ou por se mostrarem demandas pontuais, foram feitas diretamente nas tabelas que alimentam o Cubo. Isso significa que para algumas consultas específicas foi necessário retornar às tabelas criadas com a ETL, construindo manualmente os relacionamentos utilizando a linguagem SQL.

Todas as visualizações e relatórios produzidos tiveram sua origem nos três métodos, ou em combinações desses métodos. Após obter as informações necessárias, foram utilizados diversos softwares para construir as visualizações e relatórios, como o Arcgis, Mapinfo, códigos construídos dentro de frameworks do Microsoft.NET, além do próprio Tableau Desktop e o Microsoft Excel. Ainda está em desenvolvimento a construção de um sistema de consulta online para os usuários acessarem de fora da rede local. O trabalho que está em desenvolvimento irá estabelecer uma conexão com o Cubo OLAP através do *software framework* Microsoft.NET. Por essa conexão será estabelecida uma interface gráfica que possibilite a construção, por parte dos usuários da web site da EPSM, de tabelas multidimensionais personalizadas. Pela página web (onde a interface gráfica estará disponível) o usuário definirá os parâmetros da consulta OLAP (linhas, colunas, filtros, etc.). Os parâmetros então irão determinar uma consulta MDX direta no Cubo OLAP. O resultado dessa consulta será disponibilizado para download pelo usuário.

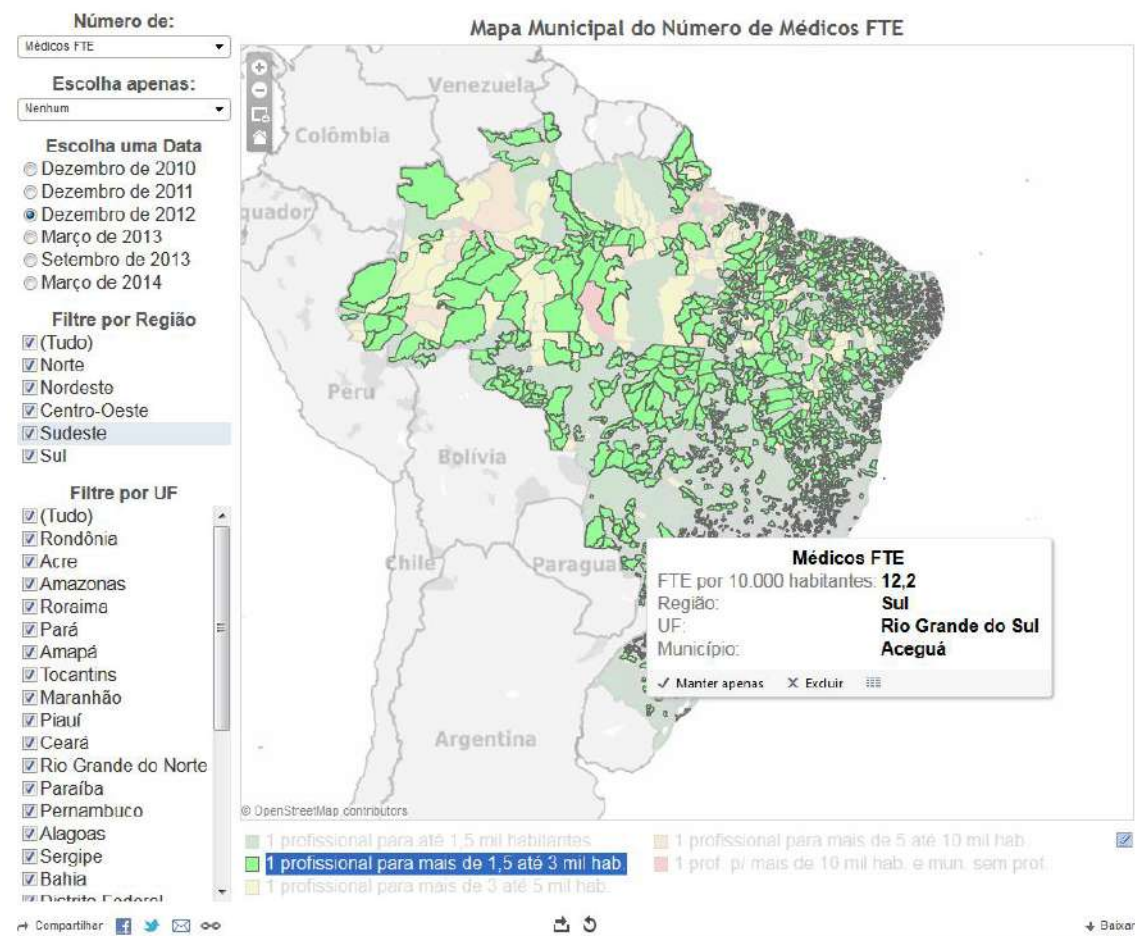
A seguir são listadas as páginas criadas na web site da EPSM a partir do DWH.

Figura 55 – Print Screen da página web de consulta da distribuição geográfica das equipes de SF



Fonte: EPSM.

Figura 56 – Print Screen da página web de consulta da distribuição da razão de profissionais por habitantes.



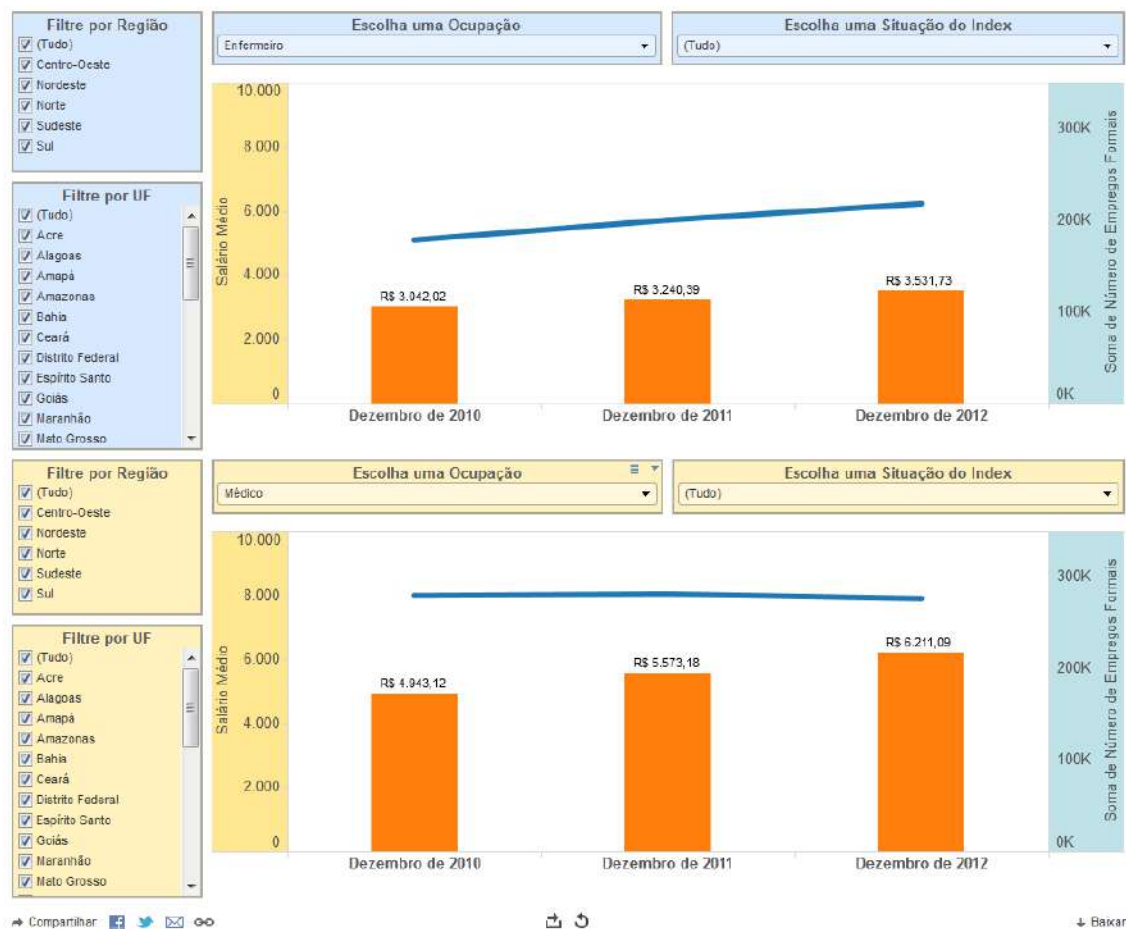
Fonte: EPSM.

Figura 57 – Print Screen da página web de construção de tabelas dinâmicas.

Defina a Agregação Geográfica		Número de Profissionais segundo Porte do Município por Unidade da Federação.						
Unidade da Federação			Até 10 mil habitantes	Mais de 10 até 20 mil habitantes	Mais de 20 até 50 mil habitantes	Mais de 50 até 100 mil habitantes	Mais de 100 mil até 500 mil habitantes	Mais de 500 mil habitantes
		Acre	31	71	102	111	619	
		Alagoas	178	399	806	610	474	2.401
		Amapá	21	33	31		592	
		Amazonas	23	168	388	307	80	2.885
		Bahia	438	1.771	3.135	2.593	4.672	9.197
		Ceará	149	811	1.559	1.723	2.217	6.055
		Distrito Federal						8.263
		Espírito Santo	98	639	1.120	251	6.532	
		Goiás	885	480	1.331	1.302	1.858	6.050
		Maranhão	157	623	1.166	672	1.151	2.073
		Mato Grosso	202	308	655	672	1.054	1.902
		Mato Grosso do Sul	147	334	794	86	819	2.393
		Minas Gerais	2.836	2.985	5.100	6.340	11.418	19.300
		Pará	53	280	785	928	2.314	3.316
		Paraíba	569	805	789	661	1.537	2.681
		Paraná	998	1.273	2.492	1.985	6.948	9.920
		Pernambuco	130	726	1.503	2.304	4.154	8.210
		Piauí	459	380	555	307	174	2.051
		Rio de Janeiro	169	806	2.671	2.167	14.776	28.647
		Rio Grande do Norte	402	472	757	453	890	2.671
		Rio Grande do Sul	1.566	1.200	3.733	3.829	10.554	9.038
		Rondônia	77	165	268	438	1.330	
		Roraima	29	70	14		508	
		Santa Catarina	814	1.150	2.117	1.691	7.207	1.362
		São Paulo	1.955	3.110	7.204	9.561	37.739	62.590
		Sergipe	130	272	510	495	443	2.456
		Tocantins	297	211	247	269	909	
		Total geral	12.519	19.417	39.265	39.453	119.295	189.761

Fonte: EPSM.

Figura 58 – Print Screen da página web de distribuição do salário médio de contratação no mercado de trabalho formal.



Fonte: EPSM.

G. Otimização de Desempenho

Com a repetição da ETL para novos dados e a utilização do Cubo OLAP pelos usuários finais os gargalos de processamento vão ficando evidentes. É importante sempre fazer pequenos ajustes e rever os scripts construídos para aperfeiçoar o desempenho da ETL e das diversas consultas (*query tuning*) e procedimentos relacionados ao Cubo. É possível também que os gargalos sejam causados por problemas como o tráfego de rede, configurações do servidor e até nas especificações das ferramentas de front-end. Por isso a otimização de desempenho deve ser um trabalho constante que não acaba quando o *Data Warehouse* é construído.

H. Validação

Assim como o passo anterior, a validação é uma etapa de trabalho que se inicia assim que o primeiro modelo do DWH é finalizado e continua constantemente enquanto o DWH for utilizado. A validação assegura a qualidade e veracidade dos dados. Basicamente, ao utilizar o Cubo OLAP e as ferramentas de front-end os analistas validam os dados retornados, sempre fazendo ajustes e retornando na etapa necessária para corrigir os erros encontrados.

I. Abertura do DWH

Quando os passos G e H estão avançados o suficiente, é possível “abrir” o DWH para consultas diretas aos usuários externos. Isso é feito através da conexão detalhada no item F. Essa etapa só pode ser consolidada quando existir segurança total com a qualidade dos dados e com a certeza de que o servidor e o Cubo OLAP estão preparados para suportar a carga necessária com as consultas/gravações necessárias. Além disso, é necessário trabalhar muito bem o aspecto da conexão do sítio eletrônico com o banco de dados e a consulta em MDX. Isso porque é preciso ter grande cautela com a segurança e níveis de acesso ao banco de dados e o sistema de consulta Microsoft.NET—MDX tem que ser validado para limitar consultas gigantescas ou que não fazem sentido, e entregar dados num formato específico.

J. Manutenção e Melhorias

Uma vez totalmente operacional no ambiente de produção, é necessário fazer uma manutenção regular do DWH. Tarefas como os *backups* programados e procedimentos a serem realizados em caso de crises ou falhas tem que ser trabalhados. Além disso, é importante sempre monitorar a utilização dos usuários finais para não estar desprevenido com aumentos não suportados de consultas e leituras. Obviamente o uso do DWH irá trazer necessidades de melhorias incrementais. Normalmente a necessidade dessas melhorias não deriva de uma falta de planejamento ou de algo que não foi considerado nos passos anteriores. Além disso, o negócio do DWH, nesse caso o CNES, passa por mudanças de estrutura e nas próprias regras de negócio. Assim é necessário sempre monitorar e fazer as modificações necessárias no DWH.

10.5. Matrizes de trajetórias

Tabela 65 – Trajetória dos médicos das equipes da Estratégia da Saúde de Família (ESF) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.

		Dezembro de 2011				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2010	Ocupado na ESF	22460	2550	3224	5055	33289
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	1919	2850	380	512	5661
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	1727	377	2385	502	4991
	Não registrado no CNES	5043	396	582	22220	28241
	Total	31149	6173	6571	28289	72182
		Dezembro de 2012				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2011	Ocupado na ESF	23317	2574	3382	1876	31149
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	1896	3524	576	177	6173
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	1733	464	4160	214	6571
	Não registrado no CNES	8543	1139	1903	16704	28289
	Total	35489	7701	10021	18971	72182
		Março de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2012	Ocupado na ESF	29612	2117	2156	1604	35489
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	1583	5430	462	226	7701
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	1642	289	7848	242	10021
	Não registrado no CNES	3594	325	475	14577	18971
	Total	36431	8161	10941	16649	72182

		Junho de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Março de 2013	Ocupado na ESF	32142	1704	1596	989	36431
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	2293	5150	490	228	8161
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	1376	372	8972	221	10941
	Não registrado no CNES	1733	236	740	13940	16649
	Total	37544	7462	11798	15378	72182
		Setembro de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Junho de 2013	Ocupado na ESF	33482	1685	1488	889	37544
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	1282	5385	556	239	7462
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	954	352	10266	226	11798
	Não registrado no CNES	2360	303	624	12091	15378
	Total	38078	7725	12934	13445	72182
		Dezembro de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Setembro de 2013	Ocupado na ESF	33788	1832	1407	1051	38078
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	1183	5864	488	190	7725
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	739	270	11724	201	12934
	Não registrado no CNES	3615	731	536	8563	13445
	Total	39325	8697	14155	10005	72182

		Março de 2014				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2013	Ocupado na ESF	32762	2418	2119	2026	39325
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	1828	6100	516	253	8697
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	1099	221	12522	313	14155
	Não registrado no CNES	4497	111	464	4933	10005
	Total	40186	8850	15621	7525	72182

Fonte: Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) a partir do CNES - Componente de Monitoramento do mercado de trabalho do PMAQ-AB.

Tabela 66 – Trajetória dos médicos com vínculos de 20 horas na Estratégia da Saúde de Família (ESF) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.

		Dezembro de 2011				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2010	Ocupado na ESF	342	257	69	54	722
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	366	1748	119	214	2447
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	137	171	501	75	884
	Não registrado no CNES	75	159	82	702	1018
	Total	920	2335	771	1045	5071
		Dezembro de 2012				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2011	Ocupado na ESF	598	210	96	16	920
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	572	1650	89	24	2335
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	217	135	406	13	771
	Não registrado no CNES	330	249	99	367	1045
	Total	1717	2244	690	420	5071
		Março de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2012	Ocupado na ESF	1324	252	99	42	1717
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	285	1885	58	16	2244
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	68	56	559	7	690
	Não registrado no CNES	62	50	16	292	420
	Total	1739	2243	732	357	5071

		Junho de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Março de 2013	Ocupado na ESF	1336	268	109	26	1739
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	843	1331	48	21	2243
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	126	44	555	7	732
	Não registrado no CNES	45	36	24	252	357
	Total	2350	1679	736	306	5071
		Setembro de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Junho de 2013	Ocupado na ESF	1957	275	85	33	2350
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	331	1247	72	29	1679
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	126	53	552	5	736
	Não registrado no CNES	85	27	19	175	306
	Total	2499	1602	728	242	5071
		Dezembro de 2013				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Setembro de 2013	Ocupado na ESF	2135	265	61	38	2499
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	342	1196	49	15	1602
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	109	28	584	7	728
	Não registrado no CNES	54	16	11	161	242
	Total	2640	1505	705	221	5071

		Março de 2014				
		Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2013	Ocupado na ESF	2169	305	92	74	2640
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	394	1014	61	36	1505
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	102	22	564	17	705
	Não registrado no CNES	57	6	9	149	221
	Total	2722	1347	726	276	5071

Fonte: Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) a partir do CNES - Componente de Monitoramento do mercado de trabalho do PMAQ-AB.

Tabela 67 – Trajetória dos médicos com vínculos de 30 horas na Estratégia da Saúde de Família (ESF) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.

Dezembro de 2011					
	Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2010					
Ocupado na ESF	5	5	0	1	11
Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	33	218	10	33	294
Não ocupado na ESF, nem na ABS	5	14	57	12	88
Não registrado no CNES	7	20	7	148	182
Total	50	257	74	194	575
Dezembro de 2012					
	Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2011					
Ocupado na ESF	28	18	3	1	50
Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	70	175	9	3	257
Não ocupado na ESF, nem na ABS	21	17	34	2	74
Não registrado no CNES	50	42	15	87	194
Total	169	252	61	93	575
Março de 2013					
	Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2012					
Ocupado na ESF	120	29	15	5	169
Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	27	208	12	5	252
Não ocupado na ESF, nem na ABS	5	6	48	2	61
Não registrado no CNES	8	16	4	65	93
Total	160	259	79	77	575

Junho de 2013					
	Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Ocupado na ESF	120	28	12	0	160
Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	88	160	8	3	259
Não ocupado na ESF, nem na ABS	9	9	61	0	79
Não registrado no CNES	22	11	4	40	77
Total	239	208	85	43	575

Setembro de 2013					
	Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Ocupado na ESF	188	35	13	3	239
Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	45	152	11	0	208
Não ocupado na ESF, nem na ABS	16	7	61	1	85
Não registrado no CNES	15	3	3	22	43
Total	264	197	88	26	575

Dezembro de 2013					
	Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Ocupado na ESF	220	36	5	3	264
Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	59	132	3	3	197
Não ocupado na ESF, nem na ABS	19	3	66	0	88
Não registrado no CNES	3	6	2	15	26
Total	301	177	76	21	575

Março de 2014					
	Ocupado na ESF	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	Não ocupado na ESF, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total

Dezembro de 2013	Ocupado na ESF	228	49	22	2	301
	Não ocupado na ESF, mas ocupado na ABS	52	116	2	7	177
	Não ocupado na ESF, nem na ABS	16	3	54	3	76
	Não registrado no CNES	12	1	0	8	21
	Total	308	169	78	20	575

Fonte: Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES - Componente de Monitoramento do mercado de trabalho do PMAQ-AB.

Tabela 68 – Trajetória dos médicos das Equipes de Consultório na Rua (ECR) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.

Dezembro de 2011					
	Ocupado em CR	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	Não ocupado em CR, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2010	Ocupado em CR	0	0	0	0
	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	0	22	1	27
	Não ocupado em CR, nem na ABS	0	1	13	17
	Não registrado no CNES	0	4	0	17
	Total	0	27	14	61
Dezembro de 2012					
	Ocupado em CR	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	Não ocupado em CR, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2011	Ocupado em CR	0	0	0	0
	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	7	14	4	27
	Não ocupado em CR, nem na ABS	3	3	5	14
	Não registrado no CNES	5	2	4	20
	Total	15	19	13	61
Março de 2013					
	Ocupado em CR	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	Não ocupado em CR, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2012	Ocupado em CR	14	1	0	15
	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	1	17	1	19
	Não ocupado em CR, nem na ABS	1	0	11	13
	Não registrado no CNES	4	1	0	14
	Total	20	19	12	61

Junho de 2013					
	Ocupado em CR	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	Não ocupado em CR, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Março de 2013	Ocupado em CR	16	4	0	20
	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	4	15	0	19
	Não ocupado em CR, nem na ABS	2	3	7	12
	Não registrado no CNES	1	1	0	8
	Total	23	23	7	61
Setembro de 2013					
	Ocupado em CR	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	Não ocupado em CR, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Junho de 2013	Ocupado em CR	18	2	3	23
	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	6	17	0	23
	Não ocupado em CR, nem na ABS	1	2	4	7
	Não registrado no CNES	3	0	0	5
	Total	28	21	7	61
Dezembro de 2013					
	Ocupado em CR	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	Não ocupado em CR, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Setembro de 2013	Ocupado em CR	26	1	0	28
	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	11	10	0	21
	Não ocupado em CR, nem na ABS	3	0	4	7
	Não registrado no CNES	1	0	0	4
	Total	41	11	4	61

		Março de 2014				
		Ocupado em CR	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	Não ocupado em CR, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2013	Ocupado em CR	34	5	0	2	41
	Não ocupado em CR, mas ocupado na ABS	6	3	0	2	11
	Não ocupado em CR, nem na ABS	1	0	3	0	4
	Não registrado no CNES	4	0	0	1	5
	Total	45	8	3	5	61

Fonte: Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES - Componente de Monitoramento do mercado de trabalho do PMAQ-AB.

Tabela 69 – Trajetória dos médicos das Equipes de Atenção Domiciliar (EAD) durante o período de dezembro de 2010 e março de 2014, segundo situação em dois períodos.

Dezembro de 2011					
	Ocupado na AD	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	Não ocupado na AD, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2010					
Ocupado na AD	0	0	0	0	0
Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	23	228	33	34	318
Não ocupado na AD, nem na ABS	51	19	173	25	268
Não registrado no CNES	9	38	27	146	220
Total	83	285	233	205	806
Dezembro de 2012					
	Ocupado na AD	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	Não ocupado na AD, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2011					
Ocupado na AD	52	5	22	4	83
Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	87	167	26	5	285
Não ocupado na AD, nem na ABS	87	22	119	5	233
Não registrado no CNES	62	30	26	87	205
Total	288	224	193	101	806
Março de 2013					
	Ocupado na AD	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	Não ocupado na AD, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2012					
Ocupado na AD	251	17	18	2	288
Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	23	187	12	2	224
Não ocupado na AD, nem na ABS	42	2	147	2	193
Não registrado no CNES	4	13	9	75	101
Total	320	219	186	81	806

Junho de 2013						
		Ocupado na AD	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	Não ocupado na AD, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Março de 2013	Ocupado na AD	275	17	24	4	320
	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	31	167	15	6	219
	Não ocupado na AD, nem na ABS	34	7	141	4	186
	Não registrado no CNES	15	4	6	56	81
	Total	355	195	186	70	806
Setembro de 2013						
		Ocupado na AD	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	Não ocupado na AD, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Junho de 2013	Ocupado na AD	303	15	31	6	355
	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	55	128	10	2	195
	Não ocupado na AD, nem na ABS	63	6	112	5	186
	Não registrado no CNES	22	5	5	38	70
	Total	443	154	158	51	806
Dezembro de 2013						
		Ocupado na AD	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	Não ocupado na AD, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Setembro de 2013	Ocupado na AD	395	21	23	4	443
	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	47	100	5	2	154
	Não ocupado na AD, nem na ABS	50	4	102	2	158
	Não registrado no CNES	15	3	4	29	51
	Total	507	128	134	37	806

		Março de 2014				
		Ocupado na AD	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	Não ocupado na AD, nem na ABS	Não registrado no CNES	Total
Dezembro de 2013	Ocupado na AD	448	22	30	7	507
	Não ocupado na AD, mas ocupado na ABS	64	54	6	4	128
	Não ocupado na AD, nem na ABS	39	2	91	2	134
	Não registrado no CNES	14	2	1	20	37
	Total	565	80	128	33	806

Fonte: Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES - Componente de Monitoramento do mercado de trabalho do PMAQ-AB.

RELATÓRIO FINAL

MONITORAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Diálogos online: Remuneração por
desempenho na atenção básica - 1ª e 2ª
edição.

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

**Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Estação de Pesquisa de Sinais de
Mercado - EPSM**

**MONITORAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO
EM SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).**

**Diálogos Online: Remuneração por Desempenho na
Atenção Básica (1ª e 2ª Edição)**

Belo Horizonte, dezembro 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Vice-diretor: Humberto José Alves

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenador: Francisco Eduardo de Campos

Vice-coordenador: Edison José Corrêa

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

COMISSÃO ORGANIZADORA - EPSM/NESCON/FM/UFMG

Alice Werneck Massote

Ana Cristina de Sousa van Stralen

Cristiana Leite Carvalho

Jackson Freire Araujo

Lucas Wan Der Maas

Sábado Nicolau Girardi

COMISSÃO ORGANIZADORA - DAB/MS

Eduardo Alves Melo- Coordenador Geral

Francy Webster de Andrade Pereira

Hêider Aurélio Pinto – Diretor

Patrícia Araújo Bezerra

Régis Cunha de Oliveira

COLABORADORES EXTERNOS

Valéria Salgado

COMISSÃO DE INFORMÁTICA

Flávio de Paiva Loureiro - Programação

Natália Reis Xavier - WEB Designer

ESTAGIÁRIOS

Márcio Augusto Canedo de Oliveira

Camila de Araújo Dornelas

INSTITUIÇÃO PATROCINADORA:

Ministério da Saúde do Brasil (MS) – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Departamento de Atenção Básica (DAB).

LISTA DE SIGLAS

DAB – Departamento de Atenção Básica

EPSM – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FM – Faculdade de Medicina

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PAB – Piso da Atenção Básica

PMAQ – Programa de Valorização do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAD – Política Nacional da Atenção Básica

RD – Remuneração por no Desempenho

SAS – Secretária de Assistência a Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. Apresentação	6
2. Revisão de literatura e legislação sobre Remuneração por Desempenho	7
a. Conceito de remuneração	7
b. Conceito de Remuneração por Desempenho	8
c. Remuneração por Desempenho na Atenção Básica no Brasil	9
d. Remuneração por Desempenho no PMAQ	9
3. Metodologia	93
4. Diálogos Online	13
4.1. Diálogo Online 1ª Edição	13
4.2. Diálogo Online: 2ª Edição	15
5. Principais temas de debate	18
5.2. Remuneração por desempenho e PMAQ	19
5.3. Problemas frequentes durante o processo de implantação da Remuneração por desempenho:	20
5.4. Remuneração por desempenho: conceito e principais aspectos	21
5.5. Beneficiários do sistema de Remuneração por desempenho na Atenção Básica	23
5.6. Clareza sobre o recebimento ou não da parcela variável	24
5.7. Periodicidade	25
5.8. Valores	25
5.9. Oficialização: como instituir o incentivo por desempenho para os profissionais tomando por referência o recurso do PMAQ	26
5.10. Metas e indicadores	28
5.11. Impactos do programa de pagamento por desempenho	29
6. Considerações finais	31
7. Referências bibliográficas	33
APENDICE 01: Síntese das discussões do Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica 01	35
APÊNDICE 02: Síntese das discussões do Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica 02	39
APÊNDICE 03: Questionário para pesquisa online sobre Remuneração por Desempenho	46

1. Apresentação

A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), atendendo a uma demanda do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretária de Atenção a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) realizou, em dezembro de 2012, e em junho e julho de 2013, a primeira e segunda edição do projeto “Grupos de Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica”, com o objetivo de ampliar os debates e reflexões sobre experiências de RD na atenção básica, e reunir evidências acerca de seus impactos sobre a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços do SUS.

A realização dos grupos do Diálogo Online foi conduzida com base em uma ferramenta de governo eletrônico participativo, desenvolvida e testada em experiências anteriores pela EPSM/NESCON/FM/UFMG. Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa conduzida através da internet, na qual os participantes dialogam sobre um determinado tema da agenda política de forma coordenada e informada, com vistas à proposição de recomendações sobre aquele tema. Com características semelhantes aos grupos focais, mas conduzidos virtualmente, os Diálogos proveem um espaço de entendimento, discussão e deliberação, reunindo um número maior e mais abrangente de participantes e por mais tempo, a exemplo das conferências e convenções.

O Diálogo Online está assentado sobre dois objetivos iniciais:

- (i) O desenvolvimento da metodologia dos dialógicos online como mecanismo de debate auxiliar aos processos de gestão e investigação; e a
- (ii) Discussão de temas de relevância para as políticas públicas em saúde. A partir do tema proposto pretendeu-se promover debates e gerar reflexões sobre RD na atenção básica, assinalar experiências municipais, antecipar problemas e indagar alternativas.

A participação foi gratuita, mediante preenchimento de cadastro online e aceitação de um Termo de Concordância. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer nº CAAE –02396512.8.0000.5149). Foram convidados a participar desta iniciativa secretários municipais de saúde, coordenadores municipais e estaduais de atenção básica e de gestão do trabalho e representantes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), selecionados a partir de cadastro de municípios que aderiram ao Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Este relatório apresenta as principais discussões e recomendações apontadas durante a primeira e segunda edição dos Diálogos Online sobre Remuneração por Desempenho (RD) na Atenção Básica. Trata-se de um dos produtos do processo de cooperação entre a EPSM e o DAB/SAS/MS, estabelecido desde 2012.

Composto por seis partes, este relatório lançará mão, em um primeiro momento, de uma revisão da literatura que trata da RD, abordando as principais e atuais conceituações do tema e de sua aplicabilidade como estratégia gerencial governamental. Posteriormente, passaremos a demonstração da metodologia dos Diálogos Online. Num terceiro momento, haverá uma demonstração de dados relevantes das duas edições do Diálogo Online, como número de participantes, localização geográfica e formação dos mesmos, gênero, etc. Antes das considerações finais, traremos ainda um resumo dos principais temas de discussão levantados durante ambas edições do Diálogo Online.

2. Revisão de literatura e legislação sobre Remuneração por Desempenho

a. Conceito de remuneração

Para melhor compreensão do tema, faz-se necessário a conceituação do que seria RD, o que no faz remontar a um exercício ainda anterior, que seria identificar o conceito de “Remuneração”, fazendo uma distinção do que seria “Remuneração” de “Salário”, tendo em vista que estes conceitos são normalmente tidos como sinônimos, mas na verdade, são gêneros distintos, tanto no âmbito da lei, quanto da teoria jurídica em si.

Por um lado, a remuneração poderia ser caracterizada como todo provento legal e habitualmente auferido pelo empregado em virtude do contrato de trabalho. A remuneração, neste contexto, seria o gênero de parcelas contraprestativas devidas, em decorrência do contrato trabalhista, e pagas ao empregado pelo empregador, seja este o empregador direto ou indireto. Por outro lado o salário seria a parcela principal paga a este empregado no contexto do contrato. (Godinho Delgado, 2006)

Pode-se dizer que a remuneração é composta pelo salário direto, o salário indireto e a remuneração variável²⁴, gênero da qual a RD faz parte. Portanto, vale dizer que remuneração é o conjunto de retribuições recebidas pelo empregado pela prestação de serviços, ou seja, é conjunto de *salário* e outras prestações pagas, de modo a complementar os proventos mensais. Assim, podemos dizer que salário o sempre é uma espécie de remuneração, mas remuneração nem sempre se configura como salário, exatamente pelas parcelas complementares e pelas variáveis, onde se configura as parcelas pagas mediante avaliação do desempenho, que é tema dos Diálogos Online em questão.

²⁴ A Remuneração Variável é um conjunto de instrumentos de recompensa que complementam o salário fixo do trabalhador. A prática é utilizada para situações específicas e determinadas, como comissões sobre vendas, participação nos lucros e, como é o caso, a Remuneração por Desempenho. A Remuneração Variável tem este nome, pois não integra o salário fixo do trabalhador, dependendo dos fatores que a dão causa para integrar, apenas no lapso temporal em que houver a causa, a remuneração.

b. Conceito de Remuneração por Desempenho

A RD, em linhas gerais, tem, por objetivo principal, o reconhecimento da contribuição e do valor agregado ao serviço pelos profissionais, através da distinção de diversos níveis de resultado e de sua avaliação segundo os mesmos. Cria, para isso, critérios de avaliação compatíveis com os níveis de resultados pretendidos pela entidade prestadora do serviço, dentro de um período estabelecido, que pode ser variado de acordo com a natureza do serviço; podendo ser mensal, trimestral ou semestral, por exemplo. (Nascimento, 2009)

Quanto mais critérios forem atingidos, ou seja, quanto melhor for o desempenho do profissional, maior será a sua remuneração, dentro dos limites estabelecidos. Neste mesmo sentido, quanto pior o desempenho do profissional, menos será alterado sua remuneração fixa, ou seja, seu salário. (Pisco e Soranz, 2009)

Em um sistema de RD, não é o salário completo do profissional que depende do cumprimento ou alcance das metas estabelecidas, mas apenas um valor variável, que complementaria sua remuneração. O profissional terá, portanto, um salário fixo, de acordo com regras de piso salarial definidas em lei o acordo de trabalho, e, para além desta verba, uma parcela variável, que dependerá de seu desempenho dentro do lapso temporal e dos critérios de avaliação do mesmo. Esta parcela, como diz o próprio nome, poderá variar de acordo com cada período analisado e não integra o salário fixo do profissional.

Ou seja, a remuneração total será composta de uma base de pagamento fixo, de benefícios indiretos e da remuneração variável, de acordo com programas específicos estabelecidos previamente por objetivos, ou metas, a serem alcançados.

As metas podem ser definidas em nível pessoal, de grupo, ou misto. Há sistemas em que as metas devem ser batidas individualmente, e assim são criados critérios individualizados de análise do desempenho. Também há sistemas em que as metas deverão ser cumpridas por um grupo de pessoas, que no caso da RD na Atenção Básica, por exemplo, a Equipe de Saúde da Família. E existe ainda um sistema misto de avaliação, em que tanto o desempenho individual quanto o do grupo serão avaliados e contribuirão para o aumento ou não da remuneração final do profissional.

Cada sistema pressupõe critérios definidos de acordo com o que se objetiva e com quem será avaliado. Em um sistema misto, por exemplo, por envolverem tanto o âmbito individual quanto de grupo, a avaliação torna-se mais complexa, requerendo, assim, critérios também mais complexos.

A adoção do conceito de RD, enfim, traz como resultado o vínculo entre desempenho e remuneração. Essa vinculação passa a ser mediada por fatores como habilidades, competências e resultados. No caso da vinculação da noção de habilidades à remuneração é destacada por ser um fator diferencial nas organizações (Gondim, 2008)

c. Remuneração por Desempenho na Atenção Básica no Brasil

Apesar de visualizar discussões sobre estas de iniciativas ainda em meados da década de 80, sistemas de RD no Brasil ainda são raros. Porém, nos últimos anos, principalmente pela criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o debate deste modelo de remuneração têm se intensificado, sendo que o próprio Estado brasileiro, através do Ministério da Saúde, tem levado a frente projetos para divulgação e implementação da RD na Atenção Básica, a fim de melhorar os serviços oferecidos à população através do SUS.

Entre os poucos modelos de RD na Atenção Básica, existem algumas experiências que se sobressaem no Brasil, como por exemplo:

- O Programa de Incentivo à Melhoria do Desempenho na Saúde da Família (PIMESF) em Piripiri/PI;
- O Programa de RD da Fundação Estatal Saúde da Família da FESF/Bahia;
- O Programa de RD da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/Paraná;

Nestes casos, os gestores, para fundar um modelo de RD viável, se basearam na integração das ações de promoção, vigilância e assistência à saúde e na melhoria da oferta de serviços de saúde na Atenção Básica. Para os Diálogos Online, profissionais responsáveis pela implementação ou gestão destes modelos de RD foram convidados à apresentar suas experiências, que ajudaram nas discussões levantadas durante o evento.

É importante ressaltar, o próprio surgimento Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como forma de incentivo a implementação da RD no país, foco de discussão no próximo tópico.

d. Remuneração por Desempenho no PMAQ

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, como mesmo define o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, é um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde (BRASIL, 2011).

]Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados é um dos elementos centrais do PMAQ. Portanto, se insere em um contexto no qual os gestores se comprometem progressivamente a desenvolver ações de melhoria do acesso e da qualidade no

SUS. Trata-se de um modelo de avaliação por desempenho dos sistemas de saúde, em especial, da atenção básica. (BRASIL, 2011).

O Programa objetiva também a valorização de todos os trabalhadores da atenção básica por intermédio do fomento à implantação de instrumentos de democratização dos processos de trabalho, com possível vinculação de incentivos financeiros ou outras formas de incentivo relacionadas ao desempenho, resultados sanitários, educação permanente e de esforço para o desenvolvimento profissional.

O Programa suscitou portanto a discussão sobre sistemas de RD na Atenção Básica como forma de qualificação do processo de trabalho e de incentivo às estratégias municipais de melhoria dos serviços ofertados, de acordo com o próprio processo de compromissos, resultados pactuados e alcançados no PMAQ.

Isto se dá, pois, os repasses recebidos do Ministério da Saúde pelo alcance das metas pactuadas, devem ser revertidos para a própria Atenção Básica, a fim de garantir um processo contínuo da melhoria dos serviços de saúde. E uma forma vista pelo próprio PMAQ e pelos municípios aderidos de incentivar o cumprimento das metas estabelecidas é a implementação de modelos de RD.

Deve-se ressaltar, contudo, que a utilização dos recursos financeiros do PMAQ deve seguir o que está definido pelo Parágrafo Segundo do artigo 6º da Portaria 204/GM de 29/01/2007 e pela Portaria nº 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica), considerando que se trata de um componente custeado com recursos oriundos do Piso de Atenção Básica (PAB) - Variável. A referida Portaria estabeleceu, ainda, que a gestão municipal poderá aplicar os recursos referente ao PAB fixo e variável em qualquer despesa no âmbito da Atenção Básica. Para tanto se faz necessária a explicitação da aplicação dos gastos com a organização da Atenção Básica no Plano Municipal de Saúde, que é devidamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano.

Com efeito, caso as despesas de contratação demandadas não se dirijam para fins diretamente vinculados à atenção básica no município e não obedeçam às diretrizes constantes do Plano Municipal de Saúde voltado à atenção básica, o uso dos recursos será considerado irregular.

É importante ressaltar que com a inclusão do Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde (Portaria 837/2009), ratificada pela Portaria 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB), compreende que as despesas de capital devem ser feitas mediante recursos do citado bloco de investimento e não com recursos do PAB. Do mesmo modo, na própria PNAB consta a definição dos recursos de Investimento/Estruturação como:

destinados à estruturação dos serviços e das ações da atenção básica, repassados fundo a fundo ou por meio de convênio.

Contudo, a decisão sobre o destino dos recursos provenientes do PMAQ são de responsabilidade e autonomia da gestão municipal. De toda maneira, entende-se que a discussão sobre a implantação dos processos de RD será decorrente do processo de desenvolvimento e de avaliação externa e certificação das UBS. (DAB/MS, 2013)

Para que a RD cumpra o seu objetivo de incentivar a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, a proposta de implementá-la deve ser avaliada de acordo com a realidade de cada município, que, no Brasil, é bastante heterogênea. A implementação e estruturação de um programa como este, demanda certas condições e requisitos que precisam ser analisados e discutidos, para isso a participação dos secretários municipais de saúde, coordenadores municipais e estaduais de atenção básica e de gestão do trabalho é fundamental para os Diálogos Online.

3. Metodologia

Uma plataforma *web* foi especialmente construída para abrigar os Diálogos Online sobre “Remuneração por Desempenho na Atenção Básica”. As discussões do Diálogo ocorreram a partir de troca de experiências relacionadas ao tema, além de debates envolvendo textos, artigos e vídeos disponibilizados na página do evento.

A 1ª Edição do Diálogo Online ocorreu entre os dias 10 e 20 de dezembro de 2012 e a 2ª entre os dias 28 de junho e 06 de julho de 2013. A programação da 1ª Edição foi disponibilizada na plataforma do evento, foi organizada com o devido espaço para abertura, discussões sobre o tema e encerramento (Figuras 1).

Já a programação da 2ª Edição, foi organizada em cinco sessões, que continham a data e os tópicos das discussões (Figura 2). Os tópicos de discussão foram:

- (1) Relato de experiências sobre RD na Atenção Básica;
- (2) Definição e as formas de RD;
- (3) Principais questões a serem consideradas para a implementação de uma proposta de RD;
- (4) Aspectos jurídicos da regulamentação da RD; e
- (5) Encerramento.

Para acessar os debates e postar suas mensagens, os participantes entravam nos tópicos do dia, na página de Diálogo. Nesta página o participante poderia visualizar as discussões anteriores por ordem cronológica de postagem, enviar mensagens e comentar mensagens anteriores.

Figura 59 - Programa Diálogo Online RD na Atenção Básica 01

Programa			
	Topicos	Data	Síntese
 Entrar	Abertura : às 14:00 Horas Video: Apresentação Dr. Heider Pinto.	10/12/2012	
 Entrar	Remuneração por Desempenho na Atenção Básica	11/12/2012 a 19/12/2012	
 Entrar	Encerramento	20/12/2012	

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM - Diálogo Online sobre
RD na Atenção Básica – 2012.

Figura 60 - Programa Diálogo Online RD na Atenção Básica 02

Programa			
	Tópicos	Data	Síntese
 Entrar	Abertura: Tira-dúvidas sobre a plataforma e relato das experiências de Remuneração por Desempenho Video: Apresentação	28/06/2013 a 30/06/2013	
 Entrar	Definição e formas de Remuneração por Desempenho	01/07/2013	
 Entrar	Principais questões a serem consideradas para a implementação de uma proposta de Remuneração por Desempenho Clique aqui	02/07/2013 a 04/07/2013	
 Entrar	Aspectos jurídicos da regulamentação da Remuneração por Desempenho	05/07/2013	
 Entrar	Encerramento	06/07/2013	

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM - Diálogo Online sobre
RD na Atenção Básica – 2013.

Os Diálogos contaram ainda com a participação de painelistas e especialistas convidados para interagir com os participantes, expondo opiniões, desenvolvendo reflexões e respondendo a questões. O corpo de especialistas convidados foi composto por profissionais das áreas jurídicas, de gestão, e de saúde coletiva, com conhecimentos específicos em sistemas de RD e outros assuntos circundantes a esta questão. Já os painelistas foram profissionais ligados a esferas de governo de municípios em que, na ocasião do Diálogo, já havia um sistema RD implantado. O objetivo dos painéis foi apresentar em forma de texto como se estrutura o modelo de RD dos respectivos municípios, fazendo relato desde o processo de implantação até a funcionalidade prática do mesmo.

As discussões foram mediadas por moderadores, durante todos os dias dos Diálogos Online, das 08:00 às 23:00, no sentido de manter o foco na discussão em pauta, esclarecer dúvidas e facilitar os diálogos. Além disso, foram introduzidas questões para estimular as discussões. Finalmente, sínteses diárias foram disponibilizadas a fim de apresentar um relato sucinto das discussões de cada tópico e situar os participantes que não tiveram a oportunidade de acompanhar ou participar durante todo o tempo.

Para fundamentar seus argumentos ou esclarecer os temas, os participantes tiveram acesso a uma biblioteca virtual temática, construída por uma comissão científica especificamente para os Diálogos Online. Foi disponibilizado nesta sessão denominada ‘Material de Apoio’ textos, artigos, vídeos, atos normativos sobre o tema que poderiam servir de bases para as discussões, além das experiências de RD apresentadas pelos painelistas. Os participantes foram, ainda, convidados a disponibilizar atos normativos e textos para publicação na biblioteca virtual.

4. Diálogos Online

4.1. Diálogo Online 1ª Edição

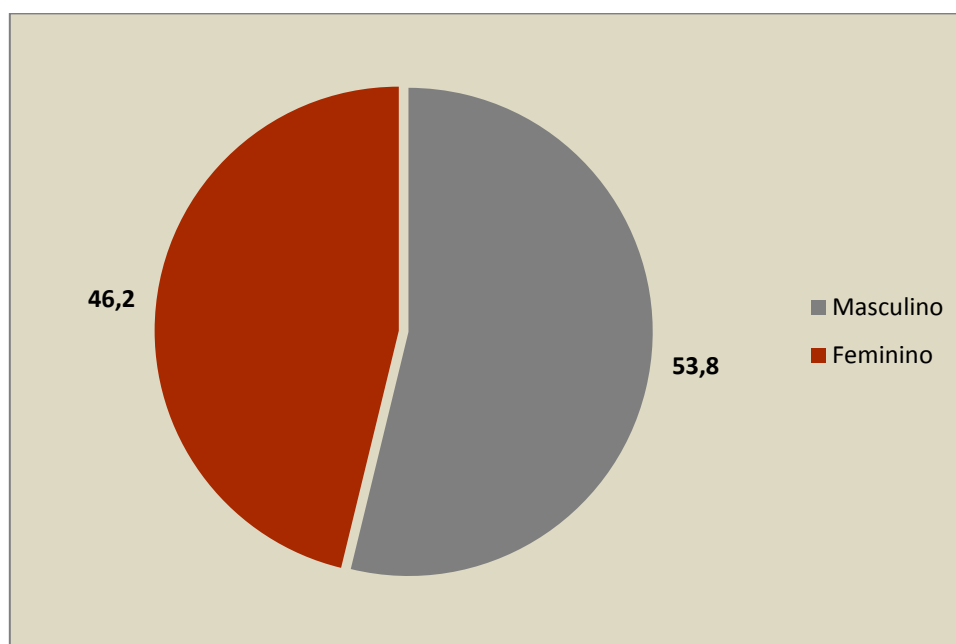
Foram convidados a participar do primeiro Diálogo Online os gestores municipais de saúde de municípios que afirmaram possuir algum tipo de RD no questionário do Módulo IV do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e na pesquisa “Monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia de Saúde da Família” realizada pela EPSM (Girardi SN, et al, 2012). Foram convidados também municípios identificados a partir de pesquisas na internet sobre legislações municipais específicas sobre o tema, totalizando 1037 municípios.

O cadastro passou por uma checagem inicial, na qual foram verificados problemas de inconsistência com os e-mails e telefones das secretarias municipais de saúde (SMS). Após este processo, 1026 municípios foram contatados, sendo que 11 foram excluídos por não permitirem nenhuma forma de contato. Dos municípios contatados, 440 foram a partir do e-mail das Secretarias Municipais de Saúde, 516 a partir do e-mail das Prefeituras e 70 por telefone. Dos 956 e-mails enviados, 379 voltaram.

Os convites foram endereçados aos Secretários Municipais de Saúde, mas caso este não pudesse participar, poderia indicar um profissional de referência no assunto. Cada convite continha o *link* para a página do Diálogo, o *login* (e-mail cadastrado) e senha individual. Caso o município tivesse interesse em inscrever um segundo participante, deveria entrar em contato com a EPSM.

Ao todo, um total de 39 pessoas se cadastram na plataforma. A baixa adesão a este Diálogo pode ser explicada devido ao curto espaço de tempo entre a disponibilização dos bancos de dados pela requerente do estudo e o início do Diálogo, além das inconsistências dos bancos de dados apresentados. Em relação ao sexo dos participantes, 46,2% eram mulheres e 53,8% homens. Como pode ser ver na tabela que se segue:

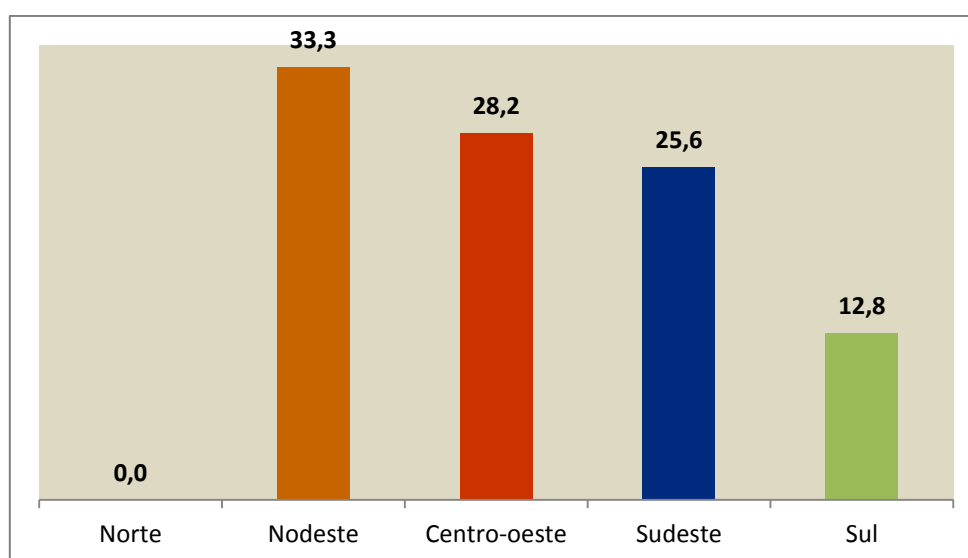
Gráfico 1 – Percentual de Participantes por Sexo (N=39)



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM - Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica – 2012.

A participação por região teve grande variação, sendo 33,3% dos participantes oriundos da região Nordeste; 28,2% da região Centro-Oeste; 25,6% da região Sudeste; e 12,8% da região Sul. Não houve representantes da região Norte nesta edição do Diálogo Online.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por Região (N=39)



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM - Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica – 2012.

Devido ao curto espaço de tempo de planejamento do evento e de um banco de dados inconsistente, poucos gestores municipais tiveram a oportunidade de participar deste evento. No entanto, ainda com um número baixo de participantes, as discussões foram extremamente ricas, marcadas pela troca de experiências e conhecimentos e pela participação de especialistas e painelistas durante todo o evento. As sínteses diárias desta 1ª Edição dos Diálogos Online estão disponíveis no Apêndice 01

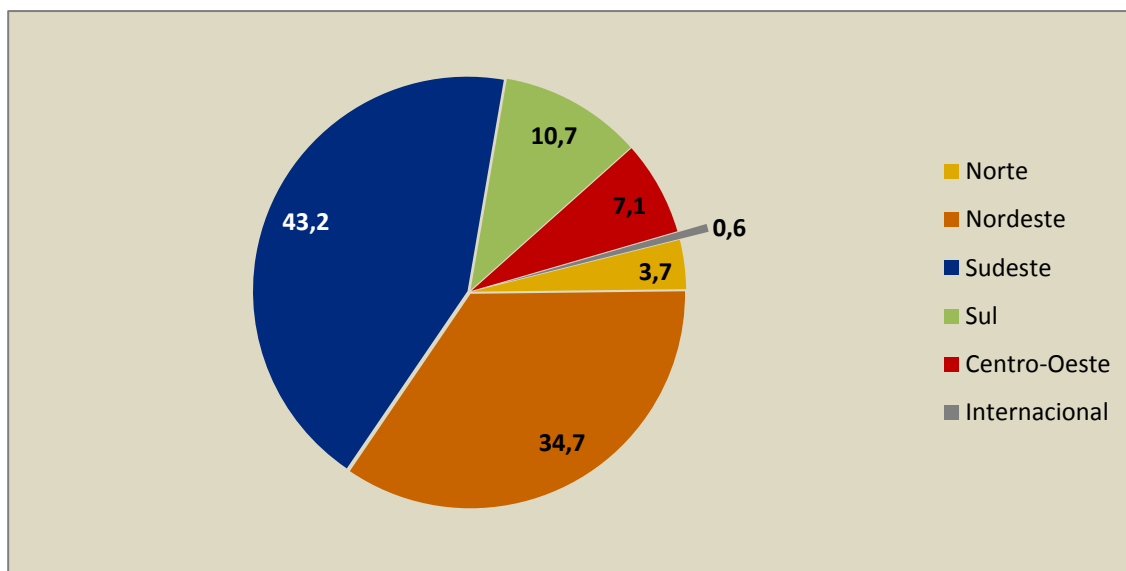
4.2. Diálogo Online: 2ª Edição

Foram convidados a participar da 2ª Edição do Diálogo Online secretários municipais de saúde, coordenadores municipais e estaduais de atenção básica e de gestão do trabalho e representantes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), selecionados a partir de cadastro de municípios que aderiram ao Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O cadastro, fornecido pelo DAB, continha os dados (nome, e-mail e telefone) dos responsáveis pelo PMAQ nos municípios.

Após o processo de checagem inicial do cadastro, no qual foram constatados algumas inconsistências e casos de duplo registro, foram enviados 6325 convites por e-mail, destinados a representantes de 5180 municípios, das 27 Unidades da Federação. Em alguns casos, mais de um representante foi contatado por município. O convite continha o *link* para acesso à plataforma, na qual era possível realizar o cadastro. Paralelamente a este processo, a realização do Diálogo Online foi divulgada no *website* do DAB e em eventos realizados pelo Ministério da Saúde com gestores de saúde.

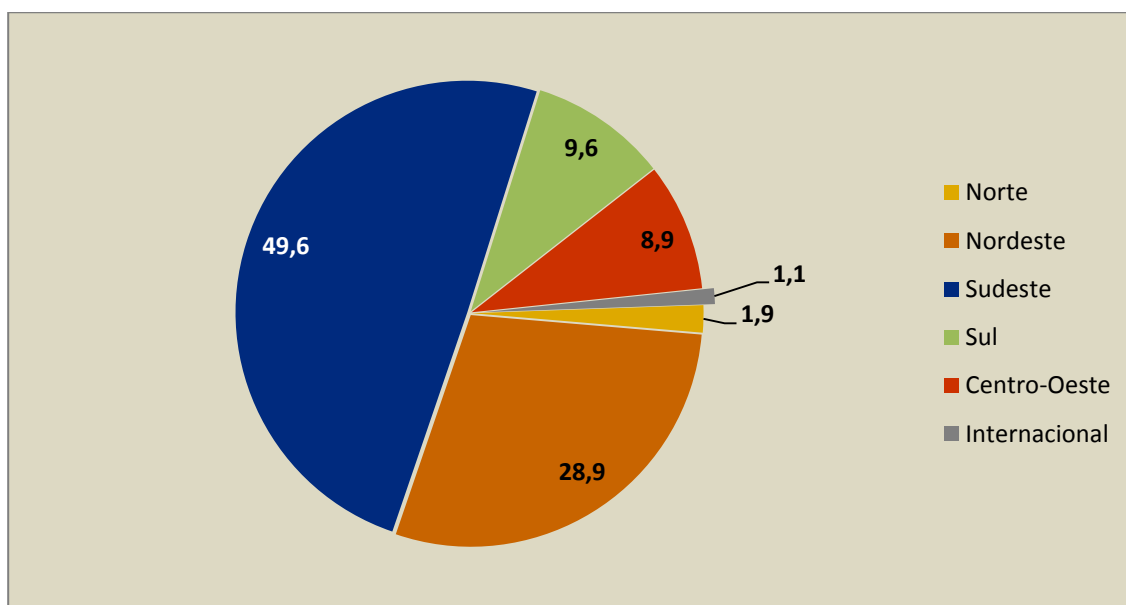
Ao todo, 870 pessoas habilitaram-se para a participação, cadastrando-se no site, dentre gestores municipais e estaduais, especialistas e painelistas. Destes, 270 (31%) acessaram as páginas de discussão pelo menos uma vez entre 28 de junho e 06 de julho de 2013. Para fins de análise optou-se por considerar estes 270, aqui denominados “participantes”. Algumas informações sobre os participantes são apontadas nos gráficos a seguir.

Gráfico 3 – Percentual de Inscritos por Região (N=870)



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM - Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica – 2013.

Gráfico 4 – Percentual de Participantes por Região (N=270)

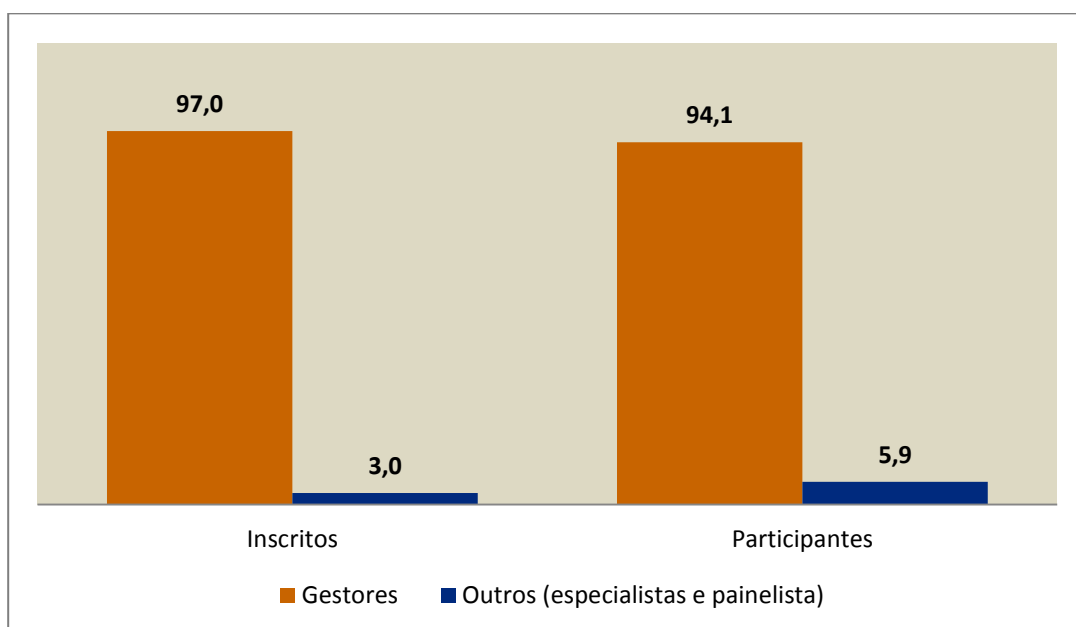


Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM - Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica – 2013.

A participação por região variou bastante, sendo a metade dos participantes oriundos da região Sudeste e 28,9% dos participantes eram da região Nordeste. As regiões Sul e Centro-Oeste concentraram menos de 10 dos participantes cada, enquanto a região Norte contou com apenas 1,9%.

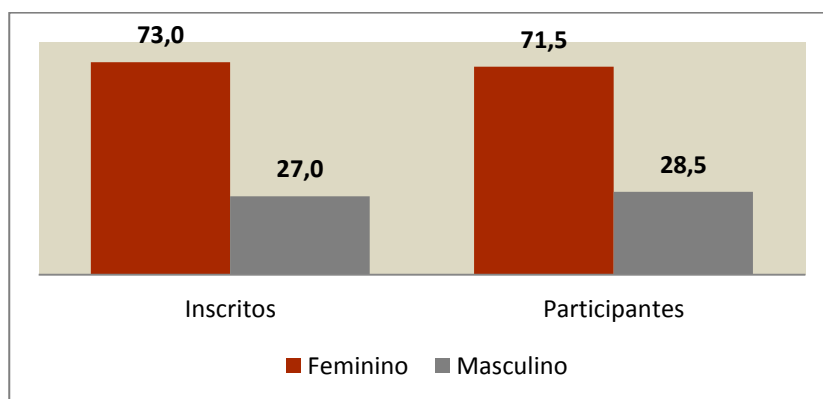
Dentre os participantes, os painelistas e especialistas representaram 5,9% do total de participantes, enquanto 94,1% eram gestores. Em relação ao sexo dos participantes, 71,5% eram mulheres e 28,5% homens.

Gráfico 5 – Percentual de Inscritos (N=870) e Participantes(N=270) por Categoria



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica – 2013.

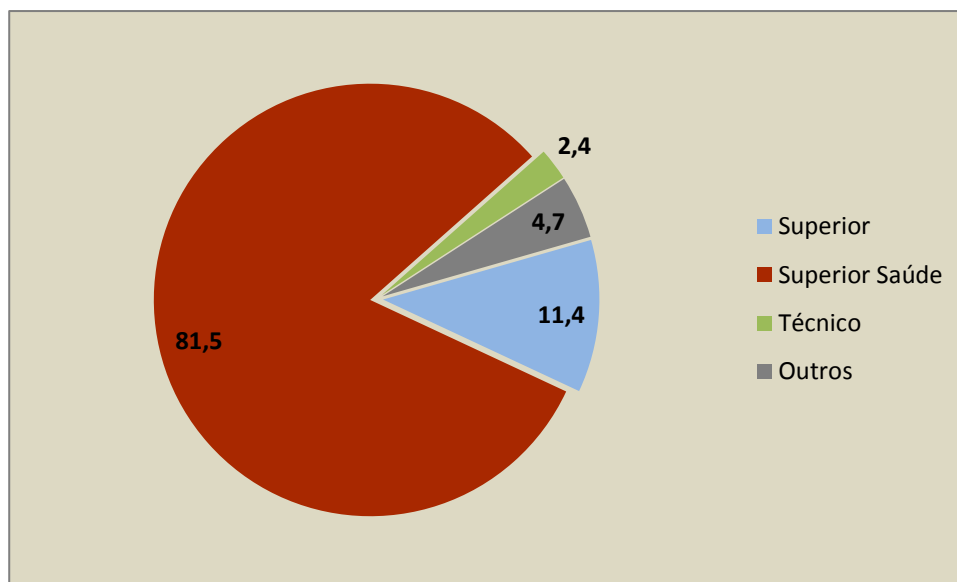
Gráfico 6 – Percentual de Inscritos (N=870) e Participantes (N=270) por Gênero



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica – 2013.

Os secretários municipais de saúde representaram 13,4% dos participantes, enquanto 53,1% eram coordenadores de Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família; Recursos Humanos e PMAQ, dentre outros programas. 33% dos gestores ocupavam outros cargos. Em relação à área de formação dos gestores, mais de 90% possuíam nível superior, sendo 81,5% em cursos da área de saúde. No total, mais de 50% dos gestores são enfermeiros.

Gráfico 7 – Percentual de Formação dos Gestores Participantes (N=254)



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica – 2013

As sínteses das discussões desta 2ª Edição dos Diálogos Online podem ser conferidas no Apêndice 2.

5. Principais temas de debate

Apresentam-se, a seguir, com fim de nortear a análise das duas edições do Diálogo Online sobre Remuneração por Desempenho na Atenção Básica, os principais temas de debate levantados. As temáticas foram recortadas e agrupadas de acordo com sua afinidade e relevância das mesmas, para possibilitar uma melhor reflexão quanto à RD na Atenção Básica, a partir da reunião de evidências acerca de seus impactos sobre a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços do SUS.

5.2. *Remuneração por desempenho e PMAQ*

A vinculação de um sistema de RD ao PMAQ e seus possíveis desdobramentos foram amplamente discutidos durante o Diálogo. Para melhor elucidar o assunto, foram coletadas as principais vertentes de debate e as conclusões alcançadas, em conjunto, por participantes, painelistas e especialistas:

- A remuneração de desempenho é independente do PMAQ, ou seja, pode partir de uma iniciativa do próprio município. No entanto, a grande realidade da maioria dos municípios do país é a de escassez de recursos e, por isso, em muitos casos, o pagamento da RD está intimamente relacionada ao recebimento dos recursos do PMAQ.
- A adesão ao PMAQ e a adoção de programas de RD deve ser discutida e pactuada entre gestores e força de trabalho, com a participação do conselho de saúde. Os trabalhadores precisam ser adequadamente esclarecidos sobre o que é e a que se destina o PMAQ, seus objetivos e o que se espera alcançar e porque medir o desempenho é de fundamento na organização e na avaliação dos serviços. Precisam ser mobilizados e motivados. Os profissionais devem ser envolvidos em todas as etapas do processo (adesão voluntária, contratualização de metas, AMAQ, definição de prioridades e estratégias, correções de rumos, etc.), a fim de construir um sistema de RD que promova e assegure a realização de um processo coletivo de planejamento, do qual participem o corpo diretivo do município e os profissionais, para gestores, de forma a planejarem a utilização dos recursos do PMAQ para atender às reais necessidades do município e as expectativas dos servidores.
- A estratégia da RD deve ficar clara desde o início do processo e não ser definida no final, como uma simples premiação das equipes. O sucesso do programa de RD depende, em grande parte, do apoio e patrocínio político do gestor municipal inclusive, para não permitir vieses na real avaliação de desempenho.
- É fundamental utilizar indicadores validados e dar transparência à divulgação de informações.
- O objetivo da remuneração por resultado é motivar a equipe a alcançar níveis sempre crescentes de desempenho, especialmente no que se refere ao maior acesso e à qualidade da atenção e não de incorporação de vencimentos.

- No PMAQ, não há necessidade de implementar imediatamente o pagamento pelo desempenho apesar de ser recomendada o desenvolvimento da política de avaliação periódica que deve evoluir para o pagamento por desempenho. Se o município e os trabalhadores não estiverem prontos, esse processo deve começar, dando os primeiros passos. Só podemos mudar aquilo que conhecemos e só podemos verificar a mudança medindo o que estamos fazendo. A avaliação é sempre necessária, em qualquer atividade que desenvolvemos e queremos evoluir. Para o município remunerar além das equipes do ESF contratualizadas no PMAQ deve ser possível esse pagamento sem apoio do MS, ou seja, caberá ao município bancar o recurso. Sem dúvida, são necessárias etapas nesse processo e os valores a serem buscados nos indicadores devem ser pactuados com as equipes que se tornam responsáveis por buscar alcançá-los. O processo é contínuo.
- O PMAQ tem uma condição potencialmente catalisadora da concepção de novos modelos de RD adaptados a cada contexto municipal para a distribuição dos benefícios decorrentes do programa financiado pelo MS, decorrendo daí uma ampla variedade de utilizações de um sistema de RD, as quais podem incorrer em aspectos configurativos que proporcionem, no nível local, efeitos que variam de positivos a indesejáveis, dentre os quais inclui-se até mesmo o aumento das iniquidades em saúde.
- Parte da verba do PMAQ pode ser repassada para a equipe e outra parte pode ser investida na estrutura e melhoria da estrutura física de unidades.
- É importante destinar parte razoável do recurso total do PMAQ para adequação das unidades de saúde, pois de forma contrária a avaliação não será satisfatória e consequentemente os resultados não serão consideráveis

5.3. Problemas frequentes durante o processo de implantação da Remuneração por desempenho:

Um dos principais problemas destacados pelos Participantes, Painelistas e Especialistas, foi a falta de entendimento por parte de profissionais e gestores sobre o assunto. Independente do porte e da localização do município poucos são os gestores que adquirem conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde e que as divulgam para as suas equipes. Pelos depoimentos reunidos no Diálogo Online, percebe-se que isto se dá, em grande parte, pois existe uma resistência, por parte de gestores municipais, em discutir e implementar sistemas de RD.

Esta e outras dificuldades foram levantadas durante os debates, sendo as mais recorrentes e debatidas:

- Ausência de conhecimento sobre atos normativos, já que há a necessidade de se ter uma Lei Municipal que permitisse o repasse de parte do recurso para premiar as ESF e outra parte para investir em melhorias, pode gerar muito desgaste entre o gestor e as equipes. Muitos municípios implantam a RD sem a aprovação preliminar de lei municipal e a regulamentação dos procedimentos.
- A falta de vontade política dos gestores municipais em implantar e patrocinar processos que levem a sistemas sólidos de RD, principalmente através do PMAQ.
- Dificuldade de avaliar o desempenho, muito em função da falta de metodologias adequadas e de uma cultura de avaliação.
- Um efeito negativo da implantação de programas de RD é a possibilidade de “disputa desleal” entre municípios, causada pela atração dos melhores profissionais, em determinada região, para aquele município com oferta da remuneração adicional decorrente deste sistema de remuneração, em detrimento dos municípios vizinhos que não possuem tal prática. Para evitar essa “disputa” entre município, foi apontada uma experiência ocorrida no estado do Piauí, na qual os municípios, centralizados por Piripiri, têm procurado se articularem, embora de forma não oficializada, para estabelecerem o mesmo valor da RD, a partir de valores repassados pelo PMAQ.
- É comum que, nas discussões com as categorias, especialmente com as mais organizadas, os sindicatos pressionem a administração para que fixem valores maiores para a RD para sua classe, em detrimento de outras.
- O pagamento do incentivo desatrelado da avaliação de desempenho pode resultar no enquadramento do valor remuneratório como salário. Em consequência, quando e se o Governo Federal retirar a fonte de incentivo ao município, é provável que o município tenha que continuar arcando com a despesa, em sua folha de pagamento.

5.4. Remuneração por desempenho: conceito e principais aspectos

Os participantes dos Diálogos, em geral, depositaram cuidado especial nas discussões quanto à clareza da conceituação de “RD”. A compreensão da temática, e seus principais aspectos foram vistas como centrais para que as discussões sobre a adoção deste sistema de

remuneração na Atenção Básica possam avançar. Conjuntamente com painelistas e especialistas, chegaram-se as seguintes conclusões:

- A RD trata-se de um incentivo financeiro concedido aos trabalhadores que, no âmbito da Administração Pública, precisa ser, preliminarmente, aprovado por lei.
- Existem várias formas de RD, sendo algumas delas atrelada às carreiras dos servidores públicos, tais como as gratificações por desempenho.
- A RD prevista no PMAQ não está atrelada às carreiras. A RD nele prevista destina-se à equipe do ESF, ou seja, aos profissionais que participam da produção do serviço, independentemente da carreira pública a que cada um deles pertencem. O incentivo não é pago a todos que possuem determinado cargo e sim aos membros de uma determinada equipe. Assim, o estímulo a produtividade ocorre dentro do programa e não a carreira.
- Nem todas as pessoas que ocupam os cargos típicos da equipe trabalham no PSF. Por exemplo, um médico pode trabalhar em outro serviço de saúde e ter o mesmo cargo daquele que atua no PSF.
- Um sistema de pagamento ou RD deve atender a um conjunto de princípios, critérios e procedimentos, que são utilizados de forma articulada pela gestão organizacional, com fim de avaliar a qualidade do serviço oferecido, através de metas variadas, buscando sempre maximizar os resultados dos serviços e um comportamento eficiente da organização. Dessa forma, qualquer que seja o modelo de utilização da RD, é importante que ela esteja vinculada a uma política da gestão para melhorar seu desempenho.
- Diversas formas de pagamento pela prestação de serviços de saúde, em especial aos médicos, coexistem hoje no Brasil e no mundo, e estão se tornando cada vez mais complexas, refletindo os interesses e as estratégias dos diversos setores envolvidos na assistência à saúde.
- Não resta dúvida de que o uso de incentivos, combinados ou não, contribuem para a adoção de um comportamento desejado. Os incentivos devem ser utilizados para contrabalançar o conflito de interesse que surge entre a necessidade do gestor e a sua execução pelo prestador ou para prevenir a possibilidade de distorções nessa relação.
- A RD é um sistema de remuneração autônomo, que não está, necessariamente, vinculado ao PMAQ.
- Qualquer município pode implementá-lo como política de remuneração e incentivo à

melhoria da qualidade do acesso e do serviço na Atenção Básica, atendendo às particularidades do município, definindo metas/indicadores específicos a realidade do mesmo. A vantagem da vinculação ao PMAQ é a de utilização dos recursos do Programa para o pagamento aos servidores, não precisando, assim, o município utilizar recursos próprios.

- O sistema de RD tem a capacidade de alterar foco para a efetividade e qualidade da ação e não apenas para o desempenho do trabalho. Portanto, o pagamento por desempenho é uma consequência de uma mudança de atitude dos trabalhadores em relação ao cuidado e ao registro desse cuidado e não um fim em si mesmo. É uma ferramenta que ajuda a gestão a atingir seus objetivos.
- O programa de RD não tem como objetivo ser um programa de complementação da remuneração do servidor público, e sim um sistema que vise à melhoria da oferta dos serviços de saúde.
- É fundamental que um sistema de RD não afete a política salarial do município, assim, independentemente de quais profissionais são por ele contemplado, o gestor municipal deve continuar fazendo gestões no sentido de eliminar ou mitigar, por meio das políticas adequadas, as distorções salariais porventura existentes, como, por exemplo, o caso recorrente, relatado também nos Diálogos Online, de disparidade de remuneração dos profissionais médicos em detrimento dos de outras categorias.
- Para alcançar uma atenção básica de qualidade é preciso valorizar e remunerar, adequadamente, os profissionais que nela atuam. No entanto, a RD com recursos do PMAQ não pode ser considerada como uma forma de corrigir desvios salariais. Ela não irá solucionar todos os problemas da atenção básica, embora sirva como um incentivo para os profissionais de saúde.
- É fundamental, para que o programa de RD seja exitoso, que a disseminação da cultura de trabalho por resultados seja mais forte do que a da própria RD, o que pode garantir um envolvimento e empoderamento ainda maior por parte dos profissionais.
- O processo de RD pode não ser aplicável apenas às equipes que estão no PMAQ, já que o município pode aplicá-lo, com recursos próprios, em toda a área da saúde e em outras áreas também.

5.5. Beneficiários do sistema de Remuneração por desempenho na Atenção Básica

Outro tema que despertou singular interesse nos participantes, foi a compreensão acerca de quais profissionais deveriam ser beneficiários de um sistema de RD na Atenção Básica. Quanto a isso, contando com assistência dos Painelistas e Especialistas, chegou-se as seguintes observações:

- É importante envolver e valorizar todos os profissionais que fazem parte da Equipe de Saúde da Família e não só o médico – enfermeiros, ACS, técnicos e auxiliares, recepcionistas, vacinadores. A melhoria da oferta dos serviços depende do desempenho de todos eles. Com a extensão do programa a todos os servidores, é possível obter maiores níveis de adesão e comprometimento.
- Os profissionais devem ser contemplados com o bônus de acordo com seu desempenho na ESF.
- Existe a opção de destinar o bônus a tipos específicos de profissionais, esta opção, no entanto, tende a frear o aumento contínuo de produtividade e pode mesmo gerar perdas ao processo. É uma opção onde certos profissionais são considerados, de forma errônea, como dispensáveis, no que tange a oferta do serviço. Contudo, adoção de um sistema excludente, pode levar a insatisfação por parte daqueles que não são beneficiários do sistema de RD.
- A RD de entidades civis qualificadas como OS e OSCIPs pode ser prevista no contrato de gestão ou termo de parceria celebrado com a Administração Pública. Nesse caso, o contrato tem que estabelecer as metas quantitativas e qualitativas.
- A lei municipal que regule o sistema de RD tem força para dispor sobre os beneficiários do mesmo.

5.6. Clareza sobre o recebimento ou não da parcela variável

Um tema recorrente durante as discussões sobre adoção de um sistema que remunere por desempenho, é a definição clara sobre o recebimento ou não da parcela variável pactuada pelo mesmo. Contando com os painelistas e especialistas, alguns aspectos foram elucidados:

- O afastamento por motivo de saúde ocorre não por vontade daquele que o apresenta, mas por necessidade. Se há uma prática perniciosa de sua utilização indiscriminada, sempre pelo mesmo servidor, há que se investigar (servidor e profissional que assina o atestado).

- É importante regulamentar o pagamento proporcional aos servidores, pelo seu tempo de atuação nas equipes de ESF, para evitar injustiças
- Recomenda-se deixar claro no texto da Lei que o incentivo é para ser pago atrelado e em consequência do desempenho e após esse desempenho. O cumprimento das metas definidas deve haver sido constatado e comprovado por meio de indicadores objetivos.
- Se o servidor deixar de trabalhar na Equipe Credenciada pelo PMAQ, se a Equipe não passar pela reconstrutualização, ou até mesmo o se PMAQ deixar de existir, o abono perde sua legitimidade e, portanto, deixa de existir.

5.7. *Periodicidade*

A necessidade de se estabelecer uma periodicidade fixa e a discussão de qual seria o melhor lapso temporal para pagamento das parcelas variáveis definidas pelo sistema de RD também foi alvo comum de discussão entre os participantes. Quanto ao tema, em contando com assistência dos painelistas e especialistas, os participantes chegaram as seguintes conclusões:

- A lei deve dispor sobre a periodicidade do pagamento do incentivo. Quem decide, portanto, sobre a periodicidade é o município.
- No entanto, toda e qualquer definição de periodicidade deve se preocupar em não caracterizar o pagamento da parcela variável da remuneração como mensal, sob pena de se incorporar no salário do servidor e a lei que dispuser sobre a parte variável da remuneração precisa deixar isso muito claro.
- É recomendável que, para manter o seu caráter de incentivo pelo desempenho alcançado, o bônus ou premiação seja pago anual, semestralmente, ou, no máximo, trimestralmente. É importante evitar o pagamento mensal, a fim de evitar que ele perca a característica de incentivo e passe a compor a remuneração do servidor, passando a ser considerado gasto com pessoal.

5.8. *Valores*

Tema importante das discussões de ambas as edições do Diálogo Online sobre RD, foi o estabelecimento dos valores a serem definidos para pagamento das parcelas variáveis dos profissionais beneficiados pelo sistema de RD. Quanto à temática, surgiram as seguintes conclusões:

- Como o incentivo deve ser instituído como um bônus ou prêmio pelo município é o próprio município quem estabelece o seu valor.
- O PMAQ estabelece um valor a ser repassado ao município que aderir a ele. O município que tiver condições pode acrescentar valores próprios a esse valor mínimo para pagar a bonificação aos membros das equipes de ESF.
- É importante escalonar os valores do bônus, de acordo com o desempenho apurado. Também é importante dispor sobre quais as condições em que a ESF pode deixar de receber o bônus.
- Os percentuais de repasse do incentivo PMAQ devem ser pactuado entre a gestão e os trabalhadores.
- A destinação do bônus pode ser um valor fixo dividido pelo número de membros ou ser rateado segundo a avaliação da contribuição de cada um (é comum se usar o salário base para isto mas podem ser parâmetros técnicos que mudam a cada ciclo segundo a prioridade).

5.9. Oficialização: como instituir o incentivo por desempenho para os profissionais tomando por referência o recurso do PMAQ

Passadas as discussões citadas, surgiram questionamentos mais práticos, quanto a implementação do sistema de RD na Atenção Básica. Sobre o tema, chegou-se às conclusões, em conjunto com os painelistas e especialistas convidados:

- É essencial a aprovação do bônus ou premiação por lei, que estabeleça, inclusive, os critérios que serão utilizados, inclusive, no cálculo do incentivo. Além de ser uma determinação constitucional, a aprovação por lei dá segurança aos servidores sobre as regras do jogo e confiança de que elas serão cumpridas pelos gestores.
- É desejável aprovar, preliminarmente, a minuta de projeto de lei de instituição do bônus no Conselho Municipal de Saúde, para que possa ser apresentada e discutida entre as equipes e gestores.

- A aprovação de lei municipal que crie o adicional de desempenho é independente, mas é recomendável que seja regulamentada nos termos do PMAQ.
- A lei que criar o bônus/premiação pode delegar ao Poder Executivo, por meio de decreto ou mesmo portaria, regulamentar o procedimento de concessão, de forma a possibilitar ajustes no processo caso haja alterações no PMAQ, orientações extras do Ministério da Saúde, ou necessidade local.
- A lei deve instituir o bônus e o decreto deve regulamentar as regras de sua aplicação. O texto da lei deve ser mais objetivo e enxuto, abordando, apenas, as normas gerais, deixando para o decreto regulamentar as questões operativas, o que evita a necessidade de alterar a lei municipal a todo o momento.
- Portaria não é o texto normativo adequado para esse tipo de matéria que envolve incentivos e premiações aos servidores, seja pelo seu caráter de norma hierarquicamente inferior, seja pelo fato de que tais questões precisam ser tratadas por lei/decreto e, ainda, por tratarem eminentemente de questões que impactam no orçamento da Administração municipal e devem, portanto, passar pela aprovação da respectiva Câmara Municipal.
- A natureza do incentivo deve estar bem expressa e seu caráter indenizatório claramente estabelecido na legislação municipal, vinculando o seu pagamento ao atendimento de metas específicas.
- A lei municipal que institua um sistema de RD deve conter:
 - (a) quem são os beneficiários do bônus e as condições em que esses fazem jus ao incentivo.
 - (b) As situações de perda do direito ao bônus, tais como ausência por período superior a 60 dias, desempenho insatisfatório, ausências não justificadas;
 - (c) os valores do bônus a serem percebidos;
 - (d) a vinculação do pagamento do bônus ao desempenho individual ou da equipe, objetivamente apurado e à avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde;
 - (e) os critérios a partir dos quais as equipes de atenção básica serão classificadas, e a forma de monitoramento e avaliação das mesmas.
- Não há direito adquirido, em relação ao bônus ou premiação. No entanto, é importante que a lei disponha, de forma objetiva, sobre as condições de sua percepção para não gerar judicializações, especialmente nos casos de afastamentos de servidores.

- O decreto que regule a lei municipal que institui um sistema de RD deve tratar:
 - a) de como realizar o incentivo, quando e como paga-lo é um princípio básico..
 - b) Sobre o bônus/prêmio instituído como incentivo não incide tributos.
 - c) o decreto que regulamentar a lei da premiação por desempenho poderá tratar das hipóteses em que a premiação não será concedida.
 - d) Especificar de forma clara, os critérios a partir dos quais as equipes de Atenção Básica serão classificadas, e a forma de monitoramento e avaliação das mesmas.

5.10. Metas e indicadores

O estabelecimento de metas e indicadores que é passo fundamental para a implementação de um sistema de RD que realmente leve a uma melhora dos processos e serviços de saúde do município. As discussões sobre a necessidade de individualização das metas às realidades e singularidades dos municípios, dentro outros aspectos, foram sensíveis a todo o debate. Quanto a estes temas, concluiu-se:

- As metas não devem levar em consideração apenas indicadores quantitativos da assistência prestada, devem incluir também indicadores que consigam medir a qualidade da assistência. O ideal é que cada um deles seja adaptado para realidade do município / região
- O pagamento de parcelas variáveis altas sobre o total da remuneração tende a provocar desvios de avaliação, gerando o fenômeno de gaming (manipulação do processo devido as assimetrias de informação);
- Uma alternativa é dividir as metas em grupos de dificuldade de atendimento, por exemplo baixo e médio e alto risco de atingimento de metas. Podem ser definidas metas equivalentes a maior parte do valor que sejam importantes mas de fácil atingimento. A diferença entre fácil e difícil é que, no primeiro, estabelece-se uma melhora menor ou igual à melhoria anual. Metas difíceis são aquelas acima do padrão de variação histórico.
- Por se tratar de uma estratégia nacional, os resultados do PMAQ podem ser utilizados como parâmetros pelo município, até que ele decida por continuar a pautar-se por eles ou não.

- É importante que os indicadores utilizados sejam pautados e pactuados pelo município. Acredita-se ser importante que dentre os mesmos se contemple indicadores qualitativos, como forma de se agregar maior valor ao processo. Idealmente, crê-se na necessidade de uma avaliação completa e continua as necessidades do município e das metas que definem a parcela variável do salário, de forma a contemplar todas as singularidades do município e aproveitar todos os envolvidos nas reais necessidades e na melhoria continua da qualidade do acesso e da atenção dispensada pelas Equipes.
- Ao definir indicadores e metas, é importante e desejável utilizar indicadores comuns entre equipes, ou até entre municípios. Os indicadores podem ser padronizados. As metas, no entanto devem ser estabelecidas por equipe e com elas negociadas.
- As metas não devem ser fácil demais de ser alcançada, a ponto de não gerar nenhuma dificuldade, nem audaciosa demais, de forma que se torne inatingível e desestimulante.
- Na contratualização de resultados, é fundamental que todas as partes envolvidas compreendam adequadamente e pactuem os resultados que se pretende atingir e que haja monitoramento e avaliação permanentes, com vistas à readequação dos recursos e redefinição de rumos, quando necessários. Isso evita o efeito perverso de “maquiagem” dos resultados, ao final do processo.
- Metas quantitativas são mais fáceis de serem “maquiadas”. Por essa razão, é recomendável mesclar metas quantitativas com metas qualitativas e criar ferramentas de controle que possam monitorar o desempenho, de forma a evitar resultados desastrosos para a gestão e para a população como um todo.
- É importante pactuar o pagamento da RD com as equipes, porque isso influencia positivamente na ambiência e na organização e funcionamento dos serviços, com reflexos na capacidade das equipes de atingir seus objetivos. É importante, também, prever que os trabalhadores sejam responsáveis pelo planejamento da utilização dos recursos novos destinados ao PMAQ.

5.11. Impactos do programa de pagamento por desempenho

Segundo especialistas, há evidências de que programas de RD podem melhorar a qualidade e facilitar a redução de custos, embora efeitos não intencionais ou negativos sejam possíveis. No entanto, segundo esses mesmos especialistas, a diversidade de programas e a

ausência de uma avaliação rigorosa tornam difícil estabelecer causalidade entre os programas e as mudanças no desempenho do prestador de serviços. Sobre estes temas, que circundaram todo o debate, alguns pontos demonstraram-se relevantes, como:

- Revisões sistemáticas em geral apresentam conclusões conservadoras acerca das evidências sobre os efeitos benéficos do pagamento por desempenho (P4P) sobre os resultados em saúde. Isto ocorre, por um lado, devido à baixa qualidade metodológica comumente encontrada entre os estudos primários disponíveis sobre seus, por outro lado, porque os autores defendem que vários aspectos de programas de RD ainda carecem de mais investigação, como, por exemplo, os riscos de produzir comportamentos e resultados adversos ou indesejáveis.
- A melhoria de indicadores isolados, especialmente aqueles de entrega e cobertura de serviços e ações de saúde pontuais, parece ser mais facilmente alcançada com o uso do sistema de RD, ao passo que os benefícios para mudanças complexas e de longo prazo que incluem resultados em nível sistêmico ainda não puderam ser completamente evidenciados.
- As maiores lacunas de evidências sobre programas de RD se referem aos custos e relações daí decorrentes (custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade) e aos riscos potenciais envolvidos no seu uso nos diversos níveis de agente-alvo do incentivo financeiro, considerando diferentes contextos organizacionais.
- É interessante reforçar a perspectiva de que os efeitos da utilização de um sistema de RD, são condicionados pelos elementos constitutivos dos modelos de incentivo e por fatores contextuais, que incluem elementos do âmbito institucional e do contexto socioeconômico onde a intervenção foi implantada.
- É necessário considerar, no processo de planejamento e implementação, o conjunto de evidências científicas já disponíveis, especialmente sobre o que não funciona. Por exemplo, atribuição de incentivos horizontalizados e sem clareza sobre os ônus/bônus podem efetivamente levar à acomodação individual, uma vez que o programa não seja devidamente concebido para gerar novas atitudes e repercutir sobre a qualidade.

Com o objetivo de aprofundar ainda mais a temática sobre RD na Atenção Básica, visando fortalecer e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços do SUS, no início do próximo ano será realizado uma pesquisa *Online* com os gestores dos municípios (n=231) que afirmaram oferecer adicional monetário por metas, resultados, produtividade e desempenho

na Pesquisa de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia de Saúde da Família, 2014. (Apêndice 03).

6. Considerações finais

O Diálogo Online é uma ferramenta que tem uma potencia para ampliar e criar novos dispositivos para a participação de diferentes atores sociais na definição e implementação de políticas públicas. Os debates colaboram para um melhor entendimento do tema abordado, para troca de experiências e para tomadas decisões.

Os presentes Diálogos trouxe o tema “Remuneração por Desempenho na Atenção Básica”, que cada vez mais ganha espaço nas discussões entre pesquisadores e gestores em Recursos Humanos em Saúde de diversos países. No Brasil ainda trata-se de um sistema incipiente, porém cada vez mais em pauta no que tange a estratégias de fixação de profissionais de saúde nos serviços de Atenção Básica.

Os registros reunidos dos Diálogos Online evidenciaram a importância e a necessidade da promoção de discussões sobre o PMAQ e sobre a RD na atenção básica em saúde. Iniciativas de incentivo à melhoria do desempenho na área da saúde são apresentadas e estudadas no Brasil de diversas formas, tanto remuneratórias, quanto materiais, tanto diretamente ao trabalhador, quanto ao sistema. Alguns modelos implantados geraram resultados favoráveis, o que nos fez optar pela discussão de metodologias de ampliação dos métodos de retribuição ao trabalho, aqui colocadas como remuneração, ao passo que imprescindivelmente acabamos por discutir principalmente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Observou-se que gestores e servidores municipais puderam expor e compartilhar suas dúvidas e inseguranças, seja em relação aos aspectos jurídicos do PMAQ e da implantação do incentivo financeiro aos trabalhadores das equipes da ESF, seja em relação a metodologias adequadas e processos efetivos para implantar e gerenciar o esquema de RD.

Nos debates, foi explicitada a expectativa de que o Ministério da Saúde ofereça métodos e instrumentos e orientação técnica aos municípios sobre RD. Do conteúdo das discussões realizadas, merecem destaque os seguintes aspectos, a seguir apresentados:

- a) Muitos municípios instituíram o incentivo financeiro para os servidores por meio de instrumentos normativos, sem o necessário aval prévio da lei, o que pode gerar questionamentos jurídicos futuros.
- b) Em sua grande parte, as discussões abordaram apenas o pagamento do incentivo financeiro a servidores públicos municipais efetivos, ou seja, concursados. Não foram exploradas, suficientemente, as alternativas possíveis para remunerar pessoal

contratado, sem vínculo com a Administração Pública Municipal, especialmente os terceirizados. A estratégia de remuneração desses contratados é distinta e não passa pela previsão legal do incentivo.

- c) Evidenciou-se a necessidade de maiores esclarecimentos aos municípios acerca das principais características do incentivo financeiro aos servidores, quais sejam, sua natureza indenizatória, não incorporável aos vencimentos dos servidores; sua vinculação necessária ao desempenho objetivamente apurado; seu pagamento anual, podendo ser dividido em duas parcelas; dentre outros.
- d) Uma dúvida importante, sanada nos debates, foi sobre o fato dos valores do incentivo não serem computados na despesa com pessoal do município, para fins de aplicação do teto de despesa com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal. Mas este é um ponto que merece maiores investimentos, inclusive, com a disponibilização de pareceres jurídicos que possam subsidiar os municípios em situações futuras de questionamentos por parte dos órgãos de controle.
- e) Grande parte dos municípios manifestou a expectativa de conhecer e debater sobre os critérios de eleição dos servidores beneficiários do incentivo e quais os percentuais de rateio dos valores repassados pelo Ministério da Saúde, no âmbito do PMAQ. Manifestaram insegurança quanto ao estabelecimento desses percentuais e critérios.
- f) É necessário disponibilizar maiores informações, metodologias e instrumentos sobre o processo de contratualização de resultados e de avaliação do cumprimento de metas, especialmente no que se refere aos indicadores que devem ser utilizados e como devem ser monitorados.
- g) Há necessidade de investir em estratégias de convencimento e motivação dos gestores municipais para a adesão ao PMAQ e o patrocínio ao Programa.
- h) É interessante avaliar a possibilidade de serem disponibilizadas orientação jurídica e técnica aos municípios aderidos ao PMAQ, inclusive por meio eletrônico e serem instituídos alguns cursos sobre contratualização e RD.

De forma geral, a iniciativa dos Diálogos Online foi aplaudida e incentivada pelos participantes e possibilitou uma salutar troca de experiências entre municípios de todas as regiões do País. Demonstrou ser uma ferramenta de articulação e integração nacional importante, porquanto elimina barreiras geográficas, políticas e culturais e promove a colaboração interfederativa, em todos os níveis.

7. Referências bibliográficas

ANDREAZZI, M.F.S. **Formas de Remuneração de Serviços de Saúde**. Brasília: IPEA, 2003

ASSIS, L.O.M e NETO, M.T.R **Principais características do Sistema de Remuneração Variável no Choque de Gestão em Minas Gerais**. Revista Gestão & Regionalidade, Vol. 26. Belo Horizonte, abril de 2010;

ASSIS, L.O.M e NETO, M.T.R. **Remuneração Variável por Desempenho no Setor Público: Investigação das Causas Do Fracasso e Implicações Para o Estado Brasileiro**. V Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília, maio de 2012;

BARBOSA, Livia . **Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil?** Revista do Serviço Público, 120(3), 58-102. Brasília, 1996

BEHN, Robert. (2004a). **On the limitations of pay for performance**. Public Management Report, January 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, 2011

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos: O capital humano das organizações**. São Paulo: Atlas, 2006.

DAHLSTRÖM, Carl e LAPUENTE, Victor. **Explaining cross-country differences in performance-related pay in the public sector**. Journal of Public Administration Research and Theory, Oxford, 2010

DAB/MS. Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2014**. Disponível: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>. Acesso em: 12 de março de 2014

DELGADO, M. G. **Curso de Direito do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2012

FERLIE, E., et al., **A nova Administração Pública em Ação**, Brasília: Editora Universidade de Brasília: ENAP. 1999

GIRARDI, S. N. e CARVALHO, C. **Modalidades de Contratação e Remuneração do Trabalho Médico - Os Conceitos e Evidências Internacionais**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 200

GIRARDI, S. N. (org.) et al. **Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – 2012**. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2012.

GONDIM, D.C.M. **Remuneração Variável como impulsor na gestão por resultados**. II Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília, maio de 2009;

GRIGNON, M., COUFFINHAL, A., PIERRARD, B. **Influence of Physician Payment Methods on the Efficiency of the Health Care System**. Commission on the Future of Health Care in Canada, November 2002.

APENDICE 1: Síntese das discussões do Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica 01

ABERTURA – 10/12/2012

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 10 de dezembro foi reservado para a abertura do processo e para a apresentação de relatos pessoais dos participantes sobre suas experiências nas instituições participativas. O fórum foi aberto às 14h00 e contou com moderação até às 20h00, sem restrições para que os participantes se manifestassem em quaisquer horários que não estes.

Participaram da sala de abertura 8 pessoas, que foram responsáveis pelo envio de 10 *posts*. Entre os participantes, contabilizaram-se 3 mulheres e 5 homens, sendo que os envios ficaram em 50% a cada gênero. Um total de 5 unidades da federação foram representadas por participantes: DF; MG; MT; RN; SP.

TEMAS DE DISCUSSÃO

A maioria dos participantes utilizou a sala de abertura para se apresentar, relatar um pouco do seu contexto, manifestar experiências de RD e antecipar dificuldades. Também buscaram testar a plataforma, elogiaram a iniciativa de uma discussão online e manifestaram seu interesse em debater o assunto abordado neste Diálogo.

Os seguintes pontos foram levantados durante a abertura:

- A busca por maneiras de utilizar a RD como instrumento de gestão.
- Implantação do modelo de RD centrado no usuário, na perspectiva do acesso e da qualificação do cuidado.
- Questionamentos sobre qual seria o ato formal para implantação de um plano de metas.
- De que forma poderia ser feita a definição dos valores variáveis dentro deste sistema de RD.
- O problema do não cumprimento das metas.
- Remuneração variável como alternativa à falta de comprometimento dos profissionais de saúde.
- Utilização de metas já definidas em programas do Ministério da Saúde, como as do PMAQ, por exemplo.

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 11 de dezembro marcou o início, de fato, dos debates sobre RD na atenção básica, que perdurou ininterruptamente até o dia 19 do mesmo mês e contou com moderação todos os dias de 08:00 às 20:00 horas.

Ao longo dos 9 dias de discussões; foram enviadas mensagens de 17 participantes diferentes, num total de 49 posts. Dentre os participantes contabilizaram 7 mulheres e 10 homens. Um total de 8 unidades da federação estiveram representadas no diálogo: DF, MG, MT, PI, PR, RJ, SC, SP. Além dos citados, houve também um participante de Genebra, Suíça.

TEMAS DE DISCUSSÃO

Durante a discussão sobre o tema “RD na Atenção Básica”, os participantes relataram suas experiências, dificuldades enfrentadas e discutiram aspectos relacionados ao processo de implementação de um sistema de RD.

Alguns participantes também compartilharam artigos, estudos e pesquisas que lhes eram de conhecimento, a fim de fomentar as discussões.

Os principais pontos abordados ao longo destes 9 dias incluíram:

- Questões relacionadas ao estabelecimento das metas e indicadores de avaliação de um sistema de RD, tais como:
 - Utilização de metas e indicadores já existentes, como os do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), pois além de facilitar o estabelecimento das metas, evita gerar contradições na equipe em relação aos parâmetros acordados, principalmente sobre a legitimidade dos mesmos;
 - Utilização de indicadores e metas que levam em consideração as especificidades do próprio município, como tamanho da população e problemas de saúde relevantes;
 - Utilização de indicadores e metas de acordo com a localização do trabalho, tais como trabalho em áreas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em área isolada, área rural, etc.
 - Utilização de indicadores e metas de acordo com o tempo do profissional na mesma unidade, formação do profissional, entre outros.

- Necessidade de construir um modelo e de estabelecer parâmetros pactuados conjuntamente entre gestores e profissionais de forma a garantir a longevidade das atitudes e decisões para que o sistema funcione sem afetar a qualidade da prestação do serviço.
- Criar consciência das equipes sobre como trabalhar de acordo com as metas e que os profissionais envolvidos compreendam a importância do cumprimento das mesmas.
- A fonte dos recursos que são alocados na RD.
- A qual tipo de vínculo trabalhista devem estar vinculados aos profissionais remunerados neste modelo e sua relação com a fonte dos recursos.
- Questões relacionadas a complexidade tanto da implementação quanto do funcionamento de um sistema de RD.
- A dificuldade de implantação deste sistema de remuneração sem a segurança da continuidade; ou seja, com a possibilidade de que ao final do mandato da administração que adotou o sistema, este seja descartado ou prejudicado.
- Adoção de um sistema de RD como forma de reduzir a demissão de profissionais quando troca o governo local, pois a estrutura de avaliação contínua dos profissionais poderia, de certa forma, garantir um reconhecimento dos avanços conquistados por todos ao longo da gestão.
- Dificuldade de assimilação por parte das autoridades responsáveis pelo repasse de recursos, quanto a variabilidade mensal do gasto com remuneração. Variação que os recursos do município sofrem com a oscilação dos impostos, principalmente o Fundo de Participação dos Municípios.
- Cuidados a serem mantidos para que um sistema de RD não tenha efeitos negativos e/ou inesperados na saúde, tais como: ter clareza na relação entre as ações induzidas e os resultados esperados; custo burocrático expressivo facilita a possibilidade de abertura de questões judiciais em torno da irredutibilidade dos salários, incorporações salariais, etc;
- Possibilidade do surgimento de disputas internas entre os profissionais; Sentimento de injustiça por parte daqueles cujo salário foi ou tem sido menor do que de outros.
- Cuidado com possíveis comportamentos distorcidos, como a possibilidade do profissional passar a ignorar as importantes tarefas que não são recompensadas com incentivos;

selecionar ou evitar pacientes com base na facilidade para se atingir as metas de desempenho.

- Importância em compreender plenamente os potenciais benefícios e riscos antes da sua implementação;
- Importância em avaliar todas as opções de implementação do sistema, a fim de produzir os melhores resultados e reduzir os riscos e efeitos indesejáveis.
- A necessidade de uma norma legal que autorize e regule o sistema de RD no município, foi assunto recorrente no Diálogo. Os participantes ressaltaram a necessidade de se criar normas que autorizem, principalmente, o rapasse de incentivos na forma prevista pelo modelo instituído.

APÊNDICE 02: Síntese das discussões do Diálogo Online sobre RD na Atenção Básica 02

SÍNTESE DOS DIAS 28, 29 e 30 de JUNHO – ABERTURA

INFORMAÇÕES GERAIS

Os dias 28 a 30 de junho abriram o Diálogo Online sobre o tema “RD na Atenção Básica”.

Participaram da sala de “Abertura” 30 pessoas, além dos moderadores. Um total de 13 unidades da federação esteve representado pelos participantes: SP, ES, PR, GO, PB, RJ, PE, MG, MS, CE, SC, MT, RN, RS e PA.

Contamos com a participação dos especialistas Sábado Girardi, Mario Roberto Dal Poz, Fabiano Rodrigues de Abreu e Cármen Lúcia Soares Gomes.

TEMAS DE DISCUSSÃO

Durante os três primeiros dias de discussão, os participantes tiveram a oportunidade de se apresentar e relatar suas experiências sobre RD em seus municípios.

Várias questões importantes surgiram entre os participantes durante a abertura do debate. As questões foram classificadas em conceituais e que dizem respeito ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), e questões de ordem jurídica:

Questões de ordem conceitual e ao PMAQ:

- Como deve ser estruturado o repasse da RD? E qual deve ser a periodicidade desde repasse (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral ou anual)?
- A avaliação e remuneração devem ser atribuídas por equipe ou individualmente?
- Como calcular o valor pago aos profissionais? Quem determina este valor?
- Os profissionais concursados podem receber incentivo que depois de certo tempo fica incorporado ao salário?
- Como fazer a avaliação das metas? Esta deve ser feita no momento da adesão ao PMAQ ou na recontratualização?
- Qual a forma de associar o incentivo por desempenho a um determinado período que possa ser mensurado?
- É possível atribuir o repasse da verba do PMAQ para cada unidade de saúde?

- Quais profissionais devem ser contemplados? Apenas os responsáveis diretos pela assistência ou os administrativos também?
- A importância de se analisar realidades privadas e públicas de modelos de gestão de RD.

Questões de ordem jurídica:

- Quais são os passos para oficialização do repasse?
- A RD deverá ser implantada por projetos de lei ou portarias?
- A RD tem caráter indenizatório?
- Há incidência de tributos?
- Servidores efetivos que estão afastados de suas funções devem ser contemplados? Há alguma legislação trabalhista que norteie esse processo, permitindo que apenas servidores dedicados à construção de desempenho no ciclo do PMAQ sejam remunerados?

Um dos participantes do debate contribuiu ainda disponibilizando o modelo de Lei que autoriza o pagamento de incentivo financeiro utilizado em seu município, que foi incluído no material de apoio na página inicial. Os demais participantes foram em seguida incentivados a também compartilharem atos normativos através do e-mail: dialogoonline@nescon.medicina.ufmg.br

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 01 de julho foi dedicado à discussão sobre Definição e Formas de RD.

Participaram da sala 30 pessoas, além dos moderadores. Um total de 12 unidades da federação esteve representado pelos participantes: SP, ES, PB, RJ, PE, MG, MS, CE SC, RN, RS e PI.

Contamos com a participação dos especialistas Mario Roberto Dal Poz, Cármen Lúcia Soares Gomes, Renato Leal Paixão Raso e Alexandre Kalil Pires.

TEMAS DE DISCUSSÃO

Durante a discussão sobre o tema “Definição e Formas de RD”, muitos participantes relataram suas experiências e principalmente as dificuldades enfrentadas. Os especialistas responderam a dúvidas dos participantes e levantaram aspectos importantes sobre as diferentes formas de RD. Os pontos em destaque foram:

- Discussão sobre qual porcentagem do incentivo do PMAQ pode ser destinada a remuneração dos profissionais
- Possibilidade de utilização de parte do recurso do PMAQ para pagamento de ‘bonificação’ aos profissionais.
- Prestação de contas dos recursos repassados pelo PMAQ
- Modelos de fixação de marco legal para repasse de incentivo do PMAQ aos profissionais
- Possibilidade de gratificação a profissionais que não trabalham na assistência
- Questões sobre a migração do primeiro para o segundo ciclo do PMAQ

SÍNTESE DOS DIAS 02, 03 E 04 DE JULHO DE 2013

INFORMAÇÕES GERAIS

Os dias 02, 03 e 04 de julho foram dedicados ao tema “Principais questões a serem consideradas para a implementação de uma proposta de RD”. Participaram da sala 43 pessoas. Um total de 11 unidades da federação esteve representado pelos participantes: SP, PB, RJ, PE, MG, GO, MA, BA, RN, PR, PI, CE e SC. Contamos com a participação dos especialistas Sabado Girardi, Cármen Lúcia Soares Gomes, André Rosa Biscaia e Ricardo Silva das Neves e do painelistas Jorge Otavio Maia Barreto.

TEMAS DE DISCUSSÃO

Durante a discussão do tópico “Principais questões a serem consideradas para a implementação de uma proposta de RD” os participantes compartilharam suas experiências e dificuldades enfrentadas e dialogaram sobre importantes questões sobre o processo de elaboração de uma proposta de RD. Os pontos que se destacaram em cada fase foram:

Deliberação:

Sobre a inclusão dos profissionais na pactuação do sistema de RD, foi ressaltada a importância de se envolver os profissionais em todas as etapas do processo (adesão voluntária, contratualização de metas, PMAQ, definição de prioridades e estratégias, correções de rumos, etc.) A estratégia da RD deve ficar clara para os envolvidos desde o início do processo e não ser definida no final como uma simples “premiação” das equipes. Alguns participantes pediram esclarecimentos em relação às etapas de discussão com profissionais.

Desenho e implementação:

- Periodicidade da RD
- Qual percentual do incentivo do PMAQ deve/pode ser utilizado para remuneração, custeio e infraestrutura.
- Quem deve ser contemplado? A equipe completa ou algumas categorias profissionais?
- Como envolver as outras categorias profissionais, como diretoria, coordenadores de programas, auxiliares administrativos, Agentes de Controle de Endemia (ACE) etc.?
- Qual o valor da bonificação deve atribuído a cada profissional? Como resolver a disparidade entre o que é ofertado aos profissionais de diferentes categorias e níveis educacionais?
- Quais indicadores e metas devem ser considerados? Devem ser avaliados indicadores quantitativos, qualitativos ou uma combinação de ambos? Os indicadores são susceptíveis à

alterações de forma a atingir a meta estabelecida? É interessante considerar os indicadores da Atenção Básica?

- Como elaborar projetos de Lei/portarias específicos para a questão da RD?
- Como desenvolver estratégias para melhorar o acesso e responsabilização dos próprios usuários?
- Qual é a atuação do Conselho municipal de Saúde neste processo?
- Foi enfatizada a importância da disseminação da cultura de “trabalho por resultado” em relação à “RD”, valorizando também resultados sociais.

Avaliação:

A importância de avaliar se houve ou não melhoria de resultados após a implantação de uma proposta de RD é unânime entre os participantes. Foram discutidas as diferentes ferramentas que podem ser utilizadas para mensurar o desempenho, além da inclusão de questões como faltas e licenças, que poderiam ser consideradas para medir o desempenho. O “efeito carona” e a possível “manipulação de resultado” foram citados como um problema que necessita de estratégias específicas para serem minimizados.

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 05 de julho foi dedicado à discussão sobre Aspectos jurídicos da regulamentação da RD. Participaram da sala 26 pessoas, além dos moderadores. Um total de 13 unidades da federação esteve representado pelos participantes: SP, BA, PB, RJ, PE, MG, MS, CE, PR, AC, RS, DF e PI. Contamos com a participação dos especialistas Fabiano Rodrigues de Abreu, Lenir Santos e Ricardo Silva das Neves.

TEMAS DE DISCUSSÃO

Durante a discussão sobre o tema “Aspectos jurídicos da regulamentação da RD”, as principais questões abordadas versaram sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal, a importância das leis e decretos regulamentando a RD na atenção básica e a situação dos profissionais afastados do serviço por licença. Os especialistas responderam a dúvidas dos participantes e levantaram aspectos jurídicos importantes que devem ser considerados ao se implementar propostas de RD. Os pontos em destaque foram:

Para o especialista Ricardo Silva das Neves, a Lei Municipal estabelece as normas gerais sobre o assunto, tais como a instituição da RD. Já o Decreto municipal serve para dispor sobre as regras específicas dessa remuneração, casos, exceções, valores, etc. De uma forma mais simplista, o decreto regulamenta a lei. Já Lenir Santos reforça que a lei que irá definir os critérios para a RD precisa ser muito bem pensada para atingir o real objetivo da saúde com o PMAQ, que é a melhoria da qualidade dos serviços. Para que o valor variável não seja incorporado à remuneração é importante que o mesmo não seja pago mensalmente. Esse é um cuidado a se tomar.

Em relação aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, os especialistas concordam que o repasse deve se dar na forma de Incentivo criado por lei, o qual teria caráter indenizatório, ou seja, não seria, salvo melhor juízo, considerado como remuneração, ou seja, gasto com pessoal, característica essa que garantiria a isenção do pagamento do INSS Patronal e o desconto do INSS profissional, permitindo que o profissional receba o incentivo integralmente.

Para evitar problemas com profissionais afastados por licença, o decreto regulamentador deve detalhar o desempenho não só da equipe, mas as ações individuais de cada um dos que a integram, mesmo que superficialmente, focando principalmente em resultados qualitativos. É importante lembrar que o afastamento por motivo de saúde ocorre não por vontade daquele que o apresenta, mas por necessidade. Se houver prática indiscriminada, sempre pelo mesmo servidor, há que se investigar (servidor e profissional que assina o atestado).

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 06 de julho foi dedicado ao encerramento das discussões sobre RD na Atenção Básica. Participaram da sala 09 pessoas, representando as seguintes unidades da federação: BA, PB, PE e MG, além do especialista português André Rosa Biscaia.

TEMAS DE DISCUSSÃO

O especialista André Rosa Biscaia apresentou as experiências sobre RD na atenção básica implantadas em Portugal. Dentre os pontos destacados por ele estão: propostas de RD devem considerar remuneração, autonomia profissional e responsabilização; os incentivos que contemplam todos os profissionais fomentam o trabalho em equipe e a troca de experiências para um melhor desempenho; e deve-se utilizar muitos indicadores que possam cobrir diferentes áreas de atividade, para evitar que se tenha áreas muito desenvolvidas e outras sem desenvolvimento.

De forma geral, houve vários agradecimentos por parte dos participantes, gestores e especialistas, que avaliaram de forma positiva os “Diálogos Online”, salientando a contribuição para qualificação da gestão e valorização dos profissionais da atenção básica, troca de experiências e conhecimentos (pessoais e regionais) e a disponibilização de material de apoio de qualidade.

APÊNDICE 3: Questionário para pesquisa online sobre Remuneração por Desempenho

QUESTIONÁRIO

EXPERIÊNCIAS EM REMUNERAÇÃO VARIÁVEL – REMUNERAÇÃO BASEADA EM DESEMPENHO (RBD)

Bloco I - Identificação de arranjos e processo de deliberação da RBD

1. O município adota algum tipo de incentivo financeiro para os servidores?
☐ Sim
☐ Não

2. A Secretaria Municipal de Saúde adota algum tipo de incentivo financeiro específico para os profissionais da atenção básica?
☐ Sim
☐ Não
 - 2.1. Se sim, esse incentivo é atrelado ao desempenho dos serviços realizados (remuneração por desempenho)?
☐ Sim
☐ Não

3. O incentivo é fixo ou variável (remuneração variável)?
☐ Fixo
☐ Variável

4. Desde quando o incentivo financeiro foi instituído?
☐ antes 1990
☐ 1991-1995
☐ 1995- 1999
☐ 2000-2005
☐ 2005-2010
☐ 2011 em diante

5. Antes ou depois do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)?

☐ Antes

☐ Depois

6. O incentivo ainda está vigente?

☐ Sim

☐ Não

7. O que motivou o município a adotar o incentivo financeiro?

☐ Qualificação profissional

☐ Aumentar a remuneração dos profissionais

☐ Qualificação dos serviços prestados

☐ Adesão ao PMAQ

☐ Reduzir a rotatividade de profissionais

☐ Outros, especifique: _____

8. Quem coordenou o processo de implantação da RBD?

☐ Secretaria Municipal de Administração

☐ Coordenadoria de Recursos Humanos

☐ Secretário Municipal de Saúde

☐ Coordenadoria de Saúde da Família

☐ Comissão Instituída por diversos órgãos para este fim

☐ Outros, especifique: _____

9. Foi constituída alguma comissão específica para deliberar sobre o processo de implantação da RDB?

☐ Sim

☐ Não

9.1 Os profissionais da Secretária de Saúde foram envolvidos no processo de implantação da RDB?

☐ Sim

☐ Não

9.2 Se sim, em que fase(s) do processo eles foram envolvidos?

☐ Negociação

☐ Deliberação

☐ Validação

☐ Elaboração

☐ Implementação

☐ Outra, especifique:

10. Quais os setores do Governo Municipal participaram no processo de implantação da RDB, além da Secretaria Municipal de Saúde?

☐ Nenhum

☐ Administração

☐ Finanças

☐ Jurídico

☐ Outro, especifique: _____

11.

12. O município se apoiou em alguma experiência prévia para realização da RDB?

☐ Sim

☐ Não

11.1 Se sim, qual município/UF? _____

12. Contou com alguma assessoria técnica?

☐ Sim

☐ Não

12.1 Se sim, qual, de que tipo? _____

13. Descreva as principais dificuldades/entraves enfrentadas pela Secretaria Municipal de Saúde nos processos de negociação, elaboração e implementação do incentivo financeiro para a sua força de trabalho.

☐ Múltiplas categorias profissionais

☐ Tramitação do processo demorada

☐ Inviabilidade de análise financeira

☐ Outro, especifique:

Bloco II - Aspectos Jurídicos

14. A criação do incentivo foi discutida na Assembleia Legislativa?

☐ Sim

☐ Não

15. O município possui mesa de negociação para discutir esses assuntos?

☐ Sim

☐ Não

15.1 A RBD foi discutida na Mesa de Negociação

☐ Sim

☐ Não

16. Há lei, decreto ou portaria municipal que institui e regulamente a RBD?

☐ Sim

☐ Não

17. Há uma legislação ou norma específica para o incentivo financeiro, no âmbito da atenção básica?

☐ Sim

☐ Não

18. Existe alguma legislação específica para utilização dos recursos do PMAQ?

☐ Sim

☐ Não

19. Houve algum questionamento/impasse jurídico relativo a implantação ou desenvolvimento da RBD no município?

☐ Sim

☐ Não

Bloco III - Sobre a Remuneração por Desempenho

20. De que forma é realizado o pagamento dos incentivos?

☐ Bônus ou prêmio

☐ Gratificação

☐ Outro, especifique:

21. Como ele é caracterizado na folha de pagamentos?

☐ Como despesa de pessoal (GND 1)

☐ Custeio (GND 3)

22. Qual a periodicidade do pagamento do incentivo financeiro aos trabalhadores?

☐ Mensal

☐ Semestral

☐ Anual

☐ Outro, especifique: _____

23. Quais os critérios para recebimento dos incentivos?

24. Situações em que o incentivo não é devido:

☐ Afastamento do servidor do serviço, qualquer que seja o motivo

☐ Gozo de licenças, com ônus ou sem ônus, para a Administração

☐ Não alcance das metas negociadas na fase de contratualização, pela equipe de atenção básica

☐ “Desistência” do servidor do serviço, exoneração, rescisão ou outro tipo de afastamento

☐ Outro(s), especifique:

25. Há diferenciação do incentivo financeiro por categorias profissionais? Ou por titulação? Ou por desempenho de algumas atividades baseadas em indicadores?

☐ Sim. Qual ? _____

☐ Não

26. Qual o percentual da despesa com o pagamento do incentivo em relação à folha de pagamento mensal da Secretaria Municipal de Saúde? % _____

27. Qual a fonte de recursos empregadas para o pagamento do incentivo financeiro?

☐ _____% Recursos do PMAQ

☐ _____% Recursos próprios

☐ _____% Outra fonte:

28. A sustentabilidade do sistema de RBD está vinculada exclusivamente à existência do PMAQ?

☐ Sim

☐ Não

Bloco IV - Abrangência

29. Quais as categorias profissionais são contempladas?

☐ Trabalhadores de toda a administração municipal

☐ Trabalhadores da saúde pública municipal

☐ Trabalhadores da atenção primária

☐ Equipes da Saúde da Família

☐ Algumas categorias profissionais. Especifique quais:

30. Quem é elegível à remuneração?

☐ Servidores estatutários do quadro

☐ Temporários

☐ Ocupantes de cargos em comissão sem vínculo

☐ Todas as equipes de atenção básica

☐ Apenas equipes as que aderiram ao PMAQ

☐ Todas as categorias profissionais

() Apenas algumas categorias. Especifique quais:

31. Os trabalhadores das entidades privadas prestadoras de serviços foram incluídos entre os elegíveis ao incentivo financeiro?

() Sim

() Não

Bloco V - Indicadores de desempenho
--

32. Os incentivos são baseados em indicadores?

() Sim

() Não

33. O PMAQ está inserido no processo de instituição da RD?

() Sim

() Não

34. Utiliza outros indicadores?

() Indicadores estruturais (e.g volume de procedimento que um profissional executa)?

() Indicadores de processo (e.g. que medem o processo como um todo, como decisão clínica, diagnóstico e tratamento)?

() Indicadores de saúde (e.g colesterol, pressão arterial, glicose)?

() Experiência do usuário (satisfação, tempo de espera, comunicação com os pacientes)

35. Utiliza indicadores de escopos de prática ampliada para profissões especializadas?

() Sim

() Não

Bloco VI - Mecanismos de acompanhamento e monitoramento
--

36. Existe um processo de Avaliação de Desempenho para aferir ?

() Sim

() Não

37. Quais os mecanismos de avaliação e acompanhamento utilizados para basear o pagamento?
- ☐ Avaliação de desempenho
 - ☐ Acompanhamento de indicadores por uma comissão
 - ☐ Avaliação de indicadores pactuados com o gestor
38. Existe processo de avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços de atenção básica?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
39. Foi ou está sendo observado/ constatado algum efeito desde a adoção do mecanismo em relação a indicadores de saúde pactuados no município?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 39.1 Caso positivo, poderia citar algum? _____
40. Aumentou a negociação entre trabalhadores e gestores?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
41. Na sua opinião como gestor, a RDB demonstrou avanços/ resultados para a sua gestão?
- ☐ Sim
 - ☐ Não

Bloco VII - Avaliação

42. Existe algum processo de avaliação dos resultados do programa no município?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
43. Estes dados são divulgados em algum meio de acesso para a opinião pública?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 43.1 Caso positivo, quais? _____

RELATÓRIO FINAL:

MONITORAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Monitoramento da qualidade do emprego
na estratégia saúde da família – 2014

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina - FM
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON
Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de
Mercado - EPSM

**MONITORAMENTO DO MERCADO DE
TRABALHO EM SAÚDE – PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

**Monitoramento da qualidade do emprego na
estratégia saúde da família – 2014**

Relatório Final

Belo Horizonte, dezembro de 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Vice-diretor: Humberto José Alves

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenador: Francisco Eduardo de Campos

Vice-coordenador: Edison José Corrêa

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

PESQUISADORES/CONSULTORES

Alice Werneck Massote

Ana Cristina van Stralen

Cristiana Leite Carvalho

Flávio Paiva Loureiro

Jackson Freire Araújo

Joice Carvalho Rodrigues

Júlia Leite de Carvalho Fernandes

Lucas Wan Der Maas

Luis Antônio Bonolo de Campos

Sabado Nicolau Girardi

ESTAGIÁRIOS

Camila de Araújo Dornelas

Daniel de Souza Marcolino

Daniele Ferreira de Paulo

Danielle Aparecida Pinto

Erick de Oliveira Faria

Joana Natália Cella

Kariny Calixto Ferreira Costa

Lúcia Rodrigues dos Santos

Maíra Luanna de Matos Domingos

Márcio Augusto Canedo de Oliveira

Maria Luiza Bertoldo Vago

Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira

Pedro da Rocha Liz Araújo

Rainer Roland Santos

Samuel Valério da Silva

Vanessa Pereira Alves

INSTITUIÇÃO PATROCINADORA:

Ministério da Saúde do Brasil (MS) – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Departamento de Atenção Básica (DAB).

LISTA DE SIGLAS

EPSM – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado

ESF – Estratégia de Saúde da Família

TAE – Técnico e Auxiliar de Enfermagem

TSB – Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

RBC – Rede Básica Convencional

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Amostra da pesquisa Monitoramento da Qualidade do Emprego na ESF - 2014	20
TABELA 2 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)* BRASIL.....	30
TABELA 3 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)* BRASIL.....	35
TABELA 4 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)* NORTE.....	37
TABELA 5 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)* NORTE.....	42
TABELA 6 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)* NORDESTE.....	44
TABELA 7 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)* NORDESTE.....	49
TABELA 8 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203municípios brasileiros com ESF)* SUDESTE.....	51
TABELA 9 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)* SUDESTE.....	56
TABELA 10 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148municípios brasileiros com ESF)* SUL.....	58
TABELA 11 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF)* SUL.....	63
TABELA 12 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF)* CENTRO-OESTE.....	65
TABELA 13 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF) *CENTRO-OESTE.....	70
TABELA 14 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes.....	72
TABELA 15 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes.....	77
TABELA 16 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes.....	79

TABELA 17 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes.....	84
TABELA 18 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes.....	86
TABELA 19 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes.....	92
TABELA 20 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes.....	94
TABELA 21 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes.....	99
TABELA 22 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital).....	101
TABELA 23 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital).....	106
TABELA 24 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital.....	108
TABELA 25 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital.....	113
TABELA 26 - Municípios que aderiram ao PMAQ (N=650).....	115
TABELA 27 - Municípios que continuam no PMAQ (N=616).....	115
TABELA 28 - Intenção em aderir ao PMAQ (N=34).....	116
TABELA 29 - Impacto do PMAQ no acesso a Atenção Básica (N=616).....	116
TABELA 30 - Impacto do PMAQ na qualidade da atenção básica (N=616).....	117
TABELA 31 - O PMAQ contribuiu para a fixação de médicos na ESF (N=616).....	117
TABELA 32 - Avaliação geral do PMAQ (N=616).....	118
TABELA 33 - Municípios que aderiram ao PROVAB (N=650).....	118
TABELA 34 - Impacto do PROVAB no acesso a Atenção Básica (N=162).....	119

TABELA 35 - Impacto do PROVAB na qualidade da atenção básica (N=162).....	119
TABELA 36 - O PROVAB aumentou o número de equipes de ESF no município (N=162).....	120
TABELA 37 - Houve substituição de médicos contratados por médicos do PROVAB (N=162)..	120
TABELA 38 - Avaliação do PROVAB como estratégia de provimento de profissionais para atenção básica (N=162).....	121
TABELA 39 - Município aderiu ao Mais Médicos (N=650).....	121
TABELA 40 - O Mais Médicos aumentou o número de equipes de ESF no município (N=431).	122
TABELA 41 - Houve substituição de médicos contratados por médicos do Mais Médicos (N=431).....	122
TABELA 42 - Satisfação do gestor em relação ao Mais Médicos (N=431).....	123
TABELA 43 - Opinião dos gestores sobre a satisfação do usuário em relação ao Mais Médicos (N=431).....	123
TABELA 44 - Impacto do Mais Médicos sobre a presença do médico em termos de disponibilidade, carga horária (N=431).....	124
TABELA 45 - Impacto do Mais Médicos sobre a cobertura dos serviços em áreas descobertas, remotas e/ou rurais (N=431).....	124
TABELA 46 - Impacto do Mais Médicos sobre as visitas domiciliares (N=431).....	125
TABELA 47 - Impacto do Mais Médicos sobre atendimento a hipertensos, diabéticos, pré-natal (prioridades da atenção básica) (N=431).....	125
TABELA 48 - Os médicos do Mais Médicos fazem mais coisas (maior variedade de procedimentos)(N=431).....	126
TABELA 49 - Os médicos do Mais Médicos realizam atendimento de urgência e emergência na unidade de saúde(N=431).....	126
TABELA 50 - Os médicos do Mais Médicos realizam pequenas cirurgias na unidade de saúde(N=431).....	127
TABELA 51 - Avaliação do Mais Médicos como estratégia de provimento de profissionais para atenção básica (N=431).....	127

SUMÁRIO

1.	Apresentação	10
2.	Introdução	11
3.	Notas sobre trabalho precário	13
4.	Metodologia	18
	4.1. Amostra	19
	4.2. Descrição das variáveis	22
5.	<i>Tabulações do Resultado</i>	30
6.	<i>Referências</i>	142

1. Apresentação

O objetivo deste relatório é apresentar os resultados do estudo intitulado “Monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia de Saúde da Família – ESF - 2014”, realizado pela Estação de Pesquisa de Mercado de Trabalho (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/FM/UFMG), que integra a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde / Ministério da Saúde / Organização Pan Americana de Saúde (MS/OPAS). Este estudo se enquadra dentro de um processo de cooperação, estabelecido desde 2012 entre a EPSM e o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Desde o início dos anos 2000, a EPSM vem monitorando o emprego na ESF com o objetivo de conhecer as mudanças ocorridas nas formas institucionais e contratuais que cercam suas relações de trabalho, bem como as mudanças nos salários praticados e no tempo de permanência dos profissionais. Para tal, foram realizados seis surveys amostrais, de âmbito nacional, nos anos de 2001, 2006, 2009, 2010, 2011 e 2012 junto aos coordenadores municipais da ESF (GIRARDI *et. al.*, 2002; GIRARDI *et. al.*, 2007; GIRARDI *et. al.*, 2010; GIRARDI *et. al.*, 2011; GIRARDI *et. al.*, 2012). A qualidade do emprego, nesse monitoramento, foi dimensionada, tendo sido considerada como um fator determinante na atração e retenção dos profissionais contratados, sendo esta última, com a formação de vínculo com os usuários/comunidades, condição necessária para a provisão de serviços de saúde de qualidade.

Segundo o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, do Ministério da Saúde, em documento de 2006, cerca de 600 mil trabalhadores em saúde no SUS possuíam trabalhos precários o que representava 24% dos postos de trabalho em serviços de saúde (IBGE, 2006). Com relação aos trabalhadores inseridos na ESF, à época, cerca de 20% a 30% apresentava vínculos precários de trabalho, o que gerava insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais e a qualidade dos serviços (MS, 2006).

Por outro lado, a situação de franca nulidade jurídica (Nogueira, 2004) que caracteriza grande parte da contratação do trabalho precário na administração pública coloca a ESF em risco permanente, quer seja para a gestão quer para o trabalho. Nesse contexto, o permanente monitoramento da qualidade do emprego e das relações de

trabalho na ESF constitui medida de importância crucial para o sucesso da gestão pública setorial e não porque aí se acumulem as maiores evidências de uso de trabalho precário, mas pela importância da estratégia para a política do SUS e pela garantia de sua continuidade.

A medida da qualidade do emprego não é uma tarefa simples, especialmente em se tratando do emprego em serviços públicos. Situações faticamente ilegais convivem com informalidade e precariedade, conformando espaços interpenetrados com limites problemáticos. Tanto o diagnóstico das situações quanto a adoção de medidas para o seu enfrentamento exigem análises criteriosas.

No cômputo geral, os resultados dos *surveys* demonstram uma redução nos níveis de terceirização e precariedade nas contratações de todos os profissionais da equipe da ESF. Embora ainda se observem altos os níveis de precariedade das relações de trabalho para todas as categorias profissionais em todos os anos, observou-se uma tendência de redução sustentada e significativa dos contratos desprotegidos, ao longo do período, para todas as regiões do país e para os municípios de todos os portes. Concomitantemente, observou-se um aumento do tempo médio de permanência dos profissionais de saúde.

As evidências encontradas apontam para um aumento da proteção do trabalho na ESF, o que pode contribuir para a diminuição da insegurança e insatisfação profissional, melhorando a dedicação dos profissionais e a qualidade dos serviços. Ao mesmo tempo as evidências apontam para a busca de maior segurança do ponto de vista jurídico para a ESF. Ainda que a adoção dos contratos temporários com a administração pública seja uma solução transitória, ela permite a regularização temporária dos contratos.

Entretanto, o aumento da prevalência de vínculos estatutários vis a vis a elevada prática dos contratos temporários e a utilização simultânea de duas ou mais formas de vinculação de profissionais, no limite, revela incertezas por parte da gestão pública no que diz respeito aos formatos de contrato de trabalho mais adequados para a condução da ESF nos marcos do direito administrativo vigente. Finalmente, existem evidências que sinalizam para uma relação positiva entre proteção do emprego e tempo de permanência na ESF.

2. Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui uma das intervenções de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde no Brasil. Iniciado em 1994, então chamado de Programa de Saúde da Família, com 328 equipes em 55 municípios com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de um milhão de pessoas, encontra-se presente hoje em mais de 5.450 municípios do país, contando com mais de 38.000 equipes com uma cobertura de cerca de 120 milhões de pessoas, em torno de 61% de cobertura²⁵.

As equipes, formadas em geral por 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem (TAE), e entre 5 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), se responsabilizam por uma área com cerca de 1.000 famílias, equivalendo a aproximadamente 3.500 mil pessoas. A partir de 2000, profissionais de saúde bucal passaram a fazer parte das equipes básicas do programa, na qual se contam 1 Cirurgião-dentista e 1 Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal (TSB).

A presente pesquisa apresenta os principais resultados de um inquérito nacional que teve por objetivo explorar alguns dos impactos do ESF sobre essa última dimensão referente aos mercados de trabalho em saúde. A prioridade estabelecida foi a do conhecimento dos tipos de instituições, modalidades de vínculos contratuais e empregatícios e padrões de remuneração praticados pelas prefeituras e secretarias municipais na implantação e execução da mesma. Ao mesmo tempo o estudo levantou informações sobre aspectos de gerenciamento do programa, bem como sobre problemas de retenção dos profissionais na ESF e estratégias utilizadas para “fixação” dos profissionais.

A caracterização da ESF segundo os tipos de agentes institucionais públicos e privados utilizados na condução do programa é importante para o desenho de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento dos recursos humanos na medida em que a contratação direta pelo poder público de profissionais para a execução do programa, ou, de forma alternativa, a contratação do trabalho dos profissionais via organizações terceiras (públicas ou privadas) implicam na existência de restrições e estruturas de oportunidades distintas, inclusive legais. A construção de um processo de cooperação efetivo e permanente entre a gerência e o trabalho nos serviços públicos de saúde depende, em larga medida, da qualidade das relações de trabalho instituídas pelo

²⁵ Dados disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica – DAB - Ministério da Saúde.

programa. Por outro lado, uma questão fundamental que se coloca é saber sobre a qualidade dos “empregos” gerados pela ESF no que diz respeito a graus de formalização/informalização da relação de trabalho, durabilidade do emprego e salários. Estes atributos são essenciais para avaliar a qualidade, vis-à-vis a precariedade do emprego. O conceito de precariedade é amplo e carrega múltiplas dimensões, do econômico, ao legal, passando pelo político e moral, como será discutido mais a frente.

O relatório está dividido em três partes, além desta introdução. No primeiro tópico são tecidas notas sobre o trabalho precário, nos seguintes, apresenta-se a metodologia e os resultados tabulados por categoria profissional, região geográfica e porte populacional dos municípios amostrados.

3. Notas sobre trabalho precário

A precariedade do trabalho é uma condição multifacetada com determinações econômicas, jurídicas, políticas e morais. Não se trata de um fenômeno unívoco, pois o mesmo varia no tempo, entre países e num mesmo país entre regiões, territórios e tipo de atividade econômica. Também não é um fenômeno novo, existindo desde o início do trabalho assalariado. Em suas determinações atuais tem se insinuado de forma cada vez mais insidiosa no mundo do trabalho (KALLEBERG, 2009).

Não sendo rigorosamente uma novidade, o problema é que o trabalho vem se tornando cada vez mais precário no mundo inteiro, invadindo esferas e setores antes relativamente protegidos, desde a década de 1990. Sob renovadas formas, já não respeita os limites da formalidade tendo contaminado inclusive o setor público, insinuando-se também para dentro do campo tradicionalmente protegido das chamadas profissões liberais. Os teóricos do regulacionismo sempre denunciaram a precariedade como condição normal do trabalho na regulação pós-fordista da economia. Argumentam esses autores que o fim da sociedade de pleno emprego disseminou o trabalho temporário e inseguro, a informalidade e as diversas formas de relações de trabalho abaixo da linha da decência, inclusive naqueles países ocidentais, outrora bastiões do pleno emprego.

A noção genérica de *trabalho precário* costuma ser utilizada em referência a uma multiplicidade de realidades laborativas que de comum têm apenas o fato de não caberem no figurino da *relação de emprego assalariado típico* preconizada, ao largo do

século passado, como padrão normativo pela chamada “civilização do trabalho” (CASTEL, 1996). O emprego típico corresponde a um tipo específico de relação de trabalho, a relação salarial, e tem como parâmetro o trabalho heterônomo (pessoal e dependente) exercido de forma subordinada a um empregador, por tempo indeterminado, a tempo pleno e com salários que, em geral, compartilham os eventuais crescimentos da produtividade. Ademais, conta com proteção social trabalhista e previdenciária, direito à negociação coletiva e cobertura jurídico-legal especial.

O trabalho típico, assalariado, tornou-se hegemônico nas economias capitalistas ocidentais, sobretudo nas sociedades democráticas desenvolvidas e nos estados de bem-estar social, no período de vigência do padrão de acumulação conhecido como fordista ou americanista (Pós-Segunda Guerra a finais dos anos de 1970). De fato, ao largo do século passado, essas economias ergueram um complexo aparato de formas institucionais “extra-mercado” (previdência social, direito do trabalho, leis trabalhistas e previdenciárias etc.), que protegeram relativamente esse tipo de trabalho da autorregulação dos mercados e promoveram a sua hegemonia, elemento fundamental para a consolidação da acumulação fordista. A crise do sistema econômico mundial, sobretudo nos anos de 1990, fez proliferar situações de trabalho atípicas, colocando em cheque o referido paradigma.

Entre as principais situações de trabalho “atípico”, costuma-se incluir o contrato assalariado não regulamentado, o emprego por tempo determinado, o trabalho em tempo parcial, a subcontratação, diversas formas de trabalho associativo, como o trabalho autônomo cooperado, o trabalho autônomo associado em redes (assim chamado de trabalho autônomo de “segunda geração”), o trabalho informal, entre outros. Formas institucionais antigas e já plenamente legisladas e novos arranjos laborativos juridicamente descobertos se misturam, atualmente, nas situações de trabalho atípicas.

Grande parte desses arranjos não típicos foi chamada outrora de trabalho informal ou subemprego. Entretanto, ao longo dos anos de 1990, com o importante incremento da utilização dos contratos de trabalho irregulares, espúrios e atípicos, seja no âmbito da economia privada seja no seio da própria administração pública, estes arranjos receberam a valoração explicitamente negativa de trabalho precário. Neste sentido, o trabalho precário se estabeleceu na arena do mundo do trabalho como conceito contra hegemônico ao de trabalho flexível, apregoado pelos arautos da nova gestão, inclusive no setor público, como novo cânone.

Em países como o Brasil, o desenvolvimento “constrangido” da relação salarial de tipo canônico fez com que sempre convivessem lado a lado e de forma correlata o emprego típico do mercado de trabalho formal com extensos bolsões de trabalho informal e precário (COCCO, 2001). A porcentagem de trabalhadores regularmente empregados e socialmente protegidos no Brasil, tanto no setor público quanto no privado, nunca ultrapassou os 50% (SINGER, 2004). Pouco mais de 1/3 da População Economicamente Ativa (PEA) brasileira usufrui de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários e uma proporção ínfima dos trabalhadores por conta-própria contribui para a Previdência Social (IBGE, 2008).

Em suma, a precariedade pode ser entendida como um processo de perda de qualidade no mercado de trabalho e suas consequências sociais para a população, tais como a redução dos rendimentos e a instabilidade nos postos de trabalho. Em geral, tendem a um padrão inferior, vis a vis à condição assalariada (GALEAZZI, 2002). Kalleberg (2009) define como precário, “... o trabalho incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo”.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), atualmente, define trabalho precário aquele geralmente mal pago, inseguro, desprotegido e insuficiente para sustentar um domicílio. Sete dimensões inter-relacionadas de precariedade, em contraposição ao trabalho decente, são elencadas pela OIT²⁶:

- (1) Insegurança do mercado de trabalho (falta de oportunidades de emprego);
- (2) Insegurança do trabalho (proteção inadequada contra a perda de emprego ou despedida arbitrária);
- (3) Insegurança de emprego (inabilidade de continuar em uma ocupação particular devido à falta de delimitações de ofício e qualificações de trabalho);
- (4) Insegurança de segurança e saúde (condições precárias de segurança ocupacional e saúde);
- (5) Insegurança de reprodução de experiência (falta de acesso à educação básica e treinamento vocacional);
- (6) Insegurança de renda (nível inadequado de renda; nenhuma garantia de recebimento ou expectativa de um nível adequado de renda atual e futura).

²⁶ Reproduz-se aqui textualmente o trabalho de Kalleberg (2009).

Insegurança de renda indica se as rendas são adequadas e se existem auxílios de renda quando necessários;

(7) Insegurança de representação (falta de direitos individuais em leis e de direitos coletivos para negociar). Esse tipo de insegurança pode ser visto como uma causa dos outros tipos, no sentido em que, se trabalhadores são capazes de exercer representação individual e coletiva, eles são menos propensos a ficarem inseguros em outras dimensões.

Segundo Kalleberg (2009) a expansão do trabalho precário em todo o mundo está relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical. No Brasil, o aumento da precarização resultou em grande parte das reformas liberais que acompanharam a privatização e a desregulação do trabalho, bem como da crise econômica ocorrida nos anos de 1990, em que se observou baixo dinamismo do mercado de trabalho, acentuado desemprego e ampliação dos níveis de informalidade (MATTOSO & POCHMANN, 1998).

No que concerne ao trabalho em saúde, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS do Ministério da Saúde, em documento de 2006, estimava em cerca de 600 mil trabalhadores precários no SUS (24% dos postos de trabalho computados pela pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE em 1985) e que 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), à época, apresentava vínculos precários de trabalho. Esse cenário gerava insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais e a qualidade dos serviços (MS, 2006).

Ao largo dos anos 2000, observou-se uma tendência à desprecarização do trabalho na ESF. Diminuiu de forma considerável a contratação terceirizada de trabalho que, se já em 2001 tinha expressão minoritária, em 2009 foi praticada por menos de 5% dos municípios. Ao mesmo tempo, observou-se um importante avanço em direção à utilização de trabalho protegido e à regularização dos vínculos. Aumentaram também os salários embora em ritmo menor que o do conjunto das ocupações na economia (CARVALHO *et al*, 2010).

Em parte, conforme reconhece o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, essa tendência à desprecarização pode ser atribuída à ação mais ou menos independente dos Tribunais de Conta da União e dos Estados e dos Ministérios Públicos do Trabalho Federal e Estaduais. Outra parte desse movimento, porém, certamente, deve ser atribuída às políticas públicas sociais

inclusionistas a partir de 2002 que, rechaçando as teses do neoliberalismo, instituíram, no período, uma agenda positiva de fortalecimento do estado, valorização dos serviços e servidores públicos (MS, 2006).

No campo das relações de trabalho, especificamente na área da saúde, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Ministério da Saúde, em 2003; o trabalho das Mesas de Negociação Permanente do SUS e, muito especialmente, a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho, revelaram-se como marco político-institucional decisivo para esta tendência. As novas esferas públicas de deliberação no campo da gestão do trabalho criadas no período, reunindo trabalhadores, gestores e cidadãos usuários de serviços de saúde do SUS, propiciaram um ambiente para a revisão dos processos de terceirização e precarização do trabalho em curso no setor saúde. Nessas instâncias, particularmente os sindicatos e outras organizações do trabalho exerceram um contra movimento democrático à precarização (CARVALHO *et al*, 2010).

Apesar dos avanços observados no trabalho em saúde, a precarização ainda se constitui como problema relevante, especialmente no âmbito da contratação de médicos para a Estratégia Saúde da Família. Mais de 70% dos municípios informam a prática da contratação temporária para médicos e cerca de 50% do total dos contratos de médicos são temporários (CARVALHO *et al*, 2010). Houve, é verdade, expansão da proporção dos municípios que utilizam vínculos estatutários na ESF para todas as categorias profissionais. Atualmente cerca de 30% destes contratam preferencialmente os médicos na ESF como estatutários, proporção que chega a mais de 50% para o caso dos Agentes Comunitários de Saúde e demais categorias de nível médio. Os contratos estatutários somam cerca de 40% do total dos contratos de médicos na ESF. Para isto, os municípios, ou criaram novos cargos, ou remanejaram pessoal estatutário já existente em seus quadros para a ESF (*op. cit.*).

Mas a principal via utilizada para a regularização dos vínculos não foi a da criação de cargos e realização dos concursos, mas a solução transitória da criação de contratos temporários regidos por legislação especial. Vale lembrar que se com este movimento os municípios cumprem o requisito da legalidade – regularizando os vínculos por um tempo determinado – postergam para o futuro a solução definitiva do problema da precarização (*op. cit.*).

Em verdade, mais da metade dos gestores municipais não consideram que o vínculo direto dos profissionais com órgãos da administração direta seja o mais

adequado para a provisão de trabalho no âmbito da ESF. Quase 50% deles, quando indagados sobre a razão para a utilização do vínculo estatutário apontam que o motivo é a exigência legal (o regime jurídico único estatutário) e 15% citam o aproveitamento dos quadros efetivos já disponíveis. A dificuldade da criação de cargos e da realização dos concursos públicos, em razão da ritualística envolvida no processo e a dificuldade de preenchimento das vagas, particularmente para o caso dos médicos, são citadas, igualmente, por pouco mais de 20% dos gestores. Por outro lado, 33,5% citam a flexibilidade como principal razão para utilização preferencial de contratos regidos pela CLT (*op. cit.*).

4. Metodologia

Este estudo consistiu em um *survey* conduzido junto a coordenadores de ESF de uma amostra de 863 municípios brasileiros, estratificada por porte populacional e região geográfica. O objetivo foi verificar mudanças nas formas de contratação e vinculação do trabalho de profissionais que atuam na estratégia, além da média de remuneração, tempo de permanência no trabalho e estratégias utilizadas para fixação de profissionais de nível superior. O mesmo foi conduzido através de **Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC)** a partir de um questionário eletrônico elaborado para este propósito.

A metodologia de ETAC para o estudo foi escolhida por diversas razões, dentre as quais podemos destacar a rapidez na coleta e no processamento dos dados – é possível completar uma pesquisa telefônica no mesmo tempo que se tomaria para planejar uma pesquisa por correio ou interpessoal; (ii) o baixo custo comparativamente às outras formas de coleta de dados, especialmente quando se leva em consideração o tamanho do país; (iii) a taxa de resposta, geralmente muito superior àquelas alcançadas por correio; no caso de pesquisas telefônicas institucionais, como a que foi realizada, a experiência tem apresentado taxas de respostas superiores a 90% da amostra; (iv) maior controle sobre os entrevistadores e sobre o processo de coleta de dados, garantindo maior precisão nas respostas (REA& PARKER, 1997). Destaca-se também a experiência de 15 anos da EPSM nesse tipo de coleta e a possibilidade de comparação com os resultados dos *surveys* anteriores, que também foram realizados por esta metodologia.

Para operacionalização da pesquisa, foram utilizadas 06 posições telefônicas, ocupadas por 12 operadores e um servidor de rede operado pelo supervisor operacional da pesquisa. O trabalho foi executado em dois turnos de 4 horas, e cada entrevista gastou em média 20 minutos para sua realização, sendo feito, em média, 03 ligações por estabelecimento, para contatar e coletar as informações dos respondentes. A fase de coleta de dados teve duração de dois meses, sendo realizado entre os dias 06 de setembro e 02 de novembro de 2014. **A taxa de resposta da pesquisa foi de 75,31%.**

Na sequência, apresentam-se pormenores da amostra e das variáveis utilizadas.

4.1. Amostra

Os municípios componentes da pesquisa foram escolhidos com base no universo dos 5.566 municípios brasileiros identificados com existência de Estratégia da Saúde da Família (ESF) em 2014 segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS). Deste universo, a totalidade das 27 capitais de Estado foi selecionada automaticamente. Dos 5.538 restantes, definiu-se uma amostra aleatória simples estratificada por região geográfica e porte populacional. Foi utilizado um intervalo de confiança de 90% e margem de erro de 5%. Cabe ressaltar ainda que apenas uma parte dos amostrados foi sorteada, já que 542 (1 município do painel fixo não possui mais ESF - 541 painel fixo de 2014) municípios, mais as Capitais, comporão os selecionados por participarem do monitoramento desde 2001, os chamados municípios do painel fixo.

No total, foi selecionada uma amostra composta de 859 municípios sendo:

- (i) 27 capitais de Estado;
- (ii) 569 municípios do painel fixo, composto por aqueles que responderam ao monitoramento nas versões anteriores (2001, 2006, 2009, 2010, 2011 e 2012). Esse grupo permite o conhecimento das razões para eventuais mudanças e permanências nos padrões do emprego da ESF. Ressalta-se que as 27 capitais estaduais, ainda que não selecionadas segundo a amostra aleatória simples, compõem o painel fixo desde 2009;
- (iii) 291 municípios que não compõem o painel fixo, sorteados especificamente para o monitoramento de 2014. Esse grupo foi escolhido no sentido de

acompanhar a qualidade do emprego na expansão da ESF (módulo de expansão);

TABELA 70 – Amostra da pesquisa Monitoramento da Qualidade do Emprego na ESF - 2014

Região natural	Porte populacional*	Universo (N)	Municípios do painel fixo**	Municípios sorteados em 2014	Amostra (n)
Norte	Capitais	7	7	0	7
	Mais de 100 mil habitantes	19	1	2	3
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	42	4	3	7
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	111	9	9	18
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	107	10	8	18
	Até 10 mil habitantes	155	15	0	15
Nordeste	Capitais	9	9	0	9
	Mais de 100 mil habitantes	52	8	1	9
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	119	18	2	20
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	442	44	25	69
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	578	50	38	88
	Até 10 mil habitantes	593	60	30	90
Sudeste	Capitais	4	4	0	4
	Mais de 100 mil habitantes	133	14	8	22
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	101	14	3	17
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	277	32	12	44
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	346	35	20	55
	Até 10 mil habitantes	734	70	38	108
Sul	Capitais	3	3	0	3
	Mais de 100 mil habitantes	49	5	3	8
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	47	6	2	8
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	152	15	10	25
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	220	20	15	35
	Até 10 mil habitantes	653	54	44	98
Centro-oeste	Capitais	4	4	-1	3
	Mais de 100 mil habitantes	15	4	1	5
	Mais de 50 até 100 mil habitantes	18	2	1	3
	Mais de 20 até 50 mil habitantes	77	12	4	16
	Mais de 10 até 20 mil habitantes	104	13	13	26
	Até 10 mil habitantes	247	27	-1	26
BRASIL		5.418	569***	291	859

* A amostra inclui a totalidade das capitais das 27 Unidades da Federação e uma amostra aleatória simples tendo como referência os demais 5.382 municípios brasileiros identificados com existência de ESF em fevereiro de 2012 segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Nesta amostra, os municípios foram estratificados por porte populacional e região geográfica. Foi utilizado um intervalo de confiança de 90% e margem de erro de 5%.

**Municípios que responderam aos levantamentos de 2001, 2006, 2009, 2010, 2011 e 2012, exceto capitais, que responderam aos levantamentos apenas em 2009, 2010, 2011 e 2012.

***Consta no CNES que dentre os municípios do painel fixo, um destes não possui mais ESF, sendo assim, excluído do monitoramento de 2014.

4.2. Descrição das variáveis

Bloco 1 – Perfil do município

- Nome do município; nome, cargo, formação e endereço eletrônico do respondente; telefone da secretaria de saúde; unidade da federação e região geográfica.

Bloco 2 – Informações sobre a Atenção Básica à Saúde

- *Forma como está organizada a Atenção Básica no município* (Estratégia de Saúde da Família; PACS; Rede Básica Convencional);
- *Ano de implantação da ESF no município.*
- *Número de equipes de ESF:* permite aferir a intensidade da adesão do município à estratégia, e através da comparação com dados de pesquisas já existentes, identificar a evolução do processo de introdução da ESF na Atenção Básica à Saúde.
- *Número de equipes de ESF com Saúde Bucal:* indica o nível de adequação do município à “filosofia” da integralidade, preconizada nas determinações do Ministério da Saúde que dizem respeito à introdução dessa modalidade de atendimento.
- *Adesão do município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Ano da primeira adesão; se continua no PMAQ; Número de equipes do PMAQ com Saúde Bucal; Número de equipes do PMAQ sem Saúde Bucal; Interesse em aderir ao PMAQ [para aqueles que não aderiram].*
- *Adesão ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB); Número de médicos, dentistas e enfermeiros do PROVAB;*
- *Adesão ao programa Mais Médicos; Número de médicos do Mais Médicos (brasileiros formados no Brasil; Brasileiros formados no exterior; Cubanos; Outras nacionalidades.)*

Bloco 3 – Formas de recrutamento, agentes contratantes, modalidades de contratação, salários e jornada

As perguntas deste bloco foram feitas separadamente e repetidamente para cada categoria profissional da ESF, nessa ordem:

- (i) Médicos;
- (ii) Enfermeiros;
- (iii) Cirurgiões-dentistas (CD);
- (iv) Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- (v) Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TAE);
- (vi) Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal (TASB).

• *Forma de recrutamento predominante:* a forma de recrutamento é o instrumento ou conjunto de instrumentos utilizados pelo gestor municipal para selecionar os profissionais que compõem a equipe de ESF. A variável forma de recrutamento, introduzida nessa pesquisa, é um importante instrumento de verificação do nível de utilização de formas “legais” nos processos seletivos do profissional da ESF nos municípios. Aponta o grau de discricionariedade do poder executivo na definição do perfil e escolha dos profissionais, bem como as implicações destas formas na definição dos tipos de vínculos que serão estabelecidos. As categorias utilizadas foram:

a) Concurso Público com edital: A realização de concursos públicos como forma de recrutamento de profissionais para o serviço público está prevista na Constituição brasileira (BRASIL, 1988), em seu artigo 37, inciso II, onde se encontra a seguinte redação: “Art. 37. II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração”. A utilização de concurso público para o preenchimento de cargos da ESF determina a utilização de órgãos públicos como agentes contratantes e a modalidade de contratação deverá ser o Estatutário.

b) Seleção Pública com edital: A seleção pública foi definida como uma forma simplificada de concurso público, que pode ou não dispensar a

realização de prova de conhecimentos, limitando-se no primeiro caso a análise de currículo e entrevista, que leve em consideração a qualificação comprovada em títulos requerida para o exercício do posto de trabalho. Foi considerado critério essencial para a diferenciação com a livre contratação a publicação de edital como forma de garantir o acesso universal.

c) Livre Contratação: Por livre contratação entende-se o recrutamento de profissionais sem a utilização de nenhum processo público de seleção. É utilizado com frequência para o preenchimento de vagas, bastando ao recrutado cumprir as exigências legais para ocupação do posto de trabalho, como titulação acadêmica, registro profissional, morador da comunidade, etc., dependendo da função a ser desempenhada. Não existe respaldo para a vinculação de profissionais à administração pública por meio de livre contratação, salvo para cargos comissionados ou para contratação temporária em casos de extrema excepcionalidade. Em ambos os casos, tais situações não se aplicam à ESF. A livre contratação constitui franca irregularidade, caracterizando situações de contrato de direito nulo, para fins legais, quando praticada por órgão da administração pública direta ou indireta, nas formas do direito público ou privado.

d) Programa do Governo Federal (PROVAB ou Mais Médicos): este item só foi incluído nas categorias médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

e) Não contrata.

f) Não tem profissional no momento.

- *Utilização de contratação direta*: identifica a prefeitura como agente contratante utilizado na contratação dos profissionais da ESF, permitindo mensurar níveis de execução direta das relações de trabalho. Pode ser feita através da Administração Direta, por Autarquia ou Fundação Municipal; Consórcio Intermunicipal de saúde; Órgão Estadual; Órgão Federal; e Empresa Pública ou Sociedade de Economia mista (federal, estadual, municipal).

- *Modalidade de contratação na contratação direta*: corresponde aos tipos de vínculos existentes entre os profissionais de ESF e prefeitura (contratação direta). Os tipos de

vínculos estão definidos no direito administrativo, nos casos de cargo, emprego ou função pública, na legislação trabalhista quando se configura relação de trabalho ou no Código Civil, quando se trata de uma relação comercial entre dois entes jurídicos. Quando se trata de vinculação de agente público a cargos, empregos e funções na administração pública a relação está constitucionalmente disciplinada e regulamentada por legislação específica (a Lei 8.112/1991 – Lei do Regime Jurídico Único, e a Lei 8745 de 1993, para a contratação temporária por excepcional interesse público, para o governo federal, e seus congêneres nos estados e municípios).

O uso dessa variável pretende proporcionar, em conjunto com outras variáveis (em especial a base de remuneração e o agente contratante) uma visão da qualidade do vínculo, onde é possível construir uma escala dos níveis de precarização. Além disso, o cruzamento dessa variável com a forma de recrutamento e agente contratante permite aferir graus de legalidade e regularidade do vínculo.

As categorias propostas no inquérito para modalidades de contratação foram:

- a) Servidor Público efetivo regido por Estatuto (Estatutário);
- b) Trabalhador empregado regido pela CLT;
- c) Cargos comissionados
- d) Contrato temporário com a Administração Pública;
- e) Prestadores de serviço - Autônomos Pessoa Física;
- f) Prestadores de serviço – Autônomos Pessoa Jurídica;
- g) Programas Federais: Bolsa PROVAB (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) e Bolsa Mais Médicos (médicos)
- h) Outros

É importante ressaltar que apenas os três primeiros tipos de vínculo configuram regimes de trabalho regularmente admitidos na administração pública.

- *Número de profissionais*: corresponde ao quantitativo de profissionais ocupados em cada categoria profissional por tipo de agente contratante e modalidade de contratação;

- *Jornada de Trabalho*: essa variável é constantemente utilizada nas análises de qualidade de emprego e precarização do trabalho e corresponde ao tempo semanal que o profissional em questão dedica ao exercício de suas atividades. A ESF é uma estratégia

que estabelece uma jornada fixa para todos os membros das equipes de saúde em 40 horas semanais. A Portaria 2.488, de 21 de Outubro de 2011 estabelece novas formas de inserção de médicos nas equipes de ESF, com carga horária semanal de 30 e 20 horas, cadastrados em diferentes modalidades de equipes.

Como o objetivo de avaliar o impacto da flexibilização da carga horaria de médicos, foi perguntando apenas para aqueles municípios que possuem médicos de 20 e 30 horas na ESF, se a mudança da carga horaria de médicos, com a flexibilização da carga horaria para 20 e 30 horas semanais, facilitou a contratação de médicos no município (facilitou muito, facilitou, facilitou pouco, não facilitou); se contribuiu para o aumento da cobertura da ESF no município (contribuiu muito, contribuiu, contribuiu pouco, não contribuiu); e se contribuiu para diminuir o problema da rotatividade/fixação de médicos no município (contribuiu muito, contribuiu, contribuiu pouco, não contribuiu).

- *Salário médio*: corresponde à remuneração mensal média dos profissionais de cada categoria pesquisada. No caso dos médicos, foi perguntado os salários médios de acordo com as jornadas de trabalho existentes no município. Foram considerados os salários vigentes por ocasião da entrevista.

- *Utilização de contratação indireta*: identifica outro agente contratante, que não a Prefeitura, na contratação dos profissionais da ESF. Trata-se de terceirização por meio de agentes da sociedade civil, qualificados para receberem recursos públicos sem licitação por meio de contratos de gestão e termos de parceria, chegando à empresa privada com fins lucrativos. A pergunta foi feita no sentido de aferir a utilização de cada uma das seguintes entidades:

- a) Entidade Filantrópica;

- a) Organização Social (OS);

- b) Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP);

- d) Organização Não Governamental – ONG (sem outra qualificação);

- e) Cooperativa;

- f) Entidade Empresarial (empresa privada, sociedade de quotas de responsabilidade Ltda.);

g) Outra.

Foi perguntado ainda o quantitativo de profissionais contratados por cada entidade, a jornada de trabalho e o salário médio dos mesmos.

Bloco 4 – Tempo de permanência e posto vago

A questão da rotatividade de profissionais na ESF, especialmente médicos, é um problema recorrente entre os municípios, ainda que o tempo médio de permanência na estratégia tenha diminuído ao longo da década de 2000. Nesse sentido, manteve-se nesse *survey* a pergunta sobre o tempo médio de permanência do profissional na ESF e incluíram-se quesitos sobre postos de trabalho vagos:

- *Tempo médio de permanência*: indica o tempo médio, em anos e/ou meses, que os profissionais permanecem ocupados na ESF do município. Para fins de análise, os dados foram ajustados na unidade ano.
- *Existência de posto de trabalho vago*: indica se, por ocasião da entrevista, existia um posto de trabalho na ESF, de cada categoria profissional, não ocupado e com candidatura aberta para ocupa-lo;
- *Existência de dificuldade de preenchimento*: opinião do respondente sobre a existência, ou não, de dificuldade no preenchimento daquele posto vago;
- *Tempo médio para o preenchimento do posto vago*: indica o tempo médio, em dias, semanas, meses e/ou anos, para o preenchimento daquele posto vago. Para fins de análise, os dados foram ajustados na unidade mês.

Para as categorias profissionais de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas foi ainda pesquisado quantos profissionais trocaram de equipe no último ano; quantos profissionais saíram da ESF no último ano e qual o índice de rotatividade destes profissionais no município (muito alto, relativamente alto e baixo).

Somente para os médicos foi ainda pesquisado se estes cumprem a carga horaria contratada e se trabalham na urgência e emergência de hospitais e prontos socorros no município. Para esta ultima, em caso positivo foi perguntado se estes médicos possuem outro contrato fomentado pela administração municipal para este trabalho.

Bloco 5 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Nessa questão foi investigado se o município possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o número de profissionais por categoria (médico pediatra, médico ginecologista obstetra; médico acupunturista, médico psiquiatra, médico homeopata, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, farmacêutico e outros).

Bloco 6 – Estratégias de fixação de profissionais na ESF

• *Estratégia utilizada para fixar profissionais na ESF do município:* Nessa questão é investigado junto aos respondentes se o município oferece aos profissionais das seis categorias as seguintes estratégias de fixação:

- a) Adicional monetário por metas, resultados, produção e desempenho;
- b) Adicional monetário por exercício em áreas rurais e/ou com dificuldade de acesso;
- c) Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas e/ou inseguras;
- d) Adicional monetário por titulação;
- e) Adicional monetário por tempo de serviço;
- f) Auxílio transporte/alimentação;
- g) Assistência médica, odontológica;
- h) Auxílio moradia;
- i) Turnos flexíveis/folgas semanais;
- j) Aumento salarial nos últimos 12 meses;
- k) Planos de Cargo e Carreiras;
- l) Oferta ou liberação para cursos de capacitação/educação permanente;
- m) Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.

Com o objetivo de avaliar a influência do PMAQ na oferta destes incentivos pelo município, foi perguntado aos respondentes se os mesmos foram implantados após a adesão do município ao PMAQ e se utilizam recursos do PMAQ.

Bloco 7 – Questões opinativas PMAQ, PROVAB e Mais Médicos

Neste último bloco procurou-se avaliar a opinião dos respondentes sobre o impacto dos programas PMAQ, PROVAB e Mais Médicos (somente para aqueles municípios que indicaram adesão aos programas no Bloco 2). Foram investigadas as seguintes questões com relação a cada programa:

- *PMAQ*: impacto do PMAQ na qualidade e no acesso à atenção básica (aumentou muito, aumentou, não alterou, diminuiu); contribuição do PMAQ para a fixação de médicos no município (contribuiu muito, contribuiu pouco, não contribuiu); e avaliação geral do respondente com relação ao PMAQ (muito bom, bom, regular, ruim, péssimo).

- *PROVAB*: impacto do PROVAB na qualidade e no acesso à atenção básica (aumentou muito, aumentou, não alterou, diminuiu); se o PROVAB aumentou o número de equipes de ESF no município; se houve substituição de médicos contratados pelo município por médicos do PROVAB e qual a avaliação geral do respondente em relação ao PROVAB como estratégia de provimento de profissionais para a atenção básica (muito bom, bom, regular, ruim, péssimo).

- *Mais Médicos*: se o Mais Médicos aumentou o número de equipes de ESF no município; se houve substituição de médicos contratados pelo município por médicos do Mais Médicos; satisfação do respondente com relação a vinda de médicos do Mais Médicos (muito satisfeito, satisfeito, neutro, insatisfeito, muito insatisfeito); opinião do respondente sobre a satisfação dos usuários com relação a vinda de médicos do Mais Médicos (muito satisfeito, satisfeito, neutro, insatisfeito, muito insatisfeito).

Com relação ao acesso e qualidade da atenção básica, foi perguntado qual o impacto (aumentou, não alterou ou diminuiu) do Mais Médicos sobre os seguintes itens:

- a) a presença do médico em termos de disponibilidade, carga horária básica;
- b) cobertura dos serviços em áreas descobertas, remotas e/ou rurais;
- c) visitas domiciliares
- d) atendimento a hipertensos, diabéticos, pré-natal (prioridades da atenção básica);
- e) o número de atendimentos em geral (redução de filas, etc)
- f) resolução de casos antes encaminhados para níveis secundários e terciários de atenção (atenção psicossocial, ambulatorial, especializada).

Foi perguntado ainda se houve diminuição no número de atendimentos hospitalares; se os médicos do Mais Médicos realizam maior variedade de procedimentos; se eles realizam atendimentos de urgência e emergência na unidade de saúde; se realizam pequenas cirurgias na unidade de saúde e qual a avaliação geral do respondente em relação ao Mais Médicos como estratégia de provimento de profissionais para a atenção básica (muito bom, bom, regular, ruim, péssimo).

5. Tabulações do Resultado

Tabela 2 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)* BRASIL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	199	395	387	459	384	405
	%	30,6	60,8	59,5	70,6	59,1	62,3
<i>Seleção pública com edital</i>	n	69	81	71	66	81	181

		%	10,6	12,5	10,9	10,2	12,5	27,8
		n	231	155	161	107	133	56
<i>Livre contratação</i>		%	35,5	23,8	24,8	16,5	20,5	8,6
		n	117	0	0			
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>		%	18,0	0,0	0,0			
		n	1	1	2	2	22	1
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>		%	0,2	0,2	0,3	0,3	3,4	0,2
		n	31	18	22	16	30	7
<i>Não contrata</i>		%	4,8	2,8	3,4	2,5	4,6	1,1
		n	650	650	650	650	650	650
<i>Total</i>		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		n	2	0	7	0	28	0
<i>Sem o profissional no momento</i>		%	0,3	0,0	1,1	0,0	4,3	0,0
		n	594	637	622	637	605	642
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura		%	91,4	98,0	95,7	98,0	93,1	98,8
		n	253	398	405	454	382	397
<i>Estatutário</i>		%	42,6	62,5	65,1	71,3	63,1	61,8
		n	117	143	127	143	123	211
<i>CLT</i>		%	19,7	22,4	20,4	22,4	20,3	32,9
		n	316	248	244	211	206	150
<i>Temporário</i>		%	53,2	38,9	39,2	33,1	34,0	23,4
		n	6	17	3	4	4	3
<i>Comissionado</i>		%	1,0	2,7	0,5	0,6	0,7	0,5
		n	12	6	5	5	5	1
<i>Autônomo</i>		%	2,0	0,9	0,8	0,8	0,8	0,2
		n	28	4	6	1	2	1
<i>Pessoa Jurídica</i>		%	4,7	0,6	1,0	0,2	0,3	0,2
		n	7	6	6	7	1	2
<i>Outro</i>		%	1,2	0,9	1,0	1,1	0,2	0,3

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)
***BRASIL**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	35	26	22	23	16	14
	%	5,4	4,0	3,4	3,5	2,5	2,2
<i>Filantrópica</i>	n	7	4	5	4	3	3
	%	20,0	15,4	22,7	17,4	18,8	21,4

	OS	n	6	6	3	4	3	2
		%	17,1	23,1	13,6	17,4	18,8	14,3
	OSCIPS	n	1	1	1	1	1	1
		%	2,9	3,8	4,5	4,3	6,3	7,1
	ONG	n	2	2	1	3	1	2
		%	5,7	7,7	4,5	13,0	6,3	14,3
	Cooperativa	n	7	4	4	4	4	0
		%	20,0	15,4	18,2	17,4	25,0	0,0
	Empresa	n	10	4	4	1	1	1
		%	28,6	15,4	18,2	4,3	6,3	7,1
	Outra	n	4	4	1	3	1	1
		%	11,4	15,4	4,5	13,0	6,3	7,1
Programas do Governo Federal								
	PROVAB	n	134	21	14			
		%	20,6	3,2	2,2			
	MAIS MÉDICOS	n	406					
		%	62,5					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)
*BRASIL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
Estatutário	Nº	2.223	3.878	2.540	7.252	2.951	22.712
	Média	9,1	9,8	6,5	16,3	7,9	57,9
CLT	Nº	643	2.057	796	2.107	1.156	14.477
	Média	5,7	14,4	6,4	15,1	9,5	68,9
Temporário	Nº	1.394	1.202	856	1.441	867	4.264
	Média	4,5	5,0	3,6	7,1	4,3	28,8
Comissionado	Nº	11	60	4	4	5	7
	Média	2,8	3,5	1,3	1,3	1,3	2,3
Autônomo	Nº	33	25	19	38	27	0
	Média	3,0	5,0	3,8	12,7	5,4	0,0
Pessoa jurídica	Nº	66	28	0	0	2	0
	Média	3,0	7,0	0,0	0,0	2,0	0,0
Outro (Contratação Direta)	Nº	8	5	2	3	0	20
	Média	8,0	4,2	2,0	3,0	0,0	20,0
Contratação Indireta	Nº	2.519	2.256	403	2.833	541	9.260
	Média	74,1	102,6	22,0	166,7	41,6	1.028,9
PROVAB	Nº	704	79	18			
	Média	5,4	4,2	1,8			
MAIS MÉDICOS	Nº	2.343					
	Média	5,8					
Média da Carga Horária Semanal							
Estatutário	Média	38,7	39,8	38,0	39,8	39,8	39,9
CLT	Média	39,1	39,8	38,2	39,9	40,0	40,0
Temporário	Média	39,2	39,8	39,3	40,0	39,8	39,9
Comissionado	Média	40,0	38,8	40,0	35,0	40,0	40,0
Autônomo	Média	37,7	40,0	34,0	40,0	40,0	40,0
Pessoa jurídica	Média	36,5	40,0	*	*	40,0	*
Outro (Contratação Direta)	Média	40,0	40,0	40,0	40,0	*	40,0
Contratação Indireta	Média	38,2	39,6	39,5	40,0	40,0	40,0
PROVAB	Média	37,9	37,6	40,0			
MAIS MÉDICOS	Média	38,6					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)*

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	9.803,16	2.908,68	3.342,45	1.107,39	1.061,47	976,62
	DP	7.110,80	1.029,90	1.530,38	370,65	545,75	211,21
<i>CLT</i>	Média	9.389,20	2.751,91	3.223,17	1.107,17	1.095,29	932,10
	DP	3.102,92	847,51	1.332,14	349,27	957,08	176,94
<i>Temporário</i>	Média	10.507,31	2.876,31	2.944,62	967,89	893,12	903,45
	DP	7.733,73	2.157,94	937,92	244,72	272,88	154,05
<i>Comissionado</i>	Média	10.625,00	2.685,29	3.350,00	1.083,33	916,67	1.116,67
	DP	3.682,73	961,41	1.921,59	325,32	202,07	175,59
<i>Autônomo</i>	Média	11.050,00	2.500,00	3.360,00	781,67	909,00	950,00
	DP	2.456,11	905,54	650,38	31,75	225,62	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	10.865,96	2.750,00	*	*	800,00	*
	DP	3.790,13	288,68	*	*		
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	15.000,00	3.200,00	3.000,00	1.200,00	*	950,00
	DP		541,60			*	
<i>Contratação Indireta</i>	Média	10.938,53	3.158,26	3.888,95	1.186,53	1.089,57	1.016,00
	DP	5.105,80	1.281,06	1.698,02	428,99	403,04	183,98
<i>PROVAB</i>	Média	10.043,86	3.095,13	2.644,44			
	DP	504,67	691,58	630,70			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	9.622,22					
	DP	1.691,21					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)
*BRASIL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (anos)?	Média	3,7	5,3	5,0	5,9	5,3	6,9
	DP	3,2	3,3	3,6	4,3	4,7	3,9
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	2,9	3,4	2,6			
	DP	5,2	6,9	3,7			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	2,8	2,7	1,9			
	DP	4,5	4,9	1,6			
Índice de rotatividade							
<i>Muito alto</i>	n	152	23	19			
	%	23,4	3,5	2,9			
<i>Relativamente alto</i>	n	191	67	87			
	%	29,4	10,3	13,4			
<i>Baixo</i>	n	305	558	528			
	%	46,9	85,8	81,2			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	134	64	92	77	70	169
	%	20,6	9,8	14,2	11,8	10,8	26,0
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	360	131	233	77	124	73
	%	55,4	20,1	35,8	11,8	19,1	11,2
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em meses)?	Média	2	1	1	1	1	2
	DV	3,4	2,9	2,5	1,7	3,4	4,8

Tabela 3 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)* BRASIL

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município				Categoria						Após PMAQ	Recursos PMAQ
				Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE		
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	231	177	190	193	184	187	183	193	137	125
	%	38,8	83,1	89,2	90,6	86,4	87,8	85,4	90,6	64,3	58,7
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	73	50	59	61	55	51	50	58	7	9
	%	11,2	68,5	80,8	83,6	69,9	69,9	68,5	69,9	9,6	12,5
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	27	16	21	19	18	16	16	18	1	2
	%	4,2	59,3	77,8	70,4	66,7	59,3	59,3	66,7	3,7	7,4
Adicional monetário por titulação	n	131	101	119	123	118	106	104	104	7	4
	%	20,2	77,1	90,8	93,9	90,1	80,9	79,4	79,4	5,3	3,1
Adicional monetário por tempo de serviço	n	262	242	246	251	252	257	248	250	6	4
	%	40,3	92,4	93,9	95,8	96,2	98,1	94,7	95,4	2,3	1,5
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	253	202	240	213	209	207	207	212	13	8
	%	38,9	79,8	94,9	84,2	82,6	81,8	81,8	83,8	5,1	3,2
Assistência médica, odontológica	n	86	77	78	79	78	79	79	78	2	2
	%	13,2	89,5	90,7	91,9	90,7	91,9	91,9	90,7	2,3	2,3
Auxilio moradia	n	148	17	143	27	24	18	17	17	6	6
	%	22,8	11,5	96,6	18,2	16,2	12,2	11,5	11,5	4,1	4,1
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	269	226	259	244	243	233	233	230	8	
	%	41,6	84,0	96,3	90,7	90,3	86,6	86,6	85,5	3,0	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	300	264	273	272	271	267	267	281	13	6
	%	46,2	88,0	91,0	90,7	90,3	89,0	89,0	93,7	4,3	2,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=650 municípios brasileiros com ESF)* BRASIL

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município				Categoria						Após PMAQ	Recursos PMAQ
				Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS		
<i>Plano de Cargo e Carreiras</i>	n	190	164	169	172	171	175	168	169	5	
	%	29,2	86,3	88,9	90,5	90,0	92,1	88,4	88,9	2,6	
<i>Oferta ou liberação de curso de capacitação/educação permanente</i>	n	614	602	607	608	603	604	604	606	11	
	%	94,5	98,0	98,9	99,0	98,2	98,4	98,4	98,7	1,8	
<i>Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.</i>	n	344	211	326	280	215	243	212	212	1	
	%	52,9	61,3	94,8	81,4	62,5	70,6	61,6	61,6	0,3	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 4 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)* NORTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	8	26	28	34	26	30
	%	16,7	54,2	58,3	70,8	54,2	62,5
<i>Seleção pública com edital</i>	n	3	7	4	5	5	14
	%	6,3	14,6	8,3	10,4	10,4	29,2
<i>Livre contratação</i>	n	18	13	13	8	14	3
	%	37,5	27,1	27,1	16,7	29,2	6,3
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	15	0	0			
	%	31,3	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	0	0	1	0	2	0
	%	0,0	0,0	2,1	0,0	4,2	0,0
<i>Não contrata</i>	n	4	2	2	1	1	1
	%	8,3	4,2	4,2	2,1	2,1	2,1
<i>Total</i>	n	48	48	48	48	48	48
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	0	0	0	0	3	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2	0,0
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	45	48	47	48	45	48
	%	93,8	100,0	97,9	100,0	93,8	100,0
<i>Estatutário</i>	n	18	30	34	36	30	31
	%	37,5	62,5	72,3	76,6	66,7	64,6
<i>CLT</i>	n	4	8	8	10	6	12
	%	8,3	16,7	17,0	21,3	13,3	25,0
<i>Temporário</i>	n	26	26	25	18	19	13
	%	54,2	54,2	53,2	38,3	42,2	27,1
<i>Comissionado</i>	n	0	2	0	0	0	0
	%	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Autônomo</i>	n	1	1	1	1	1	0
	%	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	1	0	0	0	0	0
	%	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Outro</i>	n	1	0	1	1	0	0
	%	2,1	0,0	2,1	2,1	0,0	0,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)
*NORTE

Variáveis/Indicadores		Categoria						
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	
Municípios que realizam contratação indireta	n	0	0	0	0	0	0	
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Filantrópica	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	OS	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	OSCIPS	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	ONG	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Cooperativa	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Empresa	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Outra	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas do Governo Federal								
PROVAB	n	10	4	0				
	%	20,8	8,3	0,0				
MAIS MÉDICOS	n	37						
	%	77,1						

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF) *NORTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
Estatutário	Nº	66	180	140	571	126	2.033
	Média	4,1	6,4	4,5	16,3	4,5	67,8
CLT	Nº	14	143	31	193	35	1.615
	Média	4,7	17,9	3,9	21,4	5,8	134,6
Temporário	Nº	236	140	84	80	71	756
	Média	9,1	5,6	3,8	5,3	4,4	58,2
Comissionado	Nº	0	4	0	0	0	0
	Média	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autônomo	Nº	3	10	5	20	8	0
	Média	3,0	10,0	5,0	20,0	8,0	0,0
Pessoa jurídica	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outro (Contratação Direta)	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contratação Indireta	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PROVAB	Nº	55	11	0			
	Média	5,5	3,7	0,0			
MAIS MÉDICOS	Nº	237					
	Média	6,4					
Média da Carga Horária Semanal							
Estatutário	Média	39,4	40,0	38,7	39,4	38,6	40,0
CLT	Média	37,5	40,0	37,1	40,0	40,0	40,0
Temporário	Média	38,8	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Comissionado	Média	*	40,0	*	*	*	*
Autônomo	Média	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	*
Pessoa jurídica	Média	*	*	*	*	*	*
Outro (Contratação Direta)	Média	40,0	*	*	*	*	*
Contratação Indireta	Média	*	*	*	*	*	*
PROVAB	Média	38,5	40,0	*			
MAIS MÉDICOS	Média	38,9					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)
*NORTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
Estatutário	Média	8.865,63	2.818,97	3.179,31	1.062,29	986,00	1.000,17
	DP	3.855,50	724,37	1.446,52	268,30	194,92	116,65
CLT	Média	14.125,00	3.228,57	3.600,00	986,00	770,33	948,17
	DP	4.802,34	670,11	793,73	259,06	70,07	118,95
Temporário	Média	14.651,28	2.812,32	2.914,43	980,24	899,38	985,23
	DP	19.254,50	546,81	941,49	184,77	129,59	124,39
Comissionado	Média	*	2.650,00	*	*	*	*
	DP	*	1.626,35	*	*	*	*
Autônomo	Média	15.000,00	3.000,00	3.000,00	800,00	800,00	
	DP						
Pessoa Jurídica	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
Outro (Contratação Direta)	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
Contratação Indireta	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
PROVAB	Média	10.000,00	2.700,00	*			
	DP	0,00	0,00	*			
MAIS MÉDICOS	Média	9.903,03					
	DP	1.694,93					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)
*NORTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (anos)?	Média	3,2	4,8	4,4	5,5	6,6	6,7
	DP	3,1	2,9	3,3	4,0	12,8	3,9
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	3,1	4,0	4,7			
	DP	4,4	4,9	5,2			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	3,6	3,9	3,0			
	DP	4,9	6,8	3,0			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	12	2	2			
	%	25,0	4,2	4,2			
Relativamente alto	n	12	6	8			
	%	25,0	12,5	16,7			
Baixo	n	24	40	37			
	%	50,0	83,3	77,1			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	7	8	12	4	5	9
	%	14,6	16,7	25,0	8,3	10,4	18,8
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	18	14	23	5	10	4
	%	37,5	29,2	47,9	10,4	20,8	8,3
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em meses)?	Média	2,3	1,1	1,8	1,3	1,3	2,2
	DV	2,2	1,8	2,6	1,8	1,4	4,6

Tabela 5 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)* NORTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município			Categoria							Após PMAQ	Recursos PMAQ
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS			
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	13	9	12	12	9	10	9	9	10	7
	%	27,1	69,2	92,3	92,3	69,2	76,9	69,2	69,2	76,9	53,9
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	11	10	10	10	10	10	10	11	4	5
	%	22,9	90,9	90,9	90,9	90,9	90,9	90,9	100,0	36,4	45,5
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	3	1	3	2	1	1	1	1	0	0
	%	6,3	33,3	100,0	66,7	33,3	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0
Adicional monetário por titulação	n	12	9	12	12	10	9	9	9	1	0
	%	25,0	75,0	100,0	100,0	83,3	75,0	75,0	75,0	8,3	0,0
Adicional monetário por tempo de serviço	n	13	9	11	11	11	12	10	9	0	0
	%	27,1	69,2	84,6	84,6	84,6	92,3	76,9	69,2	0,0	0,0
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	12	8	11	11	9	9	10	8	3	2
	%	25,0	66,7	91,7	91,7	75,0	75,0	83,3	66,7	25,0	16,7
Assistência médica, odontológica	n	5	4	5	4	4	4	4	4	0	0
	%	10,4	80,0	100,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	0,0	0,0
Auxilio moradia	n	13	1	13	2	2	1	1	1	1	2
	%	27,1	7,7	100,0	15,4	15,4	7,7	7,7	7,7	7,7	15,4
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	20	16	19	19	18	19	19	17	0	
	%	41,7	80,0	95,0	95,0	90,0	95,0	95,0	85,0	0,0	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	13	9	10	11	11	10	11	12	2	0
	%	27,1	69,2	76,9	84,6	84,6	76,9	84,6	92,3	15,4	0,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=48 municípios brasileiros com ESF)* NORTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município				Categoria						Após PMAQ	Recursos PMAQ
				Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE		
Plano de Cargo e Carreiras	n	14	11	11	11	11	12	10	10	0	
	%	29,0	78,6	78,6	78,6	78,6	85,7	71,4	71,4	0,0	
Oferta ou liberação de curso de capacitação/educação permanente	n	45	45	45	45	45	45	45	45	0	
	%	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	
Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.	n	23	11	24	19	11	14	11	11	0	
	%	47,9	100,0	218,2	172,7	100,0	127,3	100,0	100,0	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 6 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)* NORDESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	46	100	96	130	98	145
	%	24,6	53,5	51,3	69,5	52,4	77,5
<i>Seleção pública com edital</i>	n	17	14	16	9	17	35
	%	9,1	7,5	8,6	4,8	9,1	18,7
<i>Livre contratação</i>	n	68	66	67	41	61	7
	%	36,4	35,3	35,8	21,9	32,6	3,7
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	48	0	0	xxx	xxx	xxx
	%	25,7	0,0	0,0	xxx	xxx	xxx
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	1	0	0	1	2	0
	%	0,5	0,0	0,0	0,5	1,1	0,0
<i>Não contrata</i>	n	7	6	8	6	9	0
	%	3,7	3,2	4,3	3,2	4,8	0,0
<i>Total</i>	n	187	187	187	187	187	187
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	1	0	0	0	2	0
	%	0,5	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	171	182	182	185	182	187
	%	91,4	97,3	97,3	98,9	97,3	100,0
<i>Estatutário</i>	n	75	118	114	138	105	156
	%	43,9	64,8	62,6	74,6	57,7	83,4
<i>CLT</i>	n	28	30	33	27	30	37
	%	16,4	16,5	18,1	14,6	16,5	19,8
<i>Temporário</i>	n	111	104	101	93	90	38
	%	64,9	57,1	55,5	50,3	49,5	20,3
<i>Comissionado</i>	n	0	2	1	0	0	1
	%	0,0	1,1	0,5	0,0	0,0	0,5
<i>Autônomo</i>	n	5	1	2	1	1	0
	%	2,9	0,5	1,1	0,5	0,5	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	3	1	1	0	2	0
	%	1,8	0,5	0,5	0,0	1,1	0,0
<i>Outro</i>	n	1	1	3	0	0	2
	%	0,6	0,5	1,6	0,0	0,0	1,1

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)
*NORDESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	n	6	6	5	4	4
	%	%	3,2	3,2	2,7	2,1	2,1
Filantrópica	n	n	0	0	0	0	0
	%	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OS	n	n	0	0	0	0	0
	%	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OSCIPS	n	n	0	0	0	0	0
	%	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ONG	n	n	0	0	0	0	0
	%	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cooperativa	n	n	5	4	4	4	4
	%	%	83,3	66,7	80,0	100,0	100,0
Empresa	n	n	1	1	1	0	0
	%	%	16,7	16,7	20,0	0,0	0,0
Outra	n	n	0	1	0	0	0
	%	%	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0
Programas do Governo Federal							
PROVAB	n	n	56	4	9		
	%	%	29,9	2,1	4,8		
MAIS MÉDICOS	n	n	134				
	%	%	71,7				

(continua)

(continuação)

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)
*NORDESTE**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	604	1.488	1.036	1.922	1.032	12.107
	Média	8,4	12,7	9,3	14,3	9,9	78,6
<i>CLT</i>	Nº	87	159	134	462	331	1.487
	Média	3,1	5,3	4,1	17,1	11,0	40,2
<i>Temporário</i>	Nº	431	475	412	708	452	415
	Média	4,0	4,7	4,1	8,0	5,1	11,2
<i>Comissionado</i>	Nº	0	11	1	0	0	5
	Média	0,0	21,0	1,0	0,0	0,0	5,0
<i>Autônomo</i>	Nº	12	1	6	7	6	0
	Média	2,4	1,0	3,0	7,0	6,0	0,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	8	4	4	0	2	0
	Média	2,7	4,0	4,0	0,0	2,0	0,0
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	23	31	0	44	24	0
	Média	3,8	5,2	0,0	11,0	6,0	0,0
<i>PROVAB</i>	Nº	327	25	8			
	Média	5,8	6,3	1,6			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	729					
	Média	5,4					
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	39,7	39,9	39,1	40,0	39,9	40,0
<i>CLT</i>	Média	40,0	40,0	38,8	40,0	40,0	39,7
<i>Temporário</i>	Média	39,6	39,8	39,8	40,0	39,9	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	x	30,0	40,0	*	*	40,0
<i>Autônomo</i>	Média	37,0	40,0	40,0	40,0	40,0	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	33,3	40,0	40,0	*	40,0	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	*	*	*	*	40,0
<i>Contratação Indireta</i>	Média	36,8	40,0	40,0	40,0	40,0	*
<i>PROVAB</i>	Média	38,1	38,0	38,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	38,5					

(continua)

(continuação)

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)
*NORDESTE**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	8.806,73	2.996,87	3.078,58	941,83	912,59	995,83
	DP	2.279,88	989,68	1.025,38	303,07	300,77	214,75
<i>CLT</i>	Média	7.950,71	2.751,72	2.666,67	929,37	1.278,97	946,44
	DP	2.034,12	588,96	420,32	278,66	1.852,70	125,28
<i>Temporário</i>	Média	9.212,73	2.735,22	2.787,19	873,55	819,97	927,16
	DP	7.648,83	643,28	601,35	166,82	160,88	195,78
<i>Comissionado</i>	Média	*	2.750,00	5.500,00	*	*	1.300,00
	DP	*	1.767,77		*	*	
<i>Autônomo</i>	Média	11.010,00	3.800,00	3.900,00	800,00	800,00	*
	DP	2.403,23		848,53			*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	7.100,00	3.000,00	3.000,00	*	800,00	*
	DP	655,74			*		*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	*	*	*	*	950,00
	DP	*	*	*	*	*	
<i>Contratação Indireta</i>	Média	8.750,00	2.306,67	2.788,00	786,00	768,50	*
	DP	1.890,77	647,51	615,61	58,86	55,70	*
<i>PROVAB</i>	Média	10.000,00	2.650,00	2.840,00			
	DP	0,00	100,00	181,66			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	9.727,35					
	DP	1.459,37					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)
*NORDESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (anos)?	Média	3,2	5,4	4,6	6,2	5,3	9,2
	DP	2,8	3,2	3,1	3,7	3,2	4,0
Quanto profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	2,8	2,9	2,7			
	DP	2,9	2,9	2,5			
Quanto profissionais saíram da ESF no último ano	Média	2,3	2,1	2,0			
	DP	2,0	3,1	1,4			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	43	1	6			
	%	23,0	0,5	3,2			
Relativamente alto	n	61	16	29			
	%	32,6	8,6	15,5			
Baixo	n	83	170	150			
	%	44,4	90,9	80,2			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	48	4	28	10	18	49
	%	25,7	2,1	15,0	5,3	9,6	26,2
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	105	21	66	14	29	3
	%	56,1	11,2	35,3	7,5	15,5	1,6
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em meses)?	Média	2	0,6	1,4	0,7	1,06	1,03
	DV	2,5	0,8	3,4	0,7	2,03	1,29

Tabela 7 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)* NORDESTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município			Categoria							Após PMAQ	Recursos PMAQ
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS			
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	91	78	81	84	81	82	80	85	60	57
	%	48,7	85,7	89,0	92,3	89,0	90,1	87,9	93,4	65,9	62,6
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	29	17	21	24	21	17	17	21	1	1
	%	15,5	58,6	72,4	82,8	72,4	58,6	58,6	72,4	3,4	3,4
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	9	6	8	8	8	6	6	7	0	1
	%	4,8	66,7	88,9	88,9	88,9	66,7	66,7	77,8	0,0	11,1
Adicional monetário por titulação	n	25	17	22	23	22	18	18	18	3	2
	%	13,4	68,0	88,0	92,0	88,0	72,0	72,0	72,0	12,0	8,0
Adicional monetário por tempo de serviço	n	55	51	51	52	51	52	51	53	1	1
	%	29,4	92,7	92,7	94,5	92,7	94,5	92,7	96,4	1,8	1,8
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	67	46	64	52	50	47	46	48	2	2
	%	35,8	68,7	95,5	77,6	74,6	70,1	68,7	71,6	3,0	3,0
Assistência médica, odontológica	n	11	11	11	11	11	11	11	11	1	0
	%	5,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	9,1	0,0
Auxilio moradia	n	56	9	55	17	14	10	9	9	3	3
	%	29,9	16,1	98,2	30,4	25,0	17,9	16,1	16,1	5,4	5,4
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	87	66	84	77	77	69	69	66	1	
	%	46,5	75,9	96,6	88,5	88,5	79,3	79,3	75,9	1,1	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	44	31	35	33	33	31	31	37	3	2
	%	23,5	70,5	79,5	75,0	75,0	70,5	70,5	84,1	6,8	4,5

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=187 municípios brasileiros com ESF)* NORDESTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município				Categoria						Após PMAQ	Recursos PMAQ
				Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS		
<i>Plano de Cargo e Carreiras</i>	n	31	28	30	31	29	29	29	29	2	
	%	16,6	90,3	96,8	100,0	93,5	93,5	93,5	93,5	6,5	
<i>Oferta ou liberação de curso de capacitação/educação permanente</i>	n	173	171	171	172	171	171	171	171	3	
	%	92,5	97,2	97,2	97,7	97,2	97,2	97,2	97,2	1,7	
<i>Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.</i>	n	96	54	90	76	55	59	54	54	0	
	%	51,3	56,3	93,8	79,2	57,3	61,5	56,3	56,3	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 8 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)* SUDESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	71	114	119	123	120	92
	%	35,0	56,2	58,6	60,6	59,1	45,3
<i>Seleção pública com edital</i>	n	28	35	26	35	30	75
	%	13,8	17,2	12,8	17,2	14,8	36,9
<i>Livre contratação</i>	n	64	45	46	38	34	30
	%	31,5	22,2	22,7	18,7	16,7	14,8
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	28	0	0			
	%	13,8	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	1	1	4	0	5	1
	%	0,5	0,5	2,0	0,0	2,5	0,5
<i>Não contrata</i>	n	11	8	8	7	14	5
	%	5,4	3,9	3,9	3,4	6,9	2,5
<i>Total</i>	n	203	203	203	203	203	203
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	1	1	5	0	9	0
	%	0,5	0,5	5,5	0,0	4,4	0,0
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	180	195	187	194	183	197
	%	88,7	96,1	92,1	95,6	90,1	97,0
<i>Estatutário</i>	n	68	102	108	118	112	85
	%	37,8	52,3	57,8	60,8	61,2	43,1
<i>CLT</i>	n	43	54	46	51	44	83
	%	23,9	27,7	24,6	26,3	24,0	42,1
<i>Temporário</i>	n	86	69	64	57	57	57
	%	47,8	35,4	34,2	29,4	31,1	28,9
<i>Comissionado</i>	n	3	3	0	2	1	1
	%	1,7	1,5	0,0	1,0	0,5	0,5
<i>Autônomo</i>	n	4	2	1	3	1	1
	%	2,2	1,0	0,5	1,5	0,5	0,5
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	7	1	3	1	9	1
	%	3,9	0,5	1,6	0,5	4,9	0,5
<i>Outro</i>	n	2	1	0	2	1	0
	%	1,1	0,5	0,0	1,0	0,5	0,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)
*SUDESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	20	16	13	18	10	9
	%	9,9	7,9	6,4	8,9	4,9	4,4
Filantrópica	n	6	4	5	4	3	3
	%	30,0	25,0	38,5	22,2	30,0	33,3
OS	n	5	6	3	4	3	1
	%	25,0	37,5	23,1	22,2	30,0	11,1
OSCIPS	n	1	1	1	1	1	1
	%	5,0	6,3	7,7	5,6	10,0	11,1
ONG	n	2	2	1	3	1	2
	%	10,0	12,5	7,7	16,7	10,0	22,2
Cooperativa	n	2	0	0	0	0	0
	%	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Empresa	n	2	0	1	0	0	0
	%	10,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0
Outra	n	4	3	1	3	1	1
	%	20,0	18,8	7,7	16,7	10,0	11,1
Programas do Governo Federal							
PROVAB	n	39	5	3			
	%	19,2	2,5	1,5			
MAIS MÉDICOS	n	115					
	%	56,7					

(continua)

(continuação)

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)
*SUDESTE**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	356	680	431	1.263	535	3.357
	Média	5,4	6,7	4,1	10,7	5,0	39,5
<i>CLT</i>	Nº	279	1.290	406	768	486	8.133
	Média	6,5	23,9	9,2	15,4	11,1	99,2
<i>Temporário</i>	Nº	5	5	216	395	215	1.792
	Média	403,0	351,0	3,4	6,9	3,8	32,0
<i>Comissionado</i>	Nº	4	5	0	1	1	0
	Média	7,0	14,0	0,0	1,0	1,0	0,0
<i>Autônomo</i>	Nº	4	7	6	11	6	10
	Média	16,0	13,0	6,0	11,0	6,0	10,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	2	3	6	0	0	0
	Média	14,0	3,0	2,0	0,0	0,0	0,0
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	8	1	0	0	0	0
	Média	8,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	2.464	2.220	0	2.784	516	8.242
	Média	129,7	170,8	0,0	214,2	64,5	1.177,4
<i>PROVAB</i>	Nº	230	16	7			
	Média	6,1	4,0	2,3			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	888					
	Média	7,9					
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	38,5	39,7	37,4	39,8	39,9	40,0
<i>CLT</i>	Média	40,0	39,4	38,2	40,0	40,0	40,0
<i>Temporário</i>	Média	39,3	40,0	38,8	40,1	40,0	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	40,0	40,0	*	30,0	40,0	x
<i>Autônomo</i>	Média	37,5	40,0	20,0	40,0	40,0	40,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	37,1	40,0	33,3	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	40,0	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	38,4	39,3	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>PROVAB</i>	Média	38,1	40,0	34,7			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	38,7					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)
*SUDESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	8.866,51	2.701,05	3.054,07	1.043,03	984,78	920,46
	DP	2.476,86	1.058,14	1.328,12	274,49	244,53	151,37
<i>CLT</i>	Média	9.456,82	2.669,72	3.355,88	1.131,34	1.013,00	920,86
	DP	2.741,02	865,14	1.374,09	307,06	244,00	199,71
<i>Temporário</i>	Média	10.043,05	2.933,96	2.779,05	994,37	861,64	855,38
	DP	3.127,47	2.638,64	978,00	213,69	144,63	127,66
<i>Comissionado</i>	Média	10.500,00	2.033,33	*	1.400,00	*	*
	DP	2.121,32	115,47	*		*	*
<i>Autônomo</i>	Média	10.875,00	2.050,00	3.000,00	745,00	745,00	950,00
	DP	2.015,56	353,55				
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	10.428,57	2.500,00	2.366,67	*	*	*
	DP	3.790,65		230,94	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	15.000,00	2.800,00	*	*	*	*
	DP			*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	9.822,22	3.500,00	3.937,50	1.242,86	1.131,11	1.034,86
	DP	3.345,51	1.466,55	1.638,61	387,72	325,13	205,99
<i>PROVAB</i>	Média	10.030,30	3.642,33	2.850,00			
	DP	636,63	1.154,12	70,71			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	9.708,08					
	DP	1.430,12					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)
*SUDESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião- dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (anos)?	Média	4,0	5,1	5,2	5,7	5,0	5,5
	DP	3,6	2,6	3,8	4,9	3,1	3,3
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	2,1	2,4	1,7			
	DP	1,8	1,8	0,8			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	2,5	2,5	1,5			
	DP	2,6	4,8	0,8			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	48	8	2			
	%	23,6	3,9	1,0			
Relativamente alto	n	67	16	26			
	%	33,0	7,9	12,8			
Baixo	n	87	177	166			
	%	42,9	87,2	81,8			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	37	17	27	33	16	41
	%	18,2	8,4	13,3	16,3	7,9	20,2
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	113	43	66	26	32	26
	%	55,7	21,2	32,5	12,8	15,8	12,8
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em meses)?	Média	2	1	1	1	2	1
	DV	4,5	4,3	2,4	2,3	5,0	4,3

Tabela 9 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)* SUDESTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município			Categoria							Após PMAQ	Recursos PMAQ
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS			
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	57	47	52	50	48	49	48	51	34	30
	%	28,1	83,5	91,2	87,7	84,2	86,0	84,2	89,5	59,6	52,6
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	15	9	13	11	10	9	9	10	1	1
	%	7,4	60,0	86,7	73,3	66,7	60,0	60,0	66,7	6,7	6,7
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	8	3	4	3	3	3	3	4	0	0
	%	3,9	37,5	50,0	37,5	37,5	37,5	37,5	50,0	0,0	0,0
Adicional monetário por titulação	n	27	20	22	24	24	21	21	21	0	0
	%	13,3	74,1	81,5	88,9	88,9	77,8	77,8	77,8	0,0	0,0
Adicional monetário por tempo de serviço	n	80	74	76	77	78	79	77	77	0	0
	%	39,4	92,5	95,0	96,3	97,5	98,8	96,3	96,3	0,0	0,0
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	97	83	93	83	83	84	84	86	4	2
	%	47,8	85,6	95,9	85,6	85,6	86,6	86,6	88,7	4,1	2,1
Assistência médica, odontológica	n	32	28	28	29	29	28	28	28	0	1
	%	15,8	87,5	87,5	90,6	90,6	87,5	87,5	87,5	0,0	3,1
Auxilio moradia	n	44	5	41	5	5	5	5	5	1	0
	%	21,7	11,4	93,2	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	2,3	0,0
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	79	70	76	71	73,0	71	71	71	3	
	%	38,9	88,6	96,2	89,9	92,4	89,9	89,9	89,9	3,8	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	98	89	91	90	90	89	89	94	1	0
	%	48,3	90,8	92,9	91,8	91,8	90,8	90,8	95,9	1,0	0,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=203 municípios brasileiros com ESF)* SUDESTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município				Categoria						Após PMAQ	Recursos PMAQ
				Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE		
Plano de Cargo e Carreiras	n	58	50	52	53	54	55	52	53	1	
	%	28,6	86,2	89,7	91,4	93,1	94,8	89,7	91,4	1,7	
Oferta ou liberação de curso de capacitação/educação permanente	n	196	191	191	193	191	191	193	193	4	
	%	96,6	97,4	97,4	98,5	97,4	97,4	98,5	98,5	2,0	
Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.	n	101	65	96	78	66	70	65	65	0	
	%	49,8	64,4	95,0	77,2	65,3	69,3	64,4	64,4	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 10 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF)* SUL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	61	119	110	122	101	93
	%	41,2	80,4	74,3	82,4	68,2	62,8
<i>Seleção pública com edital</i>	n	17	20	21	15	24	40
	%	11,5	13,5	14,2	10,1	16,2	27,0
<i>Livre contratação</i>	n	46	7	9	8	7	14
	%	31,1	4,7	6,1	5,4	4,7	9,5
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	15	0	0			
	%	10,1	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	0	0	4	1	10	0
	%	0,0	0,0	2,7	0,7	6,8	0,0
<i>Não contrata</i>	n	9	2	4	2	6	1
	%	6,1	1,4	2,7	1,4	4,1	0,7
<i>Total</i>	n	148	148	148	148	148	148
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	0	0	3	0	12	0
	%	0,0	2,0	0,0	0,0	8,1	0,0
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	136	147	143	146	133	146
	%	91,9	99,3	96,6	98,6	90,5	98,6
<i>Estatutário</i>	n	69	112	108	109	92	79
	%	50,7	76,2	75,5	74,7	69,2	54,1
<i>CLT</i>	n	37	47	34	45	36	61
	%	27,2	32,0	23,8	30,8	27,1	41,8
<i>Temporário</i>	n	54	17	26	19	19	31
	%	39,7	11,6	18,2	13,0	14,3	21,2
<i>Comissionado</i>	n	0	7	0	0	0	0
	%	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Autônomo</i>	n	0	1	1	0	0	0
	%	0,0	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	14	0	0	0	0	0
	%	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Outro</i>	n	3	4	2	2	0	0
	%	2,2	2,7	1,4	1,4	0,0	0,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF) *SUL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião- dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	9	3	4	1	2	4
	%	6,1	2,0	2,7	0,7	1,4	2,7
Filantrópica	n	1	0	0	0	0	0
	%	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OS	n	1	0	0	0	0	1
	%	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0
OSCIPS	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ONG	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cooperativa	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Empresa	n	7	3	2	1	1	1
	%	77,8	100,0	50,0	100,0	50,0	25,0
Outra	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas do Governo Federal							
PROVAB	n	18	5	1			
	%	12,2	3,4	0,7			
MAIS MÉDICOS	n	86					
	%	58,1					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF) *SUL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
Estatutário	Nº	826	912	713	2.300	545	2.355
	Média	12,3	8,1	6,7	21,3	6,1	29,8
CLT	Nº	253	450	212	656	274	2.588
	Média	7,2	9,6	6,2	14,9	7,8	42,4
Temporário	Nº	137	41	44	84	37	449
	Média	2,8	2,6	1,7	4,4	2,1	14,5
Comissionado	Nº	0	14	0	0	0	0
	Média	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autônomo	Nº	0	0	2	0	0	0
	Média	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0
Pessoa jurídica	Nº	28	0	0	0	0	0
	Média	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outro (Contratação Direta)	Nº	0	4	2	3	0	0
	Média	0,0	1,3	2,0	3,0	0,0	0,0
Contratação Indireta	Nº	32	5	0	6	1	1.018
	Média	3,6	1,7	0,0	6,0	1,0	509,0
PROVAB	Nº	37	18	2			
	Média	2,3	3,6	2,0			
MAIS MÉDICOS	Nº	356					
	Média	4,3					
Média da Carga Horária Semanal							
Estatutário	Média	37,6	39,6	36,5	39,8	39,9	39,6
CLT	Média	37,6	40,0	37,4	39,5	40,0	40,0
Temporário	Média	39,0	40,0	38,5	40,0	40,0	39,4
Comissionado	Média	*	40,0	*	*	*	*
Autônomo	Média	*	*	30,0	*	*	*
Pessoa jurídica	Média	36,5	*	*	*	*	*
Outro (Contratação Direta)	Média	x	40,0	40,0	40,0	*	*
Contratação Indireta	Média	38,8	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
PROVAB	Média	37,4	40,0	40,0			
MAIS MÉDICOS	Média	38,4					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF) *SUL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	11.700,99	2.948,75	3.877,23	1.379,79	1.247,02	935,37
	DP	12.157,24	1.020,67	1.722,91	388,33	420,24	150,68
<i>CLT</i>	Média	9.423,55	2.773,45	3.569,70	1.228,93	1.113,83	925,82
	DP	3.268,53	897,69	1.831,58	426,31	399,94	190,92
<i>Temporário</i>	Média	11.787,21	2.808,67	3.644,00	1.213,33	1.231,06	881,55
	DP	4.429,01	735,90	1.479,89	346,19	660,93	132,78
<i>Comissionado</i>	Média	*	3.042,86	*	*	*	*
	DP	*	1.027,71	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	*	*	3.000,00	*	*	*
	DP	*	*		*	*	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	12.191,00	*	*	*	*	*
	DP	3.746,08	*	*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	3.333,33	3.000,00	1.200,00	*	*
	DP	*	577,35			*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	15.091,63	3.266,67	6.350,00	2.000,00	2.000,00	950,00
	DP	7.661,07	115,47	1.626,35			70,71
<i>PROVAB</i>	Média	10.266,67	2.875,00	1.000,00			
	DP	1.032,80	236,29				
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	9.145,21					
	DP	2.331,31					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF) *SUL

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (anos)?	Média	4,3	6,0	5,5	6,0	5,5	5,7
	DP	3,5	4,2	4,2	4,3	3,6	3,7
Quanto profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	3,6	3,2	2,4			
	DP	8,4	4,0	1,6			
Quanto profissionais saíram da ESF no último ano	Média	3,0	2,7	1,7			
	DP	6,3	4,8	1,9			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	33	7	3			
	%	22,3	4,7	2,0			
Relativamente alto	n	38	16	15			
	%	25,7	10,8	10,1			
Baixo	n	76	125	126			
	%	51,4	84,5	85,1			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	27	24	15	15	21	47
	%	18,2	16,2	10,1	10,1	14,2	31,9
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	87	38	51	19	35	28
	%	58,8	25,6	34,5	12,8	23,6	18,9
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em meses)?	Média	2,8	1,2	1,3	1,3	1,9	2,4
	DV	3,1	2,6	1,7	1,6	3,1	8,0

Tabela 11 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF)* SUL

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município			Categoria							Após PMAQ	Recursos PMAQ
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS			
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	38	33	34	34	34	34	34	35	29	28
	%	25,7	86,8	89,5	89,5	89,5	89,5	89,5	89,5	76,3	73,7
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	7	6	6	7	6	6	6	6	1	2
	%	4,7	85,7	85,7	100,0	85,7	85,7	85,7	85,7	14,3	28,6
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	5	4	4	4	4	4	4	4	1	1
	%	3,4	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	20,0	20,0
Adicional monetário por titulação	n	49	41	46	47	45	43	41	41	3	2
	%	33,1	83,7	93,9	95,9	91,8	87,8	83,7	83,7	6,1	4,1
Adicional monetário por tempo de serviço	n	82	79	79	80	80	82	79	80	5	2
	%	55,4	100,0	100,0	101,3	101,3	103,8	100,0	101,3	6,3	2,5
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	63	58	62	59	59	59	59	60	4	2
	%	42,6	92,1	98,4	93,7	93,7	93,7	93,7	95,2	6,3	3,2
Assistência médica, odontológica	n	29	26	26	27	26	27	27	27	0	0
	%	19,6	89,7	89,7	93,1	89,7	93,1	93,1	93,1	0,0	0,0
Auxilio moradia	n	26	1	26	1	1	1	1	1	1	1
	%	17,6	3,8	100,0	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	53	48	50	49	48	48	48	49	3	
	%	35,8	90,6	94,3	92,5	90,6	90,6	90,6	92,5	5,7	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	112	110	110	110	111	110	110	110	6	4
	%	75,7	98,2	98,2	98,2	99,1	98,2	98,2	98,2	5,4	3,6

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=148 municípios brasileiros com ESF)* SUL

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município				Categoria						Após PMAQ	Recursos PMAQ
				Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE		
Plano de Cargo e Carreiras	n	64	56	56	56	56	58	56	56	2	
	%	43,2	87,5	87,5	87,5	87,5	90,6	87,5	87,5	3,1	
Oferta ou liberação de curso de capacitação/educação permanente	n	138	135	135	137	136	136	135	136	1	
	%	93,2	97,8	97,8	99,3	98,6	98,6	97,8	98,6	0,7	
Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.	n	77	57	72	68	58	68	58	57	1	
	%	52,0	74,0	93,5	88,3	75,3	88,3	75,3	74,0	1,3	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 12 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF)* CENTRO-OESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	13	35	34	50	39	45
	%	20,3	54,7	53,1	78,1	60,9	70,3
<i>Seleção pública com edital</i>	n	4	5	4	2	5	17
	%	6,3	7,8	6,3	3,1	7,8	26,6
<i>Livre contratação</i>	n	35	24	26	12	17	2
	%	54,7	37,5	40,6	18,8	26,6	3,1
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	11	0	0			
	%	17,2	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	1	0	0	0	3	0
	%	1,6	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0
<i>Não contrata</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Total</i>	n	64	64	64	64	64	64
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	0	0	0	0	2	0
	%	0,0	0,0		0,0	3,1	0,0
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	62	64	63	64	62	64
	%	96,9	100,0	98,4	100,0	96,9	100,0
<i>Estatutário</i>	n	23	35	41	52	43	46
	%	37,1	53,8	65,1	81,3	69,4	71,9
<i>CLT</i>	n	5	4	6	10	7	18
	%	8,1	6,2	9,5	15,6	11,3	28,1
<i>Temporário</i>	n	39	32	28	24	21	11
	%	62,9	49,2	44,4	37,5	33,9	17,2
<i>Comissionado</i>	n	3	3	2	2	3	2
	%	4,8	4,6	3,2	3,1	4,8	3,1
<i>Autônomo</i>	n	2	1	0	0	2	0
	%	3,2	1,5	0,0	0,0	3,2	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	3	2	2	0	0	0
	%	4,8	3,1	3,2	0,0	0,0	0,0
<i>Outro</i>	n	0	0	0	2	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF)
*CENTRO-OESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria						
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	
Municípios que realizam contratação indireta	n	0	0	0	0	0	0	
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Filantrópica	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	OS	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	OSCIPS	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	ONG	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Cooperativa	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Empresa	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Outra	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas do Governo Federal								
PROVAB	n	11	3	1				
	%	17,2	4,7	1,6				
MAIS MÉDICOS	n	34						
	%	53,1						

(continua)

(continuação)

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF)
*CENTRO-OESTE**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	371	540	304	1.196	713	2.860
	Média	16,1	15,4	7,6	23,5	17,0	65,0
<i>CLT</i>	Nº	10	15	13	28	30	654
	Média	2,5	3,8	2,6	2,8	5,0	36,3
<i>Temporário</i>	Nº	187	195	100	175	92	852
	Média	4,8	6,1	3,7	7,3	4,6	77,5
<i>Comissionado</i>	Nº	4	7	3	3	4	2
	Média	2,0	2,3	1,5	1,5	1,3	1,0
<i>Autônomo</i>	Nº	2	1	0	0	7	0
	Média	2,0	1,0	0,0	0,0	3,5	0,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	16	21	18	0	0	0
	Média	16,0	10,5	9,0	0,0	0,0	0,0
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>PROVAB</i>	Nº	55	9	1			
	Média	5,0	3,0	1,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	133					
	Média	3,9					
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	38,3	40,0	39,6	39,5	40,0	40,0
<i>CLT</i>	Média	40,0	40,0	40,0	40,4	40,0	40,0
<i>Temporário</i>	Média	38,6	39,4	38,9	39,3	39,5	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>Autônomo</i>	Média	40,0	40,0	*	*	40,0	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	40,0	40,0	30,0	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>PROVAB</i>	Média	36,8	36,7	32,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	39,3					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF)
*CENTRO-OESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
Estatutário	Média	10.195,14	3.099,20	3.511,48	1.154,51	1.076,00	1.075,59
	DP	4.328,66	1.174,20	2.206,40	424,39	394,85	352,47
CLT	Média	12.800,00	3.325,00	2.940,00	1.059,10	985,00	963,61
	DP	2.774,89	537,74	364,69	172,80	218,31	147,71
Temporário	Média	10.880,34	2.520,97	3.166,67	1.077,08	1.007,56	1.033,45
	DP	3.430,42	654,19	1.102,44	326,43	189,77	77,25
Comissionado	Média	10.750,00	2.483,33	2.275,00	925,00	916,67	1.025,00
	DP	6.010,41	419,32	671,75	247,49	202,07	106,07
Autônomo	Média	8.000,00	1.600,00	*	*	1.100,00	*
	DP			*	*	282,84	*
Pessoa Jurídica	Média	8.000,00	2.750,00	3.000,00	*	*	*
	DP		353,55	707,11	*	*	*
Outro (Contratação Direta)	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
Contratação Indireta	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
PROVAB	Média	10.000,00	4.000,00	2.900,00			
	DP	0,00	0,00				
MAIS MÉDICOS	Média	9.786,21					
	DP	1.313,59					

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF)
*CENTRO-OESTE

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (anos)?	Média	3,3	4,6	4,3	5,8	4,9	7,5
	DP	2,7	2,8	2,5	4,1	3,1	3,2
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	4,3	7,8	3,4			
	DP	7,6	18,5	7,8			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	3,8	3,2	1,9			
	DP	8,3	6,9	1,8			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	16	5	6			
	%	25,0	7,8	9,4			
Relativamente alto	n	13	13	9			
	%	20,3	20,3	14,1			
Baixo	n	35	46	49			
	%	54,7	71,9	76,6			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	15	11	10	15	10	23
	%	23,4	17,2	15,6	23,4	15,6	35,9
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	37	15	27	13	18	12
	%	57,8	23,5	42,2	20,3	28,1	18,8
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em meses)?	Média	2,1	1,1	1,1	1,2	1,4	1,5
	DV	2,2	3,0	1,1	1,8	1,7	2,3

Tabela 13 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF) *CENTRO-OESTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município			Categoria							Após PMAQ	Recursos PMAQ
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS			
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	14	10	11	13	12	12	11	13	4	3
	%	21,9	71,4	78,6	92,9	85,7	85,7	78,6	92,9	28,6	21,4
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	11	8	9	9	8	9	8	10	0	0
	%	17,2	72,7	81,8	81,8	72,7	81,8	72,7	90,9	0,0	0,0
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0
	%	3,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Adicional monetário por titulação	n	18	14	17	17	17	15	15	15	0	0
	%	28,1	77,8	94,4	94,4	94,4	83,3	83,3	83,3	0,0	0,0
Adicional monetário por tempo de serviço	n	32	29	29	31	32	32	31	31	0	0
	%	50,0	90,6	90,6	96,9	100,0	100,0	96,9	96,9	0,0	0,0
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	14	7	10	8	8	8	8	10	0	0
	%	21,9	50,0	71,4	57,1	57,1	57,1	57,1	71,4	0,0	0,0
Assistência médica, odontológica	n	9	8	8	8	8	9	9	8	1	1
	%	14,1	88,9	88,9	88,9	88,9	100,0	100,0	88,9	11,1	11,1
Auxilio moradia	n	9	1	8	2	2	1	1	1	0	0
	%	14,1	11,1	88,9	22,2	22,2	11,1	11,1	11,1	0,0	0,0
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	30	26	30	28	27	26	26	27	1	
	%	46,9	86,7	100,0	93,3	90,0	86,7	86,7	90,0	3,3	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	33	25	27	28	26	27	26	28	1	0
	%	51,6	75,8	81,8	84,8	78,8	81,8	78,8	84,8	3,0	0,0

(continua)

(continuação)

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=64 municípios brasileiros com ESF)* CENTRO-OESTE

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município				Categoria						Após PMAQ	Recursos PMAQ
				Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS		
<i>Plano de Cargo e Carreiras</i>	n	23	19	20	21	21	21	21	21	0	
	%	35,9	82,6	87,0	91,3	91,3	91,3	91,3	91,3	0,0	
<i>Oferta ou liberação de curso de capacitação/educação permanente</i>	n	62	60	61	61	60	61	60	61	3	
	%	96,9	96,8	98,4	98,4	96,8	98,4	96,8	98,4	4,8	
<i>Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.</i>	n	45	24	44	39	25	32	24	25	0	
	%	70,3	53,3	97,8	86,7	55,6	71,1	53,3	55,6	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 14 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	85	190	179	223	185	194
	%	29,0	64,8	61,1	76,1	63,1	66,2
<i>Seleção pública com edital</i>	n	22	30	30	24	36	68
	%	7,5	10,2	10,2	8,2	12,3	23,2
<i>Livre contratação</i>	n	126	64	70	42	49	26
	%	43,0	21,8	23,9	14,3	16,7	8,9
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	41	0	0			
	%	14,0	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	1	1	2	11	11	0
	%	0,3	0,3	0,7	3,8	3,8	0,0
<i>Não contrata</i>	n	18	8	12	3	12	5
	%	6,1	2,7	4,1	1,0	4,1	1,7
<i>Total</i>	n	293	293	293	293	293	293
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	1	0	2	0	0	16
	%	0,3	0,0	0,7	0,0	0,0	5,5
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	268	290	283	290	274	291
	%	91,5	99,0	96,6	99,0	93,5	99,3
<i>Estatutário</i>	n	92	189	189	217	180	190
	%	34,3	65,2	66,8	74,8	65,7	65,3
<i>CLT</i>	n	45	57	48	58	47	88
	%	16,8	19,7	17,0	20,0	17,2	30,2
<i>Temporário</i>	n	144	92	100	81	81	61
	%	53,7	31,7	35,3	27,9	29,6	21,0
<i>Comissionado</i>	n	1	8	1	3	2	2
	%	0,4	2,8	0,4	1,0	0,7	0,7
<i>Autônomo</i>	n	2	3	2	1	1	0
	%	0,7	1,0	0,7	0,3	0,4	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	16	2	3	0	1	0
	%	6,0	0,7	1,1	0,0	0,4	0,0
<i>Outro</i>	n	4	2	1	3	1	1
	%	1,5	0,7	0,4	1,0	0,4	0,3

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	12	8	5	6	3	1
	%	4,1	2,7	1,7	2,0	1,0	0,3
Filantrópica	n	1	0	0	0	0	1
	%	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
OS	n	2	3	1	1	1	0
	%	16,7	37,5	20,0	16,7	33,3	0,0
OSCIPS	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ONG	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cooperativa	n	2	0	0	0	0	0
	%	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Empresa	n	7	2	2	1	1	1
	%	58,3	25,0	40,0	16,7	33,3	100,0
Outra	n	0	3	0	0	0	0
	%	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas Federais							
Provab	n	34	3	8			
	%	12,7	1,0	2,8			
Mais Médicos	n	156	0	0			
	%	58,2	0,0	0,0			

Continua

Continuação

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)*
- Porte Populacional - Até 10 mil habitantes**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	153	428	346	887	372	2.437
	Média	1,7	2,3	1,9	4,1	2,1	13,0
<i>CLT</i>	Nº	78	138	81	179	79	918
	Média	1,9	2,4	1,7	3,1	1,7	10,4
<i>Temporário</i>	Nº	261	210	167	217	155	578
	Média	1,9	2,3	1,7	2,7	1,9	9,5
<i>Comissionado</i>	Nº	1	17	1	4	3	2
	Média	1,0	2,1	1,0	1,3	1,5	1,0
<i>Autônomo</i>	Nº	4	2	4	0	4	0
	Média	2,0	1,0	2,0	*	4,0	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	27	8	7	0	0	0
	Média	2,1	4,0	2,3	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	1	2	3	0	0
	Média	*	1,0	2,0	3,0	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	24	9	2	11	3	25
	Média	2,0	1,8	1,7	3,7	1,5	12,5
<i>PROVAB</i>	Nº	47	5	6			
	Média	1,4	1,7	1,2			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	233	0	0			
	Média	1,5	*	*			
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	37,9	39,8	37,7	40,0	39,8	39,8
<i>CLT</i>	Média	38,0	40,0	37,9	39,8	40,0	40,0
<i>Temporário</i>	Média	39,1	39,9	39,6	40,1	39,9	39,7
<i>Comissionado</i>	Média	40,0	40,0	40,0	35,0	40,0	40,0
<i>Autônomo</i>	Média	35,0	40,0	35,0	*	40,0	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	35,7	40,0	40,0	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	40,0	40,0	40,0	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	37,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>PROVAB</i>	Média	35,9	40,0	35,2			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	38,9	*	*			

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	9.281,74	2.623,00	3.010,97	1.057,52	1.017,43	929,12
	DP	3.325,53	805,00	1.138,01	295,83	335,76	135,60
<i>CLT</i>	Média	9.171,44	2.524,09	2.817,84	1.072,45	950,20	901,71
	DP	3.638,12	642,75	1.247,03	302,01	227,89	148,71
<i>Temporário</i>	Média	10.774,15	2.742,54	2.918,04	985,72	925,60	884,41
	DP	4.018,44	2.254,20	1.081,86	248,04	351,91	143,68
<i>Comissionado</i>	Média	15.000,00	2.431,25	2.750,00	1.083,33	825,00	1.025,00
	DP	*	798,63	*	325,32	176,78	106,07
<i>Autônomo</i>	Média	10.250,00	2.700,00	3.750,00	*	1.300,00	*
	DP	2.474,87	1.555,63	1.060,66	*	*	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	11.320,21	2.750,00	2.700,00	*	*	*
	DP	4.286,85	353,55	721,11	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	4.000,00	3.000,00	1.200,00	*	*
	DP	*		*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	13.673,30	2.840,00	5.566,67	1.433,33	1.600,00	950,00
	DP	7.312,93	730,07	1.778,58	493,29	565,69	70,71
<i>PROVAB</i>	Média	10.066,67	3.600,00	2.825,00			
	DP	827,68	565,69	150,00			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	9.376,81					
	DP	2.049,12					

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (em meses)?	Média	45,3	66,0	61,6	73,9	62,3	79,1
	DP	42,5	44,0	47,6	58,5	42,3	47,4
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	1,6	1,6	1,5			
	DP	0,9	0,9	0,7			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	1,5	1,4	1,2			
	DP	0,7	0,8	0,5			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	73	13	10			
	%	24,9	4,4	3,4			
Relativamente alto	n	82	36	43			
	%	28,0	12,3	14,7			
Baixo	n	137	243	233			
	%	46,8	82,9	79,5			
Sem resposta	n	1	1	7			
	%	0,3	0,3	2,4			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	45	23	29	23	24	39
	%	15,4	7,8	9,9	7,8	8,2	13,3
Se sim, quantos?	Soma	50	31	34	49	33	105
	Média	1	1,5	1,2	2,2	1,4	2,7
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	164	66	108	36	55	27
	%	56,0	22,5	36,9	12,3	18,8	9,2
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em dias)?	Média	63,5	39,2	35,91	27,92	39,53	29,99
	DV	64,4	126,6	65,00	31,06	63,29	50,23

Tabela 15 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município											
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ	
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	81	69	70	73	71	71	70	74	51	47
	%	27,6	85,2	86,4	90,1	87,7	87,7	86,4	91,4	63,0	58,0
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	18	11	12	12	11	11	11	15	1	1
	%	6,1	61,1	66,7	66,7	61,1	61,1	61,1	83,3	5,6	5,6
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	9	6	6	6	6	6	6	7	0	0
	%	3,1	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	77,8	0,0	0,0
Adicional monetário por titulação	n	47	36	42	42	40	38	37	37	1	1
	%	16,0	76,6	89,4	89,4	85,1	80,9	78,7	78,7	2,1	2,1
Adicional monetário por tempo de serviço	n	122	114	114	116	118	121	116	117	2	1
	%	41,6	93,4	93,4	95,1	96,7	99,2	95,1	95,9	1,6	0,8
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	94	76	89	79	79	78	77	79	5	3
	%	32,1	80,9	94,7	84,0	84,0	83,0	81,9	84,0	5,3	3,2
Assistência médica, odontológica	n	40	35	36	36	35	36	36	36	1	1
	%	13,7	87,5	90,0	90,0	87,5	90,0	90,0	90,0	2,5	2,5
Auxílio moradia	n	58	8	55	11	10	8	8	8	2	0
	%	19,8	13,8	94,8	19,0	17,2	13,8	13,8	13,8	3,4	0,0
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	115	102	112	107	105	103	103	103	3	
	%	39,2	88,7	97,4	93,0	91,3	89,6	89,6	89,6	2,6	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	140	121	126	125	126	123	123	130	4	2
	%	47,8	86,4	90,0	89,3	90,0	87,9	87,9	92,9	2,9	0,7

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=293 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Até 10 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município		Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
Plano de Cargo e Carreiras	n	77	65	65	65	66	68	65	66	0	
	%	26,3	84,4	84,4	84,4	85,7	88,3	84,4	85,7	0,0	
Oferta ou liberação de cursos de capacitação/educação permanente	n	273	266	269	270	266	267	267	268	7	
	%	93,2	97,4	98,5	98,9	97,4	97,8	97,8	98,2	2,6	
Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.	n	132	91	123	115	92	101	92	92	1	
	%	45,1	68,9	93,2	87,1	69,7	76,5	69,7	69,7	0,8	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 16 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	41	85	87	103	88	98
	%	26,5	54,8	56,1	66,5	56,8	63,2
<i>Seleção pública com edital</i>	n	17	19	15	11	12	41
	%	11,0	12,3	9,7	7,1	7,7	26,5
<i>Livre contratação</i>	n	56	44	45	31	42	16
	%	36,1	28,4	29,0	20,0	27,1	10,3
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	31	0	0			
	%	20,0	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	2	1	2	1	3	0
	%	1,3	0,6	1,3	0,6	1,9	0,0
<i>Não contrata</i>	n	8	6	6	9	10	0
	%	5,2	3,9	3,9	5,8	6,5	0,0
<i>Total</i>	n	155	155	155	155	155	155
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	1	0	1	0	0	6
	%	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	3,9
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	142	149	147	151	143	155
	%	91,6	96,1	94,8	97,4	92,3	100,0
<i>Estatutário</i>	n	67	88	94	106	89	96
	%	47,2	59,1	63,9	70,2	62,2	61,9
<i>CLT</i>	n	25	35	30	28	24	49
	%	17,6	23,5	20,4	26,4	16,8	31,6
<i>Temporário</i>	n	72	72	72	59	60	44
	%	50,7	48,3	49,0	210,7	42,0	28,4
<i>Comissionado</i>	n	4	4	1	0	2	0
	%	2,8	2,7	0,7	0,0	1,4	0,0
<i>Autônomo</i>	n	6	2	1	1	2	0
	%	4,2	1,3	0,7	0,7	1,4	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	6	0	1	0	0	0
	%	4,2	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
<i>Outro</i>	n	1	0	1	1	0	1
	%	0,7	0,0	0,7	0,7	0,0	0,6

Continua

Continuação

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* -
Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião- dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	10	7	7	6	4	3
	%	6,5	4,5	4,5	3,9	2,6	1,9
<i>Filantrópica</i>	n	1	1	1	1	1	0
	%	10,0	14,3	14,3	16,7	25,0	0,0
<i>OS</i>	n	1	0	0	0	0	0
	%	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>OSCIPS</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>ONG</i>	n	1	1	1	1	1	1
	%	10,0	14,3	14,3	16,7	25,0	33,3
<i>Cooperativa</i>	n	3	2	2	1	2	0
	%	30,0	28,6	28,6	16,7	50,0	0,0
<i>Empresa</i>	n	3	2	2	0	0	0
	%	30,0	28,6	28,6	0,0	0,0	0,0
<i>Outra</i>	n	1	1	0	1	0	0
	%	10,0	14,3	0,0	16,7	0,0	0,0
Programas Federais							
<i>Provab</i>	n	28	1	3	0	0	0
	%	19,7	0,7	2,0	0,0	0,0	0,0
<i>Mais Médicos</i>	n	97	0	0	0	0	0
	%	68,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Continua

Continuação

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* -
Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião- dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	173	346	260	745	371	2.806
	Média	2,7	4,0	2,8	7,2	4,2	29,5
<i>CLT</i>	Nº	72	133	105	155	95	1.167
	Média	3,0	3,8	3,5	5,5	4,0	24,3
<i>Temporário</i>	Nº	227	265	219	252	197	713
	Média	3,2	3,7	3,1	4,5	3,3	16,2
<i>Comissionado</i>	Nº	10	12	2	0	2	0
	Média	3,3	3,0	2,0	*	1,0	*
<i>Autônomo</i>	Nº	13	12	5	20	11	0
	Média	2,2	6,0	5,0	20,0	5,5	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	12	0	1	0	0	0
	Média	2,4	*	1,0	*	*	*
<i>PROVAB</i>	Nº	49	4	3			
	Média	1,8	4,0	1,5			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	215	0	0			
	Média	2,2	*	*			
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	8	0	0	0	0	0
	Média	8,0	*	*	*	*	20,0
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	40	24	25	54	19	3
	Média	4,4	3,4	4,2	9,0	4,8	3,0
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	39,2	39,6	37,5	39,6	39,5	40,0
<i>CLT</i>	Média	40,0	39,4	38,3	40,0	40,0	40,1
<i>Temporário</i>	Média	39,1	40,0	38,6	40,0	39,8	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	40,0	35,0	40,0	*	40,0	*
<i>Autônomo</i>	Média	37,5	40,0	40,0	40,0	40,0	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	36,0	*	20,0	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	*	*	*	*	40,0
<i>Contratação Indireta</i>	Média	37,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>PROVAB</i>	Média	39,0	32,0	40,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	39,0	*	*			

Continua

Continuação

**Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* -
Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes**

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	11.281,11	2.848,58	3.140,40	1.033,63	962,35	986,12
	DP	13.018,95	877,72	1.160,89	272,73	206,05	116,13
<i>CLT</i>	Média	9.700,00	2.614,71	2.920,00	980,43	969,50	933,69
	DP	3.138,53	655,11	752,19	200,30	196,49	151,49
<i>Temporário</i>	Média	9.532,64	2.656,81	2.825,71	909,34	857,34	928,27
	DP	2.579,92	656,04	861,89	183,77	197,79	148,39
<i>Comissionado</i>	Média	9.166,67	2.050,00	1.800,00	*	1.100,00	*
	DP	2.753,79	500,00	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	11.758,33	2.400,00	3.000,00	800,00	850,00	*
	DP	2.807,21	848,53	*	*	70,71	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	11.800,00	*	2.500,00	*	*	*
	DP	3.271,09	*	*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	15.000,00	*	*	*	*	950,00
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	10.888,89	2.642,86	3.016,67	1.040,67	838,50	900,00
	DP	3.398,32	657,92	511,53	223,00	122,13	*
<i>PROVAB</i>	Média	10.000,00	2.700,00	3.000,00			
	DP	0,00	*	0,00			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	9.572,83					
	DP	1.967,43					

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* -
Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião- dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (em meses)?	Média	44,1	57,0	56,3	70,0	70,1	86,6
	DP	40,0	34,0	42,7	49,8	90,8	50,8
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	2,2	2,1	1,8			
	DP	1,1	1,4	1,1			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	2,1	1,5	1,6			
	DP	1,2	0,8	1,0			
Índice de rotatividade							
<i>Muito alto</i>	n	35	3	3			
	%	22,6	1,9	1,9			
<i>Relativamente alto</i>	n	46	12	23			
	%	29,7	7,7	14,8			
<i>Baixo</i>	n	73	139	126			
	%	47,1	89,7	81,3			
<i>Sem resposta</i>	n	1	1	3			
	%	0,6	0,6	1,9			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	34	14	23	11	11	48
	%	21,9	9,0	14,8	7,1	7,1	31,0
Se sim, quantos?	Soma	56	20	36	20	39	287
	Média	1,7	1,5	1,6	2,0	3,5	6,1
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	85	32	59	16	22	19
	%	54,8	20,6	38,1	10,3	14,2	12,3
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em dias)?	Média	80,4	19,0	42,34	32,01	54,34	48,38
	DV	162,4	24,7	83,77	80,22	182,01	151,98

Tabela 17 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município											
		Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho	n	46	38	40	41	40	41	40	43	32	25
	%	29,7	82,6	87,0	89,1	87,0	89,1	87,0	93,5	69,6	54,3
Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso	n	17	8	12	14	11	9	8	11	3	2
	%	11,0	47,1	70,6	82,4	64,7	52,9	47,1	64,7	17,6	11,8
Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras	n	5	2	3	3	3	2	2	3	0	1
	%	3,2	40,0	60,0	60,0	60,0	40,0	40,0	60,0	0,0	20,0
Adicional monetário por titulação	n	21	16	18	18	17	18	17	17	3	0
	%	13,5	76,2	85,7	85,7	81,0	85,7	81,0	81,0	14,3	0,0
Adicional monetário por tempo de serviço	n	51	47	48	48	48	49	47	49	0	0
	%	32,9	92,2	94,1	94,1	94,1	96,1	92,2	96,1	0,0	0,0
Auxílio alimentação, transporte, etc	n	51	40	49	44	42	41	42	42	4	3
	%	32,9	78,4	96,1	86,3	82,4	80,4	82,4	82,4	7,8	5,9
Assistência médica, odontológica	n	15	15	15	15	15	15	15	15	1	1
	%	9,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	6,7	6,7
Auxilio moradia	n	29	1	28	4	4	1	1	1	3	4
	%	18,7	3,4	96,6	13,8	13,8	3,4	3,4	3,4	10,3	13,8
Turnos flexíveis/folgas semanais	n	64	53	61	56	58	54	55	56	2	
	%	41,3	82,8	95,3	87,5	90,6	84,4	85,9	87,5	3,1	
Aumento salarial dos últimos 12 meses	n	65	56	59	58	57	57	57	60	6	1
	%	41,9	86,2	90,8	89,2	87,7	87,7	87,7	92,3	9,2	1,5

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=155 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 10 até 20 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município		Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Plano de Cargo e Carreiras</i>	n	38	32	35	35	34	35	33	33	1	
	%	24,5	84,2	92,1	92,1	89,5	92,1	86,8	86,8	2,6	
<i>Oferta ou liberação de cursos de capacitação/educação permanente</i>	n	147	144	145	145	144	144	145	146	2	
	%	94,8	98,0	98,6	98,6	98,0	98,0	98,6	99,3	1,4	
<i>Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.</i>	n	85	53	80	68	54	59	53	53	0	
	%	54,8	62,4	94,1	80,0	63,5	69,4	62,4	62,4	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 18 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	28	61	60	72	52	68
	%	24,3	53,0	52,2	62,6	45,2	59,1
<i>Seleção pública com edital</i>	n	19	19	19	16	23	37
	%	16,5	16,5	16,5	13,9	20,0	32,2
<i>Livre contratação</i>	n	36	34	32	26	32	9
	%	31,3	29,6	27,8	22,6	27,8	7,8
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	29	0	0			
	%	25,2	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	0	0	3	0	4	0
	%	0,0	0,0	2,6	0,0	3,5	0,0
<i>Não contrata</i>	n	3	1	1	1	4	1
	%	2,6	0,9	0,9	0,9	3,5	0,9
<i>Total</i>	n	115	115	115	115	115	115
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	0	0	3	0	0	4
	%	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	3,5
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	103	113	110	112	107	113
	%	89,6	98,3	95,7	97,4	93,0	98,3
<i>Estatutário</i>	n	42	61	58	73	54	62
	%	40,8	54,0	52,7	65,2	50,5	54,9
<i>CLT</i>	n	27	30	33	34	32	43
	%	26,2	26,5	30,0	30,4	29,9	38,1
<i>Temporário</i>	n	56	57	53	46	45	30
	%	54,4	50,4	48,2	41,1	42,1	26,5
<i>Comissionado</i>	n	0	3	0	1	0	0
	%	0,0	2,7	0,0	0,9	0,0	0,0
<i>Autônomo</i>	n	3	1	2	3	2	1
	%	2,9	0,9	1,8	2,7	1,9	0,9
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	4	1	1	1	1	0
	%	3,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,0
<i>Outro</i>	n	1	3	1	1	0	0
	%	1,0	2,7	0,9	0,9	0,0	0,0

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	5	5	5	5	3	3
	%	4,3	4,3	4,3	4,3	2,6	2,6
<i>Filantrópica</i>	n	2	2	3	2	1	2
	%	40,0	40,0	60,0	40,0	33,3	66,7
<i>OS</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>OSCIPS</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>ONG</i>	n	1	1	0	1	0	1
	%	20,0	20,0	0,0	20,0	0,0	33,3
<i>Cooperativa</i>	n	2	2	2	2	2	0
	%	40,0	40,0	40,0	40,0	66,7	0,0
<i>Empresa</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Outra</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas Federais							
<i>Provab</i>	n	35	4	3			
	%	34,0	3,5	2,7			
<i>Mais Médicos</i>	n	83	0	0			
	%	80,6	0,0	0,0			

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	174	389	249	680	281	3.262
	Média	4,4	6,4	4,4	9,4	5,2	52,6
<i>CLT</i>	Nº	116	192	153	348	166	2.424
	Média	4,3	6,4	4,8	10,2	5,2	56,4
<i>Temporário</i>	Nº	305	346	280	397	256	1.011
	Média	5,6	6,2	5,3	8,8	5,8	34,9
<i>Comissionado</i>	Nº	0	10	0	0	0	0
	Média	*	3,3	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Nº	16	11	10	18	12	10
	Média	5,3	11,0	5,0	9,0	6,0	10,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	11	4	4	0	2	0
	Média	3,7	4,0	4,0	*	2,0	*
<i>PROVAB</i>	Nº	126	7	9			
	Média	3,7	2,3	3,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	331	0	0			
	Média	4,0	*	*			
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	2	0	0	0	0
	Média	*	1,0	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	31	36	20	51	16	85
	Média	6,2	7,2	4,0	10,2	5,3	28,3
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	39,5	40,0	37,9	39,6	40,0	40,0
<i>CLT</i>	Média	39,6	39,7	37,5	39,9	40,0	39,8
<i>Temporário</i>	Média	39,4	39,6	39,4	39,6	40,0	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	*	40,0	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	40,0	40,0	30,0	40,0	40,0	40,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	38,8	40,0	40,0	*	40,0	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	40,0	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	40,0	38,0	38,0	40,0	40,0	40,0
<i>PROVAB</i>	Média	39,0	40,0	40,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	39,0	*	*			

Continua

Continua

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	174	389	249	680	281	3.262
	Média	4,4	6,4	4,4	9,4	5,2	52,6
<i>CLT</i>	Nº	116	192	153	348	166	2.424
	Média	4,3	6,4	4,8	10,2	5,2	56,4
<i>Temporário</i>	Nº	305	346	280	397	256	1.011
	Média	5,6	6,2	5,3	8,8	5,8	34,9
<i>Comissionado</i>	Nº	0	10	0	0	0	0
	Média	*	3,3	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Nº	16	11	10	18	12	10
	Média	5,3	11,0	5,0	9,0	6,0	10,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	11	4	4	0	2	0
	Média	3,7	4,0	4,0	*	2,0	*
<i>PROVAB</i>	Nº	126	7	9			
	Média	3,7	2,3	3,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	331	0	0			
	Média	4,0	*	*			
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	2	0	0	0	0
	Média	*	1,0	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	31	36	20	51	16	85
	Média	6,2	7,2	4,0	10,2	5,3	28,3
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	39,5	40,0	37,9	39,6	40,0	40,0
<i>CLT</i>	Média	39,6	39,7	37,5	39,9	40,0	39,8
<i>Temporário</i>	Média	39,4	39,6	39,4	39,6	40,0	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	*	40,0	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	40,0	40,0	30,0	40,0	40,0	40,0
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	38,8	40,0	40,0	*	40,0	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	40,0	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	40,0	38,0	38,0	40,0	40,0	40,0
<i>PROVAB</i>	Média	39,0	40,0	40,0			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	39,0	*	*			

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	9.272,50	3.022,08	3.183,93	1.129,86	1.033,76	961,26
	DP	2.751,46	838,72	930,89	370,42	314,67	142,37
<i>CLT</i>	Média	9.528,57	2.741,00	3.150,00	1.110,26	1.321,75	952,07
	DP	2.730,47	494,40	999,68	273,18	1.785,94	212,64
<i>Temporário</i>	Média	12.374,76	2.924,07	3.050,00	1.019,48	907,02	894,93
	DP	16.700,14	659,51	734,98	308,59	248,41	110,13
<i>Comissionado</i>	Média	*	3.466,67	*	*	*	*
	DP	*	1.234,23	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	10.166,67	2.300,00	3.150,00	772,50	772,50	950,00
	DP	2.020,73		212,13	38,89	38,89	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	8.825,00	3.000,00	3.000,00	*	800,00	*
	DP	2.350,00		*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	2.900,00	*	*	*	*
	DP	*	141,42	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	8.100,00	2.448,00	2.708,00	980,00	866,67	931,33
	DP	1.140,18	451,96	646,97	182,35	125,83	115,00
<i>PROVAB</i>	Média	10.096,77	3.958,33	2.166,67			
	DP	538,82	1.038,13	1.011,60			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	10.000,00					
	DP	0,00					

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (em meses)?	Média	41,8	60,5	56,6	64,5	55,0	83,6
	DP	33,0	33,1	31,2	38,2	31,1	42,7
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	2,2	2,6	2,0			
	DP	1,8	2,6	1,0			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	2,6	2,2	2,1			
	DP	1,7	2,5	1,8			
Índice de rotatividade							
<i>Muito alto</i>	n	22	2	5			
	%	19,1	1,7	4,3			
<i>Relativamente alto</i>	n	31	8	12			
	%	27,0	7,0	10,4			
<i>Baixo</i>	n	62	105	95			
	%	53,9	91,3	82,6			
<i>Sem resposta</i>	n	0	0	3			
	%	0,0	0,0	2,6			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	24	7	17	17	16	35
	%	20,9	6,1	14,8	14,8	13,9	30,4
Se sim, quantos?	Soma	33	13	31	47	32	315
	Média	1,6	2,2	1,8	2,8	2,0	9,0
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	57	19	43	14	24	10
	%	49,6	16,5	37,4	12,2	20,9	8,7
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em dias)?	Média	61,7	19,5	48,08	30,43	36,08	69,30
	DV	60,9	20,8	101,94	38,40	43,99	261,53

Tabela 19 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município										
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho</i>	n 39	32	35	35	33	35	33	36	29	28
	% 33,9	82,1	89,7	89,7	84,6	89,7	84,6	92,3	74,4	71,8
<i>Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso</i>	n 15	13	14	14	13	13	13	14	2	3
	% 13,0	86,7	93,3	93,3	86,7	86,7	86,7	93,3	13,3	20,0
<i>Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras</i>	n 3	2	2	2	2	2	2	2	1	1
	% 2,6	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	33,3	33,3
<i>Adicional monetário por titulação</i>	n 21	16	18	21	21	17	17	17	0	0
	% 18,3	76,2	85,7	100,0	100,0	81,0	81,0	81,0	0,0	0,0
<i>Adicional monetário por tempo de serviço</i>	n 41	37	37	39	40	40	39	40	2	1
	% 35,7	90,2	90,2	95,1	97,6	97,6	95,1	97,6	4,9	2,4
<i>Auxílio alimentação, transporte, etc</i>	n 44	37	42	38	37	37	37	39	1	1
	% 38,3	84,1	95,5	86,4	84,1	84,1	84,1	88,6	2,3	2,3
<i>Assistência médica, odontológica</i>	n 11	10	10	11	11	10	10	10	0	0
	% 9,6	90,9	90,9	100,0	100,0	90,9	90,9	90,9	0,0	0,0
<i>Auxílio moradia</i>	n 30	4	30	6	5	5	4	4	0	1
	% 26,1	13,3	100,0	20,0	16,7	16,7	13,3	13,3	0,0	3,3
<i>Turnos flexíveis/folgas semanais</i>	n 51	40	47	45	45	43	43	40	1	
	% 44,3	78,4	92,2	88,2	88,2	84,3	84,3	78,4	2,0	
<i>Aumento salarial dos últimos 12 meses</i>	n 43	39	40	40	39	39	39	41	1	1
	% 37,4	90,7	93,0	93,0	90,7	90,7	90,7	95,3	2,3	2,3

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=115 municípios brasileiros com ESF)* - Porte Populacional - Mais de 20 até 50 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município

	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Plano de Cargo e Carreiras</i>	n 31	26	26	29	29	30	29	30	2	
	% 27,0	83,9	83,9	93,5	93,5	96,8	93,5	96,8	6,5	
<i>Oferta ou liberação de cursos de capacitação/educação permanente</i>	n 110	109	109	109	109	109	109	109	1	
	% 95,7	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	99,1	0,9	
<i>Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.</i>	n 69	33	67	49	34	42	33	33	0	
	% 60,0	47,8	97,1	71,0	49,3	60,9	47,8	47,8	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 20 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	18	25	26	29	28	25
	%	46,2	64,1	66,7	74,4	71,8	64,1
<i>Seleção pública com edital</i>	n	5	3	2	5	4	11
	%	12,8	7,7	5,1	12,8	10,3	28,2
<i>Livre contratação</i>	n	6	10	10	4	5	1
	%	15,4	25,6	25,6	10,3	12,8	2,6
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	9	0	0			
	%	23,1	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	0	0	1	0	2	1
	%	0,0	0,0	2,6	0,0	5,1	2,6
<i>Não contrata</i>	n	1	1	0	1	0	1
	%	2,6	2,6	0,0	2,6	0,0	2,6
<i>Total</i>	n	39	39	39	39	39	39
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	0	0	0	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	36	39	38	39	38	38
	%	92,3	100,0	97,4	100,0	97,4	97,4
<i>Estatutário</i>	n	21	25	29	27	29	23
	%	58,3	64,1	76,3	69,2	76,3	60,5
<i>CLT</i>	n	11	8	8	10	8	14
	%	30,6	20,5	20,5	25,6	21,1	36,8
<i>Temporário</i>	n	20	12	9	14	11	9
	%	55,6	30,8	23,1	35,9	28,9	23,7
<i>Comissionado</i>	n	0	1	0	0	0	0
	%	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Autônomo</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	1	1	1	1	1	1
	%	2,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
<i>Outro</i>	n	0	1	1	0	0	0
	%	0,0	2,6	2,6	0,0	0,0	0,0

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta		2	0	0	0	0	0
	%	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	n	2	0	0	0	0	0
	<i>Filantrópica</i>						
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	n	0	0	0	0	0	0
	<i>OS</i>						
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	n	0	0	0	0	0	0
	<i>OSCIPS</i>						
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	n	0	0	0	0	0	0
	<i>ONG</i>						
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	n	0	0	0	0	0	0
	<i>Cooperativa</i>						
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	n	0	0	0	0	0	0
	<i>Empresa</i>						
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	n	0	0	0	0	0	0
	<i>Outra</i>						
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas Federais							
<i>Provab</i>	n	19	1	0			
	%	52,8	2,6	0,0			
<i>Mais Médicos</i>	n	31	0	0			
	%	86,1	0,0	0,0			

Continuação

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	146	343	322	734	247	2.662
	Média	7,0	13,7	12,4	28,2	9,1	121,0
<i>CLT</i>	Nº	72	111	46	203	67	1.081
	Média	6,5	13,9	6,6	20,3	8,4	77,2
<i>Temporário</i>	Nº	139	131	72	121	62	714
	Média	7,0	11,9	9,0	20,3	6,2	79,3
<i>Comissionado</i>	Nº	0	1	0	0	0	0
	Média	*	1,0	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	16	16	16	0	0	0
	Média	16,0	16,0	16,0	*	*	*
<i>PROVAB</i>	Nº	59	2	0			
	Média	3,1	2,0	*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	197	0	0			
	Média	6,4	*	*			
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	2	0	0	0	0
	Média	*	2,0	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	5	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	38,6	40,0	38,9	39,6	40,0	40,0
<i>CLT</i>	Média	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>Temporário</i>	Média	40,0	39,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	*	40,0	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	40,0	40,0	20,0	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	40,0	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	40,0	*	*	*	*	*
<i>PROVAB</i>	Média	39,2	40,0	*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	39,2	*	*			

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	8.532,50	3.213,50	3.803,85	1.195,36	1.071,31	1.009,19
	DP	2.530,04	913,25	1.474,44	477,62	356,14	134,51
<i>CLT</i>	Média	8.390,91	2.962,50	5.057,14	1.162,11	964,63	909,69
	DP	2.129,53	863,44	1.380,65	460,00	267,63	132,73
<i>Temporário</i>	Média	9.593,00	2.704,83	2.537,50	910,86	815,09	978,89
	DP	3.582,43	810,93	277,42	146,21	75,26	137,88
<i>Comissionado</i>	Média	*	3.600,00	*	*	*	*
	DP	*		*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*		*	*	*	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	8.000,00	2.500,00	2.500,00	*	*	*
	DP	*		*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	3.000,00	*	*	*	*
	DP	*		*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	9.250,00	*	*	*	*	*
	DP	3.181,98		*	*	*	*
<i>PROVAB</i>	Média	10.000,00	2.700,00	*			
	DP	0,00		*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	9.739,29					
	DP	1.379,57					

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (em meses)?	Média	48,5	70,9	62,8	64,7	67,1	86,8
	DP	41,1	36,6	33,4	32,5	36,7	47,1
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	2,9	3,0	2,3			
	DP	3,3	2,2	0,9			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	4,0	2,8	2,0			
	DP	3,4	2,2	1,3			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	13	2	1			
	%	33,3	5,1	2,6			
Relativamente alto	n	9	4	5			
	%	23,1	10,3	12,8			
Baixo	n	17	33	32			
	%	43,6	84,6	82,1			
Sem resposta	n	0	0	1			
	%	0,0	0,0	2,6			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	11	7	11	7	7	15
	%	28,2	17,9	28,2	17,9	17,9	38,5
Se sim, quantos?	Soma	15	2,1	35	30	22	224
	Média	1,7	1,3	3,2	4,3	3,1	16,0
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	23	8	11	3	11	6
	%	59,0	20,5	28,2	7,7	28,2	15,4
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em dias)?	Média	67	25,85	43,33	31,03	35,92	39,71
	DV	36	17,63	60,87	23,55	27,96	36,73

Tabela 21 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município										
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho</i>	n	19	14	17	18	15	15	15	11	10
	%	48,7	73,7	89,5	94,7	78,9	78,9	78,9	57,9	52,6
<i>Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso</i>	n	6	5	5	6	6	5	5	1	2
	%	15,4	83,3	83,3	100,0	100,0	83,3	83,3	16,7	33,3
<i>Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras</i>	n	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	%	2,6	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Adicional monetário por titulação</i>	n	10	7	9	10	9	7	7	1	0
	%	25,6	70,0	90,0	100,0	90,0	70,0	70,0	10,0	0,0
<i>Adicional monetário por tempo de serviço</i>	n	15	14	14	15	14	14	14	1	0
	%	38,5	93,3	93,3	100,0	93,3	93,3	93,3	6,7	0,0
<i>Auxílio alimentação, transporte, etc</i>	n	28	22	27	24	24	23	23	2	0
	%	71,8	78,6	96,4	85,7	85,7	82,1	82,1	7,1	0,0
<i>Assistência médica, odontológica</i>	n	7	5	5	5	5	6	6	5	0
	%	17,9	71,4	71,4	71,4	71,4	85,7	85,7	71,4	0,0
<i>Auxílio moradia</i>	n	9	1	8	3	2	1	1	1	0
	%	23,1	11,1	88,9	33,3	22,2	11,1	11,1	11,1	0,0
<i>Turnos flexíveis/folgas semanais</i>	n	15	10	15	13	12	11	11	10	2
	%	38,5	66,7	100,0	86,7	80,0	73,3	73,3	66,7	13,3
<i>Aumento salarial dos últimos 12 meses</i>	n	16	14	14	15	14	14	15	0	0
	%	41,0	87,5	87,5	93,8	87,5	87,5	93,8	0,0	0,0

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=39 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 50 até 100 mil habitantes

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município

	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Plano de Cargo e Carreiras</i>	n 13	13	13	13	13	13	13	13	1	
	% 33,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	7,7	
<i>Oferta ou liberação de cursos de capacitação/educação permanente</i>	n 37	36	37	37	37	37	36	36	0	
	% 94,9	97,3	100,0	100,0	100,0	100,0	97,3	97,3	0,0	
<i>Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.</i>	n 25	12	23	18	12	15	12	12	0	
	% 64,1	48,0	92,0	72,0	48,0	60,0	48,0	48,0	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 22 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital)

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	17	20	22	19	20	12
	%	54,8	64,5	71,0	61,3	64,5	38,7
<i>Seleção pública com edital</i>	n	5	7	4	7	4	17
	%	16,1	22,6	12,9	22,6	12,9	54,8
<i>Livre contratação</i>	n	4	2	2	3	3	2
	%	12,9	6,5	6,5	9,7	9,7	6,5
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	4	0	0			
	%	12,9	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	0	0	1	0	1	0
	%	0,0	0,0	3,2	0,0	3,2	0,0
<i>Não contrata</i>	n	1	2	2	2	3	0
	%	3,2	6,5	6,5	6,5	9,7	0,0
<i>Total</i>	n	31	31	31	31	31	31
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	0	0	1	0	0	1
	%	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	3,2
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	30	29	29	29	28	30
	%	96,8	93,5	93,5	93,5	90,3	96,8
<i>Estatutário</i>	n	18	21	23	19	19	16
	%	60,0	72,4	79,3	65,5	67,9	53,3
<i>CLT</i>	n	6	9	5	8	8	13
	%	20,0	31,0	17,2	27,6	28,6	43,3
<i>Temporário</i>	n	17	11	7	9	5	5
	%	56,7	37,9	24,1	31,0	17,9	16,7
<i>Comissionado</i>	n	0	1	1	0	0	1
	%	0,0	3,4	3,4	0,0	0,0	3,3
<i>Autônomo</i>	n	1	0	0	0	0	0
	%	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	1	0	0	0	0	1
	%	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
<i>Outro</i>	n	0	31	0	1	0	0
	%	0,0	106,9	0,0	3,4	0,0	0,0

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital)							
Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	4	4	3	4	4	1
	%	12,9	12,9	9,7	12,9	12,9	3,2
Filantrópica	n	1	1	1	1	1	1
	%	25,0	25,0	33,3	25,0	25,0	100,0
OS	n	1	1	1	1	1	0
	%	25,0	25,0	33,3	25,0	25,0	0,0
OSCIPS	n	1	1	1	1	1	0
	%	25,0	25,0	33,3	25,0	25,0	0,0
ONG	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cooperativa	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Empresa	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outra	n	2	3	1	2	1	1
	%	50,0	75,0	33,3	50,0	25,0	100,0
Programas Federais							
Provab	n	7	4	0			
	%	23,3	13,8	0,0			
Mais Médicos	n	23	0	0			
	%	76,7	0,0	0,0			

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital)

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	444	673	362	1.241	423	2.674
	Média	27,8	31,9	17,2	73,0	23,5	178,3
<i>CLT</i>	Nº	197	322	62	473	102	3.025
	Média	32,8	35,8	12,4	67,6	12,8	232,7
<i>Temporário</i>	Nº	199	191	92	385	111	857
	Média	14,2	21,2	15,3	48,1	27,8	214,3
<i>Comissionado</i>	Nº	0	20	1	0	0	5
	Média	*	20,0	1,0	*	*	5,0
<i>Autônomo</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>PROVAB</i>	Nº	69	18	0			
	Média	9,9	4,5	*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	394	0	0	0	0	0
	Média	17,1	*	*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	69	63	53	118	53	147
	Média	17,3	21,0	17,7	39,3	17,7	147,0
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	39,4	39,5	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>CLT</i>	Média	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>Temporário</i>	Média	39,4	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	*	40,0	40,0	*	*	40,0
<i>Autônomo</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>PROVAB</i>	Média	35,4	40,0	*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	36,2	*	*			

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital)

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	9.635,44	3.588,19	5.500,00	1.461,59	1.153,53	1.173,38
	DP	3.200,30	1.324,02	1.732,05	562,21	299,24	267,62
<i>CLT</i>	Média	11.133,33	4.082,00	3.375,17	1.553,13	1.342,86	1.008,15
	DP	1.861,90	1.153,13	1.372,25	564,39	525,54	222,25
<i>Temporário</i>	Média	8.087,50	3.197,00	5.500,00	1.024,89	924,80	788,50
	DP	3.025,42	1.082,53	*	258,75	168,00	464,18
<i>Comissionado</i>	Média	*	4.000,00	*	*	*	1.300,00
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	10.375,00	4.150,00	4.483,33	1.150,00	1.050,00	1.450,00
	DP	3.145,76	1.682,26	2.000,21	251,66	208,17	*
<i>PROVAB</i>	Média	10.000,00	2.817,33	*			
	DP	0,00	274,82	*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	10.000,00					
	DP	0,00					

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital)

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (em meses)?	Média	39,9	66,4	58,0	69,0	62,2	80,9
	DP	22,2	39,5	35,5	53,9	38,3	44,5
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	5,0	5,4	3,5			
	DP	4,6	4,0	2,0			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	8,0	6,4	2,5			
	DP	11,3	9,5	1,5			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	7	1	0			
	%	22,6	3,2	0,0			
Relativamente alto	n	14	6	3			
	%	45,2	19,4	9,7			
Baixo	n	10	22	27			
	%	32,3	71,0	87,1			
Sem resposta	n	0	2	1			
	%	0,0	6,5	3,2			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	11	6	5	10	5	19
	%	35,5	19,4	16,1	32,3	16,1	61,3
Se sim, quantos?	Soma	25	24	39	73	26	1071
	Média	2,3	4,8	7,8	7,3	5,2	59,5
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	19	4	8	7	8	7
	%	61,3	12,9	25,8	22,6	25,8	22,6
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em dias)?	Média	99,9	43,03	34,45	62,10	73,45	101,94
	DV	134,3	63,59	23,97	84,18	92,89	175,29

Tabela 23 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital)

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município										
	Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho</i>	n 15	12	15	13	13	13	12	13	9	10
	% 48,4	80,0	100,0	86,7	86,7	86,7	80,0	86,7	60,0	66,7
<i>Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso</i>	n 8	7	8	8	7	7	7	7	0	0
	% 25,8	87,5	100,0	100,0	87,5	87,5	87,5	87,5	0,0	0,0
<i>Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras</i>	n 2	1	2	2	1	1	1	1	0	0
	% 6,5	50,0	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	0,0	0,0
<i>Adicional monetário por titulação</i>	n 17	15	17	17	17	15	15	15	1	2
	% 54,8	88,2	100,0	100,0	100,0	88,2	88,2	88,2	5,9	11,8
<i>Adicional monetário por tempo de serviço</i>	n 20	18	20	20	20	20	20	18	1	2
	% 64,5	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,0	5,0	10,0
<i>Auxílio alimentação, transporte, etc</i>	n 24	18	23	18	18	19	19	19	0	1
	% 77,4	75,0	95,8	75,0	75,0	79,2	79,2	79,2	0,0	4,2
<i>Assistência médica, odontológica</i>	n 9	8	8	8	8	8	8	8	0	0
	% 29,0	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	0,0	0,0
<i>Auxílio moradia</i>	n 16	3	16	3	3	3	3	3	0	1
	% 51,6	18,8	100,0	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	0,0	6,3
<i>Turnos flexíveis/folgas semanais</i>	n 14	12	14	14	14	13	12	12	0	
	% 45,2	85,7	100,0	100,0	100,0	92,9	85,7	85,7	0,0	
<i>Aumento salarial dos últimos 12 meses</i>	n 23	22	22	22	22	22	22	23	2	2
	% 74,2	95,7	95,7	95,7	95,7	95,7	95,7	100,0	8,7	8,7

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=31 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Mais de 100 mil habitantes (exceto Capital)

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município		Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Plano de Cargo e Carreiras</i>	n	16	15	16	16	16	16	16	15	1	
	%	51,6	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	93,8	6,3	
<i>Oferta ou liberação de cursos de capacitação/educação permanente</i>	n	30	30	30	30	30	30	30	30	1	
	%	96,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3,3	
<i>Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.</i>	n	23	19	23	22	19	20	19	19	0	
	%	74,2	82,6	100,0	95,7	82,6	87,0	82,6	82,6	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 24 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Tipo de recrutamento							
<i>Concurso público com edital</i>	n	10	13	13	13	11	8
	%	58,8	76,5	76,5	76,5	64,7	47,1
<i>Seleção pública com edital</i>	n	1	3	1	3	2	7
	%	5,9	17,6	5,9	17,6	11,8	41,2
<i>Livre contratação</i>	n	3	1	2	1	2	2
	%	17,6	5,9	11,8	5,9	11,8	11,8
<i>Programa do Governo Federal (PROVAB e/ou Mais Médicos)</i>	n	3	0	0			
	%	17,6	0,0	0,0			
<i>Não sabe informar/não respondeu</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Não contrata</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Total</i>	n	17	17	17	17	17	17
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sem o profissional no momento</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Municípios que realizam contratação direta pela Prefeitura	n	15	16	15	16	15	15
	%	88,2	94,1	88,2	94,1	88,2	88,2
<i>Estatutário</i>	n	13	13	12	12	11	10
	%	86,7	81,3	80,0	75,0	73,3	66,7
<i>CLT</i>	n	3	4	3	5	4	4
	%	20,0	25,0	20,0	31,3	26,7	26,7
<i>Temporário</i>	n	7	4	3	2	4	1
	%	46,7	25,0	20,0	12,5	26,7	6,7
<i>Comissionado</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Autônomo</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Pessoa Jurídica</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Outro</i>	n	1	0	1	1	0	0
	%	6,7	0,0	6,7	6,3	0,0	0,0

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Municípios que realizam contratação indireta	n	2	2	2	2	2	3
	%	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8	17,6
<i>Filantrópica</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>OS</i>	n	2	2	1	1	1	1
	%	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	33,3
<i>OSCIPS</i>	n	0	0	0	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3
<i>ONG</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Cooperativa</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Empresa</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Outra</i>	n	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas Federais							
<i>Provab</i>	n	11	8	0	0	0	0
	%	73,3	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Mais Médicos</i>	n	16	0	0	0	0	0
	%	106,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Número de profissionais							
<i>Estatutário</i>	Nº	1.133	1.657	1.085	2.965	1.257	8.871
	Média	94,4	138,1	108,5	269,5	157,1	887,1
<i>CLT</i>	Nº	108	1.161	349	749	647	5.862
	Média	36,0	290,3	116,3	187,3	215,7	1.465,5
<i>Temporário</i>	Nº	263	59	26	70	86	391
	Média	37,6	29,5	26,0	70,0	43,0	391,0
<i>Comissionado</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>PROVAB</i>	Nº	354	43	0			
	Média	35,4	6,1	*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Nº	973	0	0			
	Média	64,9	*	*			
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Nº	0	0	0	0	0	0
	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Nº	2.350	2.124	300	2.600	450	9.000
	Média	1.175,0	1.062,0	300,0	2.600,0	450,0	4.500,0
Média da Carga Horária Semanal							
<i>Estatutário</i>	Média	38	40,0	39,5	39,5	40,0	40,0
<i>CLT</i>	Média	40	40,0	40,0	38,8	40,0	40,0
<i>Temporário</i>	Média	39	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>Comissionado</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa jurídica</i>	Média	*	*	*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	40	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	40	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>PROVAB</i>	Média	37	38,3	*	*	*	*
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	37	*	*	*	*	*

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Média Salarial							
<i>Estatutário</i>	Média	10.337,92	5.273,92	7.388,45	1.972,40	1.893,78	1.483,00
	DP	4.784,57	1.617,20	3.518,06	593,52	702,24	838,71
<i>CLT</i>	Média	8.833,33	4.325,00	5.800,00	1.412,50	1.535,00	1.170,00
	DP	2.020,73	1.117,66	1.044,03	764,17	666,26	353,46
<i>Temporário</i>	Média	9.056,14	2.450,00	4.450,00	750,00	775,00	1.000,00
	DP	2.059,67	353,55	2.192,03	*	35,36	*
<i>Comissionado</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Autônomo</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Pessoa Jurídica</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Outro (Contratação Direta)</i>	Média	*	*	*	*	*	*
	DP	*	*	*	*	*	*
<i>Contratação Indireta</i>	Média	7.400,00	5.550,00	6.050,00	2.500,00	1.900,00	1.050,00
	DP	6.505,38	1.343,50	2.050,61	*	*	70,71
<i>PROVAB</i>	Média	10.000,00	2.700,00	*			
	DP	0,00	0,00	*			
<i>MAIS MÉDICOS</i>	Média	10.000,00					
	DP	0,00					

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital

Variáveis/Indicadores		Categoria					
		Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS
Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF do município (em meses)?	Média	45	79,8	80,8	83,3	71,1	89,3
	DP	27	45,0	45,7	39,9	32,8	53,2
Quantos profissionais trocaram de ESF no último ano	Média	14,2	20,3	11,1			
	DP	13,0	24,2	10,4			
Quantos profissionais saíram da ESF no último ano	Média	15,8	15,9	6,1			
	DP	12,3	13,5	3,2			
Índice de rotatividade							
Muito alto	n	2	0	0			
	%	11,8	0,0	0,0			
Relativamente alto	n	9	1	1			
	%	52,9	5,9	5,9			
Baixo	n	6	16	15			
	%	35,3	94,1	88,2			
Sem resposta	n	0	0	1			
	%	0,0	0,0	5,9			
Existência de posto de trabalho vago para a categoria na ESF do município	n	9	7	7	9	5	13
	%	52,9	41,2	41,2	52,9	29,4	76,5
Se sim, quantos?	Soma	179	36	37	220	81	3005
	Média	19,9	5,1	5,3	27,5	16,2	250,4
Existência de dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho da categoria	n	12	2	4	1	4	4
	%	70,6	11,8	23,5	5,9	23,5	23,5
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher (em dias)?	Média	105	38,29	43,53	50,29	49,41	93,53
	DV	114	28,80	33,64	54,67	55,65	94,35

Tabela 25 - Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município											
		Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
<i>Adicional monetário por meta, resultado, produção, desempenho</i>	n	13	12	13	13	12	12	12	12	5	5
	%	76,5	92,3	100,0	100,0	92,3	92,3	92,3	92,3	38,5	38,5
<i>Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso</i>	n	9	6	8	7	7	6	6	6	0	1
	%	52,9	66,7	88,9	77,8	77,8	66,7	66,7	66,7	0,0	11,1
<i>Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras</i>	n	7	5	7	6	6	5	5	5	0	0
	%	41,2	71,4	100,0	85,7	85,7	71,4	71,4	71,4	0,0	0,0
<i>Adicional monetário por titulação</i>	n	15	11	15	15	14	11	11	11	1	1
	%	88,2	73,3	100,0	100,0	93,3	73,3	73,3	73,3	6,7	6,7
<i>Adicional monetário por tempo de serviço</i>	n	13	12	13	13	12	13	12	12	0	0
	%	76,5	92,3	100,0	100,0	92,3	100,0	92,3	92,3	0,0	0,0
<i>Auxílio alimentação, transporte, etc</i>	n	12	9	10	10	9	9	9	10	1	0
	%	70,6	75,0	83,3	83,3	75,0	75,0	75,0	83,3	8,3	0,0
<i>Assistência médica, odontológica</i>	n	4	4	4	4	4	4	4	4	0	0
	%	23,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
<i>Auxílio moradia</i>	n	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0
	%	35,3	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Turnos flexíveis/folgas semanais</i>	n	10	9	10	9	9	9	9	9	0	
	%	58,8	90,0	100,0	90,0	90,0	90,0	90,0	90,0	0,0	
<i>Aumento salarial dos últimos 12 meses</i>	n	13	12	12	12	13	12	12	12	0	0
	%	76,5	92,3	92,3	92,3	100,0	92,3	92,3	92,3	0,0	0,0

Continua

Continuação

Resultados do Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família por categoria - 2014 (N=17 municípios brasileiros com ESF)* Porte Populacional - Capital

Estratégias utilizadas para fixar o profissional na ESF do município		Utiliza	Toda Equipe	Médico	Enfermeiro	Cirurgião-dentista	TAE	TASB	ACS	Após PMAQ	Recursos PMAQ
Plano de Cargo e Carreiras	n	15	13	14	14	13	13	12	12	0	
	%	88,2	86,7	93,3	93,3	86,7	86,7	80,0	80,0	0,0	
Oferta ou liberação de cursos de capacitação/educação permanente	n	17	17	17	17	17	17	17	17	0	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	
Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.	n	10	3	10	8	4	6	3	3	0	
	%	58,8	30,0	100,0	80,0	40,0	60,0	30,0	30,0	0,0	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

*No relatório final da pesquisa, os dados serão apresentados por região e porte populacional.

TAE = Técnico e Auxiliar de Enfermagem;

TASB = Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal;

ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 26 - Municípios que aderiram ao PMAQ (N=650)

	Sim		Não		Não Sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	45	7,3	3	9,7	0	322,6	48	7,4
<i>Nordeste</i>	174	28,2	12	38,7	1	1290,3	187	28,8
<i>Sudeste</i>	193	31,3	10	32,3	0	1075,3	203	31,2
<i>Sul</i>	142	23,1	6	19,4	0	645,2	148	22,8
<i>Centro-Oeste</i>	62	10,1	0	0,0	2	0,0	64	9,8
<i>Capitais</i>	17	2,8	0	0,0	0	0,0	17	2,6
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	29	4,7	2	6,5	0	215,1	31	4,8
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	39	6,3	0	0,0	0	0,0	39	6,0
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	110	17,9	5	16,1	0	537,6	115	17,7
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	145	23,5	8	25,8	2	860,2	155	23,8
<i>Até 10 mil habitantes</i>	276	44,8	16	51,6	1	1720,4	293	45,1
<i>Total</i>	616	94,8	31	4,8	3	0,5	650	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 27 - Municípios que continuam no PMAQ (N=616)

	Sim		Não		Não Sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	45	7,4	0	0,0	0	0,0	45	7,3
<i>Nordeste</i>	173	28,3	1	33,3	0	0,0	174	28,3
<i>Sudeste</i>	192	31,4	1	33,3	0	0,0	193	31,4
<i>Sul</i>	140	22,9	1	33,3	1	0,0	141	22,9
<i>Centro-Oeste</i>	62	10,1	0	0,0	1	0,0	62	10,1
<i>Capitais</i>	17	2,8	0	0,0	0	0,0	17	2,8
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	29	4,7	0	0,0	0	0,0	29	4,7
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	39	6,4	0	0,0	0	0,0	39	6,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	109	17,8	1	33,3	0	0,0	110	17,9
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	144	23,5	1	33,3	0	0,0	145	23,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	274	44,8	1	33,3	1	0,0	275	44,7
<i>Total</i>	612	99,4	3	0,5	1	0,2	616	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 28 - Intenção em aderir ao PMAQ (N=34)

	Sim		Não		Não Sabe		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8
<i>Nordeste</i>	9	42,9	2	40,0	2	33,3	0	0,0	13	38,2
<i>Sudeste</i>	6	28,6	2	40,0	2	33,3	0	0,0	10	29,4
<i>Sul</i>	3	14,3	1	20,0	0	0,0	2	100,0	6	17,6
<i>Centro-Oeste</i>	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	2	5,9
<i>Capitais</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	3	14,3	1	20,0	0	0,0	1	50,0	5	14,7
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	5	23,8	1	20,0	4	66,7	0	0,0	10	29,4
<i>Até 10 mil habitantes</i>	11	52,4	3	60,0	2	33,3	1	50,0	17	50,0
<i>Total</i>	21	61,8	5	14,7	6	17,6	2	5,9	34	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 29 - Impacto do PMAQ no acesso a Atenção Básica (N=616)

	Aumentou Muito		Aumentou Pouco		Não Alterou		Diminuiu		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	20	7,4	17	8,0	7	5,4	0	0,0	1	20,0	45	7,3
<i>Nordeste</i>	95	35,2	48	22,6	30	23,3	0	0,0	1	20,0	174	28,2
<i>Sudeste</i>	76	28,1	72	34,0	43	33,3	0	0,0	2	40,0	193	31,3
<i>Sul</i>	57	21,1	53	25,0	31	24,0	0	0,0	1	20,0	142	23,1
<i>Centro-Oeste</i>	22	8,1	22	10,4	18	14,0	0	0,0	0	0,0	62	10,1
<i>Capitais</i>	4	1,5	4	1,9	9	7,0	0	0,0	0	0,0	17	2,8
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	12	4,4	11	5,2	6	4,7	0	0,0	0	0,0	29	4,7
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	18	6,7	10	4,7	10	7,8	0	0,0	1	20,0	39	6,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	52	19,3	37	17,5	21	16,3	0	0,0	0	0,0	110	17,9
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	64	23,7	51	24,1	29	22,5	0	0,0	1	20,0	145	23,5
<i>Até 10 mil habitantes</i>	120	44,4	99	46,7	54	41,9	0	0,0	3	60,0	276	44,8
<i>Total</i>	270	43,8	212	34,4	129	20,9	0	0,0	5	0,8	616	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 30 - Impacto do PMAQ na qualidade da atenção básica (N=616)

	Melhorou Muito		Melhorou Pouco		Não Alterou		Piorou		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	29	7,5	14	8,0	1	0,7	0	0,0	1	20,0	45	7,3
<i>Nordeste</i>	125	32,1	42	24,0	6	4,1	0	0,0	1	20,0	174	28,2
<i>Sudeste</i>	116	29,8	57	32,6	18	12,2	0	0,0	2	40,0	193	31,3
<i>Sul</i>	87	22,4	42	24,0	12	8,2	0	0,0	1	20,0	142	23,1
<i>Centro-Oeste</i>	32	8,2	20	11,4	10	6,8	0	0,0	0	0,0	62	10,1
<i>Capitais</i>	11	2,8	4	2,3	2	1,4	0	0,0	0	0,0	17	2,8
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	14	3,6	13	7,4	2	1,4	0	0,0	0	0,0	29	4,7
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	29	7,5	5	2,9	4	2,7	0	0,0	1	20,0	39	6,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	71	18,3	33	18,9	6	4,1	0	0,0	0	0,0	110	17,9
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	86	22,1	48	27,4	10	6,8	0	0,0	1	20,0	145	23,5
<i>Até 10 mil habitantes</i>	178	45,8	72	41,1	23	15,6	0	0,0	3	60,0	276	44,8
<i>Total</i>	389	63,1	175	28,4	47	7,6	0	0,0	5	0,8	616	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 31 - O PMAQ contribuiu para a fixação de médicos na ESF (N=616)

	Contribuiu Muito		Contribuiu		Contribuiu pouco		Não contribuiu		Não sabe		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	7	9,9	16	10,6	5	10,4	16	4,9	0	0,0	1	25,0	45	7,3
<i>Nordeste</i>	24	33,8	48	31,8	13	27,1	85	26,2	3	16,7	1	25,0	174	28,2
<i>Sudeste</i>	19	26,8	37	24,5	11	22,9	116	35,8	9	50,0	1	25,0	193	31,3
<i>Sul</i>	16	22,5	33	21,9	12	25,0	77	23,8	3	16,7	1	25,0	142	23,1
<i>Centro-Oeste</i>	5	7,0	17	11,3	7	14,6	30	9,3	3	16,7	0	0,0	62	10,1
<i>Capitais</i>	1	1,4	4	2,6	2	4,2	9	2,8	1	5,6	0	0,0	17	2,8
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	2	2,8	9	6,0	1	2,1	16	4,9	1	5,6	0	0,0	29	4,7
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	3	4,2	12	7,9	4	8,3	18	5,6	2	11,1	0	0,0	39	6,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	7	9,9	27	17,9	10	20,8	60	18,5	6	33,3	0	0,0	110	17,9
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	20	28,2	35	23,2	12	25,0	75	23,1	2	11,1	1	25,0	145	23,5
<i>Até 10 mil habitantes</i>	38	53,5	64	42,4	19	39,6	146	45,1	6	33,3	3	75,0	276	44,8
<i>Total</i>	71	11,5	151	24,5	48	7,8	324	52,6	18	2,9	4	0,6	616	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 32 - Avaliação geral do PMAQ (N=616)

	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	18	6,3	24	8,4	2	5,7	0	0,0	0	0,0	1	20,0	45	7,3
<i>Nordeste</i>	101	35,1	64	22,4	8	22,9	0	0,0	0	0,0	1	20,0	174	28,2
<i>Sudeste</i>	86	29,9	95	33,2	10	28,6	1	50,0	0	0,0	1	20,0	193	31,3
<i>Sul</i>	55	19,1	74	25,9	11	31,4	1	50,0	0	0,0	1	20,0	142	23,1
<i>Centro-Oeste</i>	28	9,7	29	10,1	4	11,4	0	0,0	0	0,0	1	20,0	62	10,1
<i>Capitais</i>	5	1,7	11	3,8	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	2,8
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	16	5,6	13	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	4,7
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	21	7,3	16	5,6	2	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39	6,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	56	19,4	46	16,1	7	20,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	110	17,9
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	63	21,9	68	23,8	11	31,4	2	100,0	0	0,0	1	20,0	145	23,5
<i>Até 10 mil habitantes</i>	127	44,1	132	46,2	14	40,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	276	44,8
<i>Total</i>	288	46,8	286	46,4	35	5,7	2	0,3	0	0,0	5	0,8	616	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 33 - Municípios que aderiram ao PROVAB (N=650)

	Sim		Não		Não conhece o PROVAB		Não Sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	11	6,8	37	7,8	0	0,0	0	0,0	48	7,4
<i>Nordeste</i>	64	39,5	119	25,2	1	25,0	3	27,3	187	28,8
<i>Sudeste</i>	47	29,0	150	31,7	2	50,0	4	36,4	203	31,2
<i>Sul</i>	28	17,3	116	24,5	0	0,0	4	36,4	148	22,8
<i>Centro-Oeste</i>	12	7,4	51	10,8	1	25,0	0	0,0	64	9,8
<i>Capitais</i>	12	7,4	5	1,1	0	0,0	0	0,0	17	2,6
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	12	7,4	19	4,0	0	0,0	0	0,0	31	4,8
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	20	12,3	18	3,8	1	25,0	0	0,0	39	6,0
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	39	24,1	70	14,8	2	50,0	4	36,4	115	17,7
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	34	21,0	116	24,5	0	0,0	5	45,5	155	23,8
<i>Até 10 mil habitantes</i>	45	27,8	245	51,8	1	25,0	2	18,2	293	45,1
<i>Total</i>	162	24,9	473	72,8	4	0,6	11	1,7	650	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 34 - Impacto do PROVAB no acesso a Atenção Básica (N=162)

	Aumentou Muito		Aumentou Pouco		Não Alterou		Diminuiu		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	6	6,3	2	4,5	3	14,3	0	0,0	0	0,0	11	6,8
<i>Nordeste</i>	41	43,2	15	34,1	7	33,3	0	0,0	1	50,0	64	39,5
<i>Sudeste</i>	28	29,5	12	27,3	7	33,3	0	0,0	0	0,0	47	29,0
<i>Sul</i>	12	12,6	13	29,5	2	9,5	0	0,0	1	50,0	28	17,3
<i>Centro-Oeste</i>	8	8,4	2	4,5	2	9,5	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Capitais</i>	7	7,4	4	9,1	1	4,8	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	7	7,4	4	9,1	1	4,8	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	14	14,7	3	6,8	3	14,3	0	0,0	0	0,0	20	12,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	21	22,1	11	25,0	6	28,6	0	0,0	1	50,0	39	24,1
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	22	23,2	9	20,5	3	14,3	0	0,0	0	0,0	34	21,0
<i>Até 10 mil habitantes</i>	24	25,3	13	29,5	7	33,3	0	0,0	1	50,0	45	27,8
<i>Total</i>	95	58,6	44	27,2	21	13,0	0	0,0	2	1,2	162	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 35 - Impacto do PROVAB na qualidade da atenção básica (N=162)

	Melhorou Muito		Melhorou Pouco		Não Alterou		Piorou		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	6	5,4	4	11,1	1	8,3	0	0,0	0	0,0	11	6,8
<i>Nordeste</i>	48	43,2	11	30,6	4	33,3	0	0,0	1	50,0	64	39,5
<i>Sudeste</i>	31	27,9	12	33,3	4	33,3	0	0,0	0	0,0	47	29,0
<i>Sul</i>	17	15,3	9	25,0	0	0,0	1	100,0	1	50,0	28	17,3
<i>Centro-Oeste</i>	9	8,1	0	0,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Capitais</i>	6	5,4	1	2,8	5	41,7	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	8	7,2	3	8,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	16	14,4	4	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	12,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	27	24,3	8	22,2	3	25,0	0	0,0	1	50,0	39	24,1
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	24	21,6	8	22,2	1	8,3	1	100,0	0	0,0	34	21,0
<i>Até 10 mil habitantes</i>	30	27,0	12	33,3	2	16,7	0	0,0	1	50,0	45	27,8
<i>Total</i>	111	68,5	36	22,2	12	7,4	1	0,6	2	1,2	162	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 36 - O PROVAB aumentou o número de equipes de ESF no município (N=162)

	Sim		Não		Não Sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	6	13,6	5	4,4	0	0,0	0	0,0	11	6,8
<i>Nordeste</i>	20	45,5	41	36,0	2	100,0	1	50,0	64	39,5
<i>Sudeste</i>	11	25,0	36	31,6	0	0,0	0	0,0	47	29,0
<i>Sul</i>	4	9,1	23	20,2	0	0,0	1	50,0	28	17,3
<i>Centro-Oeste</i>	3	6,8	9	7,9	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Capitais</i>	8	18,2	4	3,5	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	5	11,4	7	6,1	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	5	11,4	15	13,2	0	0,0	0	0,0	20	12,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	9	20,5	28	24,6	1	50,0	1	50,0	39	24,1
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	7	15,9	27	23,7	0	0,0	0	0,0	34	21,0
<i>Até 10 mil habitantes</i>	10		33	28,9	1	50,0	1	50,0	45	27,8
<i>Total</i>	44	27,2	114	70,4	2	1,2	2	1,2	162	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 37 - Houve substituição de médicos contratados por médicos do PROVAB (N=162)

	Sim		Não		Não Sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	5	15,6	6	4,9	0	0,0	0	0,0	11	6,8
<i>Nordeste</i>	12	37,5	48	39,0	3	60,0	1	50,0	64	39,5
<i>Sudeste</i>	10	31,3	35	28,5	2	40,0	0	0,0	47	29,0
<i>Sul</i>	3	9,4	24	19,5	0	0,0	1	50,0	28	17,3
<i>Centro-Oeste</i>	2	6,3	10	8,1	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Capitais</i>	0	0,0	12	9,8	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	2	6,3	10	8,1	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	5	15,6	13	10,6	2	40,0	0	0,0	20	12,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	8	25,0	29	23,6	1	20,0	1	50,0	39	24,1
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	6	18,8	26	21,1	2	40,0	0	0,0	34	21,0
<i>Até 10 mil habitantes</i>	11	34,4	33	26,8	0	0,0	1	50,0	45	27,8
<i>Total</i>	32	19,8	123	75,9	5	3,1	2	1,2	162	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 38 - Avaliação do PROVAB como estratégia de provimento de profissionais para atenção básica (N=162)

	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	3	3,7	7	10,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	6,8
<i>Nordeste</i>	33	40,2	25	36,2	5	55,6	0	0,0	0	0,0	1	50,0	64	39,5
<i>Sudeste</i>	23	28,0	22	31,9	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	29,0
<i>Sul</i>	16	19,5	10	14,5	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	50,0	28	17,3
<i>Centro-Oeste</i>	7	8,5	5	7,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Capitais</i>	5	6,1	6	8,7	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	6	7,3	5	7,2	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	7,4
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	10	12,2	9	13,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	12,3
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	21	25,6	15	21,7	2	22,2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	39	24,1
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	19	23,2	13	18,8	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	21,0
<i>Até 10 mil habitantes</i>	21	25,6	21	30,4	2	22,2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	45	27,8
<i>Total</i>	82	50,6	69	42,6	9	5,6	0	0,0	0	0,0	2	1,2	162	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 39 - Município aderiu ao Mais Médicos (N=650)

	Sim		Não		Não Sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	41	9,5	7	3,2	0	0,0	48	7,4
<i>Nordeste</i>	135	31,3	51	23,4	1	100,0	187	28,8
<i>Sudeste</i>	122	28,3	81	37,2	0	0,0	203	31,2
<i>Sul</i>	100	23,2	48	22,0	0	0,0	148	22,8
<i>Centro-Oeste</i>	33	7,7	31	14,2	0	0,0	64	9,8
<i>Capitais</i>	16	3,7	1	0,5	0	0,0	17	2,6
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	26	6,0	5	2,3	0	0,0	31	4,8
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	32	7,4	7	3,2	0	0,0	39	6,0
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	87	20,2	28	12,8	0	0,0	115	17,7
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	106	24,6	48	22,0	1	100,0	155	23,8
<i>Até 10 mil habitantes</i>	164	38,1	129	59,2	0	0,0	293	45,1
<i>Total</i>	431	66,3	218	33,5	1	0,2	650	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 40 - O Mais Médicos aumentou o número de equipes de ESF no município (N=431)

	Sim		Não		Não Sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	24	17,3	17	6,0	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	43	30,9	90	31,6	2	33,3	0	0,0	135	31,3
<i>Sudeste</i>	32	23,0	86	30,2	3	50,0	1	100,0	122	28,3
<i>Sul</i>	36	25,9	64	22,5	0	0,0	0	0,0	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	4	2,9	28	9,8	1	16,7	0	0,0	33	7,7
<i>Capitais</i>	12	8,6	4	1,4	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	17	12,2	9	3,2	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	11	7,9	20	7,0	1	16,7	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	26	18,7	60	21,1	1	16,7	0	0,0	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	39	28,1	66	23,2	0	0,0	1	100,0	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	34	24,5	126	44,2	4	66,7	0	0,0	164	38,1
<i>Total</i>	139	32,3	285	66,1	6	1,4	1	0,2	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 41 - Houve substituição de médicos contratados por médicos do Mais Médicos (N=431)

	Sim		Não		Não Sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	12	17,6	29	8,1	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	27	39,7	106	29,8	2	33,3	0	0,0	135	31,3
<i>Sudeste</i>	15	22,1	103	28,9	3	50,0	1	100,0	122	28,3
<i>Sul</i>	7	10,3	93	26,1	0	0,0	0	0,0	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	7	10,3	25	7,0	1	16,7	0	0,0	33	7,7
<i>Capitais</i>	3	4,4	13	3,7	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	3	4,4	23	6,5	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	5	7,4	27	7,6	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	13	19,1	72	20,2	2	33,3	0	0,0	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	19	27,9	86	24,2	0	0,0	1	100,0	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	25	36,8	135	37,9	4	66,7	0	0,0	164	38,1
<i>Total</i>	68	15,8	356	82,6	6	1,4	1	0,2	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 42 - Satisfação do gestor em relação ao Mais Médicos (N=431)

	Muito Satisfeito		Satisfeito		Neutro		Insatisfeito		Muito Insatisfeito		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	18	9,2	16	8,9	5	19,2	2	18,2	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	62	31,8	55	30,6	5	19,2	4	36,4	0	0,0	9	47,4	135	31,3
<i>Sudeste</i>	54	27,7	54	30,0	9	34,6	2	18,2	0	0,0	3	15,8	122	28,3
<i>Sul</i>	44	22,6	43	23,9	6	23,1	2	18,2	0	0,0	5	26,3	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	17	8,7	12	6,7	1	3,8	1	9,1	0	0,0	2	10,5	33	7,7
<i>Capitais</i>	8	4,1	7	3,9	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	15	7,7	10	5,6	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	16	8,2	15	8,3	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	39	20,0	43	23,9	3	11,5	1	9,1	0	0,0	1	5,3	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	45	23,1	38	21,1	9	34,6	6	54,5	0	0,0	8	42,1	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	72	36,9	67	37,2	11	42,3	4	36,4	0	0,0	10	52,6	164	38,1
<i>Total</i>	195	45,2	180	41,8	26	6,0	11	2,6	0	0,0	19	4,4	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 43 - Opinião dos gestores sobre a satisfação do usuário em relação ao Mais Médicos (N=431)

	Muito Satisfeito		Satisfeito		Neutro		Insatisfeito		Muito Insatisfeito		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	19	10,1	18	9,9	4	16,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	61	32,4	50	27,5	5	20,0	8	66,7	0	0,0	11	47,8	135	31,3
<i>Sudeste</i>	52	27,7	52	28,6	13	52,0	2	16,7	0	0,0	3	13,0	122	28,3
<i>Sul</i>	39	20,7	51	28,0	3	12,0	1	8,3	0	0,0	6	26,1	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	17	9,0	11	6,0	0	0,0	1	8,3	1	100,0	3	13,0	33	7,7
<i>Capitais</i>	7	3,7	7	3,8	2	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	13	6,9	11	6,0	2	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	17	9,0	14	7,7	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	38	20,2	41	22,5	4	16,0	1	8,3	1	100,0	2	8,7	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	44	23,4	40	22,0	5	20,0	7	58,3	0	0,0	10	43,5	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	69	36,7	69	37,9	11	44,0	4	33,3	0	0,0	11	47,8	164	38,1
<i>Total</i>	188	43,6	182	42,2	25	5,8	12	2,8	1	0,2	23	5,3	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 44 - Impacto do Mais Médicos sobre a presença do médico em termos de disponibilidade, carga horária (N=431)

	Aumentou Muito		Aumentou		Não alterou		Diminuiu		Diminuiu Muito		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	11	8,9	20	10,9	10	10,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	51	41,1	53	28,8	21	21,4	1	0,2	0	0,0	9	45,0	135	31,3
<i>Sudeste</i>	34	27,4	52	28,3	31	31,6	1	0,2	0	0,0	4	20,0	122	28,3
<i>Sul</i>	18	14,5	48	26,1	26	26,5	2	0,5	0	0,0	6	30,0	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	10	8,1	11	6,0	10	10,2	0	0,0	0	0,0	2	10,0	33	7,7
<i>Capitais</i>	3	2,4	9	4,9	4	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	10	8,1	11	6,0	4	4,1	1	0,2	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	10	8,1	16	8,7	6	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	27	21,8	33	17,9	24	24,5	0	0,0	0	0,0	3	15,0	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	30	24,2	48	26,1	18	18,4	2	0,5	0	0,0	8	40,0	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	44	35,5	67	36,4	42	42,9	1	0,2	0	0,0	9	45,0	164	38,1
<i>Total</i>	124	28,8	184	42,7	98	22,7	4	0,9	0	0,0	20	4,6	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 45 - Impacto do Mais Médicos sobre a cobertura dos serviços em áreas descobertas, remotas e/ou rurais (N=431)

	Aumentou Muito		Aumentou		Não alterou		Diminuiu		Diminuiu Muito		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	16	12,8	14	9,3	10	7,7	1	25,0	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	49	39,2	45	29,8	30	23,1	2	50,0	0	0,0	9	42,9	135	31,3
<i>Sudeste</i>	28	22,4	45	29,8	45	34,6	0	0,0	0	0,0	4	19,0	122	28,3
<i>Sul</i>	23	18,4	42	27,8	28	21,5	1	25,0	0	0,0	6	28,6	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	9	7,2	5	3,3	17	13,1	0	0,0	0	0,0	2	9,5	33	7,7
<i>Capitais</i>	7	5,6	6	4,0	3	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	10	8,0	12	7,9	4	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	13	10,4	10	6,6	8	6,2	1	25,0	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	26	20,8	29	19,2	28	21,5	1	25,0	0	0,0	3	14,3	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	32	25,6	35	23,2	29	22,3	2	50,0	0	0,0	8	38,1	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	37	29,6	59	39,1	58	44,6	0	0,0	0	0,0	10	47,6	164	38,1
<i>Total</i>	125	29,0	151	35,0	130	30,2	4	0,9	0	0,0	21	4,9	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 46 - Impacto do Mais Médicos sobre as visitas domiciliares (N=431)

	Aumentou Muito		Aumentou		Não alterou		Diminuiu		Diminuiu Muito		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	16	12,5	19	9,7	5	6,1	1	25,0	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	45	35,2	54	27,6	26	31,7	1	25,0	0	0,0	9	42,9	135	31,3
<i>Sudeste</i>	29	22,7	60	30,6	29	35,4	0	0,0	0	0,0	4	19,0	122	28,3
<i>Sul</i>	28	21,9	52	26,5	12	14,6	2	50,0	0	0,0	6	28,6	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	10	7,8	11	5,6	10	12,2	0	0,0	0	0,0	2	9,5	33	7,7
<i>Capitais</i>	5	3,9	7	3,6	4	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	7	5,5	15	7,7	3	3,7	1	25,0	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	9	7,0	17	8,7	6	7,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	26	20,3	39	19,9	19	23,2	0	0,0	0	0,0	3	14,3	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	33	25,8	42	21,4	21	25,6	2	50,0	0	0,0	8	38,1	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	48	37,5	76	38,8	29	35,4	1	25,0	0	0,0	10	47,6	164	38,1
<i>Total</i>	128	29,7	196	45,5	82	19,0	4	0,9	0	0,0	21	4,9	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 47 - Impacto do Mais Médicos sobre atendimento a hipertensos, diabéticos, pré-natal (prioridades da atenção básica) (N=431)

	Aumentou Muito		Aumentou		Não alterou		Diminuiu		Diminuiu Muito		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	12	11,0	20	10,2	9	8,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	9,5
Nordeste	42	38,5	57	28,9	26	25,7	1	33,3	0	0,0	9	42,9	135	31,3
Sudeste	27	24,8	56	28,4	35	34,7	0	0,0	0	0,0	4	19,0	122	28,3
Sul	19	17,4	54	27,4	19	18,8	2	66,7	0	0,0	6	28,6	100	23,2
Centro-Oeste	9	8,3	10	5,1	12	11,9	0	0,0	0	0,0	2	9,5	33	7,7
Capitais	6	5,5	8	4,1	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,7
Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)	9	8,3	12	6,1	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	6,0
Mais de 50 até 100 mil habitantes	7	6,4	21	10,7	4	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	7,4
Mais de 20 até 50 mil habitantes	24	22,0	34	17,3	26	25,7	0	0,0	0	0,0	3	14,3	87	20,2
Mais de 10 até 20 mil habitantes	26	23,9	51	25,9	19	18,8	2	66,7	0	0,0	8	38,1	106	24,6
Até 10 mil habitantes	37	33,9	71	36,0	45	44,6	1	33,3	0	0,0	10	47,6	164	38,1
Total	109	25,3	197	45,7	101	23,4	3	0,7	0	0,0	21	4,9	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 48 - Os médicos do Mais Médicos fazem mais coisas (maior variedade de procedimentos)(N=431)

	Sim		Não		Não Sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	15	8,9	25	11,3	1	5,3	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	59	34,9	63	28,4	4	21,1	9	42,9	135	31,3
<i>Sudeste</i>	48	28,4	62	27,9	8	42,1	4	19,0	122	28,3
<i>Sul</i>	32	18,9	57	25,7	5	26,3	6	28,6	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	15	8,9	15	6,8	1	5,3	2	9,5	33	7,7
<i>Capitais</i>	8	4,7	7	3,2	1	5,3	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	14	8,3	11	5,0	1	5,3	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	13	7,7	18	8,1	1	5,3	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	39	23,1	41	18,5	4	21,1	3	14,3	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	35	20,7	60	27,0	3	15,8	8	38,1	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	60	35,5	85	38,3	9	47,4	10	47,6	164	38,1
<i>Total</i>	169	39,2	222	51,5	19	4,4	21	4,9	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 49 - Os médicos do Mais Médicos realizam atendimento de urgência e emergência na unidade de saúde(N=431)

	Sim		Não		Não Sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	23	10,6	17	9,1	1	12,5	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	65	30,1	59	31,7	2	25,0	9	42,9	135	31,3
<i>Sudeste</i>	52	24,1	64	34,4	2	25,0	4	19,0	122	28,3
<i>Sul</i>	56	25,9	36	19,4	2	25,0	6	28,6	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	20	9,3	10	5,4	1	12,5	2	9,5	33	7,7
<i>Capitais</i>	13	6,0	3	1,6	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	14	6,5	11	5,9	1	12,5	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	17	7,9	15	8,1	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	43	19,9	40	21,5	1	12,5	3	14,3	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	45	20,8	53	28,5	0	0,0	8	38,1	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	84	38,9	64	34,4	6	75,0	10	47,6	164	38,1
<i>Total</i>	216	50,1	186	43,2	8	1,9	21	4,9	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 50 - Os médicos do Mais Médicos realizam pequenas cirurgias na unidade de saúde(N=431)

	Sim		Não		Não Sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	4	4,8	36	11,5	1	6,7	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	29	34,9	96	30,8	1	6,7	9	42,9	135	31,3
<i>Sudeste</i>	19	22,9	95	30,4	4	26,7	4	19,0	122	28,3
<i>Sul</i>	22	26,5	66	21,2	6	40,0	6	28,6	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	9	10,8	19	6,1	3	20,0	2	9,5	33	7,7
<i>Capitais</i>	5	6,0	10	3,2	1	6,7	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	4	4,8	21	6,7	1	6,7	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	5	6,0	26	8,3	1	6,7	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	19	22,9	63	20,2	2	13,3	3	14,3	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	14	16,9	83	26,6	1	6,7	8	38,1	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	36	43,4	109	34,9	9	60,0	10	47,6	164	38,1
<i>Total</i>	83	19,3	312	72,4	15	3,5	21	4,9	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

Tabela 51 - Avaliação do Mais Médicos como estratégia de provimento de profissionais para atenção básica (N=431)

	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Norte</i>	21	8,7	18	11,3	1	5,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	41	9,5
<i>Nordeste</i>	85	35,1	40	25,0	7	35,0	1	33,3	0	0,0	2	33,3	135	31,3
<i>Sudeste</i>	69	28,5	48	30,0	2	10,0	1	33,3	0	0,0	2	33,3	122	28,3
<i>Sul</i>	52	21,5	38	23,8	8	40,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	100	23,2
<i>Centro-Oeste</i>	15	6,2	16	10,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	7,7
<i>Capitais</i>	9	3,7	5	3,1	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,7
<i>Mais de 100 mil habitantes (exceto capitais)</i>	16	6,6	9	5,6	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	6,0
<i>Mais de 50 até 100 mil habitantes</i>	20	8,3	12	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	7,4
<i>Mais de 20 até 50 mil habitantes</i>	45	18,6	33	20,6	6	30,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	87	20,2
<i>Mais de 10 até 20 mil habitantes</i>	56	23,1	43	26,9	5	25,0	1	33,3	0	0,0	1	16,7	106	24,6
<i>Até 10 mil habitantes</i>	96	39,7	58	36,3	6	30,0	2	66,7	0	0,0	2	33,3	164	38,1
<i>Total</i>	242	56,1	160	37,1	20	4,6	3	0,7	0	0,0	6	1,4	431	100,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família - 2014".

6. Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1991**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, Diário Oficial da União, 1991; 11 dez.

BRASIL. **Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 1993; 09 dez.

CASTEL, R. Work and Usefulness to the World, *International Labour Review*, v. 135, n. 6, p. 615-622, 1996.

CARVALHO, C. L. *et. al.* O monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família no último decênio. In: **Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde**, 2010, Rio de Janeiro, p. 1-10.

COCCO, G. Introdução. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001.

GALEAZZI, I. Precarização do Trabalho. In: CATTANI, A. D. (org.). **Dicionário crítico do trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Vozes, 2002, p. 242-247. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, abr. 2010, p. 11-23.

GIRARDI, S. N. (org.) et al. **Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – 2010**. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2011.

GIRARDI, S. N. (org.) et al. **Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – 2009**. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2010.

GIRARDI, S. N. et al. (org.) **Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família**. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2007.

GIRARDI, S. N. et al. (org.) **Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil**. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Populações e Indicadores Sociais, 2006.

KALLEBERG, A. L. Crescimento do Trabalho Precário: um Desafio Global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 69, 2009, p. 21-30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas e respostas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, 2006.

MATOSSO, J.; POCHMANN, M. Mudanças estruturais e trabalho no Brasil, **Economia e Sociedade**, n. 10, p. 213-243, 1998.

NOGUEIRA, R. P. et al. Limites Críticos das Moções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. In: **Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, Brasília, v. 2, 2004

REA, L. M.; PARKER, R. A. **Designing and conducting survey reserach**: a comprehensive guide. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1997.

SINGER, P. Cooperativas de Trabalho Alternativa do Trabalho sem Emprego. In: MARTINS FILHO, I. G. S.; SALABERRY FILHO, M. (orgs.). **Cooperativas de Trabalho**: anais do Seminário. São Paulo: LTR Editora, 2004.

APENDICE 1: QUESTIONÁRIO DA ETAC

Cadastro

Atenção Básica

Médico I

Médico II

Agenda:

Situação:

Operador:

Data:

I - Dados do Município

Município:

Umburanas

UF:

BA

Região:

NE

Telefone da Prefeitura:

Tel. da Secretaria:

Telefone do PSF:

Fax:

Email:

Outros_Telefones:

II - Dados do Respondente

Nome do Respondente

Cargo

Email

Formou em que?

Cadastro **Atenção Básica** Médico I Médico II

III - Dados da Atenção Básica

1 - Como está organizada a Atenção Básica do Município?

1.1 - Estratégia Saúde da Família? ☐

1.2 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)? ☐

1.3 - Atenção Básica Convencional? ☐

1.4 - Outra? ☐

1.4.1 - Especificar:

2 - Em que ano foi implantada a ESF no município?

2.1 - Quantas equipes da ESF estão atuando no município?

2.2 - Quantas equipes com Saúde Bucal?

3 - O Município aderiu ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)?

3.1 - Ano da primeira adesão:

3.3 - Se Sim, quantas equipes PMAQ?

3.2 - Continua no PMAQ?

3.4 - E quantas equipes PMAQ com Saúde Bucal?

4 - SE NÃO ADERIU: O município tem interesse em aderir ao PMAQ?

4.1 - Motivo do sim e do não

5 - O município possui profissionais do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica)?

5.1 - Quantos Médicos?

5.2 - Quantos Dentistas?

5.3 - Quantos Enfermeiros?

6 - O município possui profissionais do Programa "Mais Médicos"?

6.1 - Brasileiros formados no Brasil?

☐ Quantos:

6.2 - Brasileiros formados no exterior?

☐ Quantos:

6.3 - Cubanos

☐ Quantos:

6.4 - Outras nacionalidade

☐ Qual:

Quantos:

2230

Qualidade do Emprego na Estratégia de Saúde da Família - 2014

Cadastro Atensão Básica Médico I Médico II

Recrutamento, Contratação e Vínculo

7 - Qual a forma predominante de recrutamento dos Médicos para a ESF?

Sem o profissional no momento ☐

Contratação Direta

8 - O município pratica a Contratação Direta de médicos pela Administração Pública Municipal (poder executivo municipal; autarquia e fundação pública municipal) para a ESF?

Obs.: Considerar apenas Médicos da Saúde da Família.

Vínculo	Nº de médicos	Carga horária semanal	Remuneração Média
9 - Estatutario		20 30 40	
10 - CLT		20 30 40	
11 - Contrato Temporário com a Administração Pública		20 30 40	
12 - Cargo Comissionado		20 30 40	
13 - Prestador de Serviço - Autônomo, Pessoa Física		20 30 40	
14 - Prestador de Serviço - Pessoa Jurídica		20 30 40	
15 - Outro Especificar:		20 30 40	

Programas Federais

16.1 - Bolsa do PROVAB

16.2 - Bolsa do Mais Médicos

Contratação Indireta17 - O município pratica contratação Indireta de médicos por meio da contratação de organizações?

A contratação Indireta de médicos é feita através de:

17.1 - Filantrópica: 17.2 - Organização Social (OS): 17.3 - OSCIPS: 17.4 - ONG: 17.5 - Cooperativa: 17.6 - Empresa: 17.7 - Outra: 17.8 -Especificar: 18 - Quantos médicos da ESF são contratados de forma Indireta? 19 - Qual é a carga horária semanal dos médicos contratados de forma Indireta? 20 - Qual a remuneração média dos médicos contratados de forma Indireta? **Rotatividade**21 - Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF? Anos Meses 22 - Quantos médicos trocaram de equipe de ESF no último ano? 23 - Quantos médicos saíram da ESF no último ano? 24 - Você considera que os índices de rotatividade de médicos na ESF são: 25 - Existem postos de trabalho vagos para essa categoria na ESF? Se sim, quantos: 25.1 - Existe dificuldade de preenchimento? 25.2 - Quando um cargo de médico fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher? Dias Semanas Meses 26 - Os Médicos da ESF cumprem carga horária contratada? 27 - Os Médicos da ESF atuam no setor de urgência e emergência de hospitais e pronto socorros do municípios? 28 - Se sim, esses médicos possuem outro contrato fomentado pela administração municipal para este trabalho?

Proximo Formulário >>>



Apenas para Municípios com médicos de 20 e 30 Horas na ESF (Estratégia Saúde da Família)

29 - O(a) Sr(a) considera que a mudança na carga horária de médicos, com a Flexibilização da carga horária para 30 ou 20 horas, facilitou a contratação de médicos no seu município?

29.1 - Motivo do Sim ou Não

30 - O(a) Sr(a) considera que a mudança na carga horária de médicos, com a Flexibilização da carga horária para 30 ou 20 horas, contribuiu para o aumento da cobertura ESF do seu município?

30.1 - Motivo do Sim ou Não

31 - O(a) Sr(a) considera que a mudança na carga horária de médicos, com a Flexibilização da carga horária para 30 ou 20 horas, contribuiu para diminuir o problema de rotatividade/fixação de médicos na ESF do seu município?

31.1 - Motivo do Sim ou Não

Proximo Formulário >>>



Enfermeiro I Enfermeiro II

Recrutamento, Contratação e Vínculo

32 - Qual a forma predominante de recrutamento dos Enfermeiros para a ESF ?

32.1 - Sem o profissional no momento ☐**Contratação Direta**

33.1 - O município pratica a Contratação Direta de Enfermeiros pela Administração Pública Municipal (poder executivo municipal; autarquia e fundação pública municipal) para o PSF?

Vínculo	Nº de Enfermeiros	Carga horária semanal	Remuneração Média
34 - Estatutário			
35 - CLT			
36 - Contrato Temporário com a Administração Pública			
37 - Cargo Comissionado			
38 - Prestador de Serviço - Autônomo, Pessoa Física			
39 - Prestador de Serviço - Pessoa Jurídica			
40 - Bolsa do Prova			
41 - Outro. Especificar: Ex: Bolsista, Contrato Verbal, etc.			



<<< Voltar

Enfermeiro I Enfermeiro II

Contratação Indireta42 - O município pratica contratação Indireta de enfermeiros por meio da contratação de organizações?

43 - A contratação Indireta de enfermeiros é feita através de:

43.1 - Filantrópica: 43.2 - Organização Social: 43.3 - OSCIPS: 43.4 - ONG: 43.5 - Cooperativa: 43.6 - Empresa: 43.7 - Outra:

Especificar:

44 - Quantos enfermeiros da ESF são contratados de forma Indireta? 45 - Qual é a carga horária semanal dos enfermeiros contratados de forma Indireta? 46 - Qual a Remuneração média dos enfermeiros contratados de forma Indireta? **Rotatividade**47 - Em média, quanto tempo o profissional fica na ESF? Anos Meses 48 - Quantos enfermeiros trocaram de equipe no último ano? 49 - Quantos enfermeiros saíram da ESF no último ano? 50 - Você considera que os índices de rotatividade enfermeiros na ESF são: 51 - Existem postos de trabalho vagos para enfermeiros na ESF no momento? Se sim, quantos: 52 - Existe dificuldade de preenchimento de posto vago de enfermeiro da ESF? 53 - Quando um posto fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher? Dias: Semanas: Meses:

Proximo Formulário >>>



Dentista I Dentista II

Recrutamento, Contratação e Vínculo54 - Qual a forma predominante de recrutamento dos dentistas para a ESF? Sem o profissional no momento ☐**Contratação Direta**

55 - O município pratica a contratação direta de dentistas pela administração pública municipal (poder executivo municipal; autarquia e fundação pública municipal) para o PSF?

Vínculo	Nº de Dentistas	Carga horária semanal	Remuneração Média
56 - Estatutário			
57 - CLT			
58 - Contrato Temporário com a Administração Pública			
59 - Cargo Comissionado			
60 - Prestador de Serviço - Autônomo, Pessoa Física			
61 - Prestador de Serviço - Pessoa Jurídica			
62 - Bolsa Provat			
63 - Outro; Especificar: Ex: Bolsista, Contrato Verbal, etc.			



<<< Voltar

Dentista I Dentista II

Contratação Indireta64 - O município pratica contratação Indireta de dentistas por meio da contratação de organizações?

65 - A contratação Indireta de dentistas é feita através de:

65.1 - Filantrópica: 65.2 - Organização Social: 65.3 - OSCIPS: 65.4 - ONG: 65.5 - Cooperativa: 65.6 - Empresa: 65.7 - Outra: Especificar: 66 - Quantos dentistas da ESF são contratados de forma Indireta? 67 - Qual é a carga horária semanal dos dentistas contratados de forma Indireta? 68 - Qual a remuneração média dos dentistas contratados de forma Indireta? **Rotatividade**69 - Em média quanto tempo o profissional fica na ESF? Anos Meses 70 - Quantos dentistas trocaram de equipe da ESF no último ano? 71 - Quantos dentistas saíram da ESF no último ano? 72 - Você considera que os índices de rotatividade de dentistas na ESF são: 73 - Existem postos de trabalho vagos para essa categoria na ESF? Se sim, quantos: 74 - Existe dificuldade de preenchimento de posto vago de dentista da ESF? 75 - Quando um posto fica vago em média, quanto tempo leva para preencher? Dias: Semanas: Meses:

Proximo Formulário >>>



2230

Qualidade do Emprego na Estratégia de Saúde da Família - 2014

Agente Comunitário de Saúde I

Agente Comunitário de Saúde II

Recrutamento, Contratação e Vínculo

76 - Qual a forma predominante de recrutamento dos ACS para a ESF?

Sem o profissional no momento

☐

Contratação Direta

77 - O município pratica a Contratação Direta de ACS pela Administração Pública Municipal (poder executivo municipal; autarquia e fundação pública municipal) para o PSF?

Vínculo	Nº de ACS	Carga horária semanal	Remuneração Média
Estatutário			
CLT			
Contrato Temporário com a Administração Pública			
Cargo Comissionado			
Prestador de Serviço - Autônomo, Pessoa Física			
Prestador de Serviço - Pessoa Jurídica			
Outro; Especificar: Ex: Bolsista, Contrato Verbal, etc.			



<<< Voltar

Contratação Indireta84 - O município pratica contratação Indireta de ACS por meio da contratação de organizações?

85 - A contratação Indireta de ACS é feita através de:

85.1 - Filantrópica: 85.2 - Organização Social: 85.3 - OSCIPs: 85.4 - ONG: 85.5 - Cooperativa: 85.6 - Empresa: 85.7 - Outra:

Especificar:

86 - Quantos ACS da ESF são contratados de forma Indireta? 87 - Qual é a carga horária semanal dos ACS contratados de forma Indireta? 88 - Qual a remuneração média dos ACS contratados de forma Indireta? **Rotatividade**89 - Em média quanto tempo o profissional fica na ESF? Anos Meses 90 - Existem postos de trabalho vagos para essa categoria na ESF? Se sim, quantos: 91 - Existe dificuldade de preenchimento? 92 - Quando um cargo de ACS fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher: Dias Semanas Meses

Proximo Formulário >>>



Técnico e Auxiliar de Enfermagem I Técnico e Auxiliar de Enfermagem II

Recrutamento, Contratação e Vínculo

93 - Qual a forma predominante de recrutamento dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem para a ESF?

Sem o profissional no momento

☐**Contratação Direta**

94 - O município pratica a Contratação Direta de Tec. Aux. Enf. pela Administração Pública Municipal (poder executivo municipal; autarquia e fundação pública municipal) para o PSF?

Vínculo	Nº de Tec. Aux. Enf.	Carga horária semanal	Remuneração Média
94 - Estatutário			
95 - CLT			
96 - Contrato Temporário com a Administração Pública			
97 - Cargo Comissionado			
98 - Prestador de Serviço - Autônomo, Pessoa Física			
99 - Prestador de Serviço - Pessoa Jurídica			
100- Outro; Especificar: Ex: Bolsista, Contrato Verbal, etc.			



<<< Voltar

Contratação Indireta101 - O município pratica contratação Indireta de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por meio da contratação de organizações?

102 - A contratação Indireta de Tec. e Aux. Enf. é feita através de:

102.1 - Filantrópica: 102.5 - Cooperativa: 102.2 - Organização Social: 102.6 - Empresa: 102.3 - OSCIPS: 102.7 - Outra:

Especificar:

102.4 - ONG: 103 - Quantos Tec. e Aux. Enf. da ESF são contratados de forma Indireta? 104 - Qual é a carga horária semanal dos Tec. e Aux. Enf. contratados de forma Indireta? 106 - Qual a remuneração média dos Tec. e Aux. Enf. contratados de forma Indireta? **Rotatividade**106 - Em média quanto tempo o profissional fica na ESF? Anos Meses 107 - Existem postos de trabalho vagos para essa categoria na ESF? 107.1 - Se sim, quantos: 108 - Existe dificuldade de preenchimento?

109 - Quando um cargo de Tec. e Aux. Enf. fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher:

Dias Semanas Meses

Proximo Formulário >>>



Recrutamento, Contratação e Vínculo

110 - Qual a forma predominante de recrutamento dos Tec. e Aux. de Saúde Bucal para a ESF?

Sem o profissional no momento ☐**Contratação Direta**

111 - O município pratica a Contratação Direta de Tec. Aux. S. B. pela Administração Pública Municipal (poder executivo municipal; autarquia e fundação pública municipal) para o PSF?

Vínculo	Nº de Tec. Aux. S. B.	Carga horária semanal	Remuneração Média
112 - Estatutário			
113 - CLT			
114 - Contrato Temporário com a Administração Pública			
115 - Cargo Comissionado			
116 - Prestador de Serviço - Autônomo, Pessoa Física			
117 - Prestador de Serviço - Pessoa Jurídica			
118 - Outro; Especificar:			
Ex: Bolsista, Contrato Verbal, etc.			



<<< Voltar

Contratação Indireta119 - O município pratica contratação Indireta de Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal por meio da contratação de organizações?

120 - A contratação Indireta de Tec. Aux. S. B. é feita através de:

120.1 - Filantrópica: 120.5 - Cooperativa: 120.2 - Organização Social: 120.6 - Empresa: 120.3 - OSCIPS: 120.7 - Outra:

Especificar:

120.4 - ONG: 121 - Quantos Tec. Aux. S. B. da ESF são contratados de forma Indireta? 122 - Qual é a carga horária semanal dos Tec. Aux. S. B. contratados de forma Indireta? 123 - Qual a remuneração média dos Tec. Aux. S. B. contratados de forma Indireta? **Rotatividade**124 - Em média quanto tempo o profissional fica na ESF? Anos Meses 125 - Existem postos de trabalho vagos para essa categoria na ESF? 125.1 - Se sim, quantos: 126 - Existe dificuldade de preenchimento?

127 - Quando um cargo de Tec. Aux. S. B. fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher:

Dias Semanas Meses

Proximo Formulário >>>



Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

NASF

128 - O município possui NASF? (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)

129 - Se sim, com quais e quantos profissionais?

129.1 - Médico Pediatra: 129.2 - Médico Ginecologista Obstetra: 129.3 - Médico Acupunturista: 129.4 - Médico Psiquiatra: 129.5 - Médico Homeopata: 129.6 - Psicólogo: 129.7 - Fisioterapeuta: 129.8 - Nutricionista: 129.9 - Assistente Social: 129.10 - Fonoaudiólogo: 129.11 - Terapeuta Ocupacional: 129.12 - Profissional de Educação Física: 129.13 - Farmacêutico: 129.14 - Outros:

129.14.1 - Especificar:



<<< Voltar

Proximo Formulário >>>



Incentivos e estratégias oferecidas pelo município aos profissionais da ESF

130 - O município utiliza as seguintes estratégias e mecanismos para profissionais da ESF?	Os incentivo é destinado a quais profissionais?								O incentivo foi implantado após adesão ao PMAQ?	O incentivo utiliza recursos do PMAQ?
	Não Utiliza	Toda Equipe	MED.	ENF.	CD.	TAE.	ACS.	TASB.		
130.1 - Adicional monetário por metas, resultados, produtividade, desempenho;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.2 - Adicional monetário por exercício em áreas rurais e ou com dificuldade de acesso;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.3 - Adicional monetário por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.4 - Adicional monetário por titulação;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.5 - Adicional monetário por tempo de serviço;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.6 - Auxílio alimentação, transporte, etc.;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.7 - Assistência Médica Odontológica;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.8 - Auxílio moradia;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.9 - Turnos flexíveis/folgas semanais;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	X
130.10 - Aumento salarial nos últimos 12 meses;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130.11 - Plano de Cargos e Carreiras;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	X
130.12 - Oferta ou liberação para cursos de capacitação/educação permanente;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	X
130.13 - Oportunidade de trabalho em hospitais, plantões, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	X



<<< Voltar

Opinativa I - Apenas municípios aderidos ao PMAQ

131 - Qual o impacto do PMAQ sobre o acesso à atenção básica no seu município?

132 - Qual impacto do PMAQ sobre a qualidade da atenção básica no seu município?

133 - O PMAQ contribuiu para a fixação de médicos na ESF no seu município?

134 - De maneira geral, como o Sr(a) avalia o PMAQ no seu município?

Opinativa II - Apenas municípios aderidos ao PROVAB

135 - Qual o impacto do PROVAB sobre o acesso à atenção básica no seu município?

136 - Qual o impacto do PROVAB sobre a qualidade da atenção básica no seu município?

137 - O PROVAB aumentou o número de equipes de ESF do município?

138 - Houve substituição de médicos contratados por médicos do PROVAB?

139 - De maneira geral, como o Sr(a) avalia o PROVAB como estratégia de provimento de profissionais para atenção básica?

Incentivos Opinativas I e II Opinativas III

Opinativa III - Apenas municípios aderidos ao Mais Médicos

140 - O "Mais Médicos" aumentou o número de equipes de ESF no seu município? 141 - Houve substituição de médicos contratados por médicos do "Mais Médicos"? 142 - Como o Sr (a) avalia a sua satisfação com relação a vinda dos médicos do MAIS MÉDICOS 143 - Como o Sr (a) avalia a satisfação dos usuários com relação a vinda dos médicos do MAIS MÉDICOS

144 - Com relação ao impacto do programa MAIS MÉDICOS sobre o acesso e qualidade a atenção básica no seu município, como o Sr(a) avalia as questões a seguir:

144.1 - A presença do médico em termos de disponibilidade, carga horária. 144.2 - A cobertura dos serviços em áreas descobertas, remotas e /ou rurais 144.3 - Visitas domiciliares 144.4 - O atendimento a hipertensos, diabéticos, pré-natal(prioridades da Atenção Básica) 144.5 - O número de atendimentos em geral (redução de filas etc.) 144.6 - Resolução de casos antes encaminhados para níveis secundários e terciários de atenção (atenção psicossocial, ambulatorial especializada) 145 - Houve diminuição do número dos atendimentos hospitalares (desafogou os hospitais)? 146 - Os médicos do MAIS MÉDICOS fazem mais coisas (maior variedade de procedimentos)? 147 - Os médicos do MAIS MÉDICOS realizam atendimentos de casos de urgência e emergência na unidade de saúde? 148 - Os médicos dos MAIS MÉDICOS realizam pequenas cirurgias na unidade de saúde? 149 - De maneira geral, com Sr(a) avalia o "Mais Médicos" como estratégia de provimento de profissionais para atenção básica?

Observações Final

145 - Observações finais:

<<< Voltar
Para Cadastro

